



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<< ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ LIFE  
SATISFACTION INDEX-A ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ >>



**ΚΟΚΚΑΛΗ ΙΩΑΝΝΑ 2002162**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: αρχικά ΣΕΒΔΑΛΗ ΜΑΡΙΑ**

**τώρα ΠΟΛΥΖΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

Καλαμάτα 2007

**<< ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ LIFE  
SATISFACTION INDEX-A ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ >>**

Αφιερώνω στην οικογένεια μου για την ηθική και υλική υποστήριξη που μου παρείχαν.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1.....	8
Γενικά περί ψυχικής υγείας.....	8
1.1.Ιστορική αναδρομή.....	8
1.2.Εννοιολογική προσέγγιση.....	13
1.3.Η ψυχική υγεία στη σύγχρονη εποχή.....	20
1.4.Η μεταρρύθμιση στην ελληνική πραγματικότητα.....	22
1.4.1.Νομοθεσία.....	22
1.4.2.Το εθνικό πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ.....	25
1.5.Το νομικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα.....	28
Κεφάλαιο 2.....	29
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	29
2.1.Γενικά.....	29
2.2.Η διαδικασία της πρόκλησης αναπηρίας.....	29
2.3.Αποκατάσταση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	31
2.3.1.Ορισμός.....	31
2.3.2.Το αντικείμενο του έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	32
2.4.Οι ιδεολογικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	32
2.5.Οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	35
2.6.Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	37
2.7.Η ομάδα της αποκατάστασης.....	38
2.8.Ηθικά και δεοντολογικά θέματα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	41
2.9.Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	42
1.Μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	42
Α.Μερική Νοσηλεία.....	45
Β.Το θεραπευτικό περιβάλλον (milieu).....	46
Γ.Η θεραπευτική κοινότητα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	47
Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες.....	48
2.Κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	49
2.1.Η κοινωνική αποκατάσταση(Social Rehabilitation).....	49
1.Οι υπηρεσίες της κοινωνικής αποκατάστασης.....	49
2.Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες ( Social skills).....	51
2.2.Η επαγγελματική αποκατάσταση (vocational Rehabilitation).....	52
1.Επαγγελματικός προσανατολισμός.....	52
2.Κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης – αποκατάστασης.....	52
3.Κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης – αποκατάστασης.....	53
4.Προστατευμένη εργασία.....	54
5.Το προστατευμένο εργαστήριο ( Sheltered Workshop).....	54

6.Οι συνεργατικές επιχειρήσεις ή τα λεγόμενα παραγωγικά εργαστήρια ή κοινωνικές επιχειρήσεις.....	54
7.Η τοποθέτηση σε θέση εργασίας.....	54
2.3.Η σημασία της εργασίας ή της επαγγελματικής αποκατάστασης στους ψυχικά ασθενείς.....	55
Κεφάλαιο 3.....	56
Η αξιολόγηση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	56
3.1.Γενικά.....	56
3.2.Μέθοδοι ατομικής αξιολόγησης.....	56
3.3.Η εκτίμηση της εξέλιξης της αποκαταστασιακής πορείας.....	58
3.4.Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.....	59
3.5.Κλίμακες και ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας.....	60
3.6.Σχέση φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.....	62
Κεφαλαίο 4.....	71
Οργάνωση-δομή λειτουργία ξενώνων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης .....	71
4.1.Οργανωτική διάρθρωση.....	71
4.2.Πληθυσμός – Στόχος.....	76
4.3.Οργάνωση και αρμοδιότητες προσωπικού.....	78
4.4.Θεραπευτική και νοσηλευτική φροντίδα.....	86
4.5.Ηθικά και δεοντολογικά θέματα.....	90
Κεφαλαίο 5.....	93
Μεθοδολογία – Δημογραφικά αποτελέσματα έρευνας.....	93
5.1.Σκοπός και είδος της μελέτης.....	93
5.2.Αναλυτική παρουσίαση ερωτηματολογίου Life Satisfaction Index-A..	93
5.3.Έρευνες και αποτελέσματα στο παρελθόν.....	97
5.4.Δειγματοληπτική μέθοδος.....	98
5.5.Δημογραφικά αποτελέσματα έρευνας.....	100
Κεφάλαιο 6.....	110
6.1.Αποτελέσματα έρευνας.....	110
6.2.Συμπεράσματα έρευνας.....	121
Συμπεράσματα.....	126
Προτάσεις.....	128
Παραρτήματα.....	130
Βιβλιογραφία.....	158



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εντάσσεται μέσα στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακών εργασιών του ΤΕΙ Καλαμάτας του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι: Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ομάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με την μέθοδο Life Satisfaction Index-A, στον Νομό Αττικής.

Η εν λόγω εργασία στηρίχτηκε στην έρευνα 90 ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα που διαμένουν σε ξενώνες. Ο ξενώνας είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος. Αποτελεί εξωνοσοκομειακή Μονάδα ορισμένης διάρκειας παραμονής (μέχρι 8 μήνες) και υψηλού βαθμού υποστήριξης (24ωρη κάλυψη με προσωπικό) όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Life Satisfaction Index-A, με την μορφή ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση έγινε με άμεση επαφή με τον ερωτώμενο, σε χρονικό διάστημα από 9-7-2006 μέχρι 14-11-2006.

Το Life Satisfaction Index-A, είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο δίνει ένα αποτέλεσμα που αναγνωρίζεται ως ένας έγκυρος δείκτης της ποιότητας ζωής, που δείχνει ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή των ενοίκων-ερωτώμενων. Το εργαλείο αυτό αποτυπώνει την άποψη των ενοίκων για την ποιότητα ζωής τους και πως βλέπουν το μέλλον σε μια βαθμολογική κλίμακα από 0-100.

Η έρευνα έλαβε χώρα σε τρεις ξενώνες, στη Μάρνης στο κέντρο των Αθηνών, στη Γλυφάδα και στον Καρέα, με συνολικό δείγμα ερωτώμενων 90 ατόμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν από το σύνολο και των τριών ξενώνων, ότι το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή τους, όπως μετρήθηκε από το Life Satisfaction Index-A, δεν είναι αρκετά υψηλό, κυρίως των ειδικών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που βιώνουν.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη και εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, η αλλαγή των αντιλήψεων για την ψυχική αρρώστια, καθώς και η έμφαση που δίνεται στη δημιουργία ενδιάμεσων ψυχιατρικών δομών για μια ολοκληρωμένη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή, δίνουν την εικόνα ότι η αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου έχει ριζικά αλλάξει. Μια πιο διεισδυτική ματιά, όμως στην κατάσταση που επικρατεί στις ψυχιατρικές υπηρεσίες κυρίως στην Ελλάδα, δείχνει ότι ουσιαστικά δεν έχουν επέλθει ριζικές αλλαγές και ότι ο ψυχικά άρρωστος έχει να αντιμετωπίσει σημαντικά προβλήματα όπως απομόνωση, εγκλεισμό, ιδρυματοποίηση, κοινωνικό στίγμα, απόρριψη κλπ.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) 'ψυχική υγεία' θεωρείται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του<sup>1</sup>.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία στηρίχτηκε στα πλαίσια παρουσίας του επιπέδου ικανοποίησης από τη ζωή των ενοίκων – ερωτώμενων, μέσα σε ξενώνες, με τη μέθοδο Life Satisfaction Index-A. Είναι ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο, με λειτουργία στο ιντερνετ, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία (Neugarten et al., 1961), καθώς και με τη δημοσίευση ερευνών όπου οι ερευνητές μέτρησαν την ικανοποίηση από τη ζωή ατόμων χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Life Satisfaction Index-A. Το εργαλείο αυτό μετράει την άποψη των ενοίκων για την ποιότητα ζωής τους.

Σε κάθε όμως περίπτωση, οι ξενώνες των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα αποτελούν μονάδες αποκατάστασης των προσώπων, τα οποία διαβιούν σ' αυτούς, υποστηρίζονται με θεραπευτικά και άλλα μέτρα αποκατάστασης και λειτουργούν κάτω από κρατική εποπτεία και επιχορήγηση. Με οποιαδήποτε όμως μορφή και αν λειτουργούν αποτελούν τμήμα του εθνικού συστήματος αποκατάστασης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, εντάσσονται δε στην έννοια των κτιρίων κοινωνικής πρόνοιας. Ειδικότερα, φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι η προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι θεραπευτική ή άτομα που χρειάζονται μία περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Παπαγεωργίου, Ε., *Ψυχιατρική*, Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2004, σελ 11

<sup>2</sup> ΝΟΜΟΣ 2477/1997, Πόρισμα: Προστασία ψυχικά πασχόντων ατόμων. Η δυνατότητα εγκατάστασης και λειτουργίας ξενώνων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές σε περιοχές αμιγούς κατοικίας, Συνήγορος του πολίτη και σώμα ελεγκτών - επιθεωρητών δημόσιας διοίκησης, ΦΕΚ, Άρθρο 4, παράγραφος 6, 25 Οκτωβρίου 1999

Αντικείμενο της εργασίας είναι, η μέτρηση του επιπέδου υγείας σε σχέση με τη ποιότητα ζωής ατόμων που κατοικούν σε ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τη μέθοδο Life Satisfaction Index-A (LSI-A).

Σκοπός και στόχος της εργασίας είναι η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ενοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ξενώνων μέσα από την καταγραφή της προσωπικής τους άποψης για την ποιότητα της ζωής τους που βιώνουν.

Επειδή στην Ελλάδα, το θέμα της ικανοποίησης των ενοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ξενώνων και την άποψη τους για την ποιότητα της ζωής τους δεν είναι πουθενά βιβλιογραφικά καλυμμένο, αρχικά δημιουργήθηκε η αναγκαιότητα μιας προσωπικής επαφής με τους ξενώνες για να γνωστοποιηθεί ο τρόπος λειτουργίας τους, οι υπηρεσίες που προσφέρουν καθώς και την προσωπική άποψη με τους ίδιους τους ενοίκους. Ακολούθησε η συνεργασία με τους ειδικούς. Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου Life Satisfaction Index-A, ( χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, από 9-7-2006 μέχρι 14-11-2006). Το δείγμα περιορίστηκε στον αριθμό των 90 ατόμων, με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 ξενώνες, στον ξενώνα της Μάρνης, της Γλυφάδας και του Καρέα, στο λεκανοπέδιο της Αττικής το οποίο θεωρείται ότι συγκεντρώνει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Τα κεφάλαια που απαρτίζουν τη παρούσα εργασία είναι:

Το κεφάλαιο 1 αναφέρεται στα γενικά περί ψυχικής υγείας. Γίνεται μια σύντομη παρουσίαση στην ιστορική αναδρομή της ψυχικής υγείας στη χώρα μας, καθώς γίνεται επίσης και ανάλυση κάποιων όρων από εννοιολογική σκοπιά, για την πληρέστερη κατανόηση τους. Το κεφάλαιο 2 αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Το κεφάλαιο 3 αναφέρεται στην αξιολόγηση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται η οργάνωση και η δομή λειτουργίας ξενώνων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζεται η μεθοδολογία και τα δημογραφικά αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, στο κεφάλαιο 6 τα αποτελέσματα της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας είναι συνδεδεμένη με την έννοια της ψυχικής αρρώστιας.

Η αντίληψη που επικρατεί για την ψυχική αρρώστια περιλαμβάνει την υπερφυσική αιτιολογία της. Ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες, ένα άτομο που διακατέχεται από τα πνεύματα της μανίας και της λύσσας.

Στην Αρχαία Ελλάδα<sup>3</sup>, τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία, ανάμεσα στα οποία τα πιο σπουδαία ήταν της θεσσαλικής Τρίκκης, της Επιδαύρου και της Κω. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών άρρωστοι, αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία των ονείρων που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανάκλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία.

Τον 4<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια σύμφωνα με την οποία η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος). Οι Ιπποκρατικοί εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων και η παραμονή σε ιερά όπως του Απόλλωνα στους Δελφούς κ.α. Μάλιστα σε ολόκληρη την Ελλάδα υπήρχαν 420 τέτοια ιερά. Ο Απόλλωνας ήταν ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση «φρενοβλάβειας», γι αυτό και ονομαζόταν Λοξίας. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε πρώτος την εμπειρική παρατήρηση πάνω στις διαταραχές της συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της κάθαρσης, με τη χρήση της μουσικής, του κρασιού, ιδιαίτερα για τα μελαγχολικά άτομα.

Τον 3<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα, ο Αρεταίος και ο Σωρανός αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις σχετικά με την περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων, οι οποίοι μπορούσαν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν τραγωδία ή κωμωδία και έμεναν σε δωμάτια όπου επικρατούσε

<sup>3</sup> Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986



απόλυτη ησυχία και αποφεύγονταν οι επισκέψεις των συγγενών τους, που συχνά τους αναστάτωναν.

Ειδικότερα ο Σωρανός, μεταξύ των άλλων άφησε «οδηγίες» για την περίθαλψη των ψυχασθενών απαγορεύοντας τη χρήση αλυσίδων, τη χρήση σωματικής βίας και τον εγκλεισμό τους σε σκοτεινά υπόγεια, γιατί όλα αυτά χειροτερεύουν την κατάσταση τους. Κατά τον Σωρανό, οι ψυχικά άρρωστοι πρέπει να μένουν σε δωμάτια κατάλληλα φωτισμένα και με πλήρη ασφάλεια. Επίσης, οι ιδιαίτερα ανήσυχοι θα έπρεπε να καθηλώνονται με υφασμάτινους ιμάντες χωρίς όμως να τραυματίζονται. Είναι φανερό, ότι ο Σωρανός είναι ένας σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του.

Κατά τους βυζαντινούς χρόνους, κλασικό παράδειγμα οργάνωσης ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης αποτελεί το έργο του Μεγάλου Βασιλείου, το 372 μ.Χ., ο «Βασιλειάς». Στο Βυζάντιο<sup>4</sup>, η κληρονομιά της ελληνικής παιδείας και η αλεξανδρινή παράδοση καθυστέρησαν κάπως την παρακμή της ιατρικής επιστήμης. Οι πιο αξιόλογοι αντιπρόσωποι της βυζαντινής ιατρικής, που ασχολήθηκαν επίσης με την ψυχιατρική, είναι ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Παύλος ο Αιγνήτης. Ο Τραλλιανός, πίστευε στα καθαρτικά και στα φαρμακευτικά κατασκευάσματα, τα οποία συνέθετε με καταπληκτική φαντασία σε μεγάλη ποικιλία. Τα συγγράμματα του μεταφράστηκαν στα λατινικά, εβραϊκά και αραβικά και επηρέασαν σημαντικά την ιατρική σκέψη για πολλά χρόνια.

Κατά τον 13<sup>ο</sup> αιώνα, στα πρόθυρα της Αναγεννήσεως, δύο σημαντικοί φιλόσοφοι της Δυτικής Εκκλησίας, ο Γερμανός Αλβέρτος ο Μεγάλος και ο Ιταλός Θωμάς Ακινάτος, υποστήριξαν ότι η ψυχή δεν μπορεί να αρρωστήσει και επομένως η τρέλα είναι ουσιαστικά μια σωματική διαταραχή. Και, παρόλο που η πίστη στη δαιμονική προέλευση της ψυχικής αρρώστιας επέζησε πολύ ύστερα από το Μεσαίωνα και πέρα από την Αναγέννηση, το ενδιαφέρον για τις ψυχικές λειτουργίες και την έδρα της ψυχής αναζωπυρώθηκε. Μπορούσε μεν η ψυχή να επηρεάζεται από το διάβολο, αλλά επίσης να εξαρτάται από οργανικούς παράγοντες, όπως οι τέσσερις <<χυμοί>> του Ιπποκράτη και τα αέρια ή πνεύματα του Αριστοτέλη, που κατά τη θεωρία του κυκλοφορούν στον εγκέφαλο προκαλώντας ψυχιατρικές διαταραχές-θεωρία που, όσο παράδοξη και αν ακούγεται, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής.

Τον 14<sup>ο</sup> αιώνα υπήρχαν ορισμένα άσυλα, όπως στην Ουψάλα (1305), στη Φλωρεντία (1385), όπου κρατούσαν εγκλειστούς ψυχικά αρρώστους. Την ίδια εποχή στην πόλη Gheel

---

<sup>4</sup> Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986

της Φλαμανδίας οι ψυχικά άρρωστοι έμεναν σε θετές οικογένειες και απασχολούνταν σε αγροτικές εργασίες.

Στη νεότερη εποχή, αναζητώντας την έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα, που ήταν πια φανερό πως εξαρτάται από τον εγκέφαλο, ανατόμοι και φυσιολόγοι μιας πιο πρόσφατης εποχής-αρχίζοντας από τον Ντεκάρτ που την τοποθέτησε στην επίφυση-έλπισαν ότι θα ανακάλυπταν κάποια απτή, οργανική αιτιολογία της ψυχικής αρρώστιας. Έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία, ως ένας ιδιαίτερος κλάδος της ιατρικής, που περιλάμβανε την ψυχιατρική σαν μιαν άλλη έκφραση ή άποψη της<sup>4</sup>. Και η σχέση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη αρκετούς αιώνες- στη χώρα μας ως εντελώς πρόσφατα.

Στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα, ένας σχετικά άγνωστος Άγγλος γιατρός, ο Έντουαρντ Τζόρντεν, όχι μόνον αναγνώρισε πως τα υποτιθέμενα θύματα των μαγισσών ήταν στην πραγματικότητα θύματα της υστερίας, αλλά επισήμανε την επίδραση των συναισθημάτων και του εγκεφάλου που τα κατευθύνει, υποστηρίζοντας με άλλα λόγια ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή, όπως πρέσβευε η ιπποκρατική ιατρική.

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα άρχισαν να μετατρέπονται πύργοι σε φρενοκομεία, όπου εγκαταλείπονταν οι «τρελοί», κάτω από άθλιες συνθήκες, με στέρηση της τροφής ως δείγμα της τιμωρίας του θεού για τις αμαρτίες τους. Επικρατούσε η άποψη ότι οι «τρελοί» είχαν ανεξάντλητα αποθέματα αντοχής και έτσι δικαιολογείτο η εγκατάλειψη τους.

Γύρω στα τέλη του 18<sup>ου</sup> και αρχές του 19ου αιώνα<sup>5</sup>, κάτω από την επίδραση που είχαν στην ευρωπαϊκή κοινωνία η βιομηχανική εξέλιξη και η Γαλλική Επανάσταση, εμφανίστηκε μια σειρά από μεταρρυθμιστές, όπως ο Πινέλ στη Γαλλία, ο Τσιαρούτζι στην Ιταλία, που κατόρθωσαν να βελτιώσουν σημαντικά τις συνθήκες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ο Πινέλ, που ελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους αρρώστους των Γενικών Νοσοκομείων Μπισέρτ και Σαλπετριέρ, καθιέρωσε επίσης τη λήψη ψυχιατρικών ιστορικών και τη συντήρηση αρχείων με την πρόοδο της καταστάσεως των ασθενών, στους οποίους πρόσφερε ένα είδος υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που έγινε γνωστή ως

---

<sup>4</sup> Μετά την κάμψη της δαιμονολογίας και την επικράτηση του ορθολογισμού, οι ψυχιατρικές διαταραχές θεωρήθηκαν ως αρρώστιες των νεύρων μάλλον παρά του εγκεφάλου. Ένας Ολλανδός ψυχίατρος του 18<sup>ου</sup> αιώνα γράφει: <<Νομίζω πως αυτές οι παθήσεις (υποχονδριακές και υστερικές), όταν έχουν κάποια διάρκεια, προκαλούνται από μια χαλάρωση, αδυναμία, αδράνεια και έλλειψη ελαστικότητας στις ίνες του εγκεφάλου και στα νεύρα γι' αυτό και το νευρικό ρευστό εξασθενεί και καταντά ανίσχυρο>> Μ. Φουκώ, Ιστορία της τρέλας, Ηριδανός, Αθήνα, 1964, σελ.306.

<sup>5</sup> Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986

ηθική θεραπεία και εξελίχθηκε στη σύγχρονη ψυχοθεραπεία.\* Στην Αγγλία, προπάντων, αλλά και στη Βόρεια Αμερική, εφαρμόστηκε με ενθουσιασμό και συνέπεια ένα σύστημα νοσοκομειακής θεραπείας με βάση την κατανόηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου για ασφάλεια, σεβασμό και αγάπη.

Ο 19<sup>ος</sup> αιώνας δεν χαρακτηρίζεται από βελτιώσεις όσον αφορά τις συνθήκες διαμονής των αρρώστων στα άσυλα. Οι άρρωστοι διέμεναν σε μεγάλους ή μικρούς χώρους με άχυρα στο δάπεδο, δεμένοι με αλυσίδες, γεμάτοι ακαθαρσίες. Η τροφή που τους έδιναν ήταν ελάχιστη, τόση όσο για να ζουν, η δε θνησιμότητα ήταν υψηλή. Τους ιδιαίτερα ανήσυχους κρατούσαν σε κλουβιά όπως τα άγρια θηρία των ζωολογικών κήπων.

Στην ίδια περίοδο, οι διαφωτιστές Hoch, Montesquieu, Rousseau κι άλλοι επηρέασαν με το ανθρωπιστικό τους πνεύμα και την ψυχιατρική. Στη διδακτορική του εργασία ο Γκιουζέπας<sup>6</sup> αναφέρει ότι οι Mera, ο Brand (1987) και ο Banorey (1972), συνοψίζουν τις αρχές της ανθρωπιστικής θεραπείας στις εξής: α) Η ψυχική νόσος είναι κατάσταση που μπορεί να θεραπευτεί, β) εξατομικευμένες προσπάθειες όπως εργασία, εκπαίδευση, αναμόρφωση και θρησκευτικές ευκαιρίες, είναι θεραπευτικές, γ) Η υποστήριξη και η καθοδήγηση στην ομαδική ζωή είναι πολύ χρήσιμες και τέλος ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό μπορεί να δράσει σαν πρότυπο.

Στις Η.Π.Α. μόνο με τη βιομηχανική επανάσταση του 19<sup>ου</sup> αιώνα άρχισαν να χτίζονται τα πρώτα άσυλα, στην Πενσυλβάνια το 1817, στη Νέα Υόρκη το 1821, στη Μασσαχουσέτη το άσυλο McLean το 1818. Μεταξύ του 1825 και 1865, είχαν κτιστεί 18 νοσοκομεία καθώς και 62 άσυλα Άρχισαν μια εκστρατεία σε όλες σχεδόν τις πολιτείες της Β. Αμερικής για να αλλάξουν οι τρόποι θεραπευτικής προσέγγισης και η σχετική νομοθεσία. Οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η εκβιομηχάνιση και η αστυφιλία οδήγησαν στην υπερπλήρωση των νοσοκομείων και στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Σύμφωνα με τους ίδιους, δύο αλληλοσυγκρουόμενες τάσεις επικρατούν την εποχή εκείνη, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Από την μια πλευρά τιμωρία και συνέπηση συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και από την άλλη οι απάνθρωποι τρόποι θεραπείας καταδικάζονται και γίνονται προσπάθειες να λυθεί το πρόβλημα της υπερπλήρωσης των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Στην Ευρώπη, οι ψυχικά

---

\* Όπως στο Αγγλικό νοσοκομείο Μπέντλαμ, τους τρελούς στην Μπισέτρ τους έδειχναν σαν παράξενα ζώα στο κοινό, με εισιτήριο.

<sup>6</sup> Γκοιζέπας, Ι., *Η νοσοκομειακή περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων. Συμβολή στην προσαρμογή με τα Ελληνικά δεδομένα της θεραπευτικής κοινότητας*, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 1981

ασθενείς χωρίζονται σε δυο ομάδες. Σε αυτούς που μπορούν να θεραπευτούν και νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, και σε αυτού που δεν μπορούν να θεραπευτούν και νοσηλεύονται σε ιδρύματα όπου προσφέρεται μόνο επιτήρηση και ασφάλεια.

Όσο αφορά την κοινωνική επανένταξη, ενώ στην δεύτερη περίπτωση αρχίζει να διαφαίνεται η προοπτική επανόδου του ψυχικά αρρώστου στην κοινωνία, αλλά ο στόχος, δεν ισχύει καθολικά για το σύνολο των αρρώστων, αλλά περιλαμβάνει εκλεκτικά μερικές μόνο περιπτώσεις.

Ο Wing <sup>7</sup> επισημαίνει ότι θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών ώστε να τοποθετηθούν σε κατάλληλες για τις ανάγκες τους κατοικίες και χώρισε τους ασθενείς σε τρεις κατηγορίες. Στους χρόνιους, σ' αυτούς που έγιναν τελευταία χρόνιοι και σε άτομα με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα χωρίς χρονιότητα, οι οποίοι πρέπει να τοποθετηθούν σε προστατευμένες κατοικίες. Οι πρώην χρόνιοι είναι κυρίως μεσήλικες που έχουν ακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα επανένταξης και έχουν κάποιες βελτιωμένες πρακτικές και κοινωνικές επιδόσεις, αλλά και κάποιο βαθμό ιδρυματοποίησης. Σε αντίθεση αυτοί που είναι πρόσφατα χρόνιοι συνήθως έχουν σοβαρές και πολλαπλές αναπηρίες και χρειάζονται πολύ φροντίδα. Οι εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις συνιστούν μια γκάμα από πολύ προστατευμένες, σε λιγότερο προστατευμένες και τελικά σε ανεξάρτητες και είναι ο ξενώνας που λειτουργεί μέσα στο νοσοκομείο, ο ξενώνας στην κοινότητα με προσωπικό σε 24ωρη βάση, τα οικοτροφεία και η θετή οικογένεια.

Ο Wing (1981) αναφέρει ότι το Λεξικό του Chambers προσδιορίζει τον ξενώνα σαν μια κατοικία για μερικές τάξεις ανθρώπων και ειδικά σαν μια κατοικία που δεν είναι εμπόριο. Ενδείκνυται για ανθρώπους οι οποίοι θέλουν να πετύχουν ειδικούς στόχους ανεξαρτησίας με επιστροφή στην εργασία και στην δική τους στέγη.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω πρέπει να δεχτούμε ότι η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με μία μόνο διαφορά: την καθυστέρηση στην δημιουργία ασύλων. Στον Ελλαδικό χώρο η καθυστέρηση ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που επικρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι .

---

<sup>7</sup> Wing, *psychiatry – rehabilitation*, Εκδόσεις oxford university Press 1981



## 1.2.Εννοιολογική προσέγγιση “Ψυχικής Υγείας”

Για την κατανόηση της εργασίας αυτής είναι απαραίτητο να αναλυθούν οι όροι, οι οποίοι χρησιμοποιούνται εκτεταμένα. Οι όροι αυτοί αναφέρονται στο τι είναι ψυχική υγεία, πρωτογενής πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ψυχική υγεία., ψυχική αρρώστια, ξενώνες, ψυχιατρική, κοινωνική ψυχιατρική, ψυχώσεις, διαταραχές της προσωπικότητας, κοινωνική αποκατάσταση.

### Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία του συνόλου της προσωπικότητας. Αυτό ενισχύεται από την άποψη του Πετρουλάκη<sup>8</sup> σύμφωνα με τον οποίο, οι ενέργειες που χαρακτηρίζουν την ψυχική υγεία είναι οι παρακάτω:

Η συναίσθηση της ανεξαρτησίας

- Η συναίσθηση της ατομικότητας
- Η εμπιστοσύνη στον εαυτό μας και στους άλλους.
- Η συναίσθηση της ευθύνης.
- Η συναίσθηση της ανάγκης για διαρκή πορεία προς τα εμπρός, θέση στόχων, επιτυχία στόχων με προοπτική μιας συνέχειας στην πορεία, για το κοντινό και μακρινό μέλλον.
- Η συναίσθηση της ανάγκης για ύπαρξη ενός συστήματος προσωπικών αξιών και μιας φιλοσοφίας για τη ζωή (κοσμοθεωρίας)

Ο ίδιος, καθορίζει τα χαρακτηριστικά του ατόμου που έχει ψυχική υγεία ως εξής: Να είναι παρά τις δυσκολίες ευτυχισμένο, να αισθάνονται πως είναι ανεξάρτητο ν’αποφασίσει και να πράξει ότι αυτό θέλει, να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να αισθάνεται άνεση και ευκολία στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους, στις κινήσεις, στις σκέψεις και στις πράξεις, να είναι ευαίσθητο στα συναισθήματα των άλλων και να είναι πρόθυμο να προσέξει και να διεκπεραιώσει καινούργια έργα.

Ακόμη πιο κριτικά αντιμετωπίζει τους όρους για την ψυχική υγεία ο Erich Fromm<sup>9</sup>, ο οποίος αναφέρει ότι τονίζουν εκείνες τις ιδιότητες που αποτελούν μέρος του αλλοτριωμένου κοινωνικού χαρακτήρα του καιρού μας, όπως την προσαρμοστικότητα, την συνεργατικότητα, την επιθετικότητα, την ανοχή, τη φιλοδοξία και άλλες. Για τον Fromm, το θέμα της ψυχικής υγείας συνδέεται με την παθολογία της σύγχρονης Δυτικής κοινωνίας και ξεκινά από τι προσδιορίζει η κοινωνία αυτή σαν φυσιολογικό και ποια όρια θέτει.

<sup>8</sup> Πετρουλάκης, Β., *Ψυχολογία της προσαρμογής*, Γρηγόρη, Αθήνα 1984

<sup>9</sup> Fromm, E., *Η υγιής κοινωνία*, Μπουκουμάνης, Αθήνα 1973

## Πρωτογενής πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: ο ρόλος της στην ψυχική υγεία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προσδιορίζει τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή πρόληψη, τη δευτερογενή πρόληψη και την τριτογενή πρόληψη διαχωρισμός που βασίζεται στο κλασικό μοντέλο αναφοράς του G. Caplan<sup>10</sup>. Το 2004 όμως μας βρίσκει με μια ριζική αναθεώρηση της προσέγγισης στην πρόληψη: Μιλάμε πλέον για μια <<συνολική πρόληψη>>.

Πρωτογενής πρόληψη είναι το σύνολο των μέτρων που μπορούμε να λάβουμε και των ενεργειών που μπορούμε να δρομολογήσουμε, για να εμποδίσουμε την εμφάνιση μιας διαταραχής, μιας παθολογίας, ενός συμπτώματος ή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας, με στόχο την προστασία του ατόμου και τη μείωση της επίπτωσης (incidence), ενώ η μείωση της συχνότητας (prevalence) μέσα από την διάγνωση και την θεραπεία οριοθετεί την δευτερογενή πρόληψη<sup>11</sup>.

Η τριτογενής χαρακτηρίζεται από τις προσπάθειες κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι δράσεις της πρωτογενούς πρόληψης απευθύνονται στις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες έχοντας στόχο την φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, μειώνοντας τον κίνδυνο να εμφανιστούν καινούργιες ασθένειες και συμπεριφορές που βλάπτουν το άτομο.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) κατέχει κεντρική θέση στο σύστημα υγείας, λόγω του ότι είναι άμεσα προσβάσιμη στον πληθυσμό και προσφέρει πιο προσωπική επαφή με τον ασθενή από κάθε άλλη υπηρεσία του συστήματος υγείας, αποτελεί δηλαδή μια υπηρεσία που εργάζεται κυριολεκτικά στην <<κοινότητα>><sup>12</sup>.

Η πρόληψη βρίσκει τον καλύτερο τρόπο υλοποίησης των προγραμμάτων της μέσα από κοινοτικές δομές και κατ' επέκταση εκείνες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό κυρίως ισχύει για τη δευτερογενή (διάγνωση- θεραπεία) και τριτογενή πρόληψη (αποκατάσταση- επανένταξη), ενώ η πρωτογενής μόλις την τελευταία δεκαετία αρχίζει να συνδέεται με την ΠΦΥ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) δεν είναι απλώς ένας τρόπος περίθαλψης, αλλά ένα εννοιολογικό μοντέλο που θέτει στο κέντρο της λειτουργίας του τον ανθρωποκεντρισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την

<sup>10</sup> Caplan G., *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books, 1964

<sup>11</sup> Τσιάντης, Γ., *Η πρόληψη στην ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού : Ερευνητικά και κλινικά κείμενα*, επιμ. Γ. Τσιάντης, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2001, σελ.6

<sup>12</sup> Μαυρέας, Β., *Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Προληπτική ψυχιατρική*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000, σελ.9

αποκέντρωση των κοινωνικών και φυσικών πόρων μιας κοινότητας <sup>13</sup> και μπορεί εν δυνάμει να απαρτίζει την επονομαζόμενη <<συνολική πρόληψη>>.

### Ψυχική αρρώστια

Η **ψυχική αρρώστια** είναι ένα σύνολο υποκειμενικών συμπτωμάτων που περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργία της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της βούλησης. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συνήθως αναγνωρίσιμη έναρξη μετά από περίοδο φυσιολογικής ζωής και επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά του ατόμου και τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Στην πραγματικότητα κάθε άτομο κινείται στο συνεχές (continuum) μεταξύ υγείας και αρρώστιας, έτσι ώστε, αν μονιμοποιηθεί στη θέση της αρρώστιας, να προκύπτει η ανάγκη για ψυχιατρική διάγνωση και θεραπεία, εφόσον το άτομο ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια.

Η αρρώστια περιλαμβάνει τις δευτερογενείς προσωπικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου στην πρωτογενή οργανική δυσλειτουργία (νόσος). Η οντότητα του νοσήματος εμπεριέχει τις διαδικασίες (processes) της προσοχής, της αντίληψης, της συναισθηματικής αντίδρασης, τις γνωσιακές και αξιολογικές κρίσεις που κατευθύνονται προς το νόσημα και τις δυσλειτουργίες του (π.χ. Συμπτώματα έκπτωσης σε κοινωνικούς ρόλους). Έτσι, η έννοια της νόσου διαμορφώνεται στα πλαίσια συμπεριφορών και βιωμάτων τα οποία τροποποιούνται από προσωπικές, κοινωνικές και πολιτιστικές επιδράσεις. Σε πολλούς πολιτισμούς επικρατεί ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών κανόνων, που θεωρούνται ανάλογοι για κάθε κοινωνική ομάδα, φύλο, επάγγελμα, κοινωνική τάξη. Κάθε κοινωνία θέτει τα όρια για το τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό στη συμπεριφορά. Ότι εμπίπτει στα παθολογικά όρια (τα συμπτώματα) επενδύεται με τα στοιχεία του πολιτισμού που φέρει το πάσχον άτομο και αναδεικνύεται από την έκφραση του στην ιδιοματική του γλώσσα στην οποία εξετάζεται από τον ψυχίατρο ή τους άλλους θεραπευτές.

Ο όρος χρησιμοποιείται με την έννοια που του έχει προσδώσει η Επιτροπή της ψυχιατρικής ταξινόμησης στην Αμερική και αναφέρεται από την Τσαλίκουλου<sup>14</sup>. Κατά τις απόψεις της Επιτροπής σαν ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ένα κλινικά σημαντικό σύνδρομο που αφορά είτε την ψυχολογική κατάσταση, είτε τη συμπεριφορά ενός ατόμου, και εκδηλώνεται είτε με επώδυνα συμπτώματα, είτε με μείωση της αποδοτικότητας του σε μια ή περισσότερες από τις φυσιολογικές ή κοινωνικές λειτουργίες του. Όμως, σύμφωνα

<sup>13</sup> Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, ψυχική υγεία : Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, <<πολιτική ψυχικής υγείας και παροχή υπηρεσιών>>, εκδ.Π.Ο.Υ.,μτφ. Διεύθυνση ψυχικής υγείας, υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Αθήνα 2002

<sup>14</sup> Τσαλίκουλου, Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Παπαζήση, Αθήνα 1987

με το Γρίβα<sup>15</sup> το ίδιο το επίσημο όργανο της Αμερικάνικης ψυχιατρικής Ένωσης το DSM III (Diagnostic Statistical Manual) που ορίζει επακριβώς τα διαγνωστικά κριτήρια των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, αναφέρει στην εισαγωγή του ότι δεν υπάρχουν σαφώς προδιαγεγραμμένα όρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής διαταραχής. Δέχεται επομένως ότι υπάρχουν περιθώρια απροσδιοριστίας και ασάφειας.

### Ψυχιατρική

**Ψυχιατρική** είναι η επιστήμη που έχει σαν βασικό σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων και διαταραχών, ενώ παράλληλα ασχολείται με όλες σχεδόν τις νοσηρές εκδηλώσεις της ανθρώπινης ψυχής, ατομικές ή ομαδικές. Τα νοσολογικά σχήματα της ψυχιατρικής είναι αμέτρητα και ο Szasz<sup>16</sup> εισηγείται ότι βασίζονται σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα θεωρητικά και μεθοδολογικά πρότυπα: α) Ιατρική παθολογική ανατομία και φυσιολογία, β) ιδιοσυγκρασία ή κληρονομικότητα, γ) ηθική και νομική, δ) στατιστική, ε) ψυχοβιολογία, ζ) ψυχανάλυση.

Η ψυχιατρική δέχεται ιστορικά έναν ορισμό καθαρά νομικό και όχι ιατρικό. Είναι το σύνολο των πειθαρχικών πράξεων και θεωριών που ελέγχουν μια κατηγορία ατόμων που θεωρούνται από την εξουσία αποκλίνοντες όπως αναφέρουν οι Laing και Esterson<sup>17</sup>.

### Ξενώνας

Ο ξενώνας\* αποτελεί εξωνοσοκομειακή μονάδα βραχείας διάρκειας παραμονής (μέχρι 8μήνες) και υψηλού βαθμού υποστήριξης (24ωρη κάλυψη με προσωπικό) όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο ξενώνας εντάσσεται στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης με πρωταρχικό σκοπό την ψυχοκοινωνική επανένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός στον ξενώνα παρέχονται στεγαστικές, θεραπευτικές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες, αναπτύσσονται δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενισχύεται η συμμετοχή σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες κοινωνικής και

<sup>15</sup> Γρίβας, Κ., *ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός*, Ιανός, Θεσσαλονίκη 1985

<sup>16</sup> Szasz T.S.- Laing R.D. *Δύο δοκίμια για την ψυχιατρική καταπίεση* (μετάφραση Παπαθανασοπούλου Αλεξάνδρα) ελεύθερος τύπος, Αθήνα 1983 και ο μύθος της ψυχικής αρρώστιας, Κασόγλου, Αθήνα 1983, σελ.9

<sup>17</sup> Laing R.D. -Esterson, *η ψυχική ισορροπία η τρέλα και η οικογένεια* (μετάφραση Κιούσης Δημήτρης) Ράππα, Αθήνα 1975

\* Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, Γενικό περιφερειακό νοσοκομείο ο Ευαγγελισμός, ψυχιατρικό τμήμα, διευθύντρια Θεοδωροπούλου Σταυρούλα, μετανοσοκομειακός ξενώνας βραχείας διαμονής, Αθήνα Μάρτιος 2005.



επαγγελματικής επανένταξης. Ειδικότερα, η λειτουργία του ξενώνα, παρόλο που εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ενοίκων, καθορίζεται από το γενικό πλαίσιο των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών, που προέρχονται από διάφορες ψυχιατρικές μονάδες και στοχεύει:

- Στην προαγωγή της ικανότητας αυτοφροντίδας.
- Στην αύξηση της αυτεπίγνωσης και της αντίληψης της πραγματικότητας.
- Στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους.
- Στη βελτίωση της λειτουργικότητας, των ικανοτήτων και του δυναμικού τους και στην ανάπτυξη του επιπέδου ανεξαρτησίας τους.
- Στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος.
- Στην ενθάρρυνση της κοινωνικής τους συμμετοχής και της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου στην κοινότητα.
- Στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.
- Στην πρόληψη της εγκατάστασης μόνιμης αναπηρίας και ανικανότητας.
- Στη μείωση της συχνότητας και της διάρκειας του ιδρυματισμού
- Στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων και στην παροχή ικανού θεραπευτικού περιβάλλοντος που να αναιρεί την κοινωνική περιθωριοποίηση και να ευνοεί την κοινωνική επανένταξη
- Στην υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων

#### Παρεχόμενες υπηρεσίες ξενώνων

Ο ξενώνας λειτουργεί βάσει δομημένου καθημερινού προγράμματος με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων στην κοινότητα. Το πρόγραμμα αυτό συναποτελείται από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν παράλληλα θεραπευτικό και αποκαταστασιακό χαρακτήρα, αφορούν τους ενοίκους ατομικά ή ομαδικά και λαμβάνουν χώρα τόσο εντός όσο και εκτός της Μονάδας. Για αποκαταστασιακούς λόγους θεωρείται απαραίτητο να τελούνται όσο το δυνατόν περισσότερες δραστηριότητες εκτός των χώρων του ξενώνα.

Το πρόγραμμα λειτουργίας της Μονάδας διαφοροποιείται ανάλογα με την εξέλιξη των ενοίκων της στα εξής στάδια:

- Πρόγραμμα προσαρμογής, ατομικών δεξιοτήτων και αυτοφροντίδας
- Πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων

- Πρόγραμμα κοινωνικοποίησης και
- Πρόγραμμα προετοιμασίας διαβίωσης σε πλέον αυτόνομα περιβάλλοντα.

Το πρόγραμμα λειτουργίας του ξενώνα συμπεριλαμβάνει ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες.

- Αυτοφροντίδας, σε θέματα υγιεινής, ατομικής περιποίησης και προσωπικής εμφάνισης
- Φροντίδας προσωπικού χώρου
- Έκφρασης μέσω κατασκευών, ζωγραφικής, μουσικής, χορού
- Ενημέρωσης μέσω τηλεόρασης, εφημερίδων και περιοδικών κ.α.

Ο ξενώνας φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού αυτόνομης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι φιλοξενούμενοι στον ξενώνα προέρχονται και από τα δύο φύλα. Με τον τρόπο αυτό, σταματά να αναπαράγεται η διάσταση του ασύλου (με τα τμήματα αντρών-γυναικών), αναπαράγεται μια περισσότερο φυσιολογική εικόνα της κοινωνίας και της οικογενείας και αναπτύσσονται πιο πλούσιες διαπροσωπικές σχέσεις.

Στον ξενώνα δεν γίνονται δεκτά άτομα με αλκοολισμό, χρήση ουσιών, έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό, βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, ψυχοκινητική διέγερση και γενικά ασθενείς με συμπτωματολογία τέτοια για την οποία απαιτείται παραμονή σε μονάδα νοσηλείας.

### Νευρώσεις

Όταν αναφέρεται ο όρος νεύρωση, νοείται πρώτα απ' όλα κάτι που δεν είναι ψύχωση, δηλαδή μια ψυχιατρική διαταραχή που δεν είναι τόσο σοβαρή, τόσο βαριά στην παθολογική της έκφραση και στην πρόγνωση της όσο μια ψύχωση. Ο νευρωτικός άρρωστος έχει επίγνωση της κατάστασης του διατηρεί την επαφή του με την πραγματικότητα, με την οποία εξακολουθεί να προσαρμόζεται ομαλά λίγο-πολύ έτσι που να μη γίνεται συνήθως αντιληπτό ότι υποφέρει<sup>18</sup>.

Υπάρχουν διαφόρων ειδών νευρώσεις και διακρίνονται από τα συμπτώματα που κυριαρχούν στην καθεμιά: αγχώδης νεύρωση, φοβική νεύρωση, ιδεοψυχαναγκαστική

<sup>18</sup> Horney K., *Αυτοανάλυση* (μετάφραση Ευδόκας Τ.,-Χριστοφίδου Κ.), Τόμασος, Αθήνα 1982

νεύρωση, υστερική νεύρωση, σωματοποιητική διαταραχή, ή νεύρωση του οργάνου και υποχονδριακή νεύρωση<sup>19</sup>.

### Ψυώσεις

Απ' όλες τις ψυχιατρικές αρρώστιες ή διαταραχές η πιο εντυπωσιακή είναι η ψύχωση. Θα έλεγε κανείς ότι είναι η κατ' εξοχήν ψυχιατρική αρρώστια, αυτό που ο πολύς κόσμος ονομάζει 'τρέλα'.

Ο I.Pullen<sup>20</sup> περιγράφει τη ψύχωση σαν μια ψυχική διαταραχή που εκφράζεται μέσα από πολλαπλά συμπτώματα από τα οποία τα πιο βασικά είναι η μερική αποδιοργάνωση της πραγματικότητας και η απώλεια του ελέγχου της προσωπικότητας. Στην ουσία, ο άνθρωπος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα δίνει την εντύπωση ότι ζει σε μιαν άλλη πραγματικότητα, ότι οι σκέψεις του, τα συναισθήματα του και εν γένει η συμπεριφορά του υπακούουν σε μιαν εξωπραγματική λογική, ότι είναι αποκυήματα μιας φανταστικής πραγματικότητας. Επιπλέον, συνήθως, δεν έχει συνείδηση του γεγονότος ότι ζει σε μιαν άλλη πραγματικότητα. Έχει την πεποίθηση ότι ο τρόπος με τον οποίο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ανταποκρίνεται σε αντικείμενα που υπάρχουν και γεγονότα που πραγματικά συμβαίνουν.

### Διαταραχές προσωπικότητας

Ο λόγος για τον οποίο αναφέρονται ως διαταραχές της προσωπικότητας σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη, είναι ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς που τις περιγράφουν αποδίδονται στον χαρακτήρα του ατόμου και σε ανωμαλίες της προσωπικότητας του. Χαρακτηριστικών διαταραχών της προσωπικότητας είναι ότι ο άνθρωπος δεν πάσχει με την έννοια ότι υποφέρει, όπως ο νευρωσικός ή ψυχωτικός άρρωστος.

Ουσιαστικά χαρακτηρίζονται από προβλήματα συμπεριφοράς, από μια συνεχή ή επεισοδιακή δυσκολία προσαρμογής με τις κοινωνικές συνθήκες και γενικά με το ανθρώπινο περιβάλλον.

### Κοινωνική αποκατάσταση

Ένας ολοκληρωμένος ορισμός για την κοινωνική αποκατάσταση είναι αυτός που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981), σύμφωνα με τον οποίο η αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών,

<sup>19</sup> Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986

<sup>20</sup> Pullen, Ian., *Rehabilitation in Psychiatry*, Edition Tsortsil living stone London, New York 1988

κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων για να υποβοηθήσει τον ψυχικά άρρωστο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας του και να ενταχθεί στην κοινωνία<sup>21</sup>.

### 1.3. Η ψυχική υγεία στη σύγχρονη εποχή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας\* η “ψυχική υγεία”, παραμελημένη επί μακρόν είναι απαραίτητη για την ευημερία ατόμων, κοινωνιών και χωρών και πρέπει να αντιμετωπισθεί παγκοσμίως σε νέα βάση, με νέα αντίληψη, νέα ελπίδα.

Η ψυχική υγεία αφορά όλους μας. Αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της υγείας και σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση συνολικής ευεξίας του ατόμου και την ποιότητα ζωής του.

Από την άλλη μεριά σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι κοινές και επηρεάζουν πάνω από το 25% των ανθρώπων κάποια στιγμή της ζωής τους. Προσβάλλουν τους πάντες, ανεξαρτήτως φύλλου, ηλικίας, τόπου διαμονής, οικονομικού και κοινωνικού ή μορφωτικού επιπέδου. Επηρεάζουν οικονομικά τις κοινωνίες, καθώς και την ποιότητα ζωής ατόμων και οικογενειών.

Σύμφωνα πάντα με τον Π.Ο.Υ σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού υποφέρει από αυτές τις ασθένειες. Μια στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανό να έχει τουλάχιστο ένα μέλος με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτές οι οικογένειες δεν καλούνται να προσφέρουν μόνο υλική και συναισθηματική υποστήριξη στο πάσχον μέλος της, αλλά υφίστανται επίσης τα αρνητικά επακόλουθα του στίγματος και των διακρίσεων. Έχει υπολογιστεί πως στο άμεσο μέλλον η επιβάρυνση που θα προκαλέσουν οι διαταραχές αυτές θα γίνει ακόμη μεγαλύτερη.

Οι κοινές διαταραχές, που συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα, συμπεριλαμβάνουν την κατάθλιψη, τις διαταραχές λόγω λήψης ουσιών, τη σχιζοφρένεια, την επιληψία, τη νόσο Alzheimer, τη νοητική καθυστέρηση και τις διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η κυβέρνηση κάθε χώρας, ως τελικά υπεύθυνη για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού.

---

<sup>21</sup> Shulamit Ramon “Community care in Britain” στο βιβλίο Lavender A. and Holloway F., *Community care in practice, services for the continuing care client*, John Wiley and Sons, London 1988

\* Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαχειριστική αρχή “Υγεία- Πρόνοια 2000-2006”. Με το Ψυχαργός για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. 10 Οκτωβρίου 2005 Παγκόσμια ημέρα ψυχικής υγείας. (έντυπο)



Οι πολιτικές θα πρέπει να κατοχυρώνουν το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες ευπαθών ομάδων. Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μετατοπιστεί από τα μεγάλα ψυχιατρεία προς τις κοινοτικές υπηρεσίες, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες:

- Την πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας
- Την ανάπτυξη του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και

Την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της υγείας, όπως αυτή ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Αυτή η μετατόπιση επέδρασε στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται πλέον η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα. Η ιδρυματική πρόνοια δίνει τη θέση της στην κοινοτική φροντίδα.

#### Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία είναι:

Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε Γενικά Νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα.

- Παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στη συνεπαγόμενη ανικανότητα
- Εξατομικευμένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Καλή συνεργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών
- Ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον
- Συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κάνει από το 2001 συστάσεις στα κράτη μέλη του αναφορικά με τις δράσεις που πρέπει να αναλάβουν ώστε να προαχθεί η ψυχική υγεία των πολιτών. Αυτές οι συστάσεις είναι:

- Η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν περισσότερο στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)
- Τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όποιον τα έχει ανάγκη
- 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
- Έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στίγμα και τον αποκλεισμό
- Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις πολιτικές που πρέπει να ακολουθούνται και τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται
- Να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία
- Να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς
- Έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
- Υποστήριξη της έρευνας

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά μεταρρύθμισης του συστήματος.

#### **1.4. Η μεταρρύθμιση στην ελληνική πραγματικότητα**

##### **1.4.1. Νομοθεσία**

Το πέρασμα από την ασυλική ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια την ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική – Κοινοτική 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.

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, προγράμματα “ Λέρος Ι “ και “Λέρος ΙΙ”) ξεκίνησε η διαδικασία αποιδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος 2071/92 αποτέλεσε έναν ακόμη σταθμό, αφού για πρώτη φορά έγινε εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ρυθμίστηκαν σύμφωνα με σύγχρονες αντιλήψεις ζητήματα που αφορούν την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

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

Ο νόμος υπ’ αριθμό 2716/17-5-1999 περί <<Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας>><sup>22</sup> (βλέπε παράρτημα Α Εφημερίς της Κυβερνήσεως Νόμος 2716/1999) ξεκινάει στο άρθρο 1, παράγραφο 1, ως εξής: <<το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, ην περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα>>.Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παράγραφος 2, του ίδιου άρθρου: <<Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας>>.

Σήμερα, πέντε χρόνια μετά δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί ούτε η τομεοποίηση, βασική αρχή της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία, ούτε το πέρασμα στη πρωτοβάθμια εξωνοσοκομειακή φροντίδα, πολύ περισσότερο βέβαια η πρόληψη, όπως ορίζει στο 1<sup>ο</sup> άρθρο ο νόμος για τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής υγείας. Παράλληλα, η ψυχική υγεία

<sup>22</sup> Νόμος υπ’ αριθμό 2716, <<Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις>>, Εφημερίς της Κυβερνήσεως, αριθμ. Φύλλου 96, 17-5-1999.

συνεχίζει να απορροφά ελάχιστα κονδύλια από τα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

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

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

Μέχρι το 2000, οι κυριότερες μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο πίνακα:

#### Πίνακας 1

Μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν στην Ελλάδα το έτος 2000

Κέντρα ψυχικής υγείας	13
Κέντρα ψυχικής υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες	8
Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για παιδιά και εφήβους	6
Ψυχιατρικά Τμήματα(με κλίνες) Γενικού Νοσοκομείου	19
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου για παιδιά - εφήβους	3
Κινητές Μονάδες ψυχικής υγείας	3

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

Σε αυτές πρέπει να προσθέσουμε και ορισμένες άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες που είχαν δημιουργηθεί στην περίοδο έως το 2000 αλλά υπολειτουργούσαν, υποδομές που είχαν ετοιμαστεί και δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη λόγω μη στελέχωσης τους και τις μονάδες του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής), που παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών σε Αθήνα, Πειραιά, Αιγάλεω, Ηράκλειο Κρήτης, Λιβαδειά, Βόλο και Θεσσαλονίκη.

Ακόμη άλλες μονάδες του μη κερδοσκοπικού τομέα οι οποίες λειτουργούν παρέχοντας υπηρεσίες σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τις παιδικές ψυχώσεις κ.α.



#### **1.4.2. Το εθνικό πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ**

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στα μέσα του 1996, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία Ψυχαργός.

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1997 ένα διαρκές – δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο αποσκοπεί 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 στην επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας.

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

Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός σε τακτά διαστήματα αναθεωρείται και από την αναθεώρηση του ισχύει γι' άλλα 10 έτη (διαρκές – δεκαετές).

#### **1.4.3. Υπηρεσίες**

##### **A. Μονάδες ψυχικής υγείας**

Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα ψυχικής υγείας, τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, τα πολυδύναμα ιατροπαιδαγωγικά ιατρεία, οι κινητές μονάδες, τα ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων γενικών νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων κ.α. που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

##### **B. Κέντρα ψυχικής υγείας – ιατροπαιδαγωγικά κέντρα**

###### **Πολυδύναμα ψυχιατρικά ιατρεία**

###### **Πολυδύναμα ιατροπαιδαγωγικά ιατρεία**

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης

Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύσσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα.

#### **Γ.Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ'Οίκον**

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

#### **Δ. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού.

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

#### **Ε.Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψης**

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψης μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους.

#### **ΣΤ.Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

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

Οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα προστατευμένων διαμερισμάτων και φιλοξενουσών οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό

περιβάλλον, μετά από αίτηση τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983. Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6) μήνες με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας ψυχικής υγείας στην οποία υπάγονται.

### **Ζ.Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης**

#### **Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και**

#### **Επαγγελματικής Επανένταξης**

Υπηρεσίες αποκατάσταση και κοινωνικής – επαγγελματικής επανένταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε(15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

### **Η.Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό**

#### **Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα**

Επιτρέπεται η ίδρυση και η λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέρα των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις, αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης.

### 1.5. Το νομικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα

Αρκετά νομοθετικά διατάγματα<sup>23</sup> ρυθμίζουν τη διαδικασία εφαρμογής τύπων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη γενικότερη υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Τα κυριότερα διατάγματα είναι:

- Ο Ν. 861/79 για τη δαπάνη περίθαλψης των αναπήρων παιδιών από τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς φορείς.

- Ο Ν. 963/79 <<περί επαγγελματικής αποκατάστασης αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων>>.

- Ο Ν. 1000/79 που προβλέπει την πρόσληψη αναπήρων στο Δημόσιο κ.λ.π. (έναν ανά 100 θέσεις).

- Ο Ν. 12/75 που προσφέρει φορολογικές απαλλαγές και εκπτώσεις στο εισόδημα των αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 67%.

- Ο Ν. 1143/85 που ρυθμίζει τα της <<ειδικής αγωγής>>.

- Μια σειρά επίσης Νομοθετικών Διαταγμάτων και Προεδρικών Διαταγμάτων ρυθμίζουν ειδικότερες διαδικασίες για την ειδική εκπαίδευση.

- Ο σχετικά πρόσφατος, αλλά τόσο αντιφατικός, νόμος 1648/1986 καταργεί το νόμο 963/79 και ρυθμίζει τα της αποκατάστασης <<των μειονεκτούντων προσώπων>>.

Τα βασικά σημεία στα οποία ο παραπάνω νόμος παρουσιάζει σοβαρές αντιφάσεις είναι η απουσία πρόβλεψης ύπαρξης ειδικής επιτροπής αξιολόγησης ανά υγειονομική περιφέρεια, η ύπαρξη του ποσοστού 3% για όλες τις κατηγορίες αναπήρων στους οποίους περιλαμβάνεται και το ποσοστό των ψυχικά ανάπηρων, η απώλεια των δικαιωμάτων προστασίας μετά από ανάκληση για δύο φορές της τοποθέτησής τους, το δικαίωμα κάθε εργοδότη να ζητήσει οποτεδήποτε την αντικατάσταση του εργαζόμενου ανάπηρου για υπαίτια ή ανυπαίτια ακαταλληλότητα.

- Ο Νόμος 1729/1987 και οι νεότερες τροποποιήσεις του (Ν. 2161/1993) για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, της προστασίας των νέων κ.λ.π. περιέχει διατάξεις για την αποκατάσταση των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων.

- Τέλος ο Νόμος 1836/1989 που ρυθμίζει την απασχόληση και την επαγγελματική κατάρτιση, το συντονισμό, την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

<sup>23</sup> Μαδιανός, Μ., *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 169-170



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### 2.1.Γενικά

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας<sup>24</sup> κατά τη χρονική περίοδο 1975-2000, ο αριθμός των αναπήρων ατόμων σ' ολόκληρο τον κόσμο θα φθάσει τα 200 εκατομμύρια, από τα οποία τα σαράντα πέντε εκατομμύρια είναι ψυχικά ανάπηρα άτομα.

Το 1970 είχαν υπολογισθεί περίπου 60 έως 70 εκατομμύρια ανάπηρα παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες, ένας αριθμός που αναμένεται να φτάσει τα 135-150 εκατομμύρια κατά το έτος 2000. Για την ίδια χρονική περίοδο ο αριθμός των ανάπηρων παιδιών στις αναπτυγμένες χώρες θα φθάσει τα 12 έως 25 εκατομμύρια.

Στην ψυχιατρική νοσολογία δύο ομάδες νόσων ενέχονται στην πρόκληση σημαντικής έκπτωσης λειτουργικότητας, ανικανότητας και αναπηρίας: η ομάδα των σχιζοφρενικών διαταραχών και η ομάδα των οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Από τις δύο αυτές ομάδες εκείνη των σχιζοφρενικών διαταραχών αποτελεί το πιο εκτεταμένο πεδίο εφαρμογής των μεθόδων της αποκατάστασης.

Τέλος, υπάρχουν οι Νοητικές Καθυστερήσεις που αποτελούν επίσης ένα σημαντικό ποσοστό πληθυσμού ατόμων με σοβαρές ειδικές ανάγκες.

#### 2.2.Η διαδικασία της πρόκλησης αναπηρίας

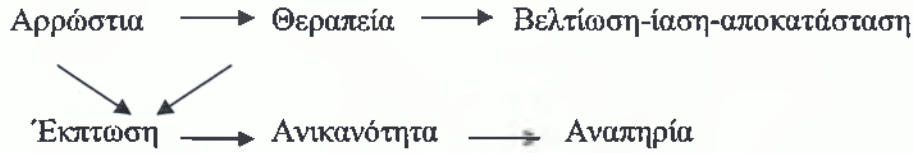
Ανάλογα με τη φύση των αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών η διαδικασία πρόκλησης μιας αρρώστιας σε επίπεδο παθολογοανατομικών βλαβών καταλήγει: 1) στην ίση-αποκατάσταση των βλαβών με ή χωρίς θεραπευτική παρέμβαση και 2) στην πρόκληση έκπτωσης και ανικανότητας-αναπηρίας (Σχήμα 2.1.).

---

<sup>24</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.43-46

Σχήμα 2.1.

Διαδικασία πρόκλησης αναπηρίας



Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.44

Η διαδικασία που περιγράφηκε αποτελεί το γραμμικό πρότυπο. Η ίδια αυτή διαδικασία πρόκλησης αναπηρίας μπορεί να έχει μια κυκλική απεικόνιση (κυκλικό πρότυπο) (Σχήμα 2.2.).

Σχήμα 2.2.



Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.44

Πρέπει να τονισθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις νοσολογικών συνδρόμων, π.χ. σχιζοφρενικές διαταραχές, αν και η θεραπευτική παρέμβαση εφαρμόζεται με επιτυχία, η μακρόχρονη πορεία της αρρώστιας καταλήγει σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανικανότητας και αναπηρίας.

Η αποκατάσταση έχει στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση του αναπήρου ατόμου ώστε να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον και την κοινωνία με στόχους την υποβοήθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης του αναπήρου ατόμου.

Σύμφωνα με τους Wing και Brown <sup>25</sup> είναι δυνατό να κατηγοριοποιηθούν τρεις τύποι έκπτωσης:

- 1) Προ-νοσηρές ανικανότητες, δηλαδή πριν από την εμφάνιση της νόσου όπως είναι το χαμηλό επίπεδο της εκπαίδευσης, η διαμόρφωση της προσωπικότητας.
- 2) Πρωτογενής ανικανότητα: Είναι φαινόμενα έκπτωσης που οφείλονται σε αυτή την ίδια την αρρώστια και κυρίως στα λεγόμενα αρνητικά συμπτώματα, όπως είναι το επίπεδο συναίσθημα, η απάθεια, ψυχοκινητική καθυστέρηση και το φτωχό περιεχόμενο του λόγου.
- 3) Δευτερογενής ανικανότητα: Αποτελείται από φαινόμενα έκπτωσης που ενώ δεν οφείλονται σε αυτήν την ίδια τη διαδρομή της νόσου, θεωρούνται ως το αποτέλεσμα της, όπως η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη απασχόλησης, η αισθητηριακή αποστέρηση κ.α.

Πρέπει να τονιστεί ότι η έκπτωση και η ανικανότητα είναι δυνατό να είναι εμφανείς ή και όχι, να είναι περιστασιακές ή και όχι, να είναι προοδευτικές ή και στάσιμες. Μια κατάσταση αναπηρίας θα είναι επίσης πάντοτε το αποτέλεσμα της ανικανότητας. Μερικές όμως φορές εκπτωτικές καταστάσεις π.χ. οργανικές εγκεφαλικές βλάβες, δημιουργούν αναπηρίες χωρίς να υπάρξει το στάδιο της ανικανότητας. Πέρα από το αποτέλεσμα που δημιουργείται από μια έκπτωση ή μια ανικανότητα, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι δυνατό να αυξήσουν ή να μειώσουν μια κατάσταση αναπηρίας.

## **2.3.Αποκατάσταση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

### **2.3.1.Ορισμός**

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Π.Ο.Υ. 1981).

Με τον όρο "αποκατάσταση" εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται

---

<sup>25</sup> Wing, J.K., Brown, G.W., *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals*, 1960-1968, Cambridge, England: Cambridge University Press

μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958).

Κατά τους Wing, Bennett και Denham<sup>26</sup>, <<αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση>>. Είναι εμφανές ότι ο ορισμός αυτός έχει ψυχιατρική κατεύθυνση.

Ένας ορισμός της ψυχιατρικής αποκατάστασης (Ψ.Α.) που δόθηκε από το Κέντρο ψυχιατρικής αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η ψυχιατρική αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο.

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος “ψυχοκοινωνική αποκατάσταση” (psychosocial rehabilitation) που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων<sup>27</sup>.

### **2.3.2. Το αντικείμενο του έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Οι τεχνικές της αποκατάστασης εφαρμόζονται: α) σε όλες τις ηλικίες (από τη βρεφική μέχρι και τη γεροντική), β) σε ένα ευρύ φάσμα νόσων του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού, του αγγειακού, του κεντρικού νευρικού συστήματος και των ψυχικών νόσων κυρίως μέσα από το φάσμα των σχιζοφρενικών ψυχώσεων, των διαταραχών της συμπεριφοράς κατά την εφηβεία, των νόσων εξάρτησης (αλκοολισμός, εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες), γ) ανεξάρτητα αν η αναπηρία είναι μόνιμη ή περιστασιακή.

### **2.4. Οι ιδεολογικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

Οι δύο μεγάλες ψυχιατρικές σχολές, της φροϋδικής ψυχοδυναμικής θεώρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της μαθησιακής, έχουν επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη και τη διαδικασία των εφαρμογών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στην ψυχοδυναμική θεωρία<sup>28</sup> βασίζεται η ανάπτυξη εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων με συμβολικό χαρακτήρα που στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών του

<sup>26</sup> Wing, J. K., Bennett, D.H., Denham, J(1964). *The Industrial Rehabilitation of Long- stay Schizophrenic Patients. Medical Research Council Memo*, No. 42, HMOSO London

<sup>27</sup> Μαδιανός, Μ., *Σημειώσεις ψυχιατρικής, επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης*, Αθήνα, σχολή επιστημών υγείας, τμήμα νοσηλευτικής πανεπιστήμιο Αθηνών.



σχιζοφρενικού αρρώστου, με τη χρήση του ανάλογου υλικού ή ασκήσεων. Με την ψυχοδυναμική επίσης θεωρία λειτουργούν αρκετές ομάδες αποκατάστασης σε ορισμένες χώρες, και ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. και τη Γαλλία.

Η συμπεριφορική θεραπευτική προσέγγιση έχει συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών που έχουν μεγάλη εφαρμογή σε χρόνιους ψυχικά αρρώστους για την αποκατάστασή τους, ιδιαίτερα με την παροχή ενίσχυσης και κινήτρων ή προτύπων για τη μείωση ή εξάλειψη των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Θα πρέπει να αναφερθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μάθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills), αντιμετώπισης των προβλημάτων στην οικογένεια του σχιζοφρενικού αρρώστου, κινητοποίησης ιδρυματικών αρρώστων με την παροχή ανταμοιβών, με υλικές προσφορές κ.λ.π.

Ένα γενικότερο σημείο είναι ότι η παρουσία του κάθε θεραπευτή δρα ως πρότυπο (modeling) μέσα από μαθησιακούς μηχανισμούς.

Μια άλλη προσέγγιση, που βασίζεται στη θεωρία της μάθησης, είναι η εφαρμογή αποκαταστασιακών στόχων με συμφωνία ή συμβόλαιο, κάτι που γίνεται στην ψυχοθεραπεία ζεύγους.

Σημαντική επίδραση σε ορισμένες αποκαταστασιακές παρεμβάσεις έχει η προσέγγιση του Carl Rogers και ιδιαίτερα η άποψή του για την αυτοεκτίμηση (self esteem), την αυτοενεργοποίηση (self-actualization), και τη θετική και υποστηρικτική στάση του θεραπευτή έναντι του πελάτη του. Οι ομάδες αντιπαράθεσης (encounter groups) που δημιουργήθηκαν από τον Rogers έχουν ευρύτατη εφαρμογή στις θεραπευτικές κοινότητες εξαρτημένων ατόμων.

Παράλληλα η ανθρωπιστική ψυχολογία του Abraham Maslow με τη θεωρία του για την ιεράρχηση των ανθρώπινων αναγκών, προσέφερε μια ακόμη θεωρητική βάση για θεραπευτικές συναλλαγές κατά τη διάρκεια των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων.

Η αισιοδοξία, η παροχή ευκαιριών, η εξατομίκευση, αλλά και η ολιστική θεώρηση του ατόμου έλκουν την καταγωγή τους από την ανθρωπιστική ψυχολογία. Οι άλλες ιδεολογικές κατευθύνσεις στον ψυχιατρικό χώρο φαίνεται ότι ελάχιστα επηρέασαν τη διαμόρφωση τεχνικών και εφαρμογών στους διάφορους τομείς της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Είναι όμως ουσιαστικό ότι μια γενικευμένη ιδεολογική ατμόσφαιρα, που είναι ταυτόσημη με μια κίνηση όπως η Δημοκρατική Ψυχιατρική στην Ιταλία, παίζει

---

<sup>28</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.52-54



## 2.5.Οι βασικές αρχές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Όπως η κοινοτική ψυχιατρική έτσι και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση διέπεται από οκτώ βασικές αρχές<sup>29</sup>.

- 1) Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμη και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωση του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.
- 2) Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- 3) Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B.F. Skinner.
- 4) Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα <<φυσιολογικά>>, αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν τη συμπεριφορά.
- 5) Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής έξω στην κοινότητα.
- 6) Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει.
- 7) Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθαρίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή

---

<sup>29</sup> Zussman, J., (1975) *Tertiary prevention in Freedman A., Kaplan H., Sadock (eds) Comprehensive textbook of psychiatry II, vol 2, Baltimore Williams Wilkins, pp. 2340-2346*

αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών, γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν και άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελεί σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωσικών μελών.

- 8) Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (πίνακας 2.1).

**Πίνακας 2.1. Ιεράρχηση της διαδικασίας της αποκατάστασης**

Εργασία	Στέγαση	Κοινωνικές δραστηριότητες
Ατομική ανάθεση έργου	Παραμονή σε κλειστό θάλαμο	Ο άρρωστος παραμένει μόνος
Ανάθεση έργου μέσα στο θάλαμο νοσηλείας	Παραμονή σε ανοικτό θάλαμο	Ο άρρωστος συναναστρέφεται με τους άλλους νοσηλευόμενους
Εργασία μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου	Παραμονή σε τμήμα που λειτουργεί ως θεραπευτική κοινότητα	Θεραπευτική κοινότητα
Εργασία στο προστατευμένο εργαστήριο	Διαμονή σε ξενώνα	Κοινωνικές δραστηριότητες έξω από το νοσοκομείο
Εργασία σε πλαίσια συνεργατικής	Διαμονή σε ομαδική στέγαση	Συμμετοχή στην Κοινωνική Λέσχη
Τοποθέτηση σε εργασία από ειδική υπηρεσία	Διαμονή σε εποπτευμένο	Κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες
Απασχόληση σε κανονικά εργασιακά πλαίσια	Διαμονή σε κανονικό διαμέρισμα	

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ 56

Οι οκτώ αυτές βασικές αρχές, όπως έχουν περιγραφεί από τον Zussman (1975), είναι απόσταγμα των πρώτων αποκαταστασιακών εμπειριών των δεκαετιών 1960 και 1970.



### **Οι αξίες (values) στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.**

Οι Farkas και Anthony<sup>30</sup> περιέγραψαν πρόσφατα οκτώ βασικές αξίες (values), που αποτελούν την ουσία του τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και έδωσαν τον αντίστοιχο ορισμό τους. Η διευκρίνιση των βασικών αυτών αξιών και ο καθορισμός τους διευκολύνει την επιστημονική επικοινωνία και την τυποποίηση των μεθόδων εκτίμησης και αξιολόγησης.

Στον πίνακα 2.2. περιγράφονται οι βασικές αξίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

#### **Πίνακας 2.2.Οι αξίες στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

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

Πηγή: Farkas, M., Anthony, W.A. (1989) *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into practice*, Baltimore, Johns Hopkins Univ.Press

### **2.6.Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Στο σχήμα 2.4. παρουσιάζονται σχηματικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Αυτοί είναι οι:1) κλινικοί παράγοντες, όπως η επίπτωση της ίδιας αρρώστιας, η προϋπάρχουσα γενική λειτουργικότητα του ατόμου, η προνοσηρή προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση, 2) οικογενειακοί, κοινωνικοί/πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το φτωχό κοινωνικό πολιτιστικό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνική τάξη και 3) οι διαδικασίες της εφαρμογής της αποκατάστασης<sup>31</sup>.

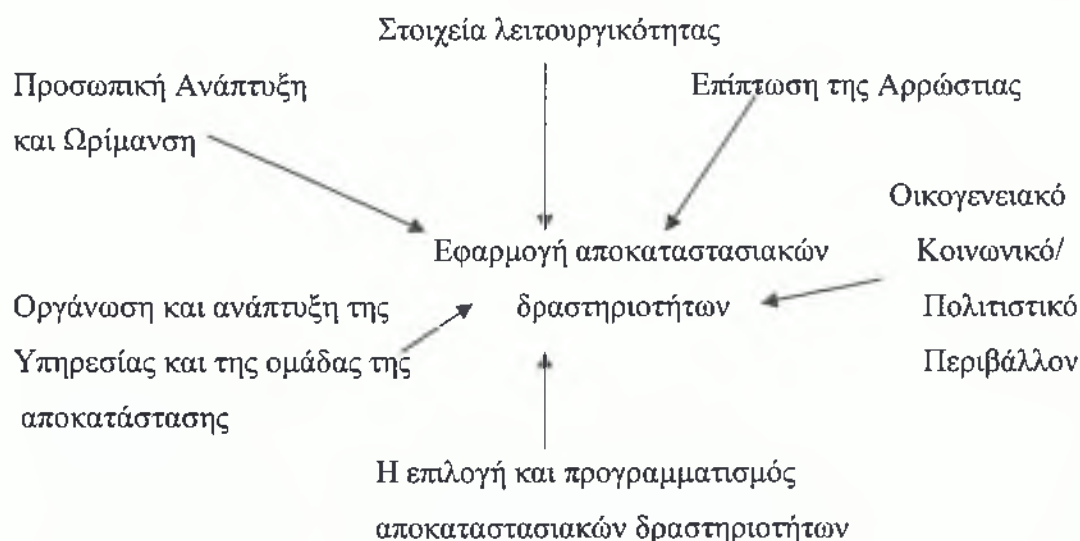
<sup>30</sup> Farkas, M., Anthony, W.A. (1989) *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into practice*, Baltimore, Johns Hopkins Univ.Press

<sup>31</sup> Anthony, W.A. (1980) *A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 24:6-21

Ειδικότερα στους κλινικούς παράγοντες πρέπει να επισημανθεί η προ-νοσηρή προσωπικότητα π.χ. τυχόν κοινωνικά στοιχεία επιδρούν αρνητικά στους μαθησιακούς μηχανισμούς νέων κοινωνικών δεξιοτήτων. Σε επόμενο εδάφιο τονίζεται επίσης η σημασία της ύπαρξης των λεγόμενων κλινικών αρνητικών συμπτωμάτων σε σχιζοφρενικούς αρρώστους.

**Σχήμα 2.4.**

Παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης



Πηγή:Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ 59

## 2.7.Η ομάδα της αποκατάστασης

Τα μέλη της ομάδας της αποκατάστασης είναι οι κλινικοί (ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι) και μέλη που κύριο έργο τους είναι η αποκατάσταση, δηλαδή εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματικοί σύμβουλοι και ειδικοί θεραπευτές καθώς και άλλοι επαγγελματίες (μουσικοί, ζωγράφοι, εθελοντές)<sup>32</sup>.

Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή \* σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι τριπλός :1) να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του ψυχωσικού αρρώστου μέσα από τις εργοθεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την

<sup>32</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.59-61

\* Στον όρο <<εργοθεραπευτή>> περιλαμβάνουμε και κάθε ειδικό θεραπευτή, π.χ. θεραπευτή τέχνης, μουσικής, χορού, κίνησης κ.λπ.

κοινότητα, 2) να αποτελέσει το σύνδεσμο μεταξύ αρρώστου και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες και 3) να εργαστεί αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και την έρευνα των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε όλα τα στάδια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέχρι την τελική κοινωνική αποκατάσταση ή την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος.

Το θεραπευτικό έργο συνίσταται από την προσπάθεια του εργοθεραπευτή για δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας με τον άρρωστο, την εκμάθηση των δραστηριοτήτων, την καθοδήγηση, τη διευκόλυνση της ολοκλήρωσης του έργου του, την ενίσχυση της ομαλοποίησης (normalization) με την περιποίηση της προσωπικής εμφάνισης και υγιεινής, καθώς και με τη δημιουργία αισθήματος αισιοδοξίας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας αλλά και ορίων. Η θεραπευτική εργασία περιλαμβάνει και τη συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου με την ενίσχυση του εγώ αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών του, ο δε θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για ταύτιση.

Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας είναι: 1) ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες, 2) η αμοιβαία ισότιμη συνεργασία, 3) η αισιοδοξία, 4) η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ατόμου- πελάτη, 5) η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως υποστηρικτικών συστημάτων, 6) ο σχεδιασμός πάντοτε εναλλακτικών προτάσεων, λύσεων, 7) ο σχεδιασμός μίνιμουμ ρεαλιστικών στόχων, 8) η διακριτικότητα, 9) η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη και των θετικών στοιχείων του, 10) η ενημέρωση, υποστήριξη της οικογένειας, ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, 11) η διερεύνηση των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.

Στον Πίνακα 2.3 περιγράφονται οι διάφορες δραστηριότητες των στελεχών στην αποκαταστασιακή διαδικασία.

**Πίνακας 2.3.Δραστηριότητες της ομάδας προσωπικού στη διάρκεια της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Φάσεις:	Διαγνωστική :	Προγραμματισμός:	Παρέμβαση:
Δραστηριότητες	<p>Τοποθέτηση ενός συνολικού στόχου. Εκτίμηση της ετοιμότητας της υπηρεσίας. Επαφή με τον πελάτη. Αναγνώριση προσωπικών κριτηρίων . Επιλογή εναλλακτικών λύσεων. Επιλογή του στόχου. Εκτίμηση λειτουργικότητας. Καταγραφή των δεξιοτήτων. Αξιολόγηση των δεξιοτήτων. Ενίσχυση του πελάτη. Εκτίμηση των πόρων. Καταγραφή των πόρων.</p>	<p>Προγραμματισμός ανάπτυξης δεξιοτήτων. Καθορισμός προτεραιοτήτων. Καθορισμός στόχων. Επιλογή παρεμβάσεων. Σχεδιασμός προγράμματος.</p> <p>Προγραμματισμός ανάπτυξης των πόρων. Καθορισμός στόχων. Επιλογή παρεμβάσεων. Οργάνωση του προγράμματος.</p>	<p>Άμεση διδασκαλία δεξιοτήτων. Περιεχόμενο Προγραμματισμός. Πρακτικές ασκήσεις. Ενίσχυση του πελάτη.</p> <p>Προγραμματισμός δεξιοτήτων. Αναγνώριση δυσκολιών. Ανάπτυξη του προγράμματος. Υποστήριξη των δραστηριοτήτων του πελάτη. Συντονισμός των πόρων. Ενημέρωση των πελατών.</p>

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 61

## 2.8. Ηθικά και δεοντολογικά θέματα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Όπως στους τομείς της κοινοτικής ψυχιατρικής και κοινοτικής ψυχικής υγιεινής<sup>33</sup>, έτσι και στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προκύπτουν θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν το άτομο που συμμετέχει στην αποκατάσταση, την οικογένεια και τον εργοδότη του.

Ο άξονας από τον οποίο διαρθρώνονται οι αρχές και οι κανόνες της αποκαταστασιακής ηθικής είναι εκείνος των αρχών της ιατρικής.

### Πίνακας 2.4. Βασικές αρχές ιατρικής ηθικής

- |   |
|---|
| 1. Αρχή της Αυτονομίας (autonomy)       |
| 2. Αρχή της Ωφέλειας (beneficence)      |
| 3. Αρχή της μη Βλάβης (non maleficence) |
| 4. Αρχή της Δικαιοσύνης (justice)       |

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.65

Κάθε ιατρική διαδικασία πρέπει να τείνει στη διατήρηση του απόρρητου της φύσης και της λειτουργικότητας του αρρώστου ατόμου, να το ωφελεί, να μην του προκαλεί βλάβες και να μην προσβάλει το περί δικαίου αίσθημα.

Οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι: 1) η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, 2) η εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου, 3) η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, 4) η καθαρότητα της επικοινωνίας.

Η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται με ειλικρίνεια για την πρόοδο ή τα προβλήματα του μέλους της στον τομέα της αποκατάστασης που εκείνο συμμετέχει. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει υπεύθυνα στο αποκαταστασιακό έργο, κατά το μέγεθος του δυνατού αλλά ουσιαστικού.

Η περίπτωση του εργοδότη (ατόμου ή εταιρίας) έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Με βάση τη νομοθεσία (Ν.1648/1986) ο εργοδότης γνωρίζει ότι προσλαμβάνει ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, αφού ο μισθός της θέσης του επιδοτείται. Στην πληροφόρηση αυτήν πρέπει να

<sup>33</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.65-66



τεθούν όρια και να ενημερώνεται μόνο έως το σημείο που θα διασφαλίζεται η ασφαλής και απρόσκοπτη εργασία του ατόμου, π.χ. να πληροφορηθεί το γεγονός ότι παίρνει κάποια ψυχοφάρμακα (όχι ποια ψυχοφάρμακα παίρνει).

Το πρόβλημα του αποιδρυματισμού εγείρει το ηθικό θέμα της νέας “εκρίζωσης” των νοσηλευόμενων. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η γνώμη τους ή να αποφασίζει ο διοικητικός μηχανισμός; Τι θεωρεί ο άρρωστος σωστό για την κοινοτική του επανένταξη, τι πιστεύει ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας ότι πρέπει να γίνει και τι είναι καλό για τον άρρωστο;

Τα ηθικά αυτά διλήμματα υπεισέρχονται στο σχεδιασμό και την οργάνωση των προγραμμάτων αποιδρυματισμού και αποκατάστασης με κύριο άξονα τις παραπάνω βασικές αρχές, προσθέτοντας επίσης και τον κλινικό παράγοντα, δηλαδή το κατά πόσον η κατάσταση του αρρώστου επιτρέπει μια πληρέστερη αναγνώριση και ιεράρχηση των αναγκών του.

## **2.9.Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται <sup>34</sup>στη μεταβατική φάση με τη μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας (Day Care Center), όπου ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες, και στην κύρια φάση της αποκατάστασης.

Στην κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται:

- 1) Η κοινωνική αποκατάσταση (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών π.χ. κοινωνικής λέσχης, όπου εφαρμόζονται ομαδικές διεργασίες ή θεραπεία με χορό, μουσική ή τέχνες που παίζουν σημαντικό ρόλο και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια).
- 2) Η επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία).

## **1.Μεταβατική φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Ως μεταβατική φάση θεωρείται η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο ή την κλινική μέχρι και την πλήρη επάνοδο του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. Ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή της μερικής νοσηλείας, ημερήσιας ή νυχτερινής, σε ειδική υπηρεσία, το νοσοκομείο ημέρας ή νύχτας

<sup>34</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.71

(Day hospital) ή το κέντρο ημέρας (Day Care Center)\*. (Βλέπε: Σχήμα 2.5. Η διαδικασία Εφαρμογής της Αποκατάστασης).

---

\* Ως διάκριση μεταξύ ενός νοσοκομείου ημέρας και ενός ημερήσιου κέντρου θεωρείται η ολιγομελής σύνθεση του δεύτερου και η σύνδεση του με Κ.Κ.Ψ.Υ. αλλά κυρίως ο βαθμός των προσδοκιών που είναι υψηλός για τα μέλη του Ν.Η.



Πηγή : Μωδινός, Μ. Γ., Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσπλο στην κοινότητα, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 72

## **A. Μερική Νοσηλεία**

Η λειτουργία νοσοκομείων ή κέντρων ημέρας είναι αναπόσπαστη από ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών. Στη χώρα μας η ανάπτυξη νοσοκομείων ημέρας υστερεί σημαντικά, αφού εκτός από μια πρόσφατη περίπτωση εκείνης του ψυχιατρείου της Θεσσαλονίκης (1988) σε κανένα άλλο δημόσιο ψυχιατρείο δεν λειτουργεί νοσοκομείο ημέρας. Ιστορικά, το πρώτο νοσοκομείο ημέρας λειτούργησε το 1978 στο Αιγινήτειο νοσοκομείο<sup>35</sup>. Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης σε νοσοκομεία ημέρας μέσα στα κρατικά ψυχιατρεία και σε νοσοκομεία ή κέντρα ημέρας σε ψυχιατρικά ιδρύματα εντατικής περίθαλψης, όπως σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, σε κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής ή σε κλινικές (εξωτερικά ιατρεία) θεραπευτικής παρακολούθησης. Αντίθετα, είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που νοσοκομεία ημέρας λειτουργούν αυτόνομα έξω από ένα σύστημα υπηρεσιών.

Σε όλες τις περιπτώσεις οι θεραπευτικοί στόχοι είναι ίδιοι,<sup>36</sup> δηλαδή: 1) η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική κατάσταση στην φυσιολογική ζωή στην κοινότητα. Και 2) η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανα-εισαγωγής. Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με την μορφή της ομάδας στην οποία αντιπροσωπεύονται τα βασικά επαγγέλματα της ψυχικής υγείας με μια υπέρ-αντιπροσώπευση των εργοθεραπευτών και ειδικών θεραπειών (τέχνης, μουσικής, κίνησης κλπ.) που μπορεί και να είναι μη μόνιμο προσωπικό.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συνήθη θεραπευτική διαδικασία (φαρμακοθεραπεία, ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, συνάντηση του προσωπικού και των μελών του προγράμματος), και τις θεραπευτικές δραστηριότητες (ομάδες εργοθεραπείας, συζήτησης, γυμναστικής και χαλάρωσης, μουσικής, ποίησης, παιχνιδιών, μαγειρικής κ.α.). Οι δραστηριότητες αυτές τελούνται μέσα στο χώρο του προγράμματος της ημερήσιας νοσηλείας. Άλλες δραστηριότητες (επισκέψεις σε μουσεία, εκδρομές, περίπατοι κλπ.) γίνονται έξω από τον κύριο χώρο της μερικής νοσηλείας.

---

<sup>35</sup> Μαντωνάκης, Ι., Τζέμος, Γ., *Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του πρώτου νοσοκομείου ημέρας στην Ελλάδα*, εγκέφαλος, 20:36-43, 1983

<sup>36</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.75-81

Η επιλογή των αρρώστων για το πρόγραμμα γίνεται με βασικό κριτήριο την τήρηση, εκ μέρους των, των κανονισμών του. Από πλευράς ψυχοπαθολογίας αποκλείονται οι διεγερτικοί άρρωστοι (με ιστορικό συχνών διεγέρσεων) και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Από διαγνωστικής πλευράς η συνηθέστερη νοσολογική οντότητα είναι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις και ακολουθούν οι συναισθηματικές ψυχώσεις, ενώ λιγότερο συχνές είναι οι νευρώσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας. Η διάρκεια της παραμονής ποικίλει. Η πλειοψηφία των αρρώστων παραμένει κατά μέσο όρο λιγότερο από 4 μήνες. Τέλος, δύο είναι τα βασικά συστατικά της ημερήσιας περίθαλψης: η απαραίτητη θεραπευτική ατμόσφαιρα και η ψυχιατρική εργοθεραπεία.

## **B. Το θεραπευτικό περιβάλλον (milieu)**

Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε είδους αποκαταστασιακές δραστηριότητες είναι η δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας ή περιβάλλοντος, με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλεια τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα, όλα αυτά κατευθύνονται προς την επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου, που είναι να μπορέσει ο νοσηλεύόμενος να διαχωρίσει και να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα από το ρόλο που προγραμματίζει να έχει μετά την έξοδο του από αυτό.

Όταν ο οριακός άρρωστος περνάει μια κρίση<sup>37</sup>, που μπορεί να φτάσει ως την ψύχωση με παραληρήματα καταδιώξεως και ακουστικές ψευδαισθήσεις, είναι σκόπιμο να γίνει χρήση κλινικής. Σε μια τέτοια περίπτωση η νοσηλεία, που συνήθως δε χρειάζεται να παραταθεί περισσότερο από λίγες μέρες, θα τον βοηθήσει να ξαναβρεί τα όρια της πραγματικότητας και θα τον προστατέψει από τον κίνδυνο της αυτοκτονίας ή κάποιας άλλης απεγνωσμένης, αυτοκαταστρεπτικής και γενικά ανεύθυνης ενέργειας, στην οποία θα μπορούσε να τον ωθήσει το άγχος, η οργή ή η κατάθλιψη, που υπάρχουν λίγο-πολύ όλο τον καιρό αλλά παροξύνονται με την κρίση.

Από πλευράς προσωπικού δημιουργείται :

- 1) Ένα επίπεδο υποδοχής του αρρώστου ως ατόμου το οποίο έχει δικαιώματα και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν με την παροχή των αναγκαίων

<sup>37</sup>Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986



ψυχοθεραπευτικών ευκαιριών, ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι ανήκει στην ομάδα, ότι συμμετέχει ισότιμα σε αυτήν και ότι μπορεί να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα του.

- 2) Ένα επίπεδο ανεκτικότητας προς το επίπεδο λειτουργικότητας και ρυθμού του αρρώστου, καθώς και προς τα τυχόν προβλήματα στην ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητα του.
- 3) Ένα επίπεδο δοτικότητας. Η έμφαση στη δοτικότητα απέναντι στον άρρωστο μέσα στην υπηρεσία δημιουργεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα. Σύμφωνα με τον Tranchina<sup>38</sup>, διάχυση του θεραπευτικού πλαισίου θεωρείται ο χώρος που αναπτύσσονται οι σχέσεις μεταξύ των ρυθμών και του τρόπου συμπεριφοράς ενός αρρώστου και της πιθανότητας για μια θεραπευτική παρέμβαση.
- 4) Ένα συμβολικό επίπεδο με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων (θεραπευτικής-πατέρας, ομάδα-οικογένεια).

### **Γ. Η θεραπευτική κοινότητα στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

Είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης, με αρχική εφαρμογή τους ψυχιατρικούς θαλάμους, το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευομένων μέσα από τον εκκοινωνισμό και την αποκατάσταση.

Ο όρος <<θεραπευτική κοινότητα>> χρησιμοποιήθηκε από τον T.F.Main, ο οποίος εργαζόταν στο νοσοκομείο Northfield του Birmingham το 1944. Εκεί μια ομάδα από ψυχιάτρους και ψυχαναλυτές εφάρμοσε αυτή την τεχνική σε μια ομάδα νοσηλευόμενων ψυχονευρωτικών πρώην στρατιωτών.

Ο Maxwell Jones θεωρείται ο πρωτοπόρος στην έμπνευση και οργάνωση της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου στη Μ. Βρετανία. Κατ' αυτόν η θεραπευτική κοινότητα προσπαθεί να αυξήσει όσο είναι δυνατό τα δυναμικά των αρρώστων και του προσωπικού.

Κατά τον Rappaport<sup>39</sup>, τέσσερις είναι οι βασικές αρχές που διέπουν την λειτουργία μιας θεραπευτικής κοινότητας:

- 1) Η αρχή του εκδημοκρατισμού (democratization)
- 2) Η αρχή της ανεκτικότητας (permissiveness)

---

<sup>38</sup> Louzoun, C., Stylianidis, S. (1987) *La nouvelle psychiatrie italienne*, Paris, MIRE

<sup>39</sup> Rappaport, R.N. (1960), *Community as a doctor*, *springfield Ill.*, C.C. Thomas

3) Η αρχή του κοινοτισμού (communalism) και

4) Η αρχή της αντιπαράθεσης με την πραγματικότητα (reality confrontation)

Στη θεραπευτική κοινότητα περιλαμβάνονται ως μέλη το προσωπικό, οι νοσηλεύόμενοι και οι συγγενείς τους σε ποικίλου βαθμού εμπλοκή –διοικητική και συναισθηματική. Δίνεται έμφαση στην επικοινωνία, ώστε να γίνεται ελεύθερα μεταξύ του προσωπικού και των νοσηλευομένων καθώς και ανάμεσα στους ασθενείς.

Στη θεραπευτική κοινότητα οι ρόλοι και οι σχέσεις επανεξετάζονται και συζητούνται συχνά. Ο στόχος είναι να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των ρόλων του κάθε μέλους, να ενισχυθεί η κατανόηση τους από την κοινότητα και να αυξηθεί το επίπεδο ευελιξίας των ρόλων και της συμπεριφοράς που απορρέει από αυτούς.

Η θεραπευτική κοινότητα με ψυχικά αρρώστους ως μέλη, εφαρμόζεται στην κοινοτική ψυχιατρική και ιδιαίτερα στο χώρο της ημερήσιας περίθαλψης και των μονάδων αποκατάστασης. Και στις δυο περιπτώσεις ο αριθμός των μελών κυμαίνεται από 12-15 έως 30-50 άτομα. Ο κύριος στόχος της θεραπευτικής κοινότητας είναι η ευόδωση της επικοινωνίας των μελών.

### **Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες**

Με τον όρο <<εργοθεραπευτικές δραστηριότητες>><sup>40</sup> εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή σε έναν άλλο χώρο (π.χ. στο σπίτι του), δραστηριότητα που κρίνεται ως απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του, προσωπικών και λειτουργικών. Οι δραστηριότητες έχουν θεραπευτικό και διαγνωστικό χαρακτήρα, αφού προσφέρουν κλινικές και άλλες πληροφορίες για την κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια εκτέλεσής τους, καλύπτουν δε τις ανάγκες ενός ευρέως φάσματος διαγνωστικών νοσολογικών οντοτήτων.

Ο θεραπευτικός χαρακτήρας επιτυγχάνεται μέσα από τους μηχανισμούς μάθησης νέων δεξιοτήτων ή βελτίωσης προηγούμενων, με την ανάπτυξη από το άτομο θετικών συναισθημάτων και αξιών απέναντι στον εαυτό του, την ωρίμανση του εγώ και την απόκτηση εμπιστοσύνης στις ικανότητες του για συμμετοχή και ολοκλήρωση των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων. Η θεραπευτική ιδιότητα των δραστηριοτήτων συμπληρώνεται από την ανάπτυξη της επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων, μέσα από τη δημιουργική εργασία, με την ικανοποίηση των υλικών αναγκών π.χ. με τη

---

<sup>40</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.81-82

χορήγηση επιδομάτων ή άλλων βοηθημάτων, με τη σωματική δραστηριότητα και γενικότερα με την άσκηση, που είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στους χρόνιους ψυχικά αρρώστους. Η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας συνεργασίας, αισιοδοξίας, ασφάλειας και ρεαλιστικών συνθηκών προάγει επίσης τους θεραπευτικούς στόχους.

Οι δραστηριότητες που στοχεύουν στη γενικότερη ανάπτυξη του αρρώστου είναι εκείνες που σχετίζονται με την αισθητηριακή αντιληπτικότητα και τον οπτικοκινητικό συντονισμό (ρυθμική, χορευτικές κινήσεις, γυμναστικές ασκήσεις, γεωγραφικές συνθέσεις και σχέδια). Οι δραστηριότητες που έχουν στόχο την ανάπτυξη του εγώ και της ταυτότητας του ατόμου (προσωπική εμφάνιση), τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών (με τη χρήση του ξύλου, του πηλού ή και άλλων <<σκληρών>> υλικών) και τη δυνατότητα ελέγχου (με την καθορισμένη συναρμολόγηση υλικών ή το κόψιμο υλικών σε καθορισμένα σχέδια) αποτελούν δραστηριότητες που προσφέρουν συνθήκες πραγματιστικές και περιορίζουν τα ψυχωσικά στοιχεία της συμπεριφοράς του ατόμου.

## **2.Κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

### **2.1.Η κοινωνική αποκατάσταση(Social Rehabilitation)**

Η κοινωνική αποκατάσταση αποτελεί το πρώτο στάδιο της κύριας φάσης της αποκατάστασης (μεσοπρόθεσμος στόχος). Ως φορείς περιλαμβάνονται η κοινωνική λέσχη, οι στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και η κοινωνική πρόνοια – υποστηρικτικό σύστημα<sup>41</sup>.

#### **1. Οι υπηρεσίες της κοινωνικής αποκατάστασης**

**Κοινωνική λέσχη:** Η κοινωνική θεραπευτική λέσχη (social club) έχει ως στόχο την κοινωνικοποίηση-επανάταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο (θεραπεία με τη ζωγραφική ή μουσική ή το χορό, ομαδικές συζητήσεις ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Οι δραστηριότητες ασκούνται μέσα και έξω από το χώρο της λέσχης.

**Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις:** (πίνακας 2.5.). Βασικός στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο, η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου.

---

<sup>41</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.89-91

## Πίνακας 2.5. Τύποι εναλλακτικών στεγαστικών δομών

1. Ξενώνας 24ωρης φύλαξης
2. Ξενώνας 12ωρης φύλαξης
3. Διαμέρισμα ομαδικής διαβίωσης με εποπτεία
4. Διαμέρισμα ατομικής διαμονής 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

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.90

Μετανοσοκομειακός ξενώνας: (Half-way house). Ο χρόνος παραμονής στον ξενώνα είναι βραχύς. Οι ξενώνες χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση διαμονής από άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες και τις διαγνωστικές κατηγορίες. Ο αριθμός των μελών στον ξενώνα δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, περιλαμβάνει δε σε 24ωρη βάση προσωπικό που είναι εκείνο υπεύθυνο για τη λειτουργία του. Οι ένοικοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση του κανονισμού λειτουργίας του ξενώνα (καθημερινές δραστηριότητες)

Οικοτροφείο: (Nursing home). Είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα.

Προστατευμένο διαμέρισμα: Πρόκειται για διαμέρισμα όπου διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα.

Θετή οικογένεια: (Foster family). Ο θεσμός της θετής οικογένειας χρονολογείται από την εποχή του 16<sup>ου</sup> αιώνα, τότε που στη πόλη Geel οι ψυχικά άρρωστοι διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής. Ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια, ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου.

Κοινωνική Πρόνοια: Το κράτος στις σύγχρονες κοινωνίες προβλέπει με νομοθετικές ρυθμίσεις την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών, έτσι ώστε και σε περίπτωση ψυχικής αρρώστιας να υπάρχει η οικονομική κάλυψη τους από τις επιπτώσεις της. Συγκεκριμένα

προβλέπεται μια κάποια επιδότηση των οικογενειών τους, ή των εργοδοτών τους σε περίπτωση που προσλάβουν το άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα. Κατ' αυτό τον τρόπο απαλύνεται το οικονομικό βάρος που υπάρχει στην οικογένεια από το ψυχικά άρρωστο άτομο, ενώ γίνεται ευκολότερη η πιθανότητα για την πρόσληψη του σε κάποια θέση εργασίας αφού αυτή η θέση σε μεγάλο ποσοστό επιδοτείται από το κράτος και όχι από τον εργοδότη.

## 2. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες (Social skills)

Μια σχετικά πρόσφατη διαδικασία στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης είναι η εκπαίδευση του ατόμου σε κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες μιας φυσιολογικής ζωής<sup>42</sup>. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι δυνατόν να γίνεται παράλληλα με την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια με στόχο την τροποποίηση της αρνητικής ατμόσφαιρας.

Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν συναισθηματικές, γνωσιακές και κινητικές περιοχές της λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τους Trowel, Bryant και Argyle, οι τρεις βασικοί τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνουν τις αντιληπτικές δεξιότητες (ή την ικανότητα για παρατήρηση), τις πρακτικές δεξιότητες και τις γνωσιακές δεξιότητες .

**Πίνακας 2.6. Οι τρεις βασικοί τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων**

ΤΥΠΟΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Αντιληπτικές δεξιότητες	Αναζήτηση πληροφοριών Αναγνώριση κοινωνικών σημάτων Ακρόαση δεξιοτήτων
Πρακτικές δεξιότητες	Εξωλεκτική έκφραση (βλεμματική επικοινωνία, έκφραση προσώπου) Ικανότητα χαιρετισμού Εμπλοκή Έναρξη συμμετοχής σε συνομιλία
Γνωσιακές δεξιότητες	Προγραμματισμός, Επίλυση προβλήματος

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 93

<sup>42</sup> Trower P., Bryant B., Argyle M., *Social skills and mental health*, London, Methuen 1978



## 2.2. Η επαγγελματική αποκατάσταση (vocational Rehabilitation)

Αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεση του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιοτήτων. Στον τομέα αυτό ανήκουν το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και η Προστατευμένη Εργασία σε διάφορα εργασιακά πλαίσια. Βασική προϋπόθεση για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου.

### 1. Επαγγελματικός προσανατολισμός

Η διερεύνηση των κλίσεων και των δυνατοτήτων ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες για την επαγγελματική του αποκατάσταση γίνεται μέσα από τη διαδικασία του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η διαδικασία αυτή γίνεται από τον ειδικό επαγγελματικό σύμβουλο και αρχίζει με την πρώτη συνέντευξη του με το άτομο. Ο σύμβουλος συνεργάζεται με το κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης ή με άλλα ειδικά ψυχολογικά εργαστήρια για τη διεξαγωγή ειδικών ψυχοτεχνικών δοκιμασιών<sup>43</sup>.

Ο επαγγελματικός σύμβουλος συνεργάζεται με τον εργοδότη του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί. Τον ενημερώνει για τις ικανότητες και για το πρόβλημα του ατόμου, χωρίς όμως να προχωρήσει σε διαγνωστικές λεπτομέρειες, ώστε ο εργοδότης να είναι γνώστης των τυχόν αναγκών του ατόμου. Η προετοιμασία του εργοδότη γίνεται σε συμβουλευτική βάση, διευκρινίζεται η ανάγκη της φαρμακοθεραπείας, ίσως της ελαστικότητας στο ωράριο κ.λ.π. Ο επαγγελματικός σύμβουλος έχει μια μόνιμη επαφή με τον εργοδότη και συντονίζει την τυχόν ανάγκη για κάποιες ψυχιατρικές παρεμβάσεις σε περίπτωση ενός αρχικού σταδίου υποτροπών.

### 2. Κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης – αποκατάστασης

Βασικός στόχος της προεπαγγελματικής αποκατάστασης είναι ο έλεγχος, κυρίως από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας (ωράριο, αμοιβή, παραγωγική εργασία). Το άτομο χρησιμοποιεί μια ποικιλία υλικών, εργαλείων και μηχανημάτων, πολλά από τα οποία

<sup>43</sup> Anthony, W.A. and Jansen, M.A. (1984), *predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications*, *American psychologist*, 39:537-544

απαιτούν διαφορετικούς χειρισμούς. Οι δραστηριότητες έχουν χωριστεί σε επιμέρους στάδια από τα οποία αποτελούνται.

Ελέγχονται έτσι η ικανότητα και η αποδοτικότητα του ατόμου σε κάθε διαφορετικό στάδιο και τέλος σε συνθήκες εργασίας, ώστε σε παραπλήσιο τομές να παραπεμφθεί στο Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης ή σε άλλες επαγγελματικές μονάδες. Βασικά κριτήρια για τη συμμετοχή του ατόμου σε προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η ηλικία (να μην υπερβαίνει τα 35 έως 40 χρόνια), η ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων ή κάθε ψυχοπαθολογικής κατάστασης, το κίνητρο να συμμετέχει και ένα επίπεδο λειτουργικότητας που να του επιτρέπει την αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα μέλη που μετέχουν σε ένα πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, επειδή έχουν ακολουθήσει όλα ή μέρος από τα προηγούμενα στάδια της αποκατάστασης, συνήθως εμφανίζουν ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Ο χρόνος της εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες.

### 3.Κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης – αποκατάστασης

Ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση<sup>44</sup>, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήσαν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας, παραπέμπονται στο Κ.Ε.Ε. όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο. Συνήθως ένα Κ.Κ.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα. Η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη (γύρω στους 12 έως 18 μήνες). Το μεγαλύτερο βάρος της εκπαίδευσης πέφτει στους ειδικούς εκπαιδευτικούς –τεχνίτες που εισάγουν τον εκπαιδευόμενο στα μυστικά του επαγγέλματος.

Το διάστημα της εκπαίδευσης διαιρείται: 1) στο προκαταρκτικό στάδιο κατά το οποίο το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του (μαθαίνει τη χρήση των ειδικών εργαλείων) και 2) στο κύριο στάδιο της εκπαίδευσης όπου το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του εκπαιδευτικού του αντικειμένου. Η όλη εκπαιδευτική διαδικασία αξιολογείται συνεχώς, ώστε να ελέγχεται η πρόοδος της εκπαίδευσης για τυχόν τροποποιήσεις και βελτιώσεις.

Μετά το τέλος της εκπαιδευτικής περιόδου οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με εκείνες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν ή στην περίπτωση μιας κάποιας δυσκολίας για την προσαρμογή τους στο τυπικό εργασιακό πλαίσιο ή μιας μειωμένης αποδοτικότητας προωθείται η λύση της προστατευμένης εργασίας.

<sup>44</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσπλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.103-105

#### 4. Προστατευμένη εργασία

Πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. Η προστατευμένη εργασία μπορεί να γίνεται στο σπίτι, στο προστατευμένο εργαστήριο ή ακόμη και μέσα στο εργοστάσιο σε ειδικό τμήμα όπως γίνεται στη Μ. Βρετανία, Ολλανδία, τις Σκανδιναβικές χώρες, Ιταλία και αλλού.

#### 5. Το προστατευμένο εργαστήριο ( Sheltered Workshop)

Προσφέρει, ως χώρος, τη δυνατότητα για δουλειά σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητα τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους. Την ευθύνη του εργαστηρίου συνήθως έχει ο εργοθεραπευτής. Σε μερικές περιπτώσεις το εργαστήριο παίρνει τη μορφή Συνεργατικής Επιχείρησης με περισσότερο ανεξάρτητο χαρακτήρα.

#### 6. Οι συνεργατικές επιχειρήσεις ή τα λεγόμενα παραγωγικά εργαστήρια ή κοινωνικές επιχειρήσεις

Οι συνεργατικές επιχειρήσεις αποτελούν τον πλέον προωθημένο τύπο αυτόνομης ή ημιαυτόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου με ειδικές ανάγκες. Είναι απαραίτητη η υπευθυνότητα των απασχολούμενων στο προστατευμένο εργαστήριο για την τήρηση των συμφωνιών, όπως η συνεχής εξασφάλιση παραγγελιών, ώστε να μην μείνει ποτέ το εργαστήριο χωρίς εργασιακό αντικείμενο. Η κατασκευή των προϊόντων πρέπει να είναι τυποποιημένη και ποιοτικά υψηλή, ώστε τα παραγόμενα προϊόντα να είναι ανταγωνιστικά ως προς εκείνα του ελεύθερου εμπορίου.

#### 7. Η τοποθέτηση σε θέση εργασίας

Αποτελεί την τελική και πιο λεπτή φάση όλης της διαδικασίας της αποκατάστασης. Εδώ η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και στον εργοθεραπευτή<sup>45</sup>. Είναι αναγκαίες ορισμένες λεπτές και προσεκτικές διαδικασίες πριν από την τοποθέτηση όπως: 1) η επιλογή των θέσεων εργασίας, 2) η ευαισθητοποίηση, προετοιμασία του εργοδότη και των μελλοντικών συναδέλφων του, 3) η ρύθμιση των γραφειοκρατικών διαδικασιών όπως είναι η επιδότηση του μισθού από το κράτος, ώστε το άτομο να γίνει δεκτό ως ισότιμο μέλος στη μικρή κοινότητα του εργοστασίου ή της επιχείρησης. Αρνητική επίπτωση στις τοποθετήσεις ατόμων με ειδικά προβλήματα έχει το

<sup>45</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.106-107

υψηλό επίπεδο ανεργίας. Είναι βασική υποχρέωση της ομάδας αποκατάστασης να παρακολουθούν το εργαζόμενο άτομο, το οποίο επίσης μπορεί να συμμετέχει στην κοινωνική λέσχη ή σε κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Επίσης η ομάδα πρέπει να βρίσκεται σε τακτική επαφή με τους συναδέλφους ή τον εργοδότη ή τον προϊστάμενο του ατόμου που τοποθετήθηκε στη δουλειά για την πρόληψη τυχόν προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσουν δυσάρεστο κλίμα στις σχέσεις του ατόμου με το προσωπικό της επιχείρησης.

Επιτυχημένη πρέπει να θεωρείται η τοποθέτηση σε μια θέση εργασίας, όταν το άτομο υπερβαίνει το χρονικό διάστημα των έξι μηνών στη θέση αυτή. Παράλληλα πρέπει να προσθέσουμε ότι η ομάδα της αποκατάστασης συνεργάζεται με φορείς της κοινότητας με στόχο την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων γύρω από το θέμα της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων.

### **2.3. Η σημασία της εργασίας ή της επαγγελματικής αποκατάστασης στους ψυχικά ασθενείς**

Η επιστροφή στην εργασία, είτε την παλιά, είτε σε κάποια νέα, θεωρείτε γενικά σαν καλό προγνωστικό σημάδι για τη μελλοντική εξέλιξη της ασθένειας. Για τον ψυχικά ασθενή λειτουργεί θετικά η ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τον εαυτό του και αναγνώρισης από τους άλλους μέσω της εργασίας του. Αμφότερα, είναι παράγοντες που βοηθούν πολύ στη σταθεροποίηση της ατομικότητας του. Παράλληλα μπορεί ο ψυχικά ασθενής να μάθει στην εργασία την αναγκαιότητα για αυτοέλεγχο, ιδιαίτερα σπουδαίο για τη σχέση με την πραγματικότητα. Χωρίς εργασία ο ψυχικά ασθενής αισθάνεται ακόμα πιο αδύναμος, ακόμα πιο άσκοπος υπαρξιακά και γι' αυτό περιττός στην κοινωνία. Μια οριοθέτηση του εαυτού του σε σχέση με το τι είναι, επαγγελματικά. Τέλος, εργασία σημαίνει και κάποιο κέρδος οικονομικό που σε τελευταία ανάλυση προφυλάσσει από τον κίνδυνο της πενίας, με όλα τα επακόλουθα της. Κέρδος από εργασία σημαίνει ακόμα ότι κανείς είναι ικανός να φροντίσει τον εαυτό του όσο και την οικογένεια του. Αυτό στηρίζει ακόμα περισσότερο την αυτοεπιβεβαίωση αυτού που μπορεί να κερδίζει λεφτά μέσα από την εργασία του. Χωρίς αμφιβολία, είναι πολύ προτιμότερο για την ανάπτυξη αυτοπεποίθησης απέναντι στον εαυτό του το κέρδος από κάποια εργασία παρά ο μισθός μιας σύνταξης αναπηρίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### 3.1.Γενικά

Η αξιολόγηση αποτελεί βασική έννοια και αναγκαιότητα στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης<sup>46</sup>.

Η αξιολόγηση αφορά το άτομο που μετέχει σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και την ίδια την υπηρεσία της αποκατάστασης ή τα προγράμματά της.

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου γίνεται για:

- την ανάδειξη των προσόντων και ικανοτήτων του ατόμου,
- την ανάδειξη των αδυναμιών του για τον προγραμματισμό της αποκατάστασης,
- την τοποθέτηση του ατόμου στην κατάλληλη ομάδα και τμήμα,
- τη συλλογή συγκρίσιμων πληροφοριών για τη μελλοντική επανεκτίμηση του ατόμου,
- το σωστό προγραμματισμό μελλοντικών στόχων,
- τον έλεγχο της προόδου του ατόμου και τυχόν αλλαγών στο άμεσο περιβάλλον.

Η αξιολόγηση της υπηρεσίας γίνεται για:

- την ανάδειξη της αποτελεσματικότητάς της,
- την ανάδειξη των τυχόν αδυναμιών της,
- τον προγραμματισμό νέων τμημάτων ή προγραμμάτων,
- την επισήμανση ειδικών προβλημάτων,
- την παρακολούθηση τάσεων (trends),
- τον υπολογισμό της αποδοτικότητας της υπηρεσίας.

#### 3.2.Μέθοδοι ατομικής αξιολόγησης

Η μεθοδολογία της αξιολόγησης ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες, εξαιτίας της χρόνιας διαδρομής μίας ψυχικής νόσου, είναι διαφορετική από εκείνη που εφαρμόζεται για την αξιολόγηση του έργου ενός κέντρου ή μιας ειδικής υπηρεσίας ή προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης<sup>47</sup>. Συγκεκριμένα οι μέθοδοι εκτίμησης της κατάστασης του ατόμου βασίζονται σε:

- 1) παρατηρήσεις από τον θεραπευτή της συμπεριφοράς του ατόμου,
- 2) ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρούμενα (Self-rated),

<sup>46</sup> Wilson, M. (1987) *Occupational Therapy in Long-term Psychiatry*. Edinburgh, Churchill, Livingstone

<sup>47</sup> Μαδιανός, Γ. Μ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.134-136



- 3)συνεντεύξεις (ελεύθερες ή δομημένες),
- 4)υπολογισμό της παραγωγικότητας και ότι σχετίζεται με αυτή,
- 5)βιολογικές παραμέτρους, π.χ. καταγραφή αυτονομικής δραστηριότητας ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων.

*Η μεθοδολογία για την αξιολόγηση του έργου της υπηρεσίας βασίζεται στη συλλογή και επεξεργασία:*

- 1)των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των ατόμων που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα,
- 2)των δεικτών ατομικής αποδοτικότητας,
- 3)των στοιχείων χρήσης των υπηρεσιών,
- 4)της ποσότητας αντικειμένων που παράγονται,
- 5)των ποσοστών ανεργίας και τοποθετήσεων σε εργασία.

Μια συμπληρωματική αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει την εκτίμηση των στάσεων της οικογένειας απέναντι στο μέλος της που συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, τη στάση του προσωπικού απέναντι σε διάφορα θέματα, την οικογενειακή ατμόσφαιρα του ατόμου στην οποία επανεντάσσεται.

Ένα σημαντικό θέμα είναι η επιλογή της τεχνικής της λήψης πληροφοριών και πώς θα διασφαλισθεί το απόρρητό τους, όπως επίσης και η αξιοπιστία και εγκυρότητά τους.

Η συνέντευξη πρέπει να ακολουθήσει όλους τους κανόνες που είναι διεθνώς παραδεκτοί. Αν το άτομο συμπληρώνει το ίδιο κάποια κλίμακα ή ερωτηματολόγιο, πρέπει να του έχει εκ των προτέρων εξηγηθεί κάθε τι το σχετικό και να διευκρινιστούν τυχόν απορίες του ή δυσκολίες του στην κατανόηση της κλίμακας. Η προσωπική συνέντευξη υπερέρχει ως μέθοδος σε αρκετά σημεία συγκριτικά με την αυτοεκτίμηση μέσα από κλίμακες, παρότι η δεύτερη μέθοδος είναι χρήσιμη για την καταγραφή πληροφοριών γύρω από τη στάση του ατόμου απέναντι στο προσωπικό, τα άλλα μέλη του προγράμματος και άλλα υποκειμενικά θέματα που ίσως δυσκολεύεται να τα εκφράσει σε μια συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο.

Η εκτίμηση που γίνεται με βάση κάποια παρατήρηση ή πληροφορίες πρέπει να βασίζεται σε διασταύρωση των πληροφοριών, π.χ., όταν εκτιμάται η οικογενειακή ατμόσφαιρα. Ένα σημαντικό θέμα είναι η δημιουργία της φυσιολογικής βάσης για την εκτέλεση μιας άσκησης ή μιας δραστηριότητας. Τι δηλαδή είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό για ένα άτομο με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.

*Η εκτίμηση των ατομικών ικανοτήτων περιλαμβάνει την προσωπική εμφάνιση, υγιεινή και καθαριότητα, τη χρήση καθαρής και περιποιημένης ενδυμασίας και τη χρήση των χώρων καθαριότητας.*

Οι κοινωνικές ικανότητες (dexterities) επικεντρώνονται στην ικανότητα χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς, την ικανότητα αγορών π.χ. είδη διατροφής, τη δημιουργία κοινωνικών επαφών, φιλίας και δεσμών.

Οι κοινωνικές δεξιότητες (social skills) περιλαμβάνουν την εκτίμηση του περιεχομένου του λόγου και των λεγόμενων παραγλωσσολογικών στοιχείων (ένταση φωνής, ρυθμός, τόνος), της λεκτικής συμπεριφοράς, της εξωλεκτικής συμπεριφοράς (βλεμματική επικοινωνία, έκφραση του προσώπου, χειρονομίες), και της κινητικής συμπεριφοράς, των αντιληπτικών (κοινωνικών) στοιχείων (προσοχή, αποκωδικοποίηση, γνώση του περιεχομένου των παραγόντων) και τέλος της ποιότητας της συνομιλίας (διάρκεια, γενικολογία, αυθορμητισμός, ποικιλία των απαντήσεων, κοινωνική ενίσχυση, ανταπαντητικότητα κ.λ.π.).

Τα προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, εκτιμούνται από την τυχόν ύπαρξη επεισοδίων βίαιης και καταστροφικής συμπεριφοράς π.χ., σπάσιμο αντικειμένων, μικροκλοπές, απειλητικές χειρονομίες και συμπεριφορές ενοχλητικές ή επιθετικές προς τους άλλους, προσβλητικού ή υβριστικού λόγου.

Η <<ιδρυματική >> συμπεριφορά αξιολογείται από το κατά πόσο το άτομο έχει περίεργη εμφάνιση ή εμφανίζει ιδιορρυθμίες σε δημόσιους χώρους, ή παράξενη συμπεριφορά π.χ., ψάχνει στα σκουπίδια, συσσωρεύει άχρηστα αντικείμενα ή ενοχλεί τρίτους ζητιανεύοντας, ή ζητώντας φορτικά διάφορα πράγματα. Αξιολογείται φυσικά η ψυχική κατάσταση του ατόμου, η χρήση φαρμάκων (σχέδιο φαρμακευτικής αγωγής) και η σωματική του κατάσταση ως προς βασικές λειτουργίες (καρδιαγγειακό, νευρικό, αναπνευστικό, πεπτικό, μυοσκελετικό σύστημα).

### 3.3. Η εκτίμηση της εξέλιξης της "αποκαταστασιακής" πορείας

Για να εκτιμηθούν οι τυχόν αλλαγές στην πορεία της αποκατάστασης ενός ατόμου που συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πρέπει να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση<sup>48</sup>:

- Των αλλαγών σε κάθε τομέα της λειτουργικότητας,
- Των προβλημάτων που ανακύπτουν από το ίδιο το πρόγραμμα ή τις σχέσεις των μελών του,
- Των πιθανών δυνατοτήτων για νέους στόχους,
- Της προγνωστικής αξίας των δραστηριοτήτων του προγράμματος,

<sup>48</sup> Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ.144

- Της ψυχοπαθολογικής κατάστασης,
- Της οικογενειακής ατμόσφαιρας και μόνο όταν αυτή επηρεάζεται από την αποκαταστασιακή παρέμβαση,
- Της συνεργατικότητας και του συντονισμού των άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών που εμπλέκονται στη διαδικασία της αποκατάστασης.

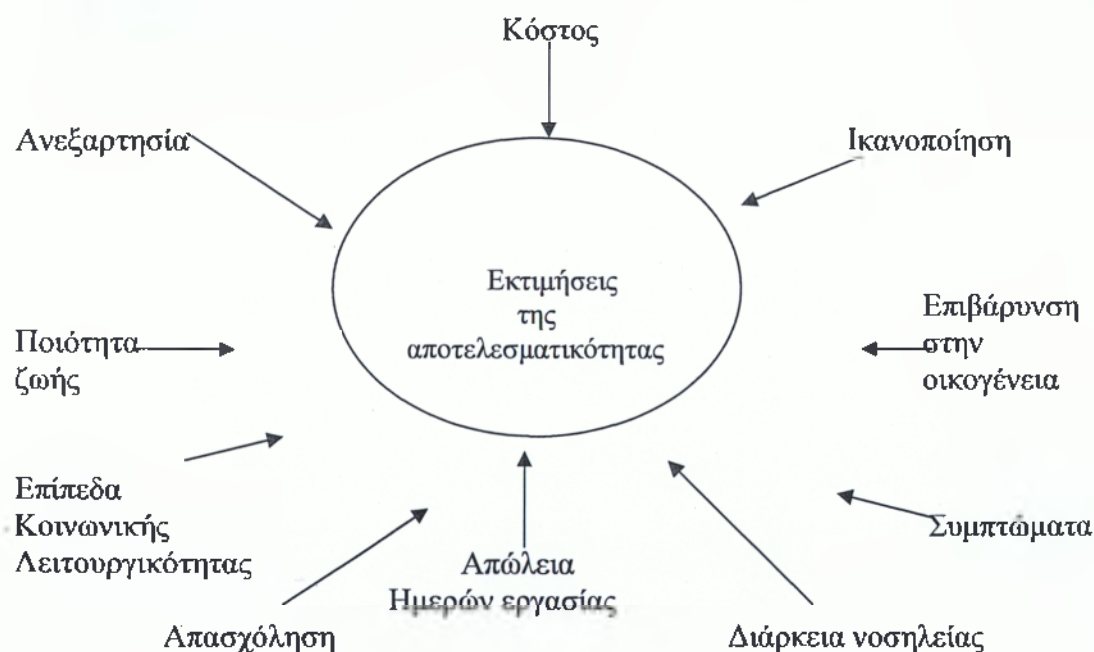
### 3.4. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης<sup>49</sup> πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά δέκα τουλάχιστον μεταβλητών που είναι κλινικές (διάρκεια νοσηλείας, συμπτώματα), κοινωνικές (απασχόληση, ποιότητα ζωής, κόστος, απώλεια ημερών εργασίας), αποκαταστασιακές (επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας, επίπεδα ικανότητας για ανεξάρτητη διαβίωση, βάρος στην οικογένεια, αυτοεκτίμηση / ικανοποίηση) (σχήμα 3.1.).

Όλες οι μεταβλητές αυτές είναι δυνατόν να εκτιμηθούν ως αυτούσιες (π.χ. διάρκεια νοσηλείας) ή να προέλθουν από τη χρήση ειδικών κλιμάκων και ερωτηματολογίων όπως αυτά περιγράφονται στη συνέχεια.

Σχήμα 3.1.

**Παράγοντες της εκτίμησης της αποτελεσματικότητας του αποκαταστασιακού αποτελέσματος (outcome)**



Πηγή : Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ 145

<sup>49</sup> Το ίδιο, ο.π., σελ 145

### **3.5.Κλίμακες και ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας**

Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι δημοσιεύσεις γύρω από τη χρήση και τις ψυχομετρικές ιδιότητες ειδικών οργάνων/ κλιμάκων και σύνθετων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.

Τα εργαλεία αυτά μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: 1) σε εκείνα που εκτιμούν το επίπεδο της λειτουργικότητας του ατόμου σε διάφορους τομείς, δραστηριότητες, σχέσεις και ρόλους, 2) στα όργανα που εκτιμούν τη γενική λειτουργικότητα σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογική κατάσταση του ατόμου και 3) σ' αυτά που μετρούν τις διαστάσεις και τα επίπεδα του κοινοτικού και οικογενειακού υποστηρικτικού συστήματος.

Στο παρακάτω πίνακα 3.1. εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά τους, ο συγγραφέας του, οι περιοχές ή οι τομείς αξιολόγησης, το χρονικό διάστημα εκτίμησης της ποιότητας ζωής καθώς και η μέθοδος συλλογής των πληροφοριών. Η μέθοδος συλλογής πληροφοριών μπορεί να είναι είτε η προσωπική συνέντευξη, είτε η αξιολόγηση από παρατηρήσεις, είτε η διασταύρωση πληροφοριών.

Πίνακας 3.1.Χαρακτηριστικά των οργάνων που εκτιμούν λειτουργικότητα και δεξιότητες διαβίωσης

Τίτλος κλίμακας-συγγραφέας	Τομείς εκτίμησης	Χρόνος που εκτιμάται	Μέθοδος συλλογής πληροφοριών
Life Satisfaction Index-A (LSI -A) BL.Neugarten ,RJ Havighurst, SS Tobin, 1961	Ποιότητα ζωής, ευ ζην, ικανοποίηση από τη ζωή	Παρελθόν και μέλλον	20 ερωτήσεις Προσωπική συνέντευξη
Κλίμακα κοινωνικής συμπεριφοράς και προσαρμογής(social behavior and adjustment scale-Platt et al.1980	Επίδοση σε ρόλους	Προηγούμενος μήνας	Ημιδομημένη συνέντευξη (329 ερωτήσεις)
Κλίμακα κοινωνικής προσαρμογής (social adjustment scale-weissman et al.1971)	Γενική και διαπροσωπική επίδοση και ικανοποίηση από 6 ρόλους	Προηγούμενοι δυο μήνες	42 ερωτήσεις με προσωπική συνέντευξη, 52 ερωτήσεις για χρόνιους αρρώστους
Ερωτηματολόγιο κοινωνικού stress και λειτουργικότητας (social stress and functioning inventory-serban 1978)	Επίδοση σε 21 περιοχές της κοινοτικής ζωής. Αντιμετώπιση του στρες	Πρόσφατος	174 ερωτήσεις για ρόλους και 130 ερωτήσεις για το στρες. Προσωπική συνέντευξη
Η κλίμακα εκτίμησης των αναγκών (the MPC needs for care assessment scale-brew in et.al.1987)	21 περιοχές κλινικής και κοινωνικής λειτουργικότητας	Πρόσφατος	Προσωπική συνέντευξη
Ερωτηματολόγιο κοινωνικών καταστάσεων(Trower,Bryant,Argyle 1978)	52 ερωτήσεις σε δύο μέρη	Πρόσφατος και πριν από 12 μήνες	Αυτοεκτίμηση

Πηγή: Μαδιανός, Μ. Γ., *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 147



### 3.6. Σχέση φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Δύο μεγάλες νοσολογικές οντότητες που καλείται να αντιμετωπίσει η ψυχιατρική τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και εξωνοσοκομειακό επίπεδο, είναι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, γι' αυτό και γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στα προβλήματα σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία αυτών των ασθενών στην κοινότητα παρακάτω.

Οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις είναι η ομάδα εκείνη των λειτουργικών ψυχώσεων που η νοσολογική τους υφή δημιουργεί τα μεγαλύτερα προβλήματα στην κοινοτική ψυχιατρική τους αντιμετώπιση. Όσον αφορά το μέρος της φαρμακοθεραπείας, η έλλειψη ευαισθησίας ενισχύει την άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Σε μερικές περιπτώσεις η κλινική εικόνα του αρρώστου είναι τέτοια που απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, γιατί τα παραγωγικά συμπτώματα είναι ανθεκτικά στη χρήση μεγάλων δόσεων φαρμάκων, αν και δεν υπάρχουν εμφανή σημεία επικινδυνότητας. Η χρήση των ψυχοφαρμάκων και η ίδια η εμπειρία από προηγούμενες νοσηλείας μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και το κάνουν να συμπεριφέρεται εξαρτημένα από την οικογένεια ή άλλα άτομα. Αυτά αλλά και πολλά άλλα προβλήματα αυτών των αρρώστων με κοινωνικό κυρίως αντίκτυπο έχουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης για τις δυσκολίες που εμφανίζουν στη διαβίωση τους μέσα στην κοινότητα.

Ως εκ τούτου, η ομάδα της ψυχικής υγείας έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από προβλήματα που αρχίζουν από την επιβεβαίωση της διάγνωσης και καταλήγουν στην προσπάθεια της αποκατάστασης.

Βασική αρχή, κατά την ανάληψη της περίπτωσης, είναι η διευκρίνιση και ιεράρχηση των προβλημάτων. Η αξία της λεπτομερούς διαγνωστικής έχει κάποια σημασία, όχι όμως πρωταρχική. Σημασία έχει η εξακρίβωση των άμεσων αναγκών. Οι βασικές αρχές αφορούν την δημιουργία ουσιαστικής σχέσης ασθενή και προσωπικού ώστε αυτή να έχει θετική συνεισφορά στη στήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του, αλλά και στην πρόληψη και αντιμετώπιση οποιονδήποτε προβλημάτων. Τις περισσότερες φορές η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σε ένα ΚΚΨΥ με το ψυχωσικό άτομο, με παράλληλη χρήση ψυχοφαρμάκων μακράς δράσης είναι το βασικό θεραπευτικό σχήμα.

Η χρήση νευροληπτικών πρέπει να γίνεται στο σημείο που αυτά ευωδούν τη διαδικασία της αποκατάστασης π.χ., η λήψη δισκίων πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση, χρήση φαρμάκων μακράς δράσης, άμεσος έλεγχος τυχόν παρενεργειών. Είναι ίσως προτιμότερο μερικές φορές το άτομο να αφηθεί να έχει (φαρμακολογικά) ένα ανεκτό επίπεδο, π.χ.,

ψευδαισθήσεων και να εργάζεται (κινητικά) πιο ανεκτά, παρά να του χορηγηθεί έντονη αγωγή και να μειωθεί έτσι σημαντικά η λειτουργικότητα του λόγω των παρενεργειών.

Οι νευρολογικές παρενέργειες των νευροληπτικών, αν εμφανιστούν, είναι δυνατόν να παρεμποδίσουν το έργο της αποκατάστασης του ατόμου. Σύμφωνα με τους Anthony, Cohen και Farkas, δοσολογία των νευροληπτικών πρέπει να προσαρμόζεται και στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Η σχιζοφρενική ψυχωσική συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα κατά τη διάρκεια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και μπορεί να χρειαστούν ποικίλους χειρισμούς για να αντιμετωπιστούν. Εκείνα που χρειάζονται αποκλειστικά φαρμακευτική παρέμβαση προκειμένου να αντιμετωπιστούν είναι το μαζικό άγχος, οι ανακοπές της σκέψης, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες.

Η ύπαρξη των αρνητικών συμπτωμάτων (επιπεδωμένο συναισθήμα, φτωχό περιεχόμενο του λόγου, επιβράδυνση των κινήσεων), αποτελεί ένα κακό προγνωστικό παράγοντα για την επιτυχή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Υπάρχουν όμως ερευνητικά τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι μια μακρόχρονη επίδραση ενός συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών σε αρρώστους με αρνητικά συμπτώματα και να αυξήσει τη λειτουργικότητα τους<sup>50</sup>.

Το όλο πρόγραμμα αποκατάστασης στοχεύει στη μείωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, π.χ. απενεχοποίηση, ενίσχυση συναισθήματος ασφάλειας, της προσωπικής εμφάνισης, της αυτοεξυπηρέτησης. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα σε προγράμματα αποκατάστασης σε σύγκριση με τις σχιζοφρενικές διαταραχές.

### 1. Αγχολυτικά φάρμακα και υπνωτικά

Τα αγχολυτικά ή ελάσσονα ηρεμιστικά, όπως το λέει η ονομασία τους, έχουν ειδική ανασταλτική επίδραση επάνω στο άγχος, που χαρακτηρίζει τις νευρωτικές διαταραχές και ακόμα περισσότερο επάνω στο επεισοδιακό, περιστασιακό άγχος ενός λίγο-πολύ ομαλού ατόμου. Είναι λιγότερο ή καθόλου αποτελεσματικά με το άγχος των ψυχωτικών αρρώστων. Έκαναν την εμφάνιση τους με τη μεπροπαμάτη παράγωγο της προπανεδιόλης, που ανακαλύφθηκε από τον Αμερικανό Μπέργκες το 1952 και απέκτησε γρήγορα μεγάλη δημοτικότητα, για να υποσκελιστεί στο τέλος από άλλες πιο αποτελεσματικές και λιγότερο εθιστικές ουσίες<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> Μαδιανός, Μ., *Κλινική ψυχιατρική*, Καστανιώτη, Αθήνα 2004

<sup>51</sup> Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986

## A. Βενζοδιαζεπίνες .

Η *χλωροδιαζεποξείδη* και η *διαζεπάμη*.<sup>52</sup> παράγωγα της βενζοδιαζεπίνης, άρχισαν να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του άγχους γύρω στο 1960 και στο σύνολο τους έφτασαν να γίνουν τα πιο πολυχρησιμοποιημένα φαρμακευτικά κατασκευάσματα της εποχής μας. Υπάρχουν σήμερα περί τα 35 είδη βενζοδιαζεπινών, πολλές από τις οποίες κυκλοφορούν και στον τόπο μας.

Η αγχολυτική δόση για τις περισσότερες βενζοδιαζεπίνες κυμαίνεται από 1 ως 10 χιλιοστόγραμμα. Σε σχετικά μεγαλύτερες δόσεις έχουν υπνωτικές ιδιότητες και καθώς οι παρενέργειες τους είναι ελάχιστες, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της αϋπνίας, έχοντας αντικαταστήσει σχεδόν τελείως τα βασικά υπνωτικά του αιώνα μας, παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος, γνωστά ως <<βαρβιτουρικά>>. Ιδιαίτερα ισχυρή υπνωτική δραστηριότητα έχουν η *νιτραζεπάμη*, η *φλονιτραζεπάμη* και η *φλουραζεπάμη*. Εκτός από τις αγχολυτικές και υπνωτικές τους ιδιότητες, οι βενζοδιαζεπίνες έχουν μυοχαλαρωτική, αντισπασμική και κατασταλτική δραστηριότητα. μερικές, όπως η *νιτραζεπάμη*, έχουν ανασταλτική επίδραση στα όνειρα.

## B. Κεντρικός μηχανισμός

Τα τελευταία χρόνια, έχουν εντοπιστεί ειδικοί νευροποδοχείς των βενζοδιαζεπινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, που συνδέονται με την αγχολυτική τους δραστηριότητα και υπόσχονται να ρίξουν φως στη νευροχημική υποδομή του άγχους. Αλλά οι βενζοδιαζεπίνες έχουν λίγη ή καμιά αποτελεσματικότητα με ορισμένα είδη άγχους, σαν κι αυτό που συνοδεύει συχνά καταθλιπτικές και σχιζοφρενικές διαταραχές.

Σε περίπτωση που το άγχος είναι εκδήλωση μιας καταθλιπτικής διαταραχής, ενδείκνυται η χρήση ενός από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Αλλά μπορεί να βοηθήσει και ένα από τα νευροληπτικά, αν δοθεί σε μικρές ποσότητες. Η αγχολυτική, βασικά αντικαταθλιπτική αυτή δραστηριότητα των νευροληπτικών σε μικρές δόσεις πιθανόν να οφείλεται στη διαφορετική ανασταλτική επίδραση τους στην προσυναπτική περιοχή των νευροποδοχέων του μεταχιαμακού συστήματος, ενώ μεγαλύτερες δόσεις αναστέλλουν τη μετασυναπτική περιοχή, προκαλώντας τις γνωστές αντιψυχωτικές ενέργειες των φαρμάκων αυτών.

---

<sup>52</sup> Το ίδιο όπως παραπάνω

## 2. Αντιψυχωτικά φάρμακα

Ανάμεσα στα ψυχοφάρμακα, εκείνα που η δράση τους έχει ειδική αποτελεσματικότητα πάνω στις ψυχωτικές διαταραχές ονομάζονται *αντιψυχωτικά*. Συνηθίζεται επίσης να αναφέρονται ως *νευροληπτικά*, γιατί ελαττώνουν τη <<νευρική>>, υποτίθεται, υπερένταση ή υπερδιέγερση σχιζοφρενικών και υπομανιακών αρρώστων. Είναι επίσης γνωστά ως *ηρεμιστικά*, αν και στην πραγματικότητα η ενέργεια τους είναι περισσότερο ανασταλτική παρά ηρεμιστική. Για να διακρίνονται από τα ψυχοφάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του νευρωτικού άγχους, αναφέρονται ως *μείζονα ηρεμιστικά*.

## 3. Φαρμακοκινητικές αρχές

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα των ψυχοφαρμάκων δεν μπορούν να εξηγηθούν απλώς με βάση τη γνωστή ως τώρα φαρμακολογική τους δραστηριότητα. Η σημαντική καθυστέρηση των αποτελεσμάτων των αντιψυχωτικών και ιδίως των αντικαταθλιπτικών ουσιών σημαίνει πως η άμεση δράση τους πάνω στους νευρομεταβιβαστές (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, κ.α.) δεν είναι παρά η αρχή μιας ολόκληρης σειράς από βιοχημικές αντιδράσεις.

### A. Απορρόφηση και μεταβολισμός

Για να έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα, τα ψυχοφάρμακα πρέπει να φτάσουν στον εγκέφαλο σε μian ικανοποιητική ποσότητα. Με αλλά λόγια, η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από την απορρόφηση, το μεταβολισμό, την προσπέλαση του αιματοεγκεφαλικού φράγματος και την αποβολή τους από το σύστημα. Η απορρόφηση των ψυχοφαρμάκων γίνεται εύκολα από τον γαστρεντερικό σωλήνα, γιατί είναι λιπόφιλα και δεν ιονίζονται πολύ στο φυσιολογικό pH. Στη μεγάλη πλειονότητα, ο μεταβολισμός τους γίνεται στο ήπαρ, αλλά διαφέρει από άτομο σε άτομο. Αποβάλλονται κατά κανόνα από τα νεφρά.

Το λίθιο διηθείται παθητικά και ένα μέρος του ξανααπορροφάται, με τον ίδιο μηχανισμό που απορροφάται το νάτριο. Μερικά λιπόφιλα φάρμακα, όπως η χλωροπρομαζίνη, αποβάλλονται επίσης στη χολή και, περνώντας στον εντερικό σωλήνα, ξανααπορροφώνται για έναν δεύτερο κύκλο μεταβολισμού μέσα στο ήπαρ. Όλοι αυτοί οι μηχανισμοί κάνουν ώστε, ύστερα από μια κανονική δόση, η πυκνότητα ενός ψυχοφαρμάκου στο πλάσμα να διαφέρει σημαντικά από άρρωστο σε άρρωστο. Η σχέση, ωστόσο, μεταξύ πυκνότητας στο πλάσμα και θεραπευτικής αποτελεσματικότητας ποικίλλει.



Το αποτέλεσμα ενός ψυχοφαρμάκου στον εγκέφαλο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συγκέντρωσή του στην περιοχή του νευροϋποδοχέα που καθορίζει τη θεραπευτική ενέργεια. Εξάλλου τα περισσότερα ψυχοφάρμακα, σε ένα μεγάλο μέρος τους, είναι δεσμευμένα στις πρωτεΐνες του πλάσματος. Για όλους αυτούς τους λόγους και για το γεγονός ότι τα περισσότερα ψυχοφάρμακα δημιουργούν μεταβολίτες με δικές τους θεραπευτικές ιδιότητες, είναι δύσκολο να υπολογιστεί η αποτελεσματικότητά τους με εργαστηριακή εξέταση αίματος. Και ο γιατρός θα χρειαστεί να διαλέξει όχι μόνο το κατάλληλο φάρμακο, αλλά και την κατάλληλη δόση, το διάστημα μεταξύ των δόσεων και την οδό της παροχής του φαρμάκου, έτσι ώστε να πετύχει την επιθυμητή συγκέντρωση και διατήρησή του στον εγκέφαλο για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται σκόπιμη η ενέργειά του.

## Β. Φαρμακοθεραπευτική Αγωγή

Με μερικά ψυχοφάρμακα χρειάζεται κάμποσος καιρός ώστε να φανούν τα αποτελέσματά τους. Κατά έναν ανάλογο τρόπο, τα αποτελέσματα ενός φαρμάκου δεν εξαφανίζονται αμέσως μόλις διακοπεί η χρήση του. Επιπλέον, η διακοπή ενός φαρμάκου συμβαίνει συχνά να δημιουργεί συμπτώματα αποσύρσεως, όπως το άγχος, που είναι δύσκολο να τα ξεχωρίσει κανένας από τα συμπτώματα της ίδιας της αρρώστιας. Για τους λόγους αυτούς, η διακοπή ενός ψυχοφαρμάκου που δεν παρουσιάζει επικίνδυνες παρενέργειες πρέπει να γίνεται βαθμιαία.

Η απόφαση να διακοπεί ή να αντικαταστεί ένα ψυχοφάρμακο με κάποιο άλλο, επειδή δε φαίνεται να φέρνει τα ποθητά αποτελέσματα, δικαιολογείται μόνον όταν έχει γίνει χρήση μιας ικανοποιητικής δόσης για ένα αρκετό χρονικό διάστημα. Και δεν έχει νόημα η αντικατάσταση να γίνεται με ψυχοφάρμακο της ίδιας χημικής οικογένειας, εκτός εάν υπάρχει πρόβλημα παρενεργειών.

Από όσα ξέρουμε για τη φαρμακοκινητική τους ενέργεια, ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων ψυχοφαρμάκων είναι θεωρητικά και κλινικά ανωφελής, αν όχι επιβλαβής. Το επιχείρημα ότι ο συνδυασμός ενός νευροληπτικού και ενός αντικαταθλιπτικού επισπεύδει τη θεραπευτική μεσολάβηση του γιατρού, σε περίπτωση που εκείνος δεν μπορεί να αποφασίσει αν η διαταραχή είναι στη βάση της σχιζοφρενική ή καταθλιπτική, ευσταθή μόνον όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι επικίνδυνη.



Στους παρακάτω πίνακες<sup>53</sup> αναφέρονται οι κυριότερες κατηγορίες ψυχιατρικών φαρμάκων, η γνωστότερη εμπορική ονομασία τους, η δραστική ουσία που περιέχουν και η ενδεικτική μέση δοσολογία για θεραπείες συντήρησης.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι υπάρχουν και άλλα σκευάσματα, με διαφορετική κύρια ένδειξη που χρησιμοποιήθηκαν ή χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική, όπως π.χ. το Phenergan (promethazin) με κύρια ένδειξη την αντιισταμινική του δράση.

Ακόμα, οι παρακάτω πίνακες εμπλουτίζονται συνεχώς με νέα σκευάσματα. Για τη χρήση των ψυχοφαρμάκων είναι απαραίτητα:

- Η ακριβής δράση του φαρμάκου.
- Οι δυνατές παρενέργειες και αντενδείξεις.
- Σχετική πείρα με το συγκεκριμένο σκεύασμα.
- Ψυχιατρικές γνώσεις!!...

Ακόμα, στους παρακάτω πίνακες περιλαμβάνονται και μερικά των παλαιότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων που, είτε έχουν αποσυρθεί, είτε δεν χρησιμοποιούνται πλέον λόγω της εμφάνισης των νεωτέρων. Ανευρίσκονται όμως συχνά στα ιστορικά των χρόνιων ασθενών.

---

<sup>53</sup> Παπαγεωργίου, Ε., Γ., *Ψυχιατρική*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε, Αθήνα 2004, σελ 425-428

## ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

### Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

**Κυριότερες ενδείξεις:** Κατάθλιψη με ψυχοκινητική καταστολή.

Όνομα	Δραστική ουσία	Μορφή	Μέση δοσολογία
Anafranil	Clomipramin	Tab 10mgx30 Tab 20mgx30 Amp 25mg/2mlx10	20-100mg/24h Κυρίως πρωινές ώρες
Toltranil	Imipramin	Tab 10/25/50mg	20-50mg/24h
Noveril	Dibenzepin	Tab 40/80mgx20 Amp 40mg/2mlx10	20-50mg/24h 120-240mg/24h

**Κυριότερες ενδείξεις:** Κατάθλιψη με ψυχοκινητική διέγερση - άγχος

Όνομα	Δραστική ουσία	Μορφή	Μέση δοσολογία
Laroxyl Saroten	Amitriptylin	Tab 10/25mg Amp 50mg/2ml 24h	30-60 mg/24h Κυρίως απογευματινές δόσεις
Tryptizol Sinequan	Trimipramin	Tab 25mg Caps 30mg	50-100mg/24 h Κυρίως απογευματινές- βραδινές δόσεις
Insidon	Oripamol	Tab 50mg	150-250mg/24h

**Παρενέργειες:** Ποτέ μαζί με αναστολείς της ΜΑΟ. Διαταραχές καρδιακού ρυθμού, ιδιαίτερα σε καρδιολογικούς ασθενείς, αύξηση επιληπτικών δυναμικών, εσωτερική ανησυχία, αλλεργικές εκδηλώσεις κ.ά.

Γενικά για όλα τα σκευάσματα ποτέ στους 3 πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και αποφυγή κατάχρησης οιοπνευματωδών ποτών.

## Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά

**Κυριότερες ενδείξεις:** Κυρίως αγχώδεις καταστάσεις με ψυχοκινητική διέγερση και ψυχοσωματική συμπτωματολογία.

Όνομα	Δραστική ουσία	Μορφή	Μέση δοσολογία
Ludiomil	Maprotilin	Tab 25/75mg	50-100mg/24h
Tolvon	Mianserin	Tab 10mg	Κυρίως βραδινές δόσεις 30-80mg/24h
<b>Άλλα αντικαταθλιπτικά</b>			
Camomil	Loxepamin	Tab 35/70mg	35-210mg/24h
Thomeran	Trazodase	Caps 25/50mg	100-250mg/24h
Vivalan	Viloxazin	Tab 50mg	100-200mg/24h

**Παρενέργειες:** Αντιχολινεργικές εκδηλώσεις όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θόλωση όρασης, λιγγος και σπανιότερα πτώση αρτηριακής πίεσης. Αναστρέψιμες ΗΚΓγραφικές διαταραχές, δερματικές εκδηλώσεις. Πριν τη χρήση αναστολέων ΜΑΟ 14 ημέρες διακοπή.

## Νευροληπτικά - Θυμοληπτικά

Πρόκειται για νευροληπτικά φάρμακα που έχουν έντονη αντικαταθλιπτική δράση, κυρίως κατασταλτική.

Όνομα	Δραστική ουσία	Μορφή	Μέση δοσολογία
Dogmatil	Sulpirid	Caps 50mg Tab 200mg Sirop 125ml,25mg/5ml 6 Amp 2ml/100mg	
Melleril	Thioridazin	Tab 25/100/200mg	50-400mg/24h
Truxal	Chlorprothixen	Tab 25/50mg	45-150mg/24h
Taxilan	Chlorpromazin	Tab 25mg	25-100mg/24h
Majeptil	Chlorpromazin	Tab 1-10mg	5-30mg/24h
Neurozil	Levomepromazin	Tab 25/180mg	50-150mg/24h

**Παρενέργειες:** όπως και τα άλλα, με ιδιαίτερη προσοχή για καρδιολογικές διαταραχές, πτώση πίεσης κ.λπ.

Είναι χαρακτηριστικό, το με πόση ευκολία, χορηγούνται ψυχοφάρμακα (ιδιαίτερα της κατηγορίας των απλών ηρεμιστικών) από ιατρούς διαφόρων-άσχετων με την ψυχιατρική-ειδικοτήτων, φαρμακοποιούς ή... φίλους και γνωστούς!! Αυτή η "άνεση" χρήσης τέτοιων φαρμάκων έχει οδηγήσει χιλιάδες ασθενείς σε εθισμό και εξάρτηση από τα σκευάσματα αυτά, με όλα τα παθολογικά επακόλουθα της εξάρτησης από χημικές ουσίες, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το περιβάλλον του.

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια οργανωμένη και σωστή λειτουργία των ξενώνων και όχι μόνο, είναι η εφαρμογή και η τήρηση κανόνων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΞΕΝΩΝΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

#### 4.1.Οργανωτική διάρθρωση

##### 4.1.1.Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας ξενώνων

Η ύπαρξη ενός Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας<sup>54</sup> που δίνεται στους ενοίκους και στο συγγενικό τους περιβάλλον, στοχεύει στη δημιουργία ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας προκειμένου να επιτευχθούν αφενός η ομαλή και αρμονική συμβίωση και συνεργασία των ενοίκων και του προσωπικού του ξενώνα και αφετέρου οι θεραπευτικές επιδιώξεις και η κοινωνική επανένταξη των ενοίκων. Επίσης δίνεται ένα περιληπτικό φυλλάδιο, για τους κανόνες τήρησης, τους οποίους ο ένοικος πρέπει να ακολουθήσει για μια αρμονική συμβίωση μέσα στο χώρο διαμονής τους. ( βλέπε παράρτημα Β Συμβόλαιο παραμονής).

Ειδικότεροι στόχοι του Κανονισμού Λειτουργίας είναι η αποσαφήνιση των ρόλων, η συγκροτημένη δόμηση λειτουργίας της Διεπιστημονικής-Διεπαγγελματικής Ομάδας, η συγκεκριμενοποίηση των υπευθυνοτήτων, η ύπαρξη οργανωτικής ευελιξίας, η συμπληρωματικότητα των καθηκόντων, η ισορροπία εργασιακής προσφοράς, η υψηλή ποιότητα συμμετοχής στο συγκεκριμένο έργο και η αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης, η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των ενοίκων, η δημιουργία συνθηκών διαβίωσης οικογενειακού τύπου και η δημιουργία ενός ευχάριστου και φιλικού περιβάλλοντος. Όλες οι αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη λειτουργία του Ξενώνα πρέπει να κινούνται γύρω από τους προαναφερθέντες άξονες.

##### 4.1.2.Δομή ξενώνων

Ο Μετανοσοκομειακός ψυχιατρικός ξενώνας του Ευαγγελισμού<sup>55</sup> στον οποίο απευθύνθηκα, αποτελεί εξωνοσοκομειακή μονάδα βραχείας διάρκειας παραμονής (μέχρι 8 μήνες) και υψηλού βαθμού υποστήριξης (24ωρη κάλυψη με προσωπικό), όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

<sup>54</sup> Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, γενικό περιφερειακό νοσοκομείο <<ο Ευαγγελισμός>>, ψυχιατρικό τμήμα, διευθύντρια : Θεοδωροπούλου Σταυρούλα, Μετανοσοκομειακός ψυχιατρικός ξενώνας βραχείας διαμονής.

<sup>55</sup> Όπως παραπάνω.



Ο συγκεκριμένος ξενώνας, στεγάζεται σε κτίριο τριών ορόφων με επί πλέον ημιυπόγειο, αλλά φωτεινό, χώρο. Συνολικό εμβαδόν 700 τ.μ. Αποτελείται από 10 άνετα δίκλινα υπνοδωμάτια, χώρο υποδοχής ασθενών και επισκεπτών, χώρους εργασίας του προσωπικού, χώρο εργοθεραπείας και συγκεντρώσεων προσωπικού και ενοίκων, χώρο βιβλιοθήκης και χώρους όπου μπορούν να αποσυρθούν οι ένοικοι όταν το επιθυμούν. Επί πλέον υπάρχει τραπεζαρία, κουζίνα πλήρως εξοπλισμένη με τις απαραίτητες ηλεκτρικές συσκευές και χώροι αποθηκευτικοί.

Κατά την επισκευή του κτιρίου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση σε προδιαγραφές ασφαλείας, όπως διακόπτες ασφαλείας για την αποφυγή ηλεκτροπληξίας, ανιχνευτές καπνού σε περίπτωση πυρκαγιάς.

Η συντήρηση του εξοπλισμού και η αποκατάσταση βλαβών στο κτίριο γίνεται από την τεχνική υπηρεσία του Ευαγγελισμού.

Μέριμνα τους είναι να μην γίνονται παρεμβάσεις στο κτίριο οι οποίες να στιγματίζουν ή απομονώνουν τον ξενώνα και τους ενοίκους από την τοπική κοινωνία.

Όλα τα δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα είναι αποθηκευμένα με τρόπο που να μην είναι προσιτά στους ενοίκους. Στα επικίνδυνα αντικείμενα περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων τα φάρμακα, οι σύριγγες, οι βελόνες, καθώς και διάφορα χημικά προϊόντα και υλικά καθαριότητας.

Η θερμοκρασία των χώρων πρέπει να διατηρείται σε κατάλληλη για κάθε εποχή επίπεδα, έτσι ώστε τόσο οι ένοικοι όσο και το προσωπικό να νοιώθουν άνετα αφενός και αφετέρου να προλαμβάνονται σοβαρές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κατά τους θερινούς μήνες, όπως η δυνητικά επικίνδυνη για την ζωή παρενέργεια της θερμοπληξίας.

Η διάρθρωση, η οργάνωση και η λειτουργία του ξενώνα είναι σύμφωνη με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρυματοποίησης, της κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Δεν αποτελεί απλώς μια μορφή προστατευμένης στέγασης, αλλά μια ενδιάμεση δομή στην διαδικασία μετάβασης από τις ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας στην αυτόνομη ζωή στην κοινότητα. Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Αναπαράγει την έννοια του σπιτιού και τις καθημερινές συνθήκες ζωής σ' αυτό, συνδέοντας το με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο στον οποίο εντάσσεται.

Πρόκειται για αποψυχιατροποιημένη δομή όπου το κύριο βάρος δίδεται στην κοινωνικού τύπου φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι τα ιατρικά και νοσηλευτικά, κατά την νοσοκομειακή έννοια, χαρακτηριστικά έρχονται σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με τα αποκαταστασιακά, που στοχεύουν στην υποστήριξη των φιλοξενουμένων στην καθημερινή τους πορεία προς την κοινωνική επανένταξη.

Οι κύριοι παράγοντες που εξασφαλίζουν την επιτυχημένη λειτουργία του Ξενώνα είναι η ομαδική εργασία του προσωπικού, η συμπληρωματικότητα των ρόλων, η υπέρβαση των παραδοσιακών νοοτροπιών ασυλικού και νοσηλευτικού τύπου, η δημιουργία ενός νέου επαγγελματικού προτύπου.

Οι προαναφερθείσες αρχές αποτελούν τον βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφονται η οργάνωση και η δομή του κανονισμού λειτουργίας του Ψυχιατρικού Ξενώνα που ακολουθεί, και αποτελούν πρωταρχικό στοιχείο κατά τη λήψη όλων των αποφάσεων και τη διενέργεια όλων των πράξεων, σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο, οι οποίες αφορούν τη λειτουργία του.

Η σύσταση της Μονάδας, ο ορισμός Επιστημονικά Υπεύθυνου, ο ορισμός Υπεύθυνου Στεγαστικής Δομής, η εξασφάλιση της Διεπιστημονικής-Διεπαγγελματικής Ομάδας, η εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού καθώς και η ομαλή και λειτουργική διασύνδεσή του με άλλες υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίον υπάγεται, συνιστούν απαραίτητη προϋπόθεση της σωστής λειτουργίας του Ξενώνα.

Οι εν λόγω ξενώνες είναι δημοσίου δικαίου, με εξαίρεση τον ξενώνα στη Γλυφάδα είναι ιδιωτικού δικαίου, πληρώνουν ένα μεγάλο ποσοστό οι ένοικοι και εν μέρει το κράτος.

#### **4.1.2.Στόχοι Λειτουργίας Ξενώνων**

Ο Ξενώνας εντάσσεται στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας πρόληψης με πρωταρχικό σκοπό την ψυχοκοινωνική επανένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός στον Ξενώνα του Ευαγγελισμού παρέχονται στεγαστικές, θεραπευτικές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές υπηρεσίες, αναπτύσσονται δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενισχύεται η συμμετοχή σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ειδικότερα, η λειτουργία του Ξενώνα, παρ' όλο που εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ενοίκων, καθορίζεται από το γενικό πλαίσιο των προβλημάτων και των αναγκών των ασθενών, που προέρχονται από διάφορες ψυχιατρικές μονάδες και στοχεύει:

- Στην προαγωγή της ικανότητας αυτοφροντίδας,
- Στην αύξηση της αυτοεπίγνωσης και της αντίληψης της πραγματικότητας,
- Στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους,
- Στη βελτίωση της λειτουργικότητας, των ικανοτήτων και του δυναμικού τους και στην ανάπτυξη του επιπέδου ανεξαρτησίας τους,
- Στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος,
- Στην ενθάρρυνση της κοινωνικής τους συμμετοχής και της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου στην κοινότητα,
- Στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα,
- Στην πρόληψη της εγκατάστασης μόνιμης αναπηρίας και ανικανότητας,
- Στη μείωση της συχνότητας και της διάρκειας του ιδρυματισμού,
- Στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων και στην παροχή ικανού θεραπευτικού περιβάλλοντος που να αναιρεί την κοινωνική περιθωριοποίηση και να ευνοεί την κοινωνική επανένταξη,
- Στην υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων,
- Στην προεπαγγελματική και επαγγελματική τους κατάρτιση.

Ο όρος ξενώνας είναι αρκετά γενικός και συμπεριλαμβάνει όλους τους χώρους που φιλοξενούν ασθενείς στη κοινότητα <sup>56</sup>. Ειδικότερα, κάθε κοινότητα θα πρέπει να διαθέτει χώρους οι οποίοι θα προσφέρουν διάφορους βαθμούς ανεξαρτησίας στα άτομα που φιλοξενούν. Τους ξενώνες θα μπορούσαμε να τους διακρίνουμε σε :

- Ξενώνες με μέτρια επιτήρηση: οι ξενώνες αυτοί έχουν τη μορφή οικοτροφείου, όπου οι ασθενείς λειτουργούν σχετικά ανεξάρτητοι, υπό την εποπτεία προσωπικού ειδικά εκπαιδευμένου αλλά όχι απαραίτητα επιστημονικά εξειδικευμένου.
- Ανεξάρτητες κατοικίες: εδώ φιλοξενούνται ομάδες ασθενών οι οποίοι έχουν την ικανότητα να λειτουργήσουν στη κοινότητα. Δεν υπάρχει άμεση επιτήρηση αλλά άμεση σύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας. Οι ανάγκες των ασθενών εξυπηρετούνται από τα εξωτερικά ιατρεία της κοινότητας, τα κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης και τις ψυχιατρικές κοινωνικές λέσχες.

<sup>56</sup> Παπαγεωργίου, Ε. Γ., *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2004, σελ 398-399

- **Θεραπευτικά διαμερίσματα:** Τα θεραπευτικά διαμερίσματα είναι για θεραπευμένους <σταθεροποιημένους> ψυχικά ασθενείς, που δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαταραχές στη συμπεριφορά τους. Σ'αυτά ζει μια ομάδα αποθεραπευμένων ψυχασθενών που δεν μπορούν να επιστρέψουν στην οικογένεια τους ή δεν έχουν οικογένεια, κάτω από την επίβλεψη θεραπευτών. Στόχος είναι η εκμάθηση ή η επανεκμάθηση των αναγκαίων πράξεων της καθημερινής ζωής. Συχνά γίνεται μια συμφωνία με τους αρρώστους που περιλαμβάνει την υποχρέωση να ψάξουν για δουλειά. Η εκπαίδευση ή επανεκμάθηση των αναγκαίων πράξεων της καθημερινής ζωής περιλαμβάνει μεταξύ άλλων:
  1. την αυτοσυντήρηση και προσωπική υγιεινή
  2. την κατάλληλη χρήση του ελεύθερου χρόνου και δημιουργικότητα (π.χ. διάβασμα, ψυχαγωγικές ασχολίες)
  3. εκπαίδευση σε κοινωνικές δραστηριότητες
  4. εκπαίδευση σε δραστηριότητες επιβίωσης (π.χ. μαγείρεμα, ψώνια)
  5. οικιακές δραστηριότητες (π.χ. πλύσιμο, διακόσμηση)

#### 4.1.3.Παρεχόμενες υπηρεσίες

Ο ξενώνας λειτουργεί <sup>57</sup> βάσει δομημένου καθημερινού προγράμματος με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων στην κοινότητα. Το πρόγραμμα αυτό συναποτελείται από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν παράλληλα θεραπευτικό και αποκαταστασιακό χαρακτήρα, αφορούν τους ενοίκους ατομικά ή ομαδικά και λαμβάνουν χώρα τόσο εντός όσο και εκτός της μονάδας. Για αποκαταστασιακούς λόγους θεωρείται απαραίτητο να τελούνται όσο το δυνατόν περισσότερες δραστηριότητες εκτός των χώρων του ξενώνα.

Το πρόγραμμα λειτουργίας της μονάδας διαφοροποιείται ανάλογα με την εξέλιξη των ενοίκων της στα εξής στάδια:

- 1.πρόγραμμα προσαρμογής, ατομικών δεξιοτήτων και αυτοφροντίδας,
- 2.πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων,
- 3.πρόγραμμα κοινωνικοποίησης και
- 4.πρόγραμμα προετοιμασίας διαβίωσης σε πλέον αυτόνομα περιβάλλοντα.

Το πρόγραμμα λειτουργίας του ξενώνα συμπεριλαμβάνει ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες.

<sup>57</sup> Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, γενικό περιφερειακό νοσοκομείο <<ο Ευαγγελισμός>>, ψυχιατρικό τμήμα, διευθύντρια : Θεοδωροπούλου Σταυρούλα, Μετανοσοκομειακός ψυχιατρικός ξενώνας βραχείας διαμονής.

1. αυτοφροντίδας, σε θέματα υγιεινής, ατομικής περιποίησης και προσωπικής εμφάνισης,
2. φροντίδας προσωπικού χώρου,
3. έκφρασης μέσω κατασκευών, ζωγραφικής, μουσικής, χορού,
4. ενημέρωσης μέσω τηλεόρασης, εφημερίδων και περιοδικών,
5. διαχείρισης των κοινών καθημερινών αναγκών μέσω της προετοιμασίας των γευμάτων, της καθαριότητας των κοινοχρήστων χώρων της συμμετοχής στην αγορά των προμηθειών,
6. κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω της εκπαίδευσης σε συναλλαγές, κυκλοφοριακή αγωγή, μετακίνηση με μέσα μαζικής μεταφοράς,
7. χρήσης συσκευών (πλυντήριο, στεγνωτήριο, κουζίνα, φούρνος κ.ο.κ.),
8. κοινωνικοποίησης μέσω γνωριμίας με την κοινότητα, συμμετοχής σε κοινοτικές εκδηλώσεις και πολιτιστικές δραστηριότητες,
9. ψυχαγωγίας (έξοδοι συνοδεία προσωπικού σε εστιατόρια, κινηματογράφο, θέατρο, μουσικές εκδηλώσεις),
10. και αυτονόμησης μέσω προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης.

## **4.2. Πληθυσμός – Στόχος**

### **4.2.1. Εξυπηρετούμενος πληθυσμός**

Ο ξενώνας φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού αυτόνομης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Ειδικότερα, φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι η προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι θεραπευτική ή άτομα που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα. Τα άτομα τα οποία θα φιλοξενήσει ο ξενώνας πρέπει να προσκομίσουν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την εισαγωγή τους στον ξενώνα. (βλέπε παράρτημα Γ Απαιτούμενα δικαιολογητικά για εισαγωγή στον κοινωνικό ξενώνα Καρέα Αττικής)

Οι φιλοξενούμενοι στον ξενώνα προέρχονται και από τα δύο φύλα. Με τον τρόπο αυτό, σταματά να αναπαράγεται η διάσταση του ασύλου (με τα τμήματα αντρών – γυναικών), αναπαράγεται μια περισσότερο φυσιολογική εικόνα της κοινωνίας και της οικογενείας και αναπτύσσονται πιο πλούσιες διαπροσωπικές σχέσεις.



Στον ξενώνα δεν γίνονται δεκτά άτομα με αλκοολισμό, χρήση ουσιών, έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό, βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, ψυχοκινητική διέγερση και γενικά ασθενείς με συμπτωματολογία τέτοια για την οποία απαιτείται παραμονή σε μονάδα νοσηλείας. Επίσης πέρα από την προφορική ενημέρωση των ενοίκων και των συγγενών, δίνεται φυλλάδιο με τα δικαιώματα και υποχρεώσεις των φιλοξενουμένων.(βλέπε παράρτημα Δ Δικαιώματα και υποχρεώσεις φιλοξενουμένων).

#### 4.2.2. Διαδικασία ένταξης

Η επιλογή των ατόμων που φιλοξενούνται στον ξενώνα γίνεται ύστερα από αίτηση των ιδίων. Τα άτομα αυτά συμπληρώνουν ένα φύλλο παραπομπής τους, με τα στοιχεία τους, την αιτία νοσηλείας, ένα σύντομο ψυχιατρικό ιστορικό κ.α. (βλέπε παράρτημα Ε Φύλλο παραπομπής).

Η αίτηση του υποψήφιου φιλοξενούμενου μπορεί να γίνει είτε μετά από πρωτοβουλία του ίδιου ή μετά από παραπομπή από μονάδες ψυχικής υγείας και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. Την παραπομπή πρέπει να συνοδεύει έγγραφη έκθεση του παραπέμποντα (λόγοι παραπομπής, συνολική εκτίμηση του παραπέμποντα όσον αφορά τους στόχους σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή, προτεινόμενο χρονικό διάστημα παραμονής, δουλειά με την οικογένεια, κοινωνική εργασία, κ.α.).

Η αρχική επαφή του υποψήφιου φιλοξενούμενου γίνεται με τον/ την κοινωνικό λειτουργό ή άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Στην συνάντηση αυτή συμπληρώνεται η αίτηση ένταξης από τον υποψήφιο ένοικο και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα στοιχεία ώστε να παρουσιαστεί ένα ολοκληρωμένο ιστορικό της πορείας του υποψηφίου στην Διεπιστημονική – Διεπαγγελματική ομάδα πριν την εκτίμηση του. Στην συνάντηση αυτή, του γνωστοποιείται ο σκοπός, ο τρόπος λειτουργίας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας, η διαδικασία αξιολόγησης της ενταξιμότητας του και η αναγκαιότητα συνεργασίας με τους θεράποντες και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόνοιας με τις οποίες ο ενδιαφερόμενος συνεργάζεται ή συνεργάστηκε στο παρελθόν. Ακολούθως ζητείται εγγράφως η σύμφωνη γνώμη του για την εξέλιξη της διαδικασίας.

Η διαδικασία εκτίμησης γίνεται από κάθε ειδικότητα της Διεπιστημονικής- Διεπαγγελματικής ομάδας, ώστε να υπάρχει μια πολυδιάστατη αξιολόγηση της κατάστασης του ενοίκου κατά την εγκατάσταση του στον ξενώνα.

Τα δεδομένα της αξιολόγησης της ενταξιμότητας του ενδιαφερομένου στη μονάδα συζητούνται σε κλινική συνάντηση της Διεπιστημονικής- Διεπαγγελματικής ομάδας υπό

την εποπτεία του Επιστημονικά Υπεύθυνου, όπου και αποφασίζεται η αποδοχή ή όχι του αιτήματος του. Κατά την επιλογή του ενοίκου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις πρέπει να βρίσκονται σε φάση σταθεροποίησης έτσι ώστε να μπορεί να συμμετέχει στη ζωή στον ξενώνα καθώς και στις διαδικασίες αλλαγής, εκπαίδευσης και αποκατάστασης.

Στη συνέχεια συντάσσεται έκθεση όπου δικαιολογείται η έγκριση ή μη της παραμονής του ενοίκου στον ξενώνα. Η απάντηση στο αίτημα ένταξης στη μονάδα ανακοινώνεται στον ενδιαφερόμενο κατά τη διάρκεια μιας τελικής συνάντησης και γνωστοποιείται στον θεράποντα ψυχίατρο ή στις υπηρεσίες που τον παρέπεμψαν. Είναι απαραίτητη η συχνή επικοινωνία και ενημέρωση του θεράποντος ιατρού για την πορεία του ενοίκου, αλλά και όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνεται με τον υποψήφιο ένοικο ένα γραπτό συμβόλαιο παραμονής στον ξενώνα, όπου θα αναγράφονται οι υποχρεώσεις και οι περιορισμοί των ενοίκων της δομής, π.χ. σε σχέση με θέματα που αφορούν την λήψη φαρμάκων, τη συνεργασία με τους θεράποντες, τις υποχρεώσεις ατομικής υγιεινής και εμφάνισης, τη συμμετοχή στην καθαριότητα των χώρων, τα ωράρια, τις διανυκτερεύσεις εκτός ξενώνα, τις άδειες, τη φιλοξενία άλλων ατόμων, χρήση οινοπνευματωδών ποτών και ουσιών. Επίσης, με το συμβόλαιο αυτό ο ένοικος δεσμεύεται να συμμετέχει στα προγράμματα και τις δραστηριότητες του ξενώνα. Η υπογραφή και αποδοχή του συμβολαίου παραμονής στον ξενώνα από τον ένοικο συμβάλλει στην ποιοτική αναβάθμιση των μονάδων στέγασης.

### **4.3.Οργάνωση και αρμοδιότητες προσωπικού**

#### **4.3.1.Επιστημονικά Υπεύθυνος**

Ο επιστημονικά υπεύθυνος του ψυχιατρικού ξενώνα ορίζεται από το Δ.Σ. του Ευαγγελισμού μετά από πρόταση του διευθυντού του ψυχιατρικού τμήματος. Προέρχεται από τις ειδικότητες που απαρτίζουν την διεπιστημονική –διεπαγγελματική ομάδα, με κριτήρια την γνώση, την εμπειρία του και την ενεργό συμμετοχή του σε δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο επιστημονικά υπεύθυνος εισηγείται τον διορισμό της διεπιστημονικής-διεπαγγελματικής ομάδας καθώς και την πλαισίωση της με επιπρόσθετες ειδικότητες. Προσδιορίζει τον αριθμό των εργαζομένων στη μονάδα, ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ενοίκων.

Ο επιστημονικά υπεύθυνος ασκεί σε συνεργασία με τον διευθυντή του ψυχιατρικού τμήματος τη συνολική εποπτεία της λειτουργίας του ξενώνα επιστημονικά, διοικητικά, διαχειριστικά και εκπαιδευτικά, σε επίπεδο σχεδιασμού, οργάνωσης και αξιολόγησης των θεμάτων που αφορούν τους ενοίκους, το προσωπικό και τις διαδικασίες λειτουργίας για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ο επιστημονικά υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού της διεπιστημονικής-διεπαγγελματικής ομάδας και οργάνωσης της καθημερινής λειτουργίας της δομής.

Ο επιστημονικά υπεύθυνος οριστικοποιεί και εποπτεύει το πρόγραμμα λειτουργίας της μονάδας και τα ατομικά θεραπευτικά προγράμματα των ενοίκων που έχει καταρτίσει η διεπιστημονική-διεπαγγελματική ομάδα.

Ο επιστημονικά υπεύθυνος εισηγείται προς έγκριση στην αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή ψυχικής υγείας το πρόγραμμα εβδομαδιαίου χρόνου απασχόλησης του κάθε μέλους του προσωπικού καθώς και την κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο 24ωρο, σύμφωνα με τις ανάγκες του ξενώνα ή του οικοτροφείου.

Υποβάλλει ετήσια έκθεση στην Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές του αρ. 2 του Ν.2716/99.

#### **4.3.2.Διεπιστημονική – διεπαγγελματική ομάδα**

Η διεπιστημονική- διεπαγγελματική ομάδα έχει ως έργο τον σχεδιασμό και την υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων του ξενώνα. Η συνεχής μεταβολή της κατάστασης και των αναγκών των ενοίκων αποτελεί βασικό άξονα γύρω από τον οποίο πρέπει να περιστρέφεται η οργάνωση της εργασίας του προσωπικού.

Βασικός ρόλος και υποχρέωση όλων των μελών της διεπιστημονικής- διεπαγγελματικής ομάδας είναι η συνοδεία των ενοίκων της μονάδας στην καθημερινή τους ζωή. Ο κάθε εργαζόμενος εκτελεί τα καθήκοντα που προκύπτουν από τις αποφάσεις της διεπιστημονικής- διεπαγγελματικής ομάδας, τα οποία μπορεί να είναι κοινά με άλλων εργαζόμενων στην μονάδα. Ο ειδικός ρόλος που πηγάζει από την ειδικότητα του κάθε μέλους του προσωπικού είναι συμπληρωματικός στο έργο που καλούνται να παρέχουν όλα τα μέλη του προσωπικού και λειτουργεί ενισχυτικά στο έργο της ομάδας.

Οι παρακάτω ειδικότητες θεωρούνται απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία του ξενώνα: ψυχίατρος και ψυχολόγος, νοσηλευτικό προσωπικό (ΤΕ, ΠΕ ή ΔΕ), κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής. Η διεπιστημονική – διεπαγγελματική ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και από άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του επιστημονικά υπεύθυνου.

Η αμοιβαία και ισότιμη συνεργασία των διαφόρων ειδικοτήτων που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα αποτελεί βασική αρχή λειτουργίας του ξενώνα. Οι εργαζόμενοι στον ξενώνα οι οποίοι δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (π.χ. βοηθητικό προσωπικό) θεωρούνται ισότιμα μέλη της διεπιστημονικής- διεπαγγελματικής ομάδας και τα καθήκοντα τους ορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τις ανάγκες του θεραπευτικού προγράμματος.

Τα μέλη της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας ανεξάρτητα από την ειδικότητα τους τοποθετούνται ισότιμα στα θέματα λειτουργίας του ξενώνα και πορείας των φιλοξενούμενων τα οποία συζητώνται στις τακτές συναντήσεις της ομάδας και συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Σε περίπτωση διαφωνίας, την απόφαση και ευθύνη έχει ο επιστημονικά υπεύθυνος.

Κάθε μέλος της ομάδας έχει σαφή και διακριτικά καθήκοντα, οφείλει όμως να κατανοεί ότι η συμπληρωματικότητα ρόλων και καθηκόντων αποτελεί επιτακτική ανάγκη.

Οι αποφάσεις της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας είναι δεσμευτικές για όλους τους εργαζόμενους στον ξενώνα και διέπουν οποιαδήποτε συνεργασία με τους ενοίκους.

Η ελλιπής ανταπόκριση οποιουδήποτε μέλους της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας στα καθήκοντα του, επισημαίνεται και διερευνάται από τον επιστημονικά υπεύθυνο. Ακολούθως προτείνεται συζήτηση και διευθέτηση των προβλημάτων εντός του πλαισίου των καθορισμένων θεσμικών συναντήσεων της ομάδας αυτής.

Τα μέλη της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας πρέπει να σημειώνουν αναλυτικά και σε καθημερινή βάση στο ημερολόγιο (λογοδοσία) της μονάδας σχόλια και παρατηρήσεις για κάθε δραστηριότητα και γεγονότα που έγιναν κατά την διάρκεια της εργασίας τους στον ξενώνα. Η καταγραφή αυτή είναι απαραίτητη προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνέχεια του θεραπευτικού έργου. Επίσης λόγω του κυκλικού ωραρίου των εργαζόμενων πρέπει να προβλέπεται επαρκής χρόνος ενημέρωσης του προσωπικού που αναλαμβάνει κάθε φορά καθήκοντα.

#### **4.3.3.Πρόσωπο Αναφοράς**

Το πρόσωπο αναφοράς συνιστά έναν ρόλο μέσα από τον οποίο ο επαγγελματίας υγείας δημιουργεί μια ιδιαίτερη σχέση με τον ένοικο, η οποία βοηθά στην επίλυση των προβλημάτων του τελευταίου. Το πρόσωπο αναφοράς οργανώνει και συντονίζει τη φροντίδα για τον ένοικο όπως αυτή προκύπτει από το ατομικό πρόγραμμα θεραπείας του τελευταίου.



Το πρόσωπο – αναφοράς επιλέγεται και ορίζεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο. Όλοι οι εργαζόμενοι στη μονάδα αποκατάστασης μπορούν να αναλάβουν το ρόλο του προσώπου αναφοράς για τους ενοίκους της μονάδας. Για κάθε ένοικο της μονάδας ορίζεται ένα μόνο πρόσωπο αναφοράς το οποίο του κοινοποιείται. Κάθε πρόσωπο αναφοράς δεν μπορεί να αναλαμβάνει περισσότερους από 3 ενοίκους.

Το πρόσωπο αναφοράς αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει τη φροντίδα για τον ένοικο σύμφωνα με τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Έχει τακτή επικοινωνία μαζί του σε προκαθορισμένες ημέρες και ώρες αλλά και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να δημιουργείται μια υποστηρικτική σχέση με σκοπό την επεξεργασία των αναγκών της καθημερινής ζωής του ενοίκου στη δομή και στην κοινότητα και την επίλυση των τυχόν προβλημάτων του.

Το πρόσωπο αναφοράς ενημερώνει την διεπιστημονική – διεπαγγελματική ομάδα για την κατάσταση του ενοίκου, συμμετέχει στον επανασχεδιασμό του ατομικού του προγράμματος και συλλέγει πληροφορίες γι' αυτόν από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας. Όλες οι δραστηριότητες καταγράφονται από το πρόσωπο αναφοράς λεπτομερώς και συστηματικά στον εξατομικευμένο φάκελο του ενοίκου, με τη συνεργασία του τελευταίου. Στον εξατομικευμένο του φάκελο καταχωρείται επίσης κάθε δραστηριότητα του ατόμου μέσα και έξω από τη στεγαστική δομή.

#### **4.3.4.Υπεύθυνος στεγαστικής δομής**

Ο υπεύθυνος στεγαστικής δομής ορίζεται από το Δ.Σ. του Ευαγγελισμού μετά από πρόταση του διευθυντού του ψυχιατρικού τμήματος. Οποιοδήποτε μέλος της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας δύναται να υποδειχθεί ως υπεύθυνος στεγαστικής δομής με βάση την εμπειρία του και το έργο του στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Ο υπεύθυνος στεγαστικής δομής ασκεί την συνολική εποπτεία της λειτουργίας του ξενώνα σε άμεση συνεργασία με τον επιστημονικό υπεύθυνο, τον οποίο υποκαθιστά σε όλες τις λειτουργίες του όταν έχει μερική απασχόληση στον ξενώνα ή απουσιάζει από τον ξενώνα.



#### 4.3.5. Ψυχίατρος

Η σταθερή ψυχιατρική κάλυψη της μονάδας κρίνεται απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία της και αποτελεί ευθύνη του φορέα.

Ο Ψυχίατρος έχει την ευθύνη της ψυχιατρικής παρακολούθησης όλων των ενοίκων, παραπέμπει τους ενοίκους για αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων υγείας τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν στον Ξενώνα και ενημερώνει τον Επιστημονικά Υπεύθυνο για οποιαδήποτε θεραπευτική ανάγκη υποπέσει στην αντίληψή του κατά την επαφή του με τους ενοίκους.

Ο ένοικος έχει τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής Ψυχιάτρου. Σε περίπτωση που ο ένοικος καλύπτεται από εξωτερικό Ψυχίατρο, ο Ψυχίατρος του Ξενώνα, πρέπει να ενημερώνεται σε τακτική βάση σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχιατρική παρακολούθηση του τελευταίου.

#### 4.3.6. Ψυχολόγος

Ο/Η Ψυχολόγος είναι αρμόδιος για δραστηριότητες που επικεντρώνονται στους ενοίκους, στις οικογένειές τους, αλλά και στους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στον Ξενώνα.

Ειδικότερα ως προς τους ενοίκους, ο ρόλος του Ψυχολόγου συνίσταται αρχικά στην παρατήρηση και κλινική εκτίμηση της συμπεριφοράς τους. Συμμετέχει στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στην παρακολούθηση του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος για τον κάθε ένοικο.

Αναλαμβάνει την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των ενοίκων και την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων αντιμετώπισης κρίσεων, διαχείρισης άγχους, αποκατάστασης συγκεκριμένων δεξιοτήτων και λειτουργιών, βελτίωσης διαπροσωπικών σχέσεων, χειρισμού συγκρούσεων και αλλαγών συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις αυτές γίνονται σε εξατομικευμένο ή ομαδικό επίπεδο. Ως προς το πλαίσιο επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης, κινητοποιεί τους ενοίκους και διαχειρίζεται το άγχος που σχετίζεται με την εκπαιδευτική και εργασιακή διαδικασία.

Υποστηρίζει τους επαγγελματίες και κυρίως το πρόσωπο-αναφοράς στην εφαρμογή των εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης και στη δομική τους μαζί με τον ένοικο για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται απαραίτητο.

Ενισχύει την εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και αναπτύσσει δραστηριότητες εκπαίδευσής της σε θέματα κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και

επικοινωνίας, συναλλαγής και υποστήριξης του συγγενικού τους προσώπου. Διαχειρίζεται επίσης προβλήματα και συγκρούσεις μεταξύ του ενοίκου και της οικογένειάς του.

Συμμετέχει στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης της κοινότητας και αποστιγματισμού των ενοίκων της στεγαστικής δομής.

#### **4.3.7. Κοινωνικός Λειτουργός**

Ο/η Κοινωνικός/κή Λειτουργός είναι υπεύθυνος/η για την εκτίμηση και τη διαχείριση των κοινωνικών και προνομιακών αναγκών των ενοίκων, την υποστήριξη των σχέσεων με την οικογένεια και με το κοινωνικό τους δίκτυο καθώς και για τη συνεργασία με την κοινότητα. Ειδικότερα:

Συμμετέχει στο διαγνωστικό έργο με τη διερεύνηση του κοινωνικού ιστορικού και την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των ενοίκων, του οικογενειακού και υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος καθώς και με τη θεώρηση της κοινωνικής διάστασης των αναγκών των ενοίκων στην κατάρτιση του Ατομικού τους Θεραπευτικού Προγράμματος.

Αναλαμβάνει τη συστηματική συνεργασία με το οικογενειακό τους περιβάλλον στα πλαίσια της ενεργοποίησής του για την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων στην προοπτική της αποκατάστασής τους.

Υποστηρίζει και προωθεί τα κοινωνικά δικαιώματα των ενοίκων, διευρύνοντας και αξιοποιώντας κάθε είδους κοινωνικοπρονομιακών παροχών, υπηρεσιών-πηγών και προγραμμάτων υποστήριξης της κοινότητας.

Συνεισφέρει στο περιβάλλον της μονάδας και στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργίας για τη δημιουργία θεραπευτικής υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, συνεργαζόμενος τόσο ατομικά όσο και ομαδικά με τους ενοίκους. Συμμετέχει στην διοργάνωση εκδηλώσεων όπως γενέθλια, γιορτές, ψυχαγωγικών εξόδων των ενοίκων.

Συνοπτικά, <sup>58</sup> ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εκπληρώσει τρεις προϋποθέσεις:

1. Πρακτικές υποχρεώσεις απέναντι στον ασθενή έξω από τα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας όπως σύναψη σχέσεων με διάφορους κοινωνικούς φορείς, οργανώσεις, κέντρα επαγγελματικής κ.λ.π.
2. Συμβουλευτική λειτουργία για το ξεκαθάρισμα τυχόν νομικών προβλημάτων που έχουν σχέση με απαιτήσεις, όπως π.χ. επιδόματα ανεργίας, οικογενειακό βοήθημα,

<sup>58</sup> Παπαγεωργίου, Ε. Γ., *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2004, σελ 410-411

ανεύρεση κατοικίας ή ακόμα βοήθεια για αναγκαίες μεταβολές στο χώρο εργασίας ή και το γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον που κινείται ο ασθενής.

3. Συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες που κινούνται κυρίως στο χώρο της ψυχοθεραπείας, όπως ατομικές ή ομαδικές θεραπευτικές συναντήσεις, λογοθεραπεία, ψυχοδράμα κ.λ.π.

#### **4.3.8.Εργοθεραπευτής/τρια**

Ο/η εργοθεραπευτής/ρια είναι υπεύθυνος/η για την εκπαίδευση των ενοίκων, η οποία περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες δράσεις που έχουν ως αντικείμενο την βελτίωση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, με στόχο την κατά το δυνατόν καλύτερη επανένταξη των ενοίκων (π.χ. στην προμήθεια τροφίμων, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής). Η εκπαίδευση γίνεται ατομικά ή σε ομάδες και ανάλογα με το αντικείμενο εκπαίδευσης μπορούν να εμπλακούν και άλλες ειδικότητες εκτός του/της εργοθεραπευτού/τριας.

Είναι αρμόδιος για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών και των δεξιοτήτων εκείνων των ενοίκων οι οποίες είναι απαραίτητες για την επαγγελματική τους αποκατάσταση σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Είναι επίσης αρμόδιος για την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των ενοίκων μέσα και έξω από τη μονάδα καθώς και για την οργάνωση εκδηλώσεων όπως γιορτές, προβολή ταινιών, εξόδων με εκπαιδευτικό και ψυχαγωγικό χαρακτήρα κλπ. Σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα και τους ενοίκους.

#### **4.3.9.Οικονομικός διαχειριστής**

Ο οικονομικός διαχειριστής σε συνεργασία με τον επιστημονικό υπεύθυνο οργανώνει και πραγματοποιεί τις λειτουργικές δαπάνες της μονάδας. Είναι επίσης υπεύθυνος για οργανωτικά θέματα που αφορούν θεραπευτικές δραστηριότητες και προμήθειες.

Βοηθάει στη διαχείριση των οικονομικών των ενοίκων (συντάξεις, επιδόματα, περιουσιακά στοιχεία) σε συνεργασία με το πρόσωπο αναφοράς.

Προγραμματίζει και οργανώνει τις δραστηριότητες εντός και εκτός της μονάδας (εκδρομές –έξοδοι –διακοπές) σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή και τη λοιπή διεπιστημονική –διεπαγγελματική ομάδα.

Είναι υπεύθυνος, σε συνεργασία με το άτομο το οποίο είναι αρμόδιο για την προετοιμασία των γευμάτων, για την τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής κατά τη συντήρηση των τροφίμων και την προετοιμασία των γευμάτων καθώς και για τη

δημιουργία ευχάριστης και άνετης ατμόσφαιρας κατά τις ώρες των γευμάτων. Διαμορφώνει το εβδομαδιαίο διαιτολόγιο σε συνεργασία με το άτομο το οποίο είναι αρμόδιο για την προετοιμασία των γευμάτων και τους ενοίκους και φροντίζει για τις ανάλογες προμήθειες. Το διαιτολόγιο εγκρίνεται από τον επιστημονικά υπεύθυνο. Κατά το σχεδιασμό του διαιτολογίου, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τη φαρμακευτική αγωγή των ενοίκων.

#### 4.3.10.Νοσηλεύτές

Ο σημερινός νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει τον ψυχικά ασθενή όχι σαν μια στεγνή διάγνωση η οποία θα αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση κάποιων ψυχοφαρμάκων, αλλά σαν "μία συγκεκριμένη και ανεπανάληπτη προσωπικότητα με ψυχοβιολογική ενότητα, σαν μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας, του οποίου η ζωή έχει νόημα, σκοπό και ανεκτίμητη αξία". Στόχος είναι η επαναδραστηριοποίηση, η ενεργητική συμμετοχή του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον<sup>59</sup>.

Οι νοσηλεύτές/τριες<sup>60</sup> του ξενώνα παρέχουν σταθερή φροντίδα των ατόμων που εγκαθίστανται στο ξενώνα και εξασφαλίζουν την συνέχιση της φροντίδας αυτής.

Είναι υπεύθυνοι για την προετοιμασία και τη χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων (από το στόμα καθώς και τα ενέσιμα ) και την εκπαίδευση των ενοίκων στην λήψη αυτών. Συνεργάζονται με τον ψυχίατρο για την αντιμετώπιση και τον χειρισμό τυχόν παρενεργειών από τα χορηγηθέντα φάρμακα.

Ενημερώνουν τον επιστημονικά υπεύθυνο για τυχόν προβλήματα σωματικής υγείας ή αλλαγές στη συμπεριφορά του ενοίκου.

Οι νοσηλεύτές καλλιεργούν τις δεξιότητες του ενοίκου με εστιασμό στις ικανότητες του, ώστε να επιτευχθεί υψηλό επίπεδο αυτόνομης διαβίωσης του ατόμου στην κοινότητα. Βοηθούν τον ένοικο σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας (φροντίδα του εαυτού, προσωπική υγιεινή, φροντίδα του δωματίου, προετοιμασία τροφής, μετακίνηση στην κοινότητα, αγορά καταναλωτικών αγαθών, χρησιμοποίηση των μέσων μεταφοράς), διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, αποφυγή ατυχημάτων και άλλα. Η βοήθεια αυτή συντελεί στην αυτονόμηση του ενοίκου, αναφορικά με τις απαιτήσεις της ζωής στη κοινότητα, είτε βραχυπρόθεσμα, είτε μακροπρόθεσμα. Σταδιακά, αυτή η υποστήριξη,

<sup>59</sup> Παπαγεωργίου, Ε. Γ., *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2004, σελ 414

<sup>60</sup> Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, γενικό περιφερειακό νοσοκομείο <<ο Ευαγγελισμός>>, ψυχιατρικό τμήμα, διευθύντρια : Θεοδωροπούλου Σταυρούλα, Μετανοσοκομειακός ψυχιατρικός ξενώνας βραχείας διαμονής.

μπορεί να μειώνεται όσο το άτομο <<μαθαίνει>>, αυξάνει η εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τα καταφέρνει πιο καλά.

Συμμετέχουν στις ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων (κοινωνικοποίηση –αποιδρυματισμός- εκπαίδευση –αυτοεξυπηρέτηση) και συνοδεύουν τους ενοίκους σε εξωτερικές δραστηριότητες.

Φροντίζουν για την ασφάλεια των ενοίκων στις στεγαστικές δομές, καθώς επίσης για την τήρηση των ωρών κοινής ησυχίας προς αποφυγήν δημιουργίας προβλημάτων στους συγκατοίκους και τους γείτονες.

Συμμετέχουν σε οργανωμένες κοινωνικές δραστηριότητες με τους ενοίκους για μείωση της κοινωνικής απόστασης των ενοίκων και ενίσχυση της ανάπτυξης πρωτοβουλιών των ενοίκων.

#### **4.3.11.Λοιπό προσωπικό**

Το λοιπό προσωπικό αποτελείται από άλλες ειδικότητες (λ.χ. λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, γυμναστές) οι οποίοι απασχολούνται στον ξενώνα όταν και για όσο χρόνο υφίσταται αντίστοιχη ανάγκη.

Το προσωπικό μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα άτομο το οποίο είναι αρμόδιο για την προετοιμασία των γευμάτων καθώς και για την καθαριότητα. Τα άτομα αυτά έχουν συγκεκριμένους ρόλους σύμφωνα με την ειδικότητα τους.

### **4.4.Θεραπευτική και νοσηλευτική φροντίδα**

#### **4.4.1.Ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα**

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα (ΑΘΠ) είναι ένα συμβολαιοποιημένο σύνολο καθημερινών, προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που σκοπό έχει την κάλυψη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς καθώς και την άσκηση και υποστήριξη του προκειμένου να μπορέσει να ζήσει ως πολίτης απολαμβάνοντας τα δικαιώματά του. Το ΑΠΘ περιλαμβάνει την εκτίμηση του ασθενούς σε όρους λειτουργικότητας και αναγκών υποστήριξης, τους στόχους που τίθενται, την διάρκεια του προγράμματος, τους πόρους που διατίθενται και την αξιολόγηση της πορείας του προγράμματος, της επίτευξης των στόχων και τα αποτελέσματα. Συντάσσεται εγγράφως μαζί με τον ένοικο. Ενδεικτικά, στο ΑΠΘ είναι δυνατόν να συμπεριλαμβάνονται ο σχεδιασμός της φροντίδας σωματικής και ψυχικής υγείας, των θεραπειών, της συμμετοχής σε οργανωμένες δραστηριότητες στη μονάδα και στην κοινότητα, της ανάπτυξης των σχέσεων με το υποστηρικτικό δίκτυο, της



οργάνωσης της απασχόλησης και της ψυχαγωγίας, της οργάνωσης της επαγγελματικής προκατάρτισης ή κατάρτισης και της επαγγελματικής αποκατάστασης του ενοίκου.

Η αποτελεσματικότητα του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος αξιολογείται συστηματικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα και αναθεωρείται κατάλληλα, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ικανοποιητική κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών του ενοίκου.

#### **4.4.2. Αντιμετώπιση και φροντίδα των ενοίκων**

Οι νεοεισαχθέντες ένοικοι πρέπει να αισθάνονται ευπρόσδεκτοι κατά την άφιξη τους στον ξενώνα. Το μέλος της θεραπευτικής ομάδας που τους υποδέχεται αναλαμβάνει να τους συστήσει στο υπόλοιπο προσωπικό και στους άλλους ενοίκους. Ξεναγούνται στους χώρους του ξενώνα και τους υποδεικνύεται το δωμάτιο τους. Πληροφορούνται για τους κύριους κανόνες διαβίωσης στον ξενώνα (π.χ. πρωινό ξύπνημα, ώρες γευμάτων, ώρες κοινής ησυχίας, ώρες επισκεπτηρίου κ.ο.κ.)

Το προσωπικό απευθύνεται στους ενοίκους με φιλικό, ευγενικό και θετικό τρόπο. Το <<θετικό>> αναφέρεται σε υποστηρικτικά σχόλια που γίνονται στους ενοίκους, σε αντίθεση με τα επικριτικά σχόλια. Επικριτικά σχόλια πρέπει οπωσδήποτε να αποφεύγονται. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται πρέπει να φανερώνει σεβασμό προς τους ενοίκους, όπως παράλληλα και τα μέλη του προσωπικού προσδοκούν τον σεβασμό των ενοίκων. Τα μέλη του προσωπικού του ξενώνα μπορεί να χρειασθεί να εκπληρώσουν προσωρινά ένα υποκατάστατο <<γονεϊκού ρόλου>> σε καινούργιους ενοίκους του ξενώνα ή σε παλαιότερους ενοίκους που εμφανίζουν σημάδια σωματικής και ψυχικής κόπωσης.

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εμφάνιση και καθαριότητα των ενοίκων. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν ανάγκη από συνεχή και υπομονετική παρακίνηση να προσέχουν την ατομική τους υγιεινή και εμφάνιση. Η εξωτερική εμφάνιση των ενοίκων είναι ένας από τους δείκτες ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στον ξενώνα.

Οι ένοικοι και ιδιαίτερα εκείνοι που έχουν κάποιο σωματικό πρόβλημα, υποβάλλονται όποτε είναι αναγκαίο σε παθολογικό έλεγχο. Τα αποτελέσματα του παθολογικού ελέγχου καταγράφονται στον ατομικό τους φάκελο και οι οδηγίες των θεραπόντων ακολουθούνται κατά γράμμα.

Πριν τεθεί σε εφαρμογή το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τον κάθε ένοικο ζητείται η μεγαλύτερη δυνατή συναίνεσή του, αφού έχει προηγουμένως ενημερωθεί επαρκώς και κατάλληλα. Όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να συμμορφώνονται και να εφαρμόζουν αυτό το πρόγραμμα που πρέπει να καταχωρείται στο φάκελο-αρχείο του ενοίκου.

#### 4.4.3. Αντιμετώπιση κρίσεων

Ο ρόλος της Διεπιστημονικής-Διεπαγγελματικής Ομάδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση κρίσεων όσο και στην επεξεργασία του συμβάντος και του αντίκτυπου τον οποίο αυτό έχει στα μέλη της δομής.

Ο καλύτερος τρόπος πρόληψης μιας κρίσης σε ένοικο του Ξενώνα είναι η συστηματική και καθημερινή καταγραφή από το πρόσωπο αναφοράς αλλαγών στην συμπεριφορά του ενοίκου. Οι αλλαγές αυτές καταγράφονται στην λογοδοσία, ώστε να γνωρίζει όλη η θεραπευτική ομάδα και το θέμα συζητείται ενδελεχώς στην ομάδα του προσωπικού.

Σε κάθε περίπτωση κρίσης μέσα στη Μονάδα, το προσωπικό πρέπει να επικοινωνεί με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο ή τον Υπεύθυνο της Στεγαστικής Δομής, οι οποίοι πρέπει να είναι διαθέσιμοι επί 24ώρου βάσεως.

Το προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται στην παροχή Πρώτων Βοηθειών καθώς και στην αντιμετώπιση περιπτώσεων αυτοτραυματισμού ή απόπειρας αυτοκτονίας. Ειδικότερα για το νοσηλευτικό προσωπικό η εκπαίδευση πρέπει να συμπεριλαμβάνει και παροχή περισσότερο εξειδικευμένων βοηθειών όπως μεθόδους συρραφής. Αρμόδιος για την οργάνωση και το συντονισμό αυτής της εκπαίδευσης είναι ο Επιστημονικά Υπεύθυνος.

Στον Ξενώνα διατηρείται απόθεμα φαρμάκων. Στον Ξενώνα, επίσης, υπάρχουν οροί φυσιολογικοί και σακχαρούχοι, συσκευή ABU, αεραγωγοί, γλωσσοπίεστρα, για να χρησιμοποιηθούν σε μια περίπτωση έκτακτης ανάγκης και μέχρις ότου μεταφερθεί ο ένοικος στο εφημερεύον νοσοκομείο.

Κατά την αντιμετώπιση κρίσεων το προσωπικό πρέπει πρώτα να μεριμνά για την ασφάλεια, την επαρκή επιτήρηση του ενοίκου και την επικοινωνία μαζί του. Αν η επικοινωνία δεν είναι εφικτή, ανάλογα με το περιστατικό, ενδέχεται να απαιτείται απομόνωση του ατόμου σε ήσυχο και ελεγχόμενο μέρος ή μεταφορά του σε Νοσοκομείο.

Κατά την αντιμετώπιση κρίσεων πρέπει να γίνεται κατανοητή η επιφυλακτικότητα ή και ο φόβος του ατόμου το οποίο χρήζει βοήθειας. Η παροχή αυτής της βοήθειας καθώς και η προσπάθεια επικοινωνίας πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη υπομονή. Οποιαδήποτε μετατροπή της αναγκαίας και σταθερής στάσης των μελών του προσωπικού σε καταπιεστική και τιμωρητική, πρέπει να αποφεύγεται.

Ένοικοι του ξενώνα που διαβιών κάτω από ένα ελεύθερο καθεστώς, ενδέχεται να κάνουν περιστασιακή χρήση οινόπνευματών ποτών ή και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Σε περιπτώσεις παρόμοιων κρίσεων γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων του ατόμου, παρέχονται οι πρώτες βοήθειες και γίνεται μεταφορά του στο νοσοκομείο, εφόσον κριθεί απαραίτητη.

#### **4.4.4.Βάρδιες επιφυλακής**

Ως προς το βαθμό παρουσίας του προσωπικού, στον ξενώνα, απαιτείται η 24ώρη κάλυψη. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε βάρδια πρέπει να υπάρχουν δύο άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ειδικότερα και όποτε η στεγαστική δομή βάσει του κυκλικού ωραρίου, καλύπτεται από ένα μόνο μέλος του προσωπικού, ενδείκνυται να ορίζεται από τον Επιστημονικά υπεύθυνο ή τον υπεύθυνο της στεγαστικής δομής ένα δεύτερο μέλος του προσωπικού το οποίο θα βρίσκεται σε βάρδια επιφυλακής χωρίς να είναι παρών στον ξενώνα.

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, το μέλος της διεπιστημονικής- διεπαγγελματικής ομάδας που βρίσκεται στον ξενώνα υποχρεούται να ενημερώσει άμεσα το άτομο που βρίσκεται σε βάρδια επιφυλακής καθώς και τον επιστημονικά υπεύθυνο. Υποχρεούται επίσης να ακολουθήσει τους γενικούς κανόνες που ισχύουν σχετικά με την αντιμετώπιση κρίσεων.

#### **4.4.5.Υποστήριξη του προσωπικού**

Η μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πρέπει να αναγνωρίζει τις ανάγκες εκπαίδευσης και εποπτείας του προσωπικού και να τις καλύπτει επαρκώς σύμφωνα με τις δυνατότητες της, εφαρμόζοντας προγράμματα υποστήριξης τα οποία μειώνουν το επαγγελματικό άγχος του προσωπικού, αυξάνουν το συναίσθημα ικανοποίησης από την εργασία τους και περιορίζουν τις μετακινήσεις των εργαζομένων σε άλλους επαγγελματικούς χώρους. Η υποστήριξη των μελών του προσωπικού περιλαμβάνει: απόκτηση περαιτέρω γνώσεων μέσω μελέτης της βιβλιογραφίας, εκπαιδευτικών σεμιναρίων, παρακολούθησης συνεδρίων, ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων και ορθής πρακτικής μέσω ανταλλαγής εμπειριών με παρεμφερείς δομές, επισκέψεων και εκπαίδευσης σε πρότυπες μονάδες, κατανόηση και διαχείριση των συναισθημάτων των εργαζομένων στον ξενώνα.

Η υποστήριξη γίνεται μέσω συστηματικής εποπτείας της λειτουργίας της διεπιστημονικής – διεπαγγελματικής ομάδας. Η εποπτεία πρέπει να αποτελεί ένα σταθερό τρίτο θεσμικό συνομιλητή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Το άτομο που ορίζεται ως επόπτης πρέπει να έχει εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας και να γνωρίζει επίσης το θεωρητικό και πρακτικό υπόβαθρο λειτουργίας των μονάδων αποκατάστασης καθώς και το δίκτυο των σχέσεων που είναι δυνατόν να αναπτυχθούν σε παρόμοιους χώρους.

#### **4.4.6.Συναντήσεις Διεπιστημονικής – Διεπαγγελματικής Ομάδας, προσωπικού και ενοίκων**

Σε ειδικά προβλεπόμενο για αυτόν το σκοπό χώρο πραγματοποιούνται τακτές συναντήσεις με καθορισμένο περιεχόμενο και σύνθεση συμμετεχόντων. Ειδικότερα, τα μέλη της ομάδας αυτής πραγματοποιούν συνάντηση σε καθορισμένη ώρα στα πλαίσια του εβδομαδιαίου προγράμματος. Στη συνάντηση παρουσιάζονται και συζητώνται κλινικά δεδομένα της ψυχοκοινωνικής κατάστασης και της εξέλιξης κάθε ενοίκου ατομικά και αξιολογείται και συνεκτιμάται το ατομικό θεραπευτικό του πρόγραμμα. Όποτε κριθεί αναγκαίο, στην κλινική συνάντηση προσκαλούνται και συμμετέχουν εξωτερικοί συνεργάτες καθώς και ειδικοί ψυχικής υγείας άλλων υπηρεσιών και φορέων, οι οποίοι είναι δυνατόν να συνεργάζονται στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ενοίκου.

#### **4.5.Ηθικά και δεοντολογικά θέματα**

##### **4.5.1.Δικαιώματα ενοίκων**

Οι ένοικοι του ξενώνα έχουν το δικαίωμα παροχής εξατομικευμένης θεραπείας και φροντίδας με τον σεβασμό που οφείλεται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στις αξίες τους και κάτω από τις ίδιες επιστημονικές και ηθικές συνθήκες με κάθε άλλο άρρωστο άτομο.

Η υποστήριξη και η φροντίδα οι οποίες τους παρέχονται, καθώς και η δημιουργία συναισθήματος ασφάλειας, πρέπει να είναι ανεξάρτητες από τη φυλή, την εθνικότητα, την ηλικία, το φύλο, την καταγωγή, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο και την κατάσταση υγείας τους.

Οι ένοικοι δικαιούνται να απολαμβάνουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής και αυτοδιαχείρισης των θεμάτων της προσωπικής καθημερινής τους ζωής, ανάλογα πάντα με το εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας τους. Ενδεικτικά, τέτοια θέματα είναι δυνατόν να αφορούν τα ωράρια ύπνου, τη διατροφή, τη διαχείριση των οικονομικών, την ιατρική και ψυχιατρική περίθαλψη, τη χρήση και διακόσμηση του δωματίου, τη χρήση των κοινόχρηστων χώρων και των οικοσκευών του ξενώνα, τις συναναστροφές και σχέσεις με άλλα άτομα, την ψυχαγωγία, τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και τις ώρες εισόδου και εξόδου από τη στεγαστική δομή.

Οι ένοικοι έχουν το δικαίωμα προσφυγής στο δικαστήριο, το δικαίωμα επαφής με δικηγόρο και το δικαίωμα προσφυγής σε θεσμοθετημένο σύστημα καταγραφής, διερεύνησης και αιτιολογημένης απάντησης σχετικά με την εφαρμογή των αρχών και των



κανόνων λειτουργίας της δομής και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Έχουν επίσης δικαίωμα προστασίας της περιουσίας τους εφόσον αυτή υπάρχει.

Το ιατρικό απόρρητο και η διακριτικότητα κατά τη διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να τηρούνται σε κάθε περίπτωση. Εκτός από ειδικές περιπτώσεις που αφορούν τη δημόσια ασφάλεια ή τη διενέργεια βιοϊατρικής έρευνας, οι πληροφορίες για τη σωματική και την ψυχική υγεία του ενοίκου πρέπει να παραμένουν εμπιστευτικές. Παράβαση της υποχρέωσης αυτής αποτελεί σοβαρότατο επαγγελματικό σφάλμα και μπορεί να οδηγήσει στην άμεση διακοπή της συνεργασίας του μέλους του προσωπικού με τη Μονάδα. Οι ένοικοι έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις προσωπικές τους πληροφορίες που τηρούνται στα αρχεία της Μονάδας και δυνατότητα συμπλήρωσης στοιχείων τα οποία αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες βάσει θεσμοθετημένης διαδικασίας.

Οι ένοικοι ωφελούνται από τη δυνατότητα επικοινωνίας και πληροφόρησης σχετικά με την ασθένειά τους. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Διεπιστημονική-Διεπαγγελματική Ομάδα πρέπει να σχεδιάζουν και να ακολουθούν ενιαία πολιτική στο θέμα ενημέρωσης των ενοίκων και συμμετοχής τους σε αποφάσεις οι οποίες τους αφορούν.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος υποβάλλει υποχρεωτικά ετήσια έκθεση στην Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έκθεση περιλαμβάνει θέματα που αφορούν τις συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης στη στεγαστική δομή, παράπονα, καταγγελίες ή αναφορές, περιπτώσεις παραβιάσεως των δικαιωμάτων και οτιδήποτε άλλο σχετίζεται με τα δικαιώματα των ενοίκων.

#### **4.5.2.Υποχρεώσεις ενοίκων**

Οι ένοικοι είναι υποχρεωμένοι να σέβονται και να τηρούν τους κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία της Μονάδας στην οποία διαμένουν.

Υποχρεούνται να φέρονται με ευγένεια προς το προσωπικό της Μονάδας και τους λοιπούς ενοίκους.

Απαγορεύεται αυστηρά η παρενόχληση, ή η σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση μελών του προσωπικού ή άλλων ενοίκων, καθώς και οποιαδήποτε μορφή βίαιης συμπεριφοράς.

Οι ένοικοι δεσμεύονται να τηρούν τους όρους του συμβολαίου παραμονής στον Ξενώνα ή Οικοτροφείο, που έχουν υπογράψει.

Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης των ενοίκων προς τις υποχρεώσεις τους απευθύνεται προειδοποίηση για τις ενδεχόμενες συνέπειες.



Σε περίπτωση που παρά την προειδοποίηση δεν υπάρχει συμμόρφωση των ενοίκων προς τις υποχρεώσεις τους μπορεί να υπάρξει, μετά από απόφαση της Διεπιστημονικής-Διεπαγγελματικής Ομάδας και με σύμφωνη γνώμη του Επιστημονικά Υπεύθυνου, λύση συνεργασίας.

#### **4.5.3. Δεοντολογικές υποχρεώσεις προσωπικού**

Τα μέλη του προσωπικού της Μονάδας οφείλουν να σέβονται τους ενοίκους και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική και μη τιμωρητική.

Οφείλουν να απευθύνονται στους ενοίκους με σεβασμό, ευγένεια, υπομονή και προστατευτικότητα.

Οφείλουν να εμποδίζουν οποιαδήποτε τυχόν παρενόχληση, εκμετάλλευση, κακοποίηση ή παραμέληση των ενοίκων, απ' όπου κι αν αυτή προέρχεται.

Οφείλουν να σέβονται και να τηρούν το πλαίσιο των κανόνων και τον Κανονισμό Λειτουργίας της δομής.

Συμπερασματικά, η αδυναμία της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης να "θεραπεύσει" τον ψυχικά ασθενή και να τον αποδώσει "υγιή" στο κοινωνικό του περίγυρο, δημιούργησε την αναγκαιότητα σχηματισμού ενδιάμεσων φορέων, που όχι μόνο θα προετοίμαζαν τον ψυχικά ασθενή για την επάνοδο του στην κοινωνία αλλά και θα του έδιναν τη δυνατότητα να καλλιεργήσει τις οποιεσδήποτε δεξιότητες του. Η δημιουργία ξενώνων, στοχεύει στην προαγωγή των ικανοτήτων των ενοίκων και στη γενικότερη βελτίωση τους. Ο ξενώνας λειτουργεί βάσει δομημένου καθημερινού προγράμματος, όπως διαπιστώθηκε μέσα από την έρευνα σε τρεις ξενώνες, στον ξενώνα της Μάρνης, του Καρέα και της Γλυφάδας. Τα άτομα που φιλοξενούνται στους ξενώνες έχουν δικαιώματα αλλά και υποχρεώσεις. Επίσης και οι εργαζόμενοι στη Μονάδα οφείλουν να σέβονται τους ενοίκους, να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η εύρυθμη λειτουργία του ξενώνα και να έχουν ως πρώτιστο μέλημα την καλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1. Σκοπός και είδος της μελέτης**

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να συλλέξει στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ομάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με την μέθοδο Life Satisfaction Index-A, στο νομό Αττικής. Η έρευνα επεξεργάζεται στοιχεία που δίνουν οι ψυχικά άρρωστοι, στους ξενώνες της Μάρνης, του Καρέα και της γλυφάδας, για την παραμονή τους στο ξενώνα, τον τρόπο λειτουργίας τους και την μέτρηση του επιπέδου υγείας τους σε σχέση με τη ποιότητα ζωής τους.

Η μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των ενοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ξενώνων και την άποψη τους για την ποιότητα της ζωής που βιώνουν αποτελεί σύγχρονο κριτήριο αξιολόγησης της ψυχοκοινωνικής υγείας, αφού η καταγραφή της αντίληψης-άποψης του αποδέκτη των υπηρεσιών έχει σημαντική βαρύτητα. Το χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους τρεις ξενώνες ήταν από 9-7-2006 έως 14-11-2006, με την διεθνώς επικυρωμένη μέθοδο Life Satisfaction Index-A.

#### **5.2. Αναλυτική παρουσίαση ερωτηματολογίου Life Satisfaction Index-A**

Η μεθοδολογία έρευνας βασίζεται στο Life Satisfaction Index-A (βλέπε παράρτημα ΣΤ ερωτηματολόγιο) οι συμμετέχοντες καταδεικνύουν εάν συμφωνούν ή αν διαφωνούν. Το αποτέλεσμα από το Life Satisfaction Index-A υπολογίζεται δίνοντας ένα βαθμό για κάθε θετική απάντηση, από 0-100 βαθμούς και προσθέτοντας τους βαθμούς για να προκύψει το σκορ του κάθε συμμετέχοντα. Με τα μεγαλύτερα σκορ να καταδεικνύουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Το Life Satisfaction Index – A (LSIA) είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις το οποίο δίνει ένα αποτέλεσμα που αναγνωρίζεται ως ένας έγκυρος δείκτης της ποιότητας ζωής. Αποτελεί διεθνή επικυρωμένη μέθοδο αξιολόγησης, με δημοσιεύσεις από το ίντερνετ και έρευνες, όπου οι ερευνητές μέτρησαν την ικανοποίηση από τη ζωή χρησιμοποιώντας την μέθοδο Life Satisfaction Index A. Υπάρχουν στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ερωτήσεις αντίστροφες, δηλαδή ερωτήσεις που ενώ το συμφωνώ σκοράρετε με 1 και το διαφωνώ με 0 να γίνεται το αντίστροφο.

Το ερωτηματολόγιο Life Satisfaction Index – A επεξεργάζεται πέντε διαστάσεις και συγκεκριμένα:

Τη διάσταση «Κέφι για ζωή», σχετίζεται με ενθουσιασμό απέναντι στη ζωή γενικότερα και δεν σχετίζεται με καμία συγκεκριμένη δραστηριότητα, όπως την ενασχόληση με κοινωνικές ή πνευματικές δραστηριότητες. Ένα άτομο το οποίο επιδεικνύει ενθουσιασμό όταν κάθεται σπίτι και διαβάζει, χαρακτηρίζεται ως ένα δραστήριο και ενεργητικό άτομο σε αυτή την κατηγορία. Η σωματική ενέργεια, όπως επίσης και η πνευματική ενέργεια, και άλλες παρόμοιες επιδιώξεις, συμβάλλουν σε ένα υψηλό σκορ.

Η διάσταση «Αποφασιστικότητα και καρτερία» μετράει την ενεργό αποδοχή του συμμετέχοντος για τη ζωή του, εν αντιθέσει με την παθητική αποδοχή ή καταδίκη όσων του έχουν συμβεί.

Η διάσταση «Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους» μετράει τη διαφορά μεταξύ των επιθυμητών στόχων και αυτών που έχουν επιτευχθεί, που κάνουν κάποιον να είναι ικανοποιημένος ή δυσαρεστημένος από τη ζωή.

Η επόμενη διάσταση «Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού» βασίζεται στην αξιολόγηση της τωρινής κατάστασης ενός ατόμου, όσον αφορά την συναισθηματική, σωματική και πνευματική του κατάσταση. Τα άτομα που δεν νιώθουν γερασμένα, αλλά που τους ενδιαφέρει η εμφάνιση τους και αξιολογούν τον εαυτό τους ως ευφυή και ικανά, τείνουν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους με μεγαλύτερο βαθμό σε αυτόν τον τομέα.

«Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση», ο τελευταίος παράγοντας, σχετίζεται με την αισιοδοξία και την ευτυχία και άλλες θετικές συναισθηματικές απαντήσεις. Η κατάθλιψη, η θλίψη, η μοναξιά, η ευερεθιστικότητα και η απαισιοδοξία είναι συναισθήματα τα οποία οδηγούν σε πολύ χαμηλό σκορ.

Οι διαστάσεις που μετρώνται από το Life Satisfaction Index –A είναι πέντε και η κάθε μία προκύπτει από ένα σύνολο ερωτήσεων, συγκεκριμένα:

#### **Αποφασιστικότητα και καρτερία**

Ερώτηση 1. Όσο μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλύτερα απ' ό,τι περίμενα.

Ερώτηση 13. Δεν θα άλλαζα το παρελθόν μου, ακόμα και αν μπορούσε. (ενεργός αποδοχή ζωής).

Ερώτηση 14. Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, έχω πάρει πολλές λανθασμένες αποφάσεις στη ζωή μου. (Reverse scored.) (αποδοχή ευθύνης για τη ζωή).

Ερώτηση 19. Η ζωή μου έφερε σχεδόν όσα πράγματα περιμένα.

Ερώτηση 20. Άσχετα με ότι λένε μερικοί, η προοπτική του μέσου ανθρώπου, χειροτερεύει, αντί να καλυτερεύει. (Reverse scored.) (παθητική αποδοχή του μέλλοντος).

### **Κέφι για ζωή**

Ερώτηση 7. Τα περισσότερα πράγματα που κάνω είναι βαρετά και μονότονα (Reverse scored). (όχι ενθουσιασμός για ζωή και δραστηριότητες).

Ερώτηση 8. Περιμένω να μου συμβούν στο μέλλον κάποια ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα. (κέφι για ζωή και το μέλλον).

Ερώτηση 9. Τα πράγματα με τα οποία ασχολούμαι είναι το ίδιο ενδιαφέροντα όσο ήταν πάντοτε. (θετική διάθεση για ενασχόληση με δραστηριότητες).

Ερώτηση 16. Έχω κάνει σχέδια για τα πράγματα που θα κάνω σε ένα μήνα, ή ένα χρόνο από τώρα. (κέφι για ζωή, μέλλον/ όχι απάθεια).

### **Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους**

Ερώτηση 2. Είχα στη ζωή μου περισσότερες ευκαιρίες από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζω. (ικανοποίηση από τις ευκαιρίες που έχουν δοθεί).

Ερώτηση 12. Καθώς κοιτάω τη ζωή μου ως τώρα, είμαι αρκετά ικανοποιημένος. (ικανοποίηση παρελθόντος)

Ερώτηση 17. Καθώς κοιτώ τη ζωή μου ως τώρα, δεν κατάφερα να αποκτήσω τα περισσότερα από τα πράγματα που ήταν σημαντικά για μένα. (Reverse scored) (στόχοι που δεν επιτεύχθηκαν, όλα όσα έχω προσπαθήσει στη ζωή μου έχουν αποτύχει).

### **Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού**

Ερώτηση 10. Αισθάνομαι γερασμένος και κάπως κουρασμένος. (Reverse scored) (αξιολόγηση συναισθηματικής / σωματικής κατάστασης).

Ερώτηση 11. Νιώθω τον χρόνο που περνάει, αλλά αυτό δεν με στενοχωρεί. (θετική εικόνα εαυτού).

Ερώτηση 15. Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, κάνω καλή εντύπωση. (θετική αυτό- εικόνα).

### Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση

Ερώτηση 3. Αυτή είναι η καλύτερη περίοδος της ζωής μου. (αφορά την αισιοδοξία).

Ερώτηση 4. Είμαι τόσο ευτυχισμένος, όσο ήμουν όταν ήμουν μικρότερος. (αφορά την αισιοδοξία και την ευτυχία)

Ερώτηση 5. Η ζωή μου δεν θα μπορούσε να ήταν καλύτερη από ότι είναι τώρα. (Reverse scored).

Ερώτηση 6. Αυτά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής μου. (αισιοδοξία).

Ερώτηση 18. Συγκριτικά με τους άλλους, χάνω το κέφι μου πολύ συχνά. (Reverse scored).  
(αξιολόγηση συναισθηματικής κατάστασης).

Το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στον ένοικο αποτελείται από το πρώτο μέρος που περιλαμβάνει τις δημογραφικές ερωτήσεις, φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ερωτήσεις που αφορούν τον εργασιακό χώρο του ατόμου. Το κύριο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που θέλουμε να μάθουμε ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή των ενοίκων, με ερωτήσεις που αφορούν το παρόν, το παρελθόν και το μέλλον.

Οι τύποι των ερωτήσεων είναι προκατασκευασμένες κυρίως κλειστές ερωτήσεις. Απλές, σύντομες, ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε λεπτά θέματα. Επειδή η έρευνα απευθύνεται σε άτομα με ιδιαιτερότητες και υπάρχει το ενδεχόμενο κρίσης ή παλινδρόμησης, τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν στο πλαίσιο των υπηρεσιών μέσα στους χώρους διαμονής τους (ξενώνες), υπό μορφή συνέντευξης και αφού είχε δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης.

Στα αποτελέσματα, δεν συμπεριλάβαμε στην μέτρηση τις μεταβλητές "παιδιά" και "εργασία στον δημόσιο/ ιδιωτικό τομέα", γιατί δεν μπορούσαν να κωδικοποιηθούν (δίνεται μόνο μία τιμή σε κάθε κατηγορία που εξετάζεται, αλλιώς θα έπρεπε να υπάρχει ξεχωριστή ερώτηση "αριθμός παιδιών ή έχετε παιδιά", στην οποία όλοι θα έπρεπε να δώσουν απάντηση (ναι/ όχι ή αριθμό παιδιών).

Το τελικό σκορ βασίζεται στον αριθμό θετικών απαντήσεων σε κάθε ξεχωριστή ερώτηση, με έναν βαθμό να δίνεται για κάθε θετική απάντηση (LSI –A:0-20)

Συγγραφείς : BL Neugarten, RJ Havighurst, SS Tobin

Δικαιώματα : 1961

Χορήγηση : Αυτό-συμπληρούμενο



Χρόνος συμπλήρωσης : 5 λεπτά

Το LSI έχει cronbach alpha's ίσο με 0.74. Έρευνες καταδεικνύουν ότι η μέτρηση είναι πιο ακριβής σε άτομα άνω των 65 ετών.

#### **Αναφορές :**

1. Adams DL. Analysis of a life satisfaction index. J Gerontol 1969; 24;470-474.
2. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. J Gerontol 1961;16;134-143.
3. Sexton DL, Munro BH. Impact of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. Res Nurs Health 1985;8;8

### **5.3.Έρευνες και αποτελέσματα στο παρελθόν**

Το Life Satisfaction Index-A είναι ένα ερωτηματολόγιο από το quality of life interview(GOLI) από το internet στο site του Google με 20 ερωτήσεις. Μέσα από την αναζήτηση σχετικού με την έρευνα ερωτηματολογίου υπήρξαν και άλλες κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή όπως το Life Satisfaction Index-Z. Επίσης παρόμοια εργαλεία είναι το Mental Health Inventory, Multidimensional με 38 ερωτήσεις. Το οποίο μετράει την ανησυχία γενικά του ατόμου, τη μελαγχολική του διάθεση, την ψυχολογία της συμπεριφοράς και γενικά κατά πόσο το άτομο είναι θετικό ή αρνητικό. Επίσης το Nottingham Health Profile με 38 ερωτήσεις, το οποίο εξετάζει την ενέργεια του ατόμου, την συναισθηματική του αντίδραση, την κοινωνική απομόνωση, τη θλίψη.

Μία έρευνα δημοσιοποιημένη με τη μέθοδο Life Satisfaction Index-A είναι η ικανοποίηση από τη ζωή σε άτομα με τραύματα της σπονδυλικής στήλης. Η ικανοποίηση από τη ζωή περιγράφεται ως μια ψυχολογική κατάσταση η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το ψυχολογικό ευ ζην (Neugarten et al., 1961). Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε το Life Satisfaction Index-A για τη μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή, με υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Το Life Satisfaction Index-A αποτελείται από 18 δηλώσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες καταδεικνύουν εάν συμφωνούν, αν διαφωνούν, ή εάν δεν είναι σίγουροι για την απάντησή τους. Το σκορ υπολογίζεται δίνοντας έναν βαθμό για κάθε θετική απάντηση και προσθέτοντας τους βαθμούς για να προκύψει το σκορ του κάθε συμμετέχοντα.

- Συσχετίσεις έχουν βρεθεί ανάμεσα στο Life Satisfaction Index-A και άλλες κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή, όπως το Life Satisfaction Index-Z.

Εξετάστηκαν επτά ανεξάρτητες μεταβλητές σε αυτήν την έρευνα. Αυτές ήταν: αίσθηση του ελέγχου, δεξιότητες επικοινωνίας, ικανοποίηση από την βοήθεια που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες, οικογενειακή κατάσταση, αναπηρία, έτη που παρήλθαν από τον τραυματισμό και υγεία.

Μία έρευνα σχετικά με την κοινωνική στήριξη και την ικανοποίηση από τη ζωή σε άτομα τρίτης ηλικίας από την Ιαπωνία. Kim H, Sugisawa H, Okabayashi H, Fukava T, Shibata H. Τμήμα Κοινωνιολογίας της Υγείας, Μητροπολιτικό Ινστιτούτο Γεροντολογία, Τόκυο. Ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κοινωνικής στήριξης στην ικανοποίηση από τη ζωή ατόμων ηλικίας 60 και άνω από την Ιαπωνία. Η αρχική έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1987 και ακολούθησε το follow-up το 1990. Οι ερευνητές μέτρησαν την ικανοποίηση από τη ζωή χρησιμοποιώντας Life Satisfaction Index-A. Η κοινωνική στήριξη μετρήθηκε από δύο πλευρές, την παροχή υποστήριξης και την αποδοχή υποστήριξης από τα ηλικιωμένα άτομα. Αξιολογήθηκε η επίδραση της κοινωνικής στήριξης και οι αλλαγές στην παροχή της υποστήριξης σε ένα διάστημα τριών ετών κατά φύλο, σε συνδυασμό με την επίδραση του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου. Βρέθηκε ότι η προσφορά υποστήριξης σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, 3 χρόνια μετά, αλλά μόνο στις γυναίκες. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην ικανοποίηση από τη ζωή διαφέρει από το ένα φύλο στο άλλο και ότι είναι σημαντική η επίδραση των αλλαγών στον τρόπο που παρέχεται υποστήριξη στα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή των ηλικιωμένων. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/querf.cgi?cmb=Retrieve&db=PubMed&list-uids=10550977&dopt=Abstract>).

Έρευνα με θέμα την αξιολόγηση του Life Satisfaction Index ηλικιωμένων ατόμων που διαβιών σε δομές στην κοινότητα. Στην έρευνα συμμετείχαν 183 ηλικιωμένα άτομα. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιώντας το Life Satisfaction Index-A κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων. Ο μέσος όρος του LSI-A των ηλικιωμένων ατόμων που πραγματοποιούσαν ψυχαγωγικές δραστηριότητες ήταν σημαντικά υψηλότερος από αυτόν, των ατόμων που δεν συμμετείχαν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

#### **5.4. Δειγματοληπτική μέθοδος**

Επειδή στην Ελλάδα, το θέμα της ικανοποίησης των ενόικων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ξενώνων και την άποψη τους για την ποιότητα της ζωής τους παρουσιάζει βιβλιογραφικές ελλείψεις, αρχικά δημιουργήθηκε η ανάγκη επίσκεψης στους ξενώνες

ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας τους και προσωπικής επαφής με τους ενοίκους. Ακολούθησε η συνεργασία με τους ειδικούς. Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου Life Satisfaction Index-A, ( χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, από 9-7-2006 μέχρι 14-11-2006 ).

Το δείγμα περιορίστηκε στον αριθμό των 90 ερωτώμενων και αποτελείται από άτομα και των δυο φύλων, ηλικίας κάτω των 20 ετών έως άνω των 60 ετών, άτομα με προβλήματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι οποίοι διαμένουν σε ξενώνες.

Η διάρκεια παραμονής είναι μέχρι 8 μήνες, στους ξενώνες, με 24ώρη κάλυψη με προσωπικό, όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Το δείγμα περιορίζεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής το οποίο θεωρείται ότι συγκεντρώνει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις ξενώνες. Στο ξενώνα της Μάρνης, του Καρέα και της Γλυφάδας. Ο αριθμός του δείγματος που αντιστοιχεί σε κάθε ξενώνα και που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι 15 άτομα από τον ξενώνα της Μάρνης, 45 άτομα απάντησαν στον κοινωνικό ξενώνα του Καρέα και στη νευροψυχιατρική κλινική ΄Γαλήνειο Μέλαθρον απάντησαν 30 άτομα. Υπήρξαν και ένοικοι οι οποίοι αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και να συμμετάσχουν στην έρευνα, για διάφορους λόγους, είτε επειδή είχαν κάποια δουλειά, άλλοι δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν για ψυχολογικούς κυρίως λόγους, άλλοι αδιαφόρησαν εξ αρχής για την κίνηση αυτή. Παρ' όλα τα προβλήματα και τις δυσκολίες η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια και τη πολύτιμη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών, των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, με τη βοήθεια τους για θετική στάση των ενοίκων απέναντι στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τη χορήγηση διάφορων εντύπων σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας καθώς και πληροφορίες. Υπήρξαν και ξενώνες που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή, μετά από επικοινωνία και σαφή ενημέρωση σχετικά με το ακριβές θέμα αναζήτησης μας. Στο ψυχιατρικό τομέα του νοσοκομείου Δαφνή, συμπληρώθηκε αίτηση προς το επιστημονικό συμβούλιο για τη διεξαγωγή έρευνας σε ξενώνες του νοσοκομείου, η οποία αργότερα χάθηκε και δε συνεχίστηκε η συνεργασία. Στο Αιγινείο ξενώνα αρνήθηκαν κάθε συνεργασία, στο Σεισμανόγλειο νοσοκομείο, στο Ασκληπιείο Βούλας, στο Δρομοκαίτειο, στον ξενώνα του Ερυθρού Σταυρού, σε ξενώνα της κυψέλης Κεφαλληνίας με 12 άτομα σε κοινωνική επανένταξη, στο εφήβων Γεννηματάς ξενώνας με 10 άτομα και στο Ιπποκράτειο.

- Υπάρχουν αντίστροφες ερωτήσεις (Reversed items).

Μέσος όρος ηλικίας δεν μπορεί να βρεθεί, (υπήρχε ηλικιακό φάσμα, όχι απόλυτη τιμή, δεν έχουμε %, συνεπώς δεν έγιναν πίνακες και γραφήματα).

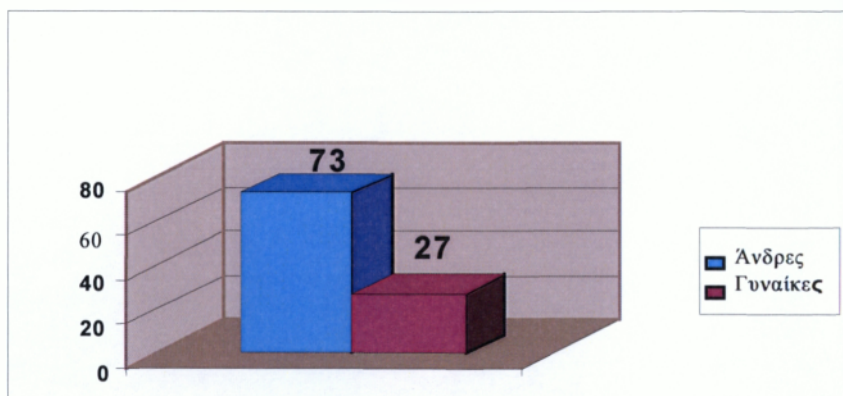
Δεν γινόταν συγκεντρωτικό γράφημα για τα δημογραφικά στοιχεία των τριών ξενόνων (ήταν πάρα πολύ μεγάλο και ακατανόητο).

### 5.5.Δημογραφικά αποτελέσματα έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 90 άτομα και από τους τρεις ξενόνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ειδικότερα:

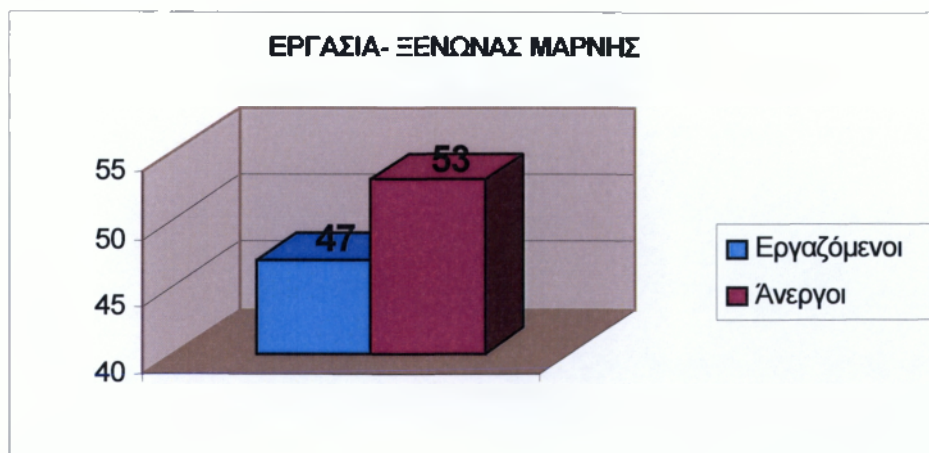
Στον Ξενώνα της Μάρνης, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Life Satisfaction Index-A 15 άτομα, από τα οποία 11 ήταν άνδρες (ποσοστό 73%) και 4 γυναίκες (ποσοστό 27%) (Γράφημα 1).

**Γράφημα 1.** Φύλο συμμετεχόντων στην έρευνα, ξενώνας Μάρνης



Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 2.** Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων, ξενώνας Μάρνης



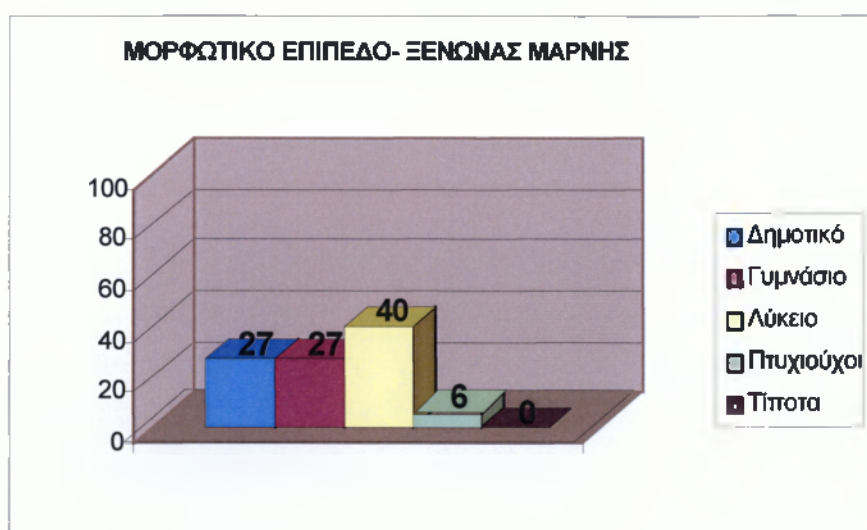
Πηγή: Ιδία έρευνα



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κυμαίνεται στο ηλικιακό φάσμα των 30-59 ετών, οι 7 από τους οποίους εργάζονται (ποσοστό 47%), και οι 8 από τους οποίους είναι άνεργοι (ποσοστό 53%) (Γράφημα 2).

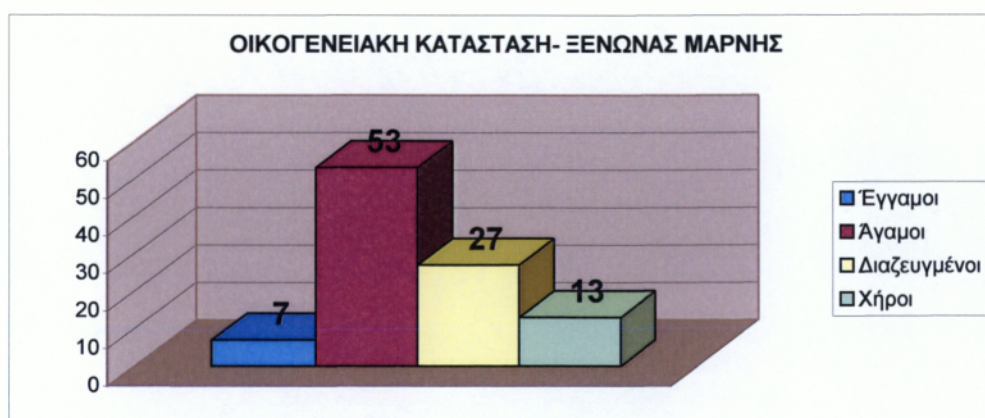
Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, το 27% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού (N=4), το 27% των συμμετεχόντων απόφοιτοι Γυμνασίου, το 40% (N=6) απόφοιτοι Λυκείου και το υπόλοιπο 6% κάτοχοι πτυχίου. (Γράφημα 3). Το 7% των συμμετεχόντων (N=1) είναι έγγαμοι, το 53% (N=8) άγαμοι, το 27% (N=4) διαζευγμένοι και το 13% χήροι (N=2) (Γράφημα 4).

**Γράφημα 3.** Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων, ξενώνας Μάρνης



Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 4.** Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων, ξενώνας Μάρνης



Πηγή: Ιδία έρευνα



Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα από τον Ξενώνα Μάρνης (συχνότητα και ποσοστό τοις εκατό) και ακολουθεί ανάλογο γράφημα.

**Πίνακας 1.** Συγκεντρωτικός πίνακας με τα Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Μάρνης

ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΡΝΗΣ								
Ηλικία	N	%	Μορφωτικό Επίπεδο	N	%	Οικ. κατάσταση	N	%
20-29	0	0%	Δημοτικό	4	27%	Έγγαμοι	1	7%
30-39	5	33%	Γυμνάσιο	4	27%	Άγαμοι	8	53%
40-49	4	27%	Λύκειο	6	40%	Διαζευγμένοι	4	27%
50-59	5	33%	Πτυχιούχοι	1	6%	Χήροι	2	13%
60+	1	7%	Τίποτα από τα ανωτέρω	0	0%	Σύνολο	1	100%
Σύνολο	15	100%	Σύνολο	15	100%			
Φύλο	N	%	Εργασία	N	%			
Άνδρες	11	73%	Εργαζόμενοι	7	47%			
Γυναίκες	4	27%	Άνεργοι	8	53%			
Σύνολο	15	100%	Σύνολο	15	100%			

Πηγή: Ιδία έρευνα

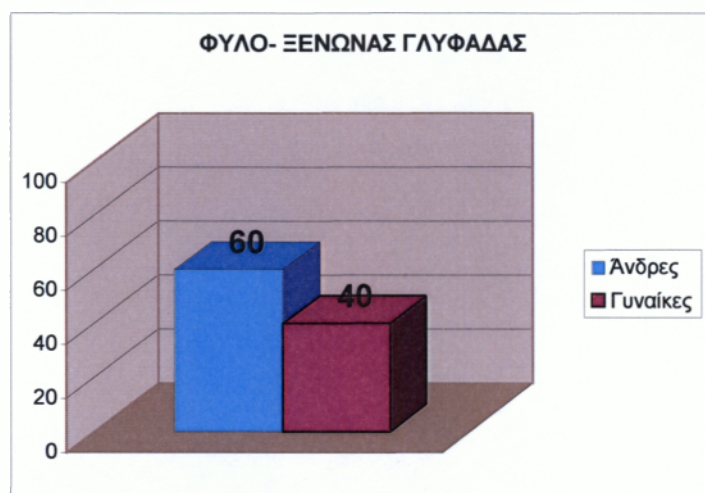
**Γράφημα 5.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Μάρνης (σε ποσοστό %).



Πηγή: Ιδία έρευνα

Για τη συλλογή των στοιχείων, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα, χορηγήθηκε επίσης σε 30 ενοίκους ενός Ξενώνα στην Γλυφάδα, από τους οποίους 18 ήταν άνδρες (ποσοστό 60%) και 12 γυναίκες (ποσοστό 40%) (Γράφημα 6).

**Γράφημα 6.** Φύλο συμμετεχόντων, ξενώνας Γλυφάδας



Πηγή: Ιδία έρευνα

Το 13% από τους συμμετέχοντες είχε ηλικία μεταξύ 20-29 ετών, το 7% είχε ηλικία μεταξύ 30-39 ετών, το 23% μεταξύ 40-49 ετών, το 37% μεταξύ 50-59 ετών και το 20% ήταν άνω των 60 ετών.

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων από τον Ξενώνα της Γλυφάδας, το 23% είναι απόφοιτοι Δημοτικού (N=7), το 23% των συμμετεχόντων απόφοιτοι Γυμνασίου (N=7), το 37% (N=11) απόφοιτοι Λυκείου και το υπόλοιπο 17% κάτοχοι πτυχίου (N=5) (Γράφημα 7).

Το 27% των συμμετεχόντων (N=8) είναι έγγαμοι, το 66% (N=20) άγαμοι και το 7% (N=2) διαζευγμένοι (Γράφημα 8). Από τους συμμετέχοντες, οι 8 είναι εργαζόμενοι (27%) και οι 22 (73%) άνεργοι (Γράφημα 9).

**Γράφημα 7.** Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων,

Ξενώνας Γλυφάδας



Πηγή: Ιδία έρευνα

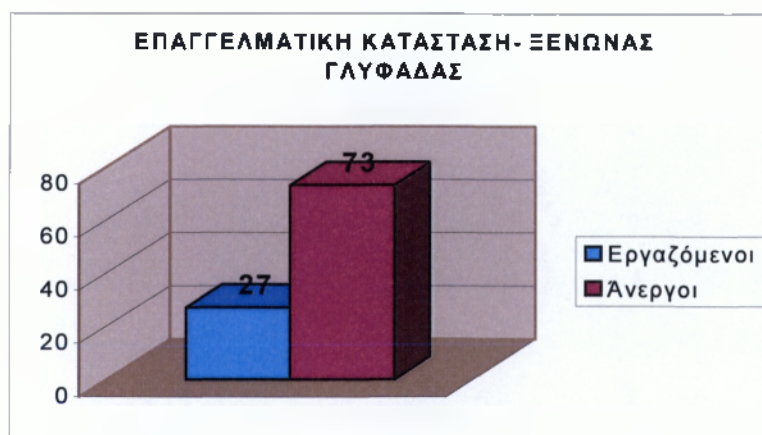
**Γράφημα 8.** Οικογενειακή

Κατάσταση, Ξενώνας Γλυφάδας



Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 9.** Επαγγελματική κατάσταση, Ξενώνας Γλυφάδας



Πηγή: Ιδία έρευνα

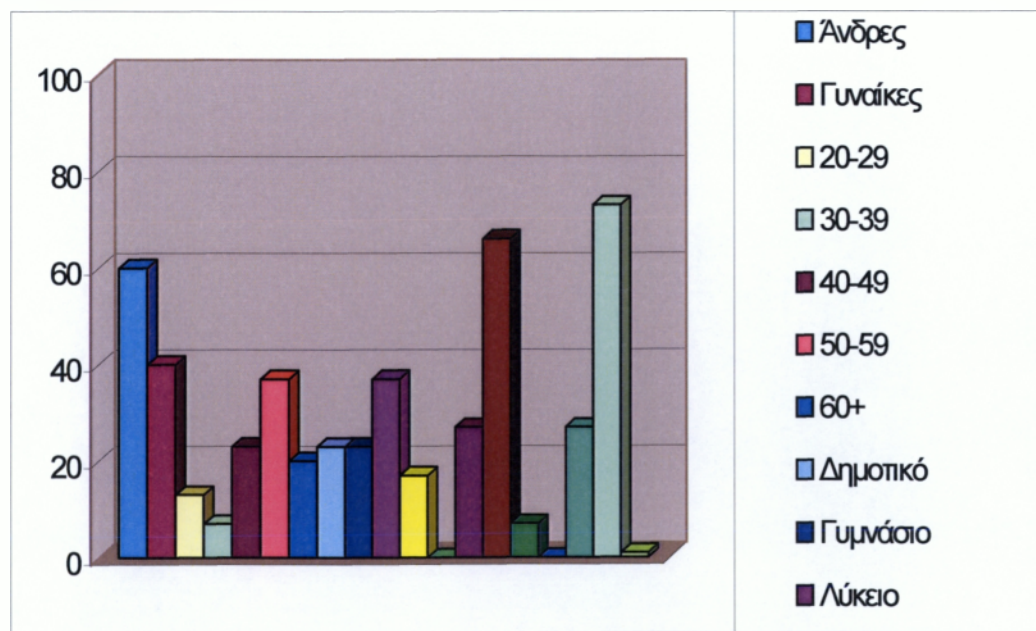
Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα από τον Ξενώνα Γλυφάδας (συχνότητα και ποσοστό τοις εκατό), και ακολουθεί ανάλογο γράφημα.

**Πίνακας 2.** Συγκεντρωτικός πίνακας με τα Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Γλυφάδας

ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ								
Ηλικία	N	%	Μορφ. Επίπεδο	N	%	Οικ. κατάσταση	N	%
20-29	4	13%	Δημοτικό	7	23%	Έγγαμοι	8	27%
30-39	2	7%	Γυμνάσιο	7	23%	Άγαμοι	20	66%
40-49	7	23%	Λύκειο	11	37%	Διαζευγμένοι	2	7%
50-59	11	37%	Πτυχιούχοι	5	17%	Χήροι	0	0%
60+	6	20%	Τίποτα από τα ανωτέρω	0	0%	Σύνολο	30	100%
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>			
Φύλο	N	%	Εργασία	N	%			
Άνδρες	18	60%	Εργαζόμενοι	8	27%			
Γυναίκες	12	40%	Άνεργοι	22	73%			
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>			

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 10.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Γλυφάδας.



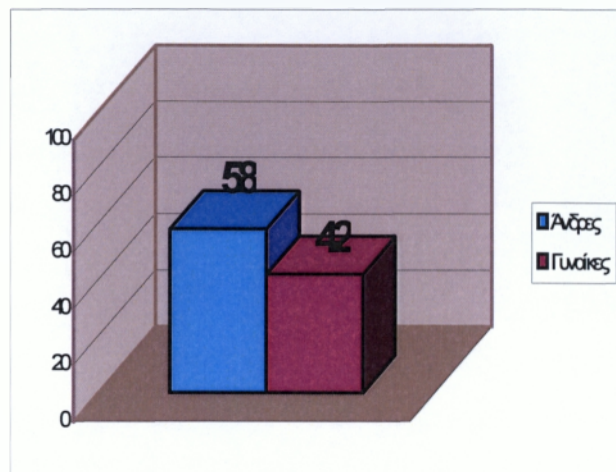
Πηγή: Ιδία έρευνα



Το ερωτηματολόγιο διενεμήθη επίσης σε 45 ενοίκους Ξενώνα στην περιοχή του Καρέα, από τους οποίους το 58% ήταν άνδρες (26 άτομα) και το 42% γυναίκες (19 άτομα) (Γράφημα 11).

**Γράφημα 11.** Φύλο συμμετεχόντων, ξενώνας Καρέα

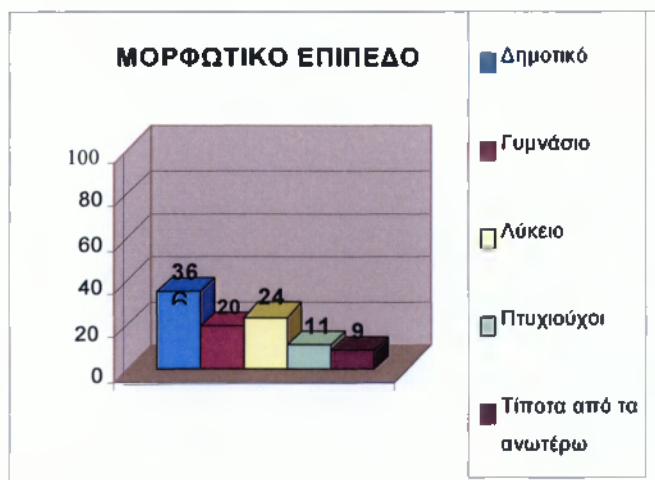
Το 4% από τους συμμετέχοντες είναι μεταξύ 20 και 29 ετών (N=2), το 13% είναι μεταξύ 30-39 (N=6), το 20% μεταξύ 40-49 ετών (N=9), το 27% μεταξύ 50-59 ετών (N=12), και το 36% είναι άνω των 60 ετών (N=16).



Πηγή: Ίδια έρευνα

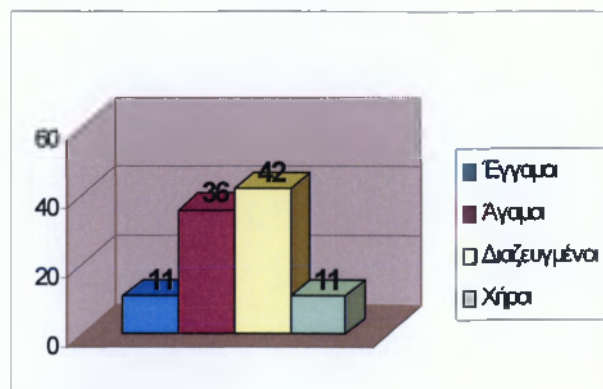
Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, το 36% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού (N=16), το 20% των συμμετεχόντων απόφοιτοι Γυμνασίου (N=9), το 24% (N=11) απόφοιτοι Λυκείου, το 11% κάτοχοι πτυχίου (N=5), και ένα ποσοστό 9% δήλωσε ότι δεν ανήκει σε καμία από τις προαναφερθείσες κατηγορίες (N=4) (Γράφημα 12). Το 11% των συμμετεχόντων (N=5) είναι έγγαμοι, το 36% (N=16) άγαμοι, το 42% (N=19) διαζευγμένοι και το 11% χήροι (N=5) (Γράφημα 13).

**Γράφημα 12.** Μορφωτικό επίπεδο, ξενώνας Καρέα



Πηγή: Ίδια έρευνα

**Γράφημα 13.** Οικογενειακή κατάσταση, ξενώνας Καρέα



πηγή: Ίδια έρευνα



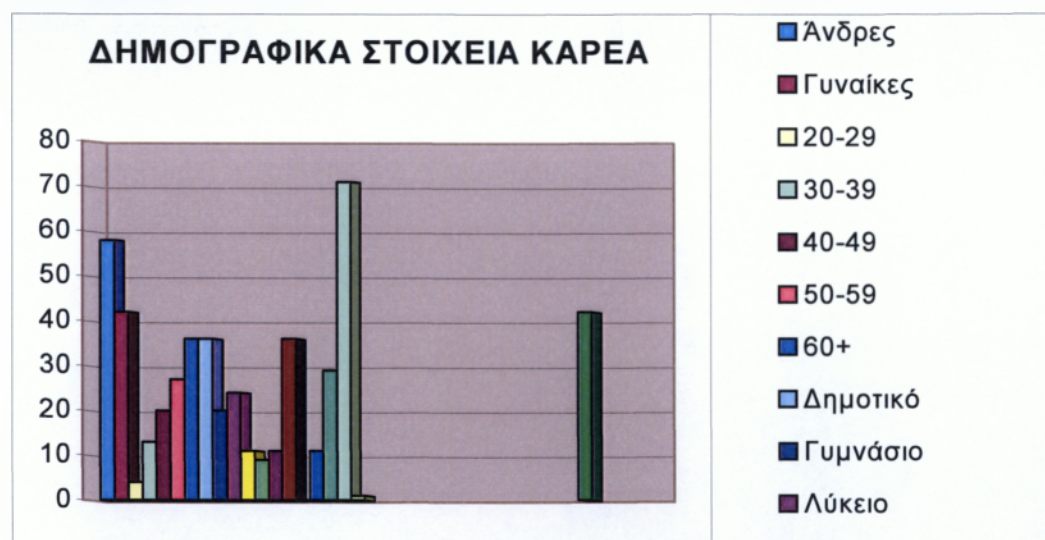
Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα από τον Ξενώνα Καρέα (συχνότητα και ποσοστό τοις εκατό), και ακολουθεί ανάλογο γράφημα.

**Πίνακας 3.** Συγκεντρωτικός πίνακας με τα Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Καρέα

ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΑΡΕΑ								
Ηλικία	N	%	Μορφ. Επίπεδο	N	%	Οικ. κατάσταση	N	%
20-29	2	4%	Δημοτικό	16	36%	Έγγαμοι	5	11%
30-39	6	13%	Γυμνάσιο	9	20%	Άγαμοι	16	36%
40-49	9	20%	Λύκειο	11	24%	Διαζευγμένοι	19	42%
50-59	12	27%	Πτυχιούχοι	5	11%	Χήροι	5	11%
60+	16	36%	Τίποτα από τα ανωτέρω	4	9%	Σύνολο	45	100%
Σύνολο	45	100%	Σύνολο	45	100%			
Φύλο	N	%	Εργασία	N	%			
Άνδρες	26	58%	Εργαζόμενοι	13	29%			
Γυναίκες	19	42%	Άνεργοι	32	71%			
Σύνολο	45	100%	Σύνολο	45	100%			

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 14.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων από τον Ξενώνα Καρέα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα και από τους τρεις Ξενώνες (Μάρνη, Γλυφάδα, Καρέας) (συχνότητα και ποσοστό τοις εκατό).

**Πίνακας 4.** Συγκεντρωτικός πίνακας δημογραφικών στοιχείων από τους τρεις Ξενώνες

	ΜΑΡΝΗ	ΓΛΥΦΑΔΑ	ΚΑΡΕΑΣ	Σύνολο
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	73%	60%	58%	64%
Γυναίκες	27%	40%	42%	36%
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>				
Δημοτικό	27%	23%	36%	29%
Γυμνάσιο	27%	23%	20%	23%
Λύκειο	40%	37%	24%	34%
Πτυχιούχοι	6%	17%	11%	11%
Τίποτα από τα ανωτέρω	0%	0%	9%	3%
<b>Ηλικία</b>				
20-29	0%	13%	4%	6%
23-39	33%	7%	13%	18%
40-49	27%	23%	20%	23%
50-59	33%	37%	27%	32%
60+	7%	20%	36%	21%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	7%	27%	11%	15%
Άγαμοι	53%	66%	36%	52%
Διαζευγμένοι	27%	7%	42%	25%
Χήροι	13%	0%	11%	8%
<b>Εργασία</b>				
Εργαζόμενοι	47%	27%	29%	34%
Άνεργοι	53%	73%	71%	66%

Πηγή: Ίδια έρευνα

Με βάση τα αποτελέσματα, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, προκύπτει ότι στους ξενώνες διαμένουν άτομα και των δύο φύλων, άνδρες και γυναίκες. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι το ποσοστό των ανδρών είναι μεγαλύτερο, σε σχέση με τις γυναίκες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ενοίκων ένα μεγάλο ποσοστό είναι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου. Η ηλικία τους κυμαίνεται μεταξύ 50-59 κυρίως, είναι περισσότερες οι εισαγωγές ατόμων κάπως μεγαλύτερης ηλικίας, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν την τάση για κατάθλιψη, νοιώθουν το αίσθημα της μοναξιάς πιο έντονα συγκριτικά με τις άλλες ηλικίες και τις περισσότερες φορές δεν δέχονται τη φροντίδα και τη προσοχή που χρειάζονται. Οι περισσότερες περιπτώσεις ενοίκων βιώνουν την εγκατάλειψη από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ένα μεγάλο ποσοστό είναι άγαμοι και διαζευγμένοι, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε μια τέτοια κατάσταση. Ενώ παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό να είναι άνεργοι, αρκούμενοι στην κάλυψη των αναγκών τους από τον ξενώνα όπου και διαμένουν. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα που δεν εργάζονται είναι ηλικιωμένα και λόγω ηλικίας δεν εργάζονται και αρκούνται σε κάποιο είδος σύνταξης που τους χορηγείται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι διαστάσεις που μετρήθηκαν από το Life Satisfaction Index – A ήταν πέντε:

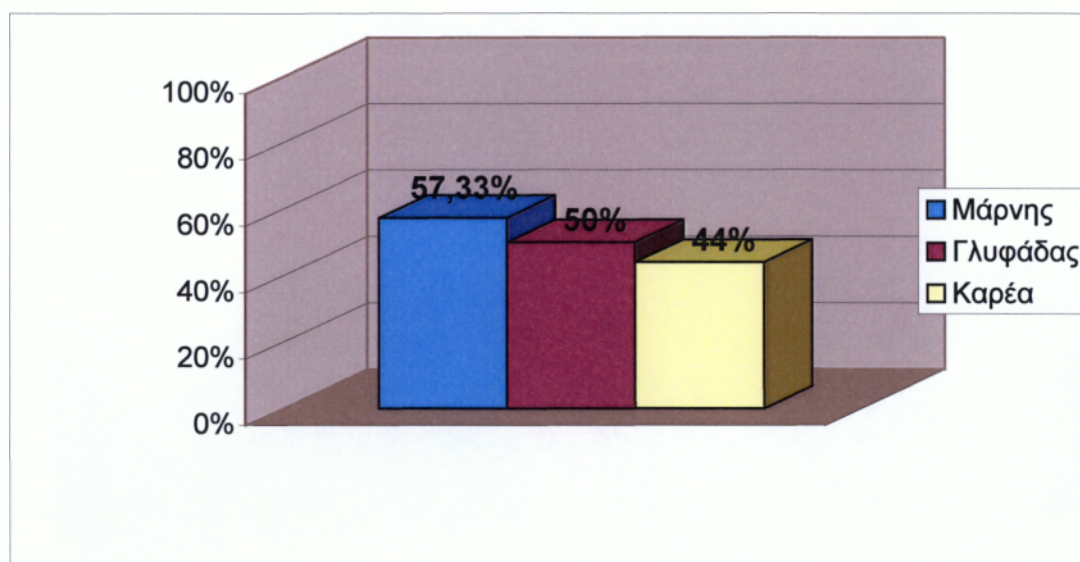
- 1) Αποφασιστικότητα και καρτερία
- 2) Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους
- 3) Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση
- 4) Κέφι για ζωή
- 5) Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού

**Πίνακας 5.** Αποτελέσματα στην διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία για τους τρεις ξενώνες

ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΤΕΡΙΑ	
Ξενώνες	%
Μάρνης	57,33%
Γλυφάδας	50%
Καρέα	44%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 15.** Αποτελέσματα στην διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία για τους τρεις ξενώνες



Πηγή: Ιδία έρευνα

Τα αποτελέσματα στην διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία και για τους τρεις ξενώνες είναι σχεδόν στο 50%, δεδομένου ότι το υψηλότερο σκορ που μπορούσαν να πετύχουν ήταν το 100. Με βάση τα αποτελέσματα, διαπιστώνουμε ότι οι μισοί σχεδόν ένοικοι συμμετέχουν ενεργά στη ζωή καθώς και το υπόλοιπο ποσοστό έχει στάση παθητική και παραμένει προσκολλημένο όσων του έχουν συμβεί.

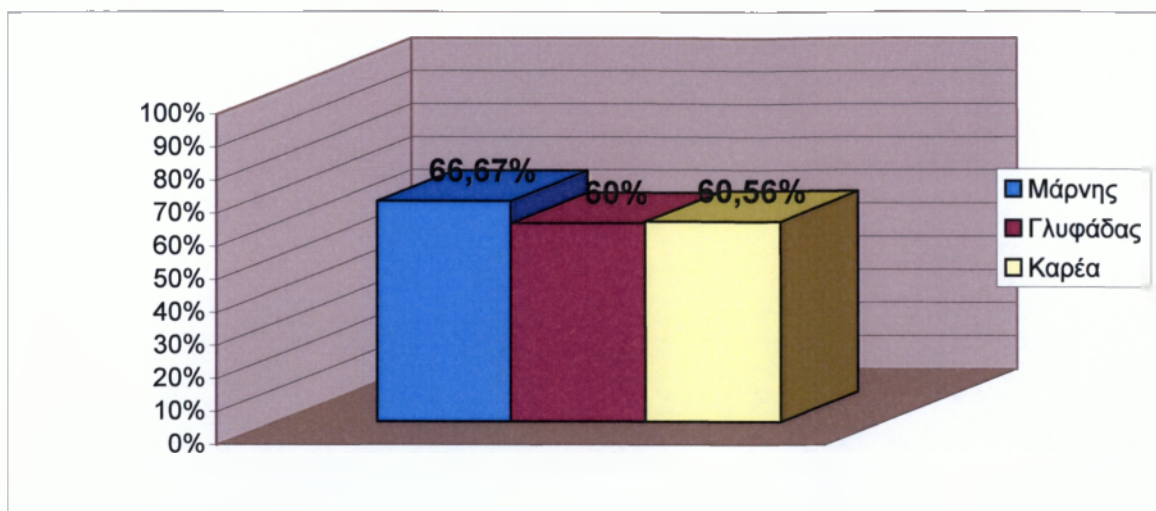


**Πίνακας 6.** Αποτελέσματα στην διάσταση κέφι για ζωή για τους τρεις ξενώνες

ΚΕΦΙ ΓΙΑ ΖΩΗ	
Ξενώνες	%
Μάρνης	66,67%
Γλυφάδας	60%
Καρέα	60,56%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 16.** Αποτελέσματα στην διάσταση κέφι για ζωή για τους τρεις ξενώνες



Πηγή: Ιδία έρευνα

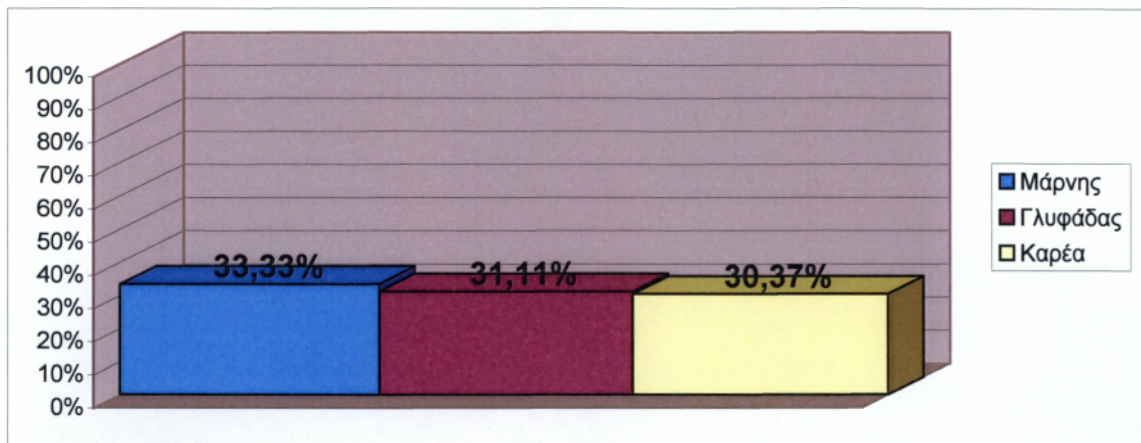
Οι ένοικοι και στους τρεις ξενώνες με βάση τα αποτελέσματα έχουν κέφι για ζωή. Ένα ποσοστό περίπου στο 60% σχετίζεται με ενθουσιασμό απέναντι στη ζωή γενικότερα. Έχουν κάνει σχέδια για πράγματα που θα κάνουν σε ένα μήνα ή σε ένα χρόνο από τώρα. Περιμένουν να τους συμβούν στο μέλλον κάποια ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα. Τα άτομα που διαμένουν στους ξενώνες τους δίνεται η δυνατότητα να ασχοληθούν με διάφορες δραστηριότητες τόσο πνευματικές όσο και σωματικές.

**Πίνακας 7.** Αποτελέσματα στην διάσταση συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους για τους τρεις ξενώνες

ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΝΤΕΣ ΣΤΟΧΟΥΣ	
Ξενώνες	%
Μάρνης	33,33%
Γλυφάδας	31,11%
Καρέα	30,37%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 17.** Αποτελέσματα στην διάσταση συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους για τους τρεις ξενώνες



Πηγή: Ιδία έρευνα

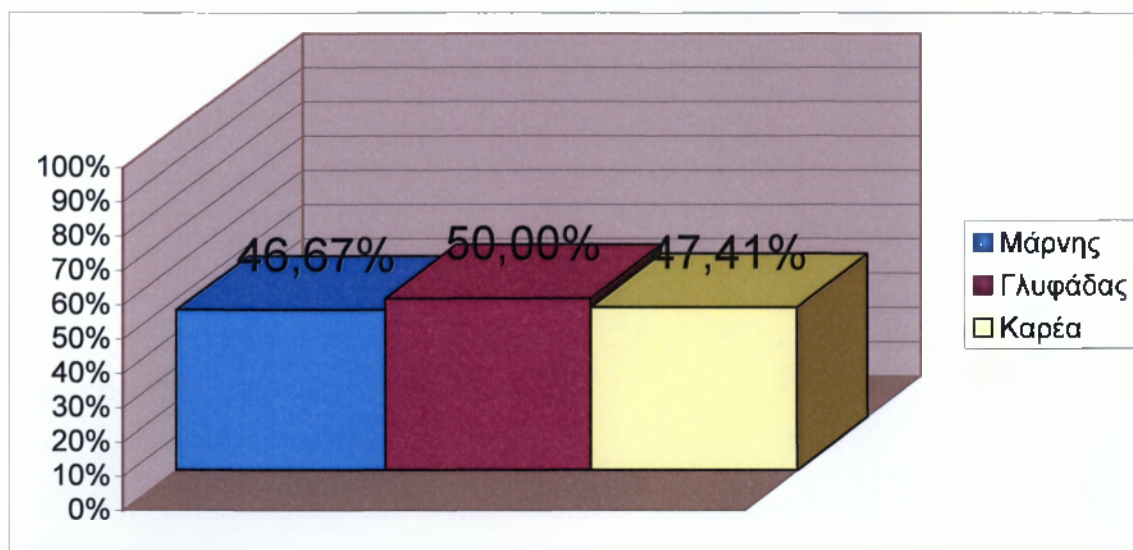
Τα αποτελέσματα στη συγκεκριμένη διάσταση είναι χαμηλά, κάτω και από το μισό. Αυτή η διάσταση μετράει τη διαφορά μεταξύ των επιθυμητών στόχων και αυτών που έχουν επιτευχθεί, που κάνουν κάποιον να είναι ικανοποιημένος ή δυσαρεστημένος από τη ζωή. Καθώς κοιτούν τη ζωή τους ως τώρα, δεν κατάφεραν να αποκτήσουν τα περισσότερα από τα πράγματα που ήταν σημαντικά για εκείνους, οι στόχοι που δεν επιτεύχθηκαν. Οι περισσότεροι ένοικοι νοιώθουν την αποτυχία των επιθυμητών στόχων με αποτέλεσμα τη ματαιοδοξία.

**Πίνακας 8.** Αποτελέσματα στην διάσταση θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού για τρεις ξενώνες

ΘΕΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ	
Ξενώνες	%
Μάρνης	46,67%
Γλυφάδας	50,00%
Καρέα	47,41%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 18.** Αποτελέσματα στην διάσταση θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού για τρεις ξενώνες



\* Πηγή: Ιδία έρευνα

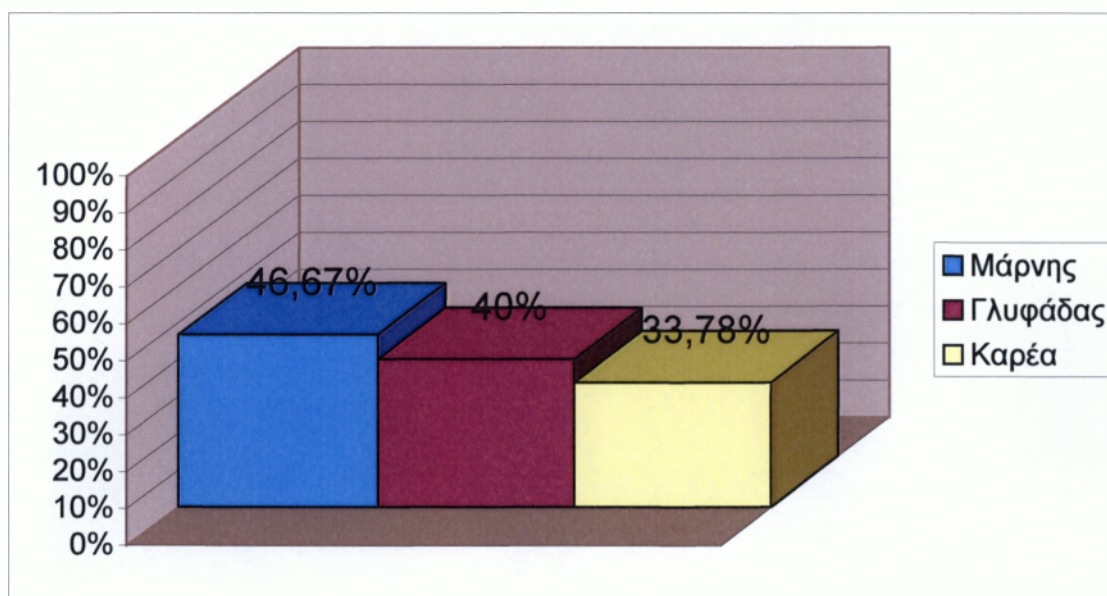
Παρατηρούμε ότι και στους τρεις ξενώνες η αυτοεκτίμηση που έχουν οι ένοικοι για τον εαυτό τους είναι περίπου στη μέση, αφού συμπλήρωσαν γύρω στο 50%. Η διάσταση αυτή βασίζεται στην αξιολόγηση της τωρινής κατάστασης ενός ατόμου, όσον αφορά την συναισθηματική, τη σωματική και πνευματική του κατάσταση. Τα άτομα που δεν νιώθουν γερασμένα, αλλά που τους ενδιαφέρει η εμφάνιση τους και αξιολογούν τον εαυτό τους ως ευφυή και ικανά, που συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους, κάνουν καλή εντύπωση, έχουν θετική εικόνα για τον εαυτό τους και νιώθουν τον χρόνο που περνάει, αλλά αυτό δεν τους στενοχωρεί, τείνουν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους με μεγαλύτερο βαθμό σε αυτόν τον τομέα.

**Πίνακας 9.** Αποτελέσματα στην διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση για τους τρεις ξενώνες

ΧΑΡΟΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	
Ξενώνες	%
Μάρνης	46,67%
Γλυφάδας	40%
Καρέα	33,78%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 19.** Αποτελέσματα στην διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση για τους τρεις ξενώνες



Πηγή: Ιδία έρευνα

Τα αποτελέσματα και των τριών ξενώνων στη διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση είναι χαμηλά. Ο παράγοντας αυτός σχετίζεται με την αισιοδοξία και την ευτυχία και άλλες θετικές και συναισθηματικές καταστάσεις. Η κατάθλιψη, η θλίψη και η μοναξιά είναι συναισθήματα που οδηγούν σε χαμηλό σκορ.

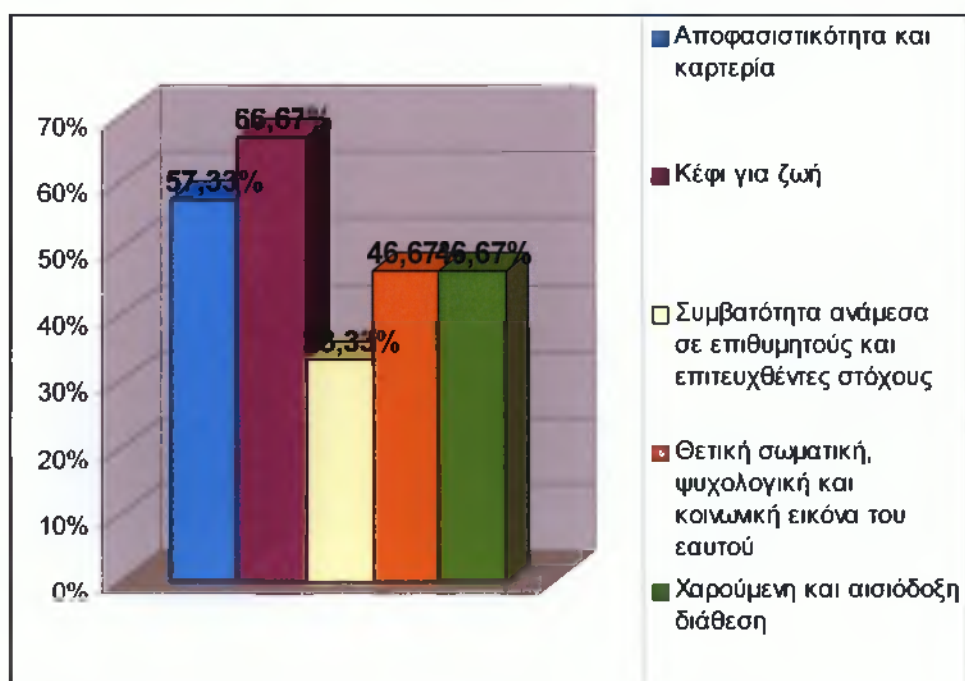


**Πίνακας 10.** Μέσος όρος του ξενώνα Μάρνης σε όλες τις διαστάσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΜΑΡΝΗΣ	
Διαστάσεις	%
Αποφασιστικότητα και καρτερία	57,33%
Κέφι για ζωή	66,67%
Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους	33,33%
Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού	46,67%
Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση	46,67%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 20.** Μέσος όρος του ξενώνα Μάρνης σε όλες τις διαστάσεις



Πηγή: Ιδία έρευνα

Ο μέσος όρος του ξενώνα Μάρνης σε όλες τις διαστάσεις συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης των ενοίκων, σε σύγκριση με τους άλλους δύο ξενώνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στο μικρό αριθμό των ενοίκων που διαμένουν.

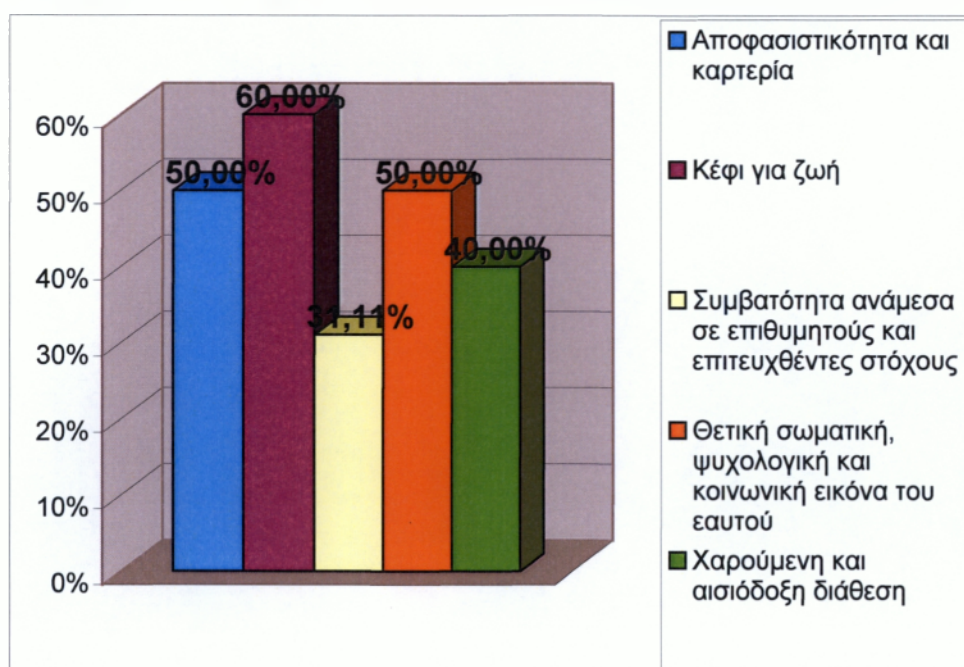


**Πίνακας 11.** Μέσος όρος του ξενώνα Γλυφάδας σε όλες τις διαστάσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΓΛΥΦΑΔΑΣ	
Διαστάσεις	%
Αποφασιστικότητα και καρτερία	50,00%
Κέφι για ζωή	60,00%
Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους	31,11%
Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού	50,00%
Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση	40,00%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 21.** Μέσος όρος του ξενώνα Γλυφάδας σε όλες τις διαστάσεις



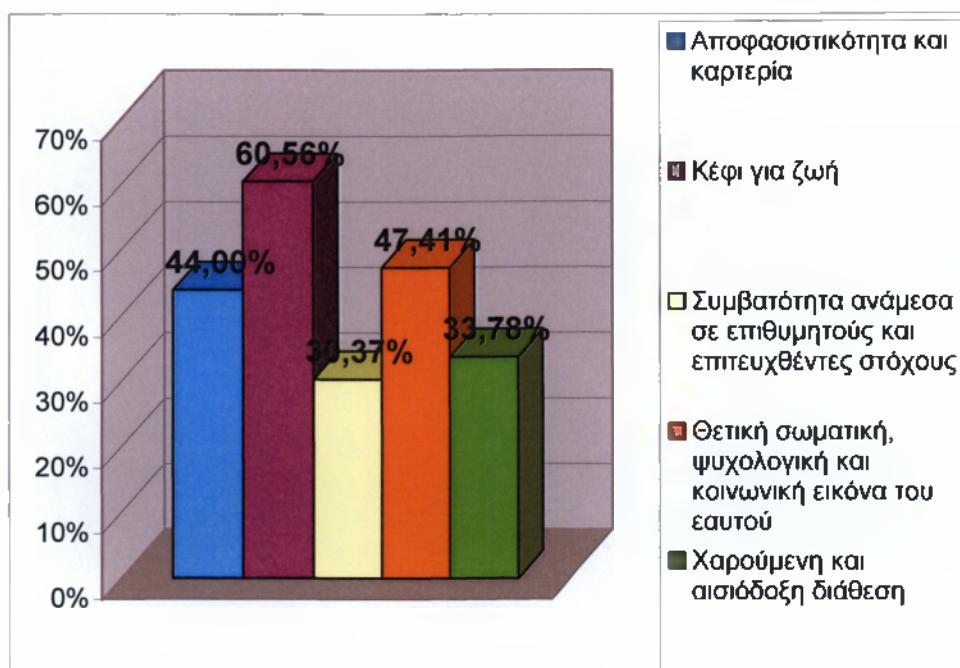
Πηγή: Ιδία έρευνα

**Πίνακας 12.** Μέσος όρος του ξενώνα Καρέα σε όλες τις διαστάσεις

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΚΑΡΕΑ	
Διαστάσεις	%
Αποφασιστικότητα και καρτερία	44,00%
Κέφι για ζωή	60,56%
Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους	30,37%
Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού	47,41%
Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση	33,78%

Πηγή: Ίδια έρευνα

**Γράφημα 22.** Μέσος όρος του ξενώνα Καρέα σε όλες τις διαστάσεις



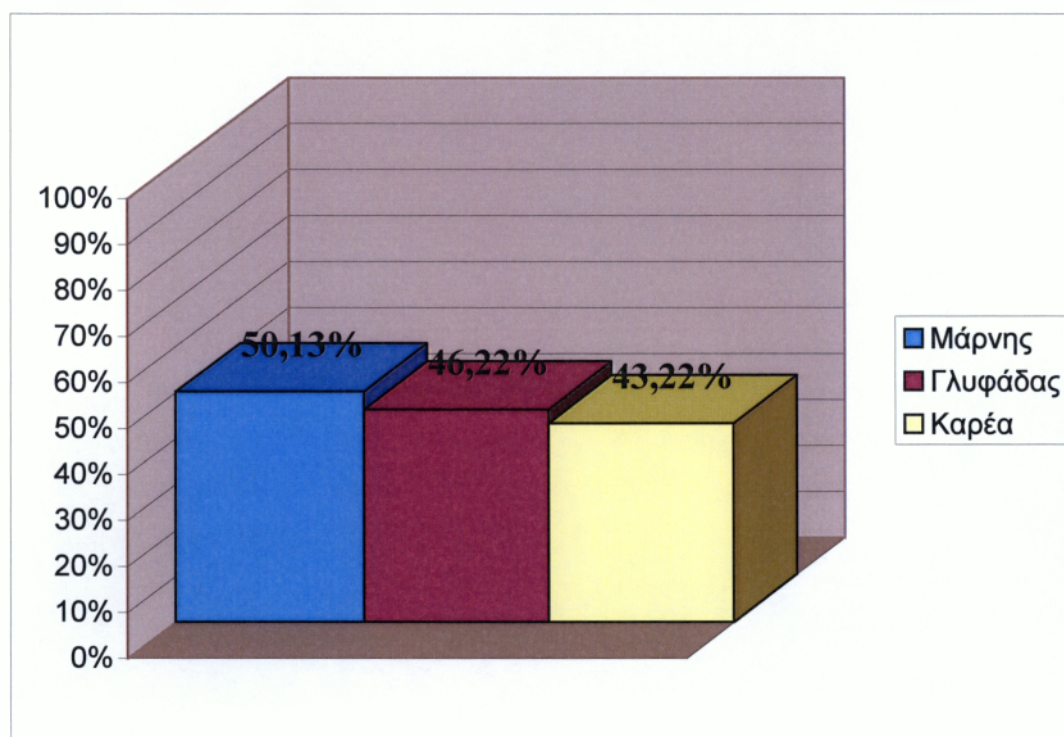
Πηγή: Ίδια έρευνα

**Πίνακας 13.** Συνολικός μέσος όρος των διαστάσεων στους τρεις ξενώνες

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	
Ξενώνες	%
<b>Μάρνης</b>	<b>50,13%</b>
<b>Γλυφάδας</b>	<b>46,22%</b>
<b>Καρέα</b>	<b>43,22%</b>

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 23.** Συνολικός μέσος όρος των διαστάσεων στους τρεις ξενώνες



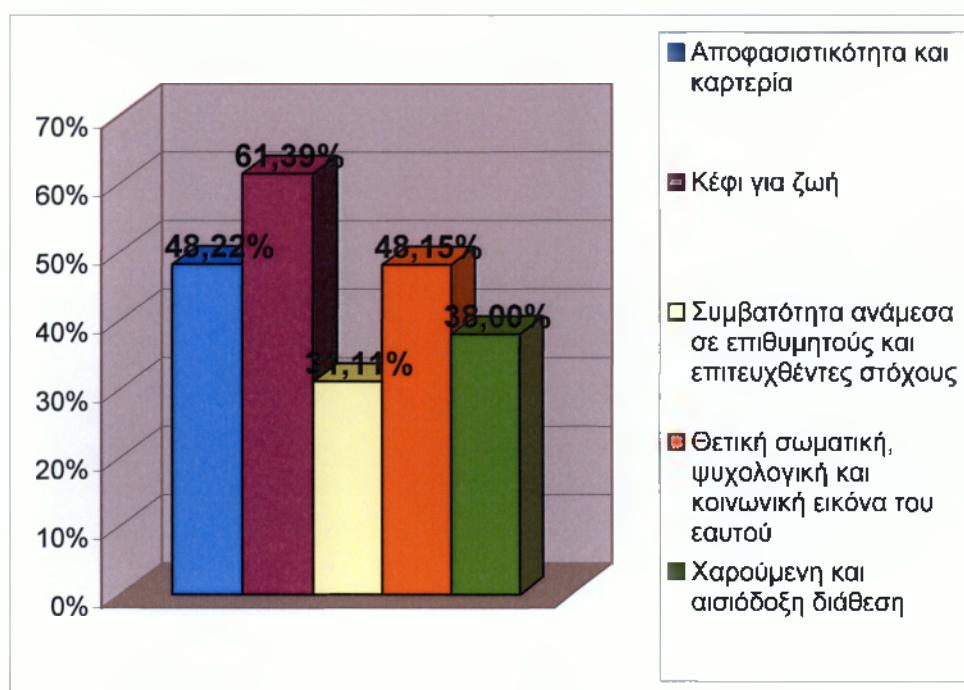
Πηγή: Ιδία έρευνα

**Πίνακας 14.** Συνολικό αποτέλεσμα σε κάθε διάσταση όλων των ερωτώμενων

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	
Διαστάσεις	%
Αποφασιστικότητα και καρτερία	48,22%
Κέφι για ζωή	61,39%
Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους	31,11%
Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού	48,15%
Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση	38,00%

Πηγή: Ιδία έρευνα

**Γράφημα 24.** Συνολικό αποτέλεσμα σε κάθε διάσταση όλων των ερωτώμενων



Πηγή: Ιδία έρευνα

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι οι ένοικοι παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είτε είναι ψυχολογικά, είτε σωματικά, έχουν ένα ικανοποιητικό ποσοστό κέφι για ζωή και ελπίζουν ότι στο μέλλον θα τους συμβούν κάποια ευχάριστα πράγματα. Συναισθήματα αποτυχίας λόγω μη πραγματοποίησης στόχων περιβάλλουν ένα μεγάλο ποσοστό ενοίκων



## 6.2. Συμπεράσματα έρευνας

Οι σύγχρονες σκέψεις για την παροχή φροντίδας στον ψυχικά άρρωστο, είναι πως κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία αλλά και η οργάνωση χώρων κατάλληλων για να φιλοξενεί άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Είναι απαραίτητο όμως να εξασφαλίζεται, παράλληλα, ένα ποιοτικά υψηλό επίπεδο διαβίωσης του ατόμου αυτού.

Η βελτίωση της Ποιότητας Ζωής για τον ψυχικά άρρωστο είναι ζωτικής σημασίας γι' αυτόν. Ωστόσο ο όρος "Ποιότητα Ζωής" είναι αρκετά δύσκολο, να καθοριστεί και να αποτιμηθεί. Έγκυροι δείκτες για την αποτίμηση της Ποιότητας Ζωής έχουν προταθεί από τους συγγραφείς: Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS, Andrew J. Barrett και Peter J. Murk, να αποτελούν η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου διαβίωσης, οι συνθήκες διαβίωσης, η χρήση του χρόνου, η κοινωνική ολοκλήρωση, η οικονομική κατάσταση, η ασφάλεια, καθώς και αντικειμενικές μετρήσεις της ικανοποίησης από τη ζωή<sup>61</sup>.

Παρ' όλο που αρκετοί ένοικοι της έρευνας πιστεύουν ότι μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους, ενδέχεται, να φοβούνται τις επιπτώσεις των απαντήσεων τους στην πορεία της διαμονής τους, ποιος θα διαβάσει τις απαντήσεις, πως θα τους αντιμετωπίζουν μετά, πως θα επηρεαστεί το μέλλον τους. Παρ' όλα αυτά δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας, κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης μιας και διασφαλίστηκε το δικαίωμα του απορρήτου των στοιχείων των ενοίκων.

Με βάση τα αποτελέσματα, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, φαίνεται ότι στους ξενώνες διαμένουν άτομα και των δύο φύλων, χαμηλού σχετικά μορφωτικού επιπέδου, η ηλικία τους κυμαίνεται μεταξύ 50-59 κυρίως, είναι περισσότερες οι εισαγωγές ατόμων κάπως μεγαλύτερης ηλικίας, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν την τάση για κατάθλιψη, νοιώθουν το αίσθημα της μοναξιάς πιο έντονα συγκριτικά με τις άλλες ηλικίες και τις περισσότερες φορές δεν δέχονται τη φροντίδα και τη προσοχή που χρειάζονται. Ένα μεγάλο ποσοστό είναι άγαμοι, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε μια τέτοια κατάσταση καθώς και ένα μεγάλο ποσοστό επίσης δεν εργάζεται. Σύμφωνα, με συζήτηση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της έρευνας, όσον αφορά την επαγγελματική τους αποκατάσταση, κανείς από αυτούς που δεν εργάζονται δεν εκφράζει την επιθυμία να

<sup>61</sup> Αγγελίδης Γ., Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 49, Αποασυλοποίηση, Διαβίωση χρονίων ψυχιατρικών αρρώστων σε προστατευμένο χώρο κοινότητα : Εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους, Οκτώβριος- Νοέμβριος- Δεκέμβριος 1988, σελ 85



εργαστεί, αρκούμενος συνήθως στα περιορισμένα έξοδα και τη σύνταξη του Ο.Γ.Α. ή το βοήθημα της Κοινωνικής Πρόνοιας, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό εργάζεται. Αυτό συμβαίνει γιατί από τη στιγμή που τους παρέχονται τα απαραίτητα θεωρούν περιττό να εργαστούν, σύμφωνα με συζήτηση των ιδίων των ενοίκων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα περισσότερα άτομα που δεν εργάζονται είναι προχωρημένης ηλικίας ή συνταξιοδοτούνται. Προκύπτει ότι τα νεαρά άτομα εργάζονται και γενικά επιθυμούν την ενασχόληση με τα κοινά, με τη συμπαράσταση και προσωπικού των ξενώνων στις περισσότερες περιπτώσεις.

Αυτό που προκύπτει από τα αποτελέσματα είναι ότι η ικανοποίηση των ενοίκων κυμαίνεται στο 50%. Ωστόσο, γενικότερα, γίνεται αποδεκτό ότι αν ο χρήστης μιας ψυχιατρικής υπηρεσίας παρακολουθεί ή συμμετέχει σε μια θεραπευτική παρέμβαση, αυτό από μόνο του δείχνει πως είναι ικανοποιημένος από αυτή την παρέμβαση. Τα άτομα που έχουν εισέλθει και ζουν ήδη σε ξενώνα, έχουν προσαρμοστεί ως ένα βαθμό, στο νέο χώρο διαβίωσης τους, έστω στο προσωρινό χώρο.

Στον ξενώνα της Μάρνης όπου ο μέσος όρος είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον ξενώνα της Γλυφάδας και του Καρέα, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στον ξενώνα της Μάρνης οι ένοικοι ήταν λιγότεροι σε αριθμό και συνεπώς να δινόταν η απαιτούμενη προσοχή και φροντίδα σε κάθε ένοικο. Το προσωπικό ήταν ευχάριστο και εξυπηρετικό να βοηθήσει και να συνεισφέρει με κάθε τρόπο στον ένοικο, γεγονός που δημιουργεί και γενικότερα ένα ευχάριστο περιβάλλον. Στον κοινωνικό ξενώνα του Καρέα φιλοξενούνται 50 άτομα, (στην έρευνα συμμετείχαν οι 45), άτομα με ψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, που τους παρέχεται τροφή και στέγη. Ο αριθμός των ενοίκων είναι αρκετά μεγάλος, το προσωπικό κάθε μορφής, από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, δεν επαρκεί, η στεγαστική υποδομή περιορίζει τους ενοίκους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στον συγκεκριμένο ξενώνα υπήρχαν αρκετά άτομα με κατάθλιψη, απομονωμένα στον εαυτό τους, αντιδραστικά, χωρία να δέχονται την βοήθεια κανενός. Τέλος, στον ξενώνα της Γλυφάδας, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 30 άτομα, ο αριθμός των ενοίκων ήταν μεγαλύτερος. Ο ξενώνας φιλοξενεί άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, άτομα με ιδιαίτερες παθήσεις πιο σοβαρές. Από αυτό προκύπτει και το χαμηλό αποτέλεσμα της ικανοποίησης της ζωής τους.

Όσον αφορά στη διάσταση <<Αποφασιστικότητα και καρτερία>> το συνολικό σκορ που προέκυψε και από τους τρεις ξενώνες είναι 48,22. Το σκορ που προέκυψε δεν είναι υψηλό, είναι δηλαδή κάτω από το 50, δεδομένου ότι το υψηλότερο σκορ που μπορούσαν να πετύχουν ήταν 100. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Μάρνης για αυτή την διάσταση είναι 57,33. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Γλυφάδας για αυτή την διάσταση είναι 50 και ο

μέσος όρος του ξενώνα του Καρέα είναι 44. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί στο ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων καταδεικνύει παθητική αποδοχή ή καταδίκη όσων του έχουν συμβεί. Στον ξενώνα της Μάρνης όπου ο μέσος όρος στη συγκεκριμένη διάσταση είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον ξενώνα της Γλυφάδας και του Καρέα, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στον ξενώνα της Μάρνης οι ένοικοι ήταν λιγότεροι σε αριθμό και συνεπώς να δινόταν η απαιτούμενη προσοχή και φροντίδα σε κάθε ένοικο.

Στη διάσταση <<Κέφι για ζωή>> παρατηρείται το υψηλότερο σκορ που δόθηκε από τους συμμετέχοντες, είναι 61,39 αν και το σκορ παραμένει χαμηλό, δεδομένου ότι το υψηλότερο σκορ που μπορούσαν να πετύχουν ήταν 100. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Μάρνης για τη διάσταση κέφι για ζωή/απάθεια είναι 66,67. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Γλυφάδας είναι 60 και ο μέσος όρος του ξενώνα του Καρέα είναι 60,56. Τα αποτελέσματα της διάστασης αυτής, δείχνουν ότι μπορεί ένα άτομο το οποίο μένει σε έναν ξενώνα να νιώθει ενθουσιασμό απέναντι στη ζωή. Τα άτομα αυτά μπορούν να δραστηριοποιηθούν, με πνευματική και σωματική ενέργεια, τότε οδηγούνται στον επιθυμητό στόχο των ξενώνων και της κοινωνίας γενικότερα.

Στη διάσταση <<Συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους>> το συνολικό σκορ που προέκυψε και από τους τρεις ξενώνες είναι 31,11. Το σκορ που προέκυψε είναι αρκετά χαμηλό, είναι κάτω από το μισό δηλαδή το 50, δεδομένου ότι το υψηλότερο σκορ που μπορούσαν να πετύχουν ήταν 100. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Μάρνης είναι 33,33. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Γλυφάδας είναι 31,11 και ο μέσος όρος του ξενώνα Καρέα είναι 30,37. Αυτό οφείλεται στο ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι είναι δυσαρεστημένοι από τη ζωή τους, αφού όπως κρίνουν οι ίδιοι δεν έχουν επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους.

Στη διάσταση <<Θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού>> το συνολικό σκορ που προέκυψε και από τους τρεις ξενώνες είναι 48,15. Επίσης χαμηλό σκορ. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Μάρνης για αυτή τη διάσταση είναι 46,67. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Γλυφάδας είναι 50 και ο μέσος όρος του ξενώνα Καρέα είναι 47,41. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων, σχετικά με την αξιολόγηση της τωρινής κατάστασης ενός ατόμου, όσον αφορά την συναισθηματική, σωματική και πνευματική του κατάσταση είναι χαμηλή και νιώθουν γερασμένοι και κουρασμένοι. Οι ερωτώμενοι σκόραραν περίπου το μισό, γεγονός που δείχνει ότι έχουν μία σχετικά καλή αυτό-εικόνα, αφού τουλάχιστον δεν είναι αρκετά κάτω από το ήμισυ.

Στη διάσταση <<Χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση>> το συνολικό σκορ που προέκυψε και από τους τρεις ξενώνες είναι 38, επίσης αρκετά χαμηλό σκορ. Ο μέσος όρος του

ξενώνα της Μάρνης για αυτή τη διάσταση είναι 46,67. Ο μέσος όρος του ξενώνα της Γλυφάδας είναι 40 και ο μέσος όρος του ξενώνα του Καρέα είναι 33,78. Τα αποτελέσματα δείχνουν τη στάση μοναξιάς, κατάθλιψης, θλίψης και απαισιοδοξίας, συναισθήματα που περιβάλλουν τα άτομα αυτά.

Ο μέσος όρος (Μ.Ο.) του ξενώνα **Μάρνης** σε όλες τις διαστάσεις είναι 50,134. Ο Μ.Ο.=57,33 για τον ξενώνα της Μάρνης μόνο για την διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία. Μ.Ο.=66,67 για την διάσταση κέφι για ζωή/απάθεια. Μ.Ο.=33,33 για την διάσταση συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους. Μ.Ο.=46,67 για την διάσταση θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού. Μ.Ο.=46,67 για τη διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση. Ο ξενώνας της Μάρνης έχει το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των ενοίκων από τη ζωή τους, συγκριτικά με τον ξενώνα της Γλυφάδας και του Καρέα. Αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται και στον ολιγομελή ξενώνα της Μάρνης, αφού το σύνολο των ενοίκων ήταν 15.

Ο μέσος όρος (Μ.Ο.) του ξενώνα **Γλυφάδας** σε όλες τις διαστάσεις είναι 46,222. Ο Μ.Ο.=50 για τον ξενώνα της Γλυφάδας μόνο για την διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία. Μ.Ο.=60 για τον ίδιο ξενώνα μόνο για την διάσταση κέφι για ζωή/απάθεια. Μ.Ο.=31,11 για την διάσταση συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες στόχους. Μ.Ο.= 50 για την διάσταση θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού. Μ.Ο.=40 για την διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση. Παρατηρείται το χαμηλό σκορ των ερωτώμενων και στον ξενώνα της Γλυφάδας.

Ο μέσος όρος (Μ.Ο.) του ξενώνα **Καρέα** σε όλες τις διαστάσεις είναι 43,224. Μ.Ο.=44 για τον ξενώνα του Καρέα μόνο για την διάσταση αποφασιστικότητα και καρτερία. Μ.Ο.=60,56 για την διάσταση κέφι για ζωή/απάθεια. Μ.Ο.=30,37 για την διάσταση συμβατότητα ανάμεσα σε επιθυμητούς και επιτευχθέντες. Μ.Ο.=47,41 για την διάσταση θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού. Μ.Ο.=33,78 για την διάσταση χαρούμενη και αισιόδοξη διάθεση. Το ποσοστό και στον ξενώνα του Καρέα είναι χαμηλό κάτω από το μισό, δηλαδή το 50.

Σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιημένοι για την επίβλεψη και τη φροντίδα που δέχονται οι ένοικοι στο ξενώνα. Δεν εκφράζονται σχεδόν από κανένα αισθήματα ανασφάλειας και απειλής από τη διαβίωση στο ξενώνα.

Η αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, υγείας, ψυχολογικοί κυρίως λόγοι, η ηλικία, η οικογενειακή τους κατάσταση, η οικονομική τους θέση, είναι προβλήματα που δημιουργούν ένα αρνητικό περιβάλλον στη διαμονή τους στο ξενώνα.

Η κατάθλιψη θεωρείται ως ένα μείζον ψυχολογικό πρόβλημα της τρίτης ηλικίας. Οι πολλαπλές απώλειες που βιώνονται από ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σε πολλούς τομείς όπως η αλλαγή των ρόλων σε κοινωνικό, διαπροσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, η συνταξιοδότηση και οι οικονομικές δυσκολίες, όπως επίσης τα προβλήματα υγείας, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μείωση της ποιότητας ζωής, όπως αυτή βιώνεται από το ίδιο το άτομο, η οποία με τη σειρά της μπορεί να εξηγήσει το αυξημένο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η ποιότητα ζωής σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή ενός ατόμου και εν μέρει επηρεάζεται από την εμπλοκή του/ της σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου που τον/ την ικανοποιούν και από την υποκειμενική αντίληψη του/ της από την λειτουργικότητα που έχει σε σημαντικούς τομείς της ζωής.

Οι περισσότεροι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους και διασκεδάζουν στο ξενώνα βλέποντας τηλεόραση ή ακούγοντας ραδιόφωνο, μη αισθανόμενοι συγχρόνως ιδιαίτερα καλά για τις "ωραίες στιγμές στη ζωή τους".

Οι κοινωνικές σχέσεις γίνονται κυρίως με τους συγγάτοικους. Αυτός είναι και ο κύριος τομέας για την παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθούν κοινωνικές σχέσεις με άτομα και κοινωνικές ομάδες του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ωστόσο υπάρχουν ποικίλα προβλήματα από τη διαμονή ατόμων σε ξενώνες. Ορισμένα από αυτά είναι η κοινωνική απομόνωση, η αποδοχή του ρόλου του ενοίκου σε ξενώνα, η εξάρτηση, έλλειψη πρωτοβουλιών. Τα άτομα προβάλλουν συχνά αντίσταση στη συμμετοχή σε δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια του ξενώνα, ανάμεσα πολλές φορές στη λήψη αποφάσεων για θέματα που τους αφορούν.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αξιολογήσει τη μέτρηση του επιπέδου υγείας σε σχέση με τη ποιότητα ζωής ατόμων, ( πόσο ικανοποιημένοι είναι,) που κατοικούν σε ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με τη μέθοδο Life Satisfaction Index-A στο νομό Αττικής.

Συμπερασματικά, αποκατάσταση σημαίνει επανένταξη<sup>62</sup> του ατόμου στον κοινωνικό του ρόλο. Αυτό δεν είναι ταυτόσημο με τον όρο "ίαση". Απόλυτη ελευθερία από συμπτώματα δεν είναι και τόσο συχνά κατορθωτή στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών. Η απόλυτη διάκριση μεταξύ μέτρων θεραπείας και μέτρων αποκατάστασης, όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς, δεν είναι δυνατή γιατί κάθε θεραπευτική προσπάθεια περιέχει ταυτόχρονα μέτρα αποκατάστασης. Μέτρα αποκατάστασης προϋποθέτουν ταυτόχρονα και θεραπευτικές προσπάθειες και από μόνα τους περιέχουν θεραπευτικά στοιχεία για το ψυχικά διαταραγμένο άτομο. Εξ' άλλου η προσπάθεια για αλλαγή της συμπεριφοράς του ψυχικά ασθενή για επανένταξη του στον κοινωνικό του ρόλο μέσα από το γκρέμισμα διαφόρων κοινωνικών "δυσκολιών" του, είναι αυτό καθαυτό ένα θεραπευτικό μέτρο.

Η έρευνα περιορίστηκε στο λεκανοπέδιο της Αττικής που συγκεντρώνει μεγάλο φάσμα ψυχιατρικών υπηρεσιών και αντιπροσωπεύει σχετικά την κατάσταση που επικρατεί και στον υπόλοιπο Ελλαδικό χώρο. Ο πληθυσμός ήταν 90 άτομα και αυτό γιατί δεν υπήρξε η δυνατότητα διεξαγωγής της έρευνας σ' όλες τις αντίστοιχες ψυχιατρικές δομές. Επειδή η έρευνα απευθύνεται σε άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, υπήρξαν δυσκολίες προσέγγισης αρχικά των περισσότερων, λόγω της ιδιαιτερότητας που έχουν τα άτομα αυτά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Μετά από κλίμα εμπιστοσύνης που δημιουργήθηκε με τους ενοίκους, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με άμεση επαφή με τον ερωτώμενο, με ευχάριστη διάθεση.

Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι ένας από τους δυσκολότερους τομείς της κοινωνικής αποκατάστασης, των ψυχικά αρρώστων, είναι η επαγγελματική τους αποκατάσταση. Λίγοι ήταν αυτοί που εργάζονταν, ενώ οι περισσότεροι συνταξιοδοτούνται ή είναι άνεργοι. Πρέπει να τονιστεί ότι το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων αυτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, είναι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου και ίσως αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην κινητοποίηση τους για εξεύρεση εργασίας. Επιπλέον, η έλλειψη μονάδων επαγγελματικής εκπαίδευσης και οι σκληρές εργασιακές συνθήκες, είναι επίσης ανασταλτικοί παράγοντες στην εξεύρεση εργασίας των ψυχικά αρρώστων.

<sup>62</sup> Παπαγεωργίου, Ε. Γ., *Ψυχιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα 2004, σελ 377



Τελειώνοντας, θα μπορούσε να πει κανείς ότι η εργασία μέσα στις δοσμένες σημερινές κοινωνικές παραμέτρους αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα υπαρξιακά στηρίγματα του ανθρώπου. Επειδή ακριβώς η εργασιακή απασχόληση περιλαμβάνει για τους ψυχικά ασθενείς και στοιχεία σταθεροποίησης των υγιών ικανοτήτων τους, αυτό μας υποχρεώνει σε μια εντατικοποίηση των προσπαθειών μας για σχεδιασμό μέτρων εργασιακής-επαγγελματικής αποκατάστασης. Όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις των ασθενών, μετά από κατ' ιδίαν συζήτηση, τα ευρήματα είναι σχετικά ενθαρρυντικά. Η πλειονότητα των ατόμων αυτών, διαμένει με την οικογένεια και συμμετέχει στην οικογενειακή ζωή. Σε αρκετές περιπτώσεις ενοίκων, η οικογένεια έχει δεχθεί τα προβλήματα που δημιουργεί η παρουσία του ατόμου και είναι αρκετά συμβατική με την παθολογική του συμπεριφορά.

Με βάση τα αποτελέσματα, οι συμμετέχοντες έχουν ένα υψηλό σχετικά ποσοστό κέφι για ζωή και οι περισσότεροι περιμένουν να τους συμβούν κάποια ευχάριστα πράγματα στο μέλλον. Όσον αφορά στη θετική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική εικόνα του εαυτού τους, δείχνει ότι έχουν σχετικά καλή αυτό-εικόνα, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό νιώθει απογοητευμένο από τους στόχους που είχε θέσει κατά το παρελθόν. Σύμφωνα, με το μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας των ερωτώμενων από τους αντίστοιχους ξενώνες που απάντησαν στο Life Satisfaction Index-A, είναι χαμηλό, αφού οι ερωτώμενοι είχαν σκορ κάτω από το μισό. Αυτό δείχνει ότι το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή τους, δεν είναι αρκετά υψηλό.

Σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιημένοι για την επίβλεψη και τη φροντίδα που δέχονται οι ένοικοι στο ξενώνα. Η αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, υγείας, ψυχολογικοί κυρίως λόγοι, η ηλικία, η οικογενειακή τους κατάσταση, η οικονομική τους θέση, το αβέβαιο αύριο, αφού η παραμονή τους στο ξενώνα είναι σύντομη κάτι που το γνωρίζουν οι ένοικοι, είναι προβλήματα που δημιουργούν ένα αρνητικό περιβάλλον στη διαμονή τους στο ξενώνα.

Όσον αφορά την κοινωνική ζωή των ενοίκων, ένας μεγάλος αριθμός ενοίκων, κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας, ηλικιωμένα άτομα, δεν έχει φίλους και κοινωνικές δραστηριότητες. Οι περισσότεροι μένουν στο σπίτι ή βγαίνουν μόνοι. Αυτό συνεπάγεται ότι πολλά άτομα αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της μοναξιάς με επακόλουθο την κατάθλιψη, φαινόμενο σύνηθες στη τρίτη ηλικία. Σε αντίθεση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στις νεότερες ηλικίες παρατηρείται ένας αριθμός ενοίκων να εργάζεται. Αναπτύσσονται έτσι οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου και η δραστηριοποίηση του κατά τον ελεύθερο χρόνο του.

Στους ενοίκους γίνεται χρήση φαρμακοθεραπείας. Οικογενειακή θεραπεία δεν γίνεται, γιατί μόνο ένας μικρός αριθμός οικογενειών είχε συνεργασία με ειδικούς και κυρίως με

κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις ενοίκων χωρίς οικογένεια και οικογενειακούς δεσμούς.

**Είναι απαραίτητο να γίνουν συγκεκριμένες προτάσεις σε τομείς που είναι εμφανής η ανεπάρκεια των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, όπως:**

- 1) Είναι απαραίτητη η επέκταση της λειτουργίας ενδιάμεσων δομών ψυχιατρικής περίθαλψης και δημιουργίας μιας σειράς υπηρεσιών κοινωνικής αποκατάστασης που θα επικοινωνούν, θα συνεργάζονται και θα αλληλοσυμπληρώνονται. Τέτοιες υπηρεσίες κοινωνικής αποκατάστασης είναι τα νοσοκομεία ημέρας (και νύχτας), οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευμένα σπίτια, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων, οι υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης, τα επαγγελματικά και προεπαγγελματικά εργαστήρια κ.α.
- 2) Η οργάνωση ενός πλήρους συστήματος κοινωνικής αποκατάστασης προϋποθέτει μελέτη, σχεδιασμό και εξαρτάται από την οικονομική και κοινωνική πολιτική, από την συμβολή των διαφόρων ειδικοτήτων και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.
- 3) Επειδή ένας περιορισμένος αριθμός ασθενών έχει τη δυνατότητα επαγγελματικής αποκατάστασης πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση όχι μόνο στη δημιουργία υπηρεσιών που καλύπτουν την επαγγελματική εκπαίδευση αλλά και στην κατοχύρωση επαρκών θέσεων εργασίας. Οι ψυχικά άρρωστοι, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, σε σχέση με άτομα που στιγματίζουν λιγότερο και προτιμούνται για την κάλυψη των θέσεων.
- 4) Για την πραγματοποίηση της αποκατάστασης είναι απαραίτητη η επαρκής λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας που προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη και ποικιλόμορφη άποψη για τις ανάγκες του ατόμου και το είδος της θεραπείας του. Η σωστή λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας έγκειται στην ισότητα των ειδικών και στη δυνατότητα που τους δίνεται να ασκήσουν το θεραπευτικό τους έργο.
- 5) Όπως είναι φυσικό, η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά προς το άτομο αυτό, αν υπάρξουν οι υπηρεσίες και τα προγράμματα, που θα την εκπαιδεύσουν στον χειρισμό του ψυχικά αρρώστου και θα την υποστηρίξουν αναγνωρίζοντας τις ανάγκες και τις δυσκολίες που η ίδια μπορεί να έχει. Τέτοια προγράμματα είναι: συμβουλευτικά κέντρα οικογένειας, ψυχοθεραπευτικές ομάδες για τα μέλη της οικογένειας, οικογενειακή θεραπεία, ενημερωτικά προγράμματα για την ψυχική αρρώστια.
- 6) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση είναι σημαντικός με την προϋπόθεση ότι υπάρχει επαρκής αριθμός σε κάθε πλαίσιο, καθώς και επαρκής και

συνεχής εκπαίδευση. Πέρα από την αναγκαιότητα διερεύνησης της εκπαίδευσης που παρέχεται στους κοινωνικούς λειτουργούς, ο ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται εξειδίκευση και η εκπαίδευση του δεν τελειώνει. Η συνέχεια της εκπαίδευσης, μέσα στις ίδιες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, είναι βασική για την ανανέωση των προγραμμάτων των υπηρεσιών και την εξέλιξη των επαγγελματιών.

7) Απαραίτητη κρίνεται η ενίσχυση της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση των πολιτών με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή καθώς και η υποστήριξη πρωτοβουλιών συνηγορίας.

Η ψυχική υγεία αφορά όλους μας και απαιτεί τη συμμετοχή μας σε ότι συνδέεται με την προαγωγή της.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α





01000961705990016



1731

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716

*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'**  
**ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

**Άρθρο 1**

**Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

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

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρωματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

**Άρθρο 2**

**Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές**

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

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

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

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

- α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δ) δύο νομικούς.

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

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

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

### Άρθρο 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

α) 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 εικοσασεξάωρη βάση

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

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή 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 ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

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

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

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

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

υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

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

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

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας



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

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

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

#### Άρθρο 6

##### Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

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

#### Άρθρο 7

##### Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

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

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

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

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

#### Άρθρο 8

##### Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής

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

#### Άρθρο 9

##### Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

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

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



χιότρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

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

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

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

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

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

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

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

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

γείας γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

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

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

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

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

#### Άρθρο 10

#### Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και

Κέντρα Κοινωνικής Επανεπίσταξης για ενήλικες, παιδιά η εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεπίσταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συστήνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συστήνονται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα-Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το καταλληλό προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

#### Άρθρο 11

**Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα**

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας,

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανεπίσταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεπίσταξης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικά ή νομικά πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που σιμνιστά κώλυμα διορισμού στα Δημόσια ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιονομική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υπαχρύνονται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

#### Άρθρο 12

**Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κο.Σ.Π.Ε.)**

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης



(Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μεριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οποιαδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται άδεια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Τα μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επιδόματα επανένταξης ή οποιασδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλιζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμείβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτές.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν. 1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεων τους βλάπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στο μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέπει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μερίδων, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μερίδων που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μερίδων τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφοράς για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. Τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισάριθμο αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερό ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδίκειου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίσταται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρπου αριθμού, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από τα γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μέωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό σύμβουλο ή εμπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπισώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση



που δεν υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ., εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημόσιου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παραβίαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσώπευση διαμέσου άλλου μέλους εξουσιοδοτημένου από αυτά. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παρυστόμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν. 1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προυπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μεριδών. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του δικαιού οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την σπαλλογή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προυπολογισμό, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαριστική αιτία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε.. Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεπιφερείς σκοπούς. Εκτός από το αποθεματικό που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικό, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περιλήψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλίο επιστολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μεριδών και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπο στοιχεία (γ) έως (στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδίκη στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται:

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ..

δ) Αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-



νοδίκειου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986

Αν αποτύχει η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου Ειρηνοδίκειου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο Ειρηνοδίκαιο αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μετρου, ο Ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδίκαιο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδίκαιο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξή τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδίκαιο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Συνδικός διαρίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών-μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μία ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνιας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζομένους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α και β βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α και β βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινήτα ή ακινήτα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινήτων ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε ατιμής συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του Φόρου Προσπθέμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν.1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωσιακά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπόγονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### Άρθρο 13

#### Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

νοσοκομεία, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντιστοιχικές πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α' του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παράγραφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

#### Άρθρο 14

##### Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

#### Άρθρο 15

##### Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση ειρημεριών κατ'εξάιρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α'/15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξιμπρέτση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ. 1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ'έτος.

#### Άρθρο 16

##### Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

#### Άρθρο 17

##### Μεταστροφικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δυο (2) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παραχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνιολογικού Ιδρύματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α/2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντιστοιχικές μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει το νόμιμο προσόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-



γούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων αιτιό την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

##### Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. Β του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

«Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακοποιηκάρων ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγεται και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

##### Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδραντοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.Κ.Α.ΝΑ.

β. Τον Ο.Κ.Α.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιοσδήποτε χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

##### Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α) με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ", που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" και μετά από δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊσταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως προγραμματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α) των κατηγοριών νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιμακοσίων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών οικονομίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

##### Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που αυστάθηκαν α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α/1925) "Νοσοκομείο Φυματιώντων νομίου Ηρακλείου", περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 808/1985 (ΦΕΚ 221 Α/1985) "Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης", καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία "Κέντρο Πρόστασης και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης", το οποίο υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου.

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των συγχωνευόμενων Ν.Π.Δ.Δ. μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισάριθμα ανασπληρωματικά μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

α. έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου,

γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης,

δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

#### Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

“3. Άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, που επιδοτούνται με προνοιακό ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, σπασμολησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη”

#### Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

“9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίησή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ.. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις που διέπουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρι της δημοσίευσης του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες.”

#### Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που ανυψώθηκε με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε

αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) Ο.Τ.Α.. Όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) αναφέρεται ο όρος “δήμο ή κοινότητα” αυτός συμπληρώνεται ως εξής: “δήμο ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α).”

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α) αντικαθίσταται ως εξής: \*

“1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο:

α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικοί και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας και χειριστών - εμφανιστών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται πρόξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.) Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πίνακα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολόκληρη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περίληψη της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευσή της στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η συμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π.. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ' ένοταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα καταρτίζει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστέων, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.). Η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ' ένοταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π.. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολύονται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την απασχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση από την αιτία αυτή.



3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, στο βαθμό Β ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α', που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή επταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος."

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') που εκδίδουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και αιτηγείς, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αναπληρωτικά από τους φορείς των περιπτώσεων β', γ', δ. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 "Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία" (ΦΕΚ 216 Α/25.10.1995), Ιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής: έχουν μετεκπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διαταγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσης τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδιδασκαλίας, μπορούν να αναγνωρίσουν το χρόνο της προϋπηρεσίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδιδασκαλίας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπουργείο Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α) συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον αριθμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπουργείο Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α).

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

"Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων."

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.97) κατατάσσονται σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρικών", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία."

#### Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α) μετά τη λέξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΤΕ Φυσιοθεραπευτών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τριφής του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α) μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αιτιοφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

τεια, μόνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β'/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α'/23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1963/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου για όλο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγωνα με τις Α3α/οικ.15230/89 (ΦΕΚ 732 Β'/2.10.89), Α/οικ.62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β'/31.12.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ.Β'/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους οπλίτες γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Αμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Ναρκωτικά σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανώτατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται αυτοδικαίως σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου οριστού χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που αντιστοιχούν αυτοδικαίως με την ίδια πράξη. Οι αντιστοιχούμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανεπτάσσονται, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλογως με τα χρόνια συνολικής προϋπηρεσίας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεπταχθούν στο βαθμό Β' και ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεπταχθούν στο βαθμό Α', θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεπταχθούν και προσμετράται στο χρόνο που απαιτείται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

## Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α'), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

\*1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από θμελής Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πρόεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπρόεδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους.

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βάση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο 27

1. Για τη νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναύτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΝΤΟΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ  
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΔΑΝΝΟΥ  
ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ  
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999  
Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Συμβόλαιο παραμονής

Του / της .....

Στον ψυχιατρικό ξενώνα του <<Ευαγγελισμού>>

- I. Η παραμονή στον ξενώνα συνεπάγεται σε διαμονή σε δίκλινο δωμάτιο, χορήγηση φαρμάκων, φαγητού και ειδών ξενοδοχειακού εξοπλισμού.
- II. Η θεραπευτική ομάδα του ξενώνα είναι υποχρεωμένη να παρέχει φροντίδα και υποστήριξη σε κάθε ένοικο, σύμφωνα με το εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας που καταρτίζεται για τον κάθε έναν.
- III. Κάθε ένοικος είναι υπεύθυνος για την ατομική του φροντίδα, καθαριότητα του προσωπικού του χώρου και των κοινόχρηστων χώρων, βάση εβδομαδιαίου και μηνιαίου προγράμματος, όπως επίσης κάθε σκεύος που χρησιμοποιεί ο ίδιος, καθώς και για την φύλαξη των προσωπικών του αντικειμένων.
- IV. Απαιτείται συνέπεια από μέρος του κάθε ενοίκου για την συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, όπως ορίζεται από τον υπεύθυνο ψυχίατρο (θεράποντα ψυχίατρο ή τον ψυχίατρο του ξενώνα). Απαιτείται επίσης συνέπεια στην προγραμματισμένη ιατρική παρακολούθηση.
- V. Απαγορεύεται οποιαδήποτε μορφή βίας από τους ενοίκους και πράξεις που θέτουν σε κίνδυνο τα υπόλοιπα μέλη, τους ίδιους, το προσωπικό και τις κτιριακές εγκαταστάσεις. Τυχόν ζημιές που προκαλούνται από τους ενοίκους αποκαθίστανται από τους ίδιους.
- VI. Απαγορεύεται το επισκεπτήριο στους επισκέπτες των ενοίκων, που δημιουργούν προβλήματα ασφάλειας και ενοχλούν τους ενοίκους.
- VII. Κάθε ένοικος οφείλει να παρευρίσκεται στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται εντός και εκτός του ξενώνα και να συμμετάσχει σε αυτές. Υποχρέωση του ενοίκου είναι η τακτική παρακολούθηση του προγράμματος αποκατάστασης στο οποίο είναι ενταγμένος ή στην εργασία τους.
- VIII. Απαγορεύεται η χρήση αλκοόλ και διαφόρων τοξικών ουσιών.
- IX. Ο ένοικος είναι ο κύριος υπεύθυνος για την διαχείριση των οικονομικών του. Ωστόσο προβλέπεται η εφαρμογή προγράμματος αποταμίευσης και διαχείρισης των χρημάτων σε συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα, όποτε κριθεί αυτό

- X. αναγκαίο. Κάθε ένοικος οφείλει να φροντίζει ώστε να μην εκκρεμούν εις βάρος του οικονομικά χρέη στην κοινότητα (περίπτερα, καταστήματα, κ.ο.κ).
- XI. Κάθε ένοικος υποχρεούται να τηρεί τον κανονισμό λειτουργίας του ξενώνα.
- XII. Τον ελεύθερο χρόνο του τον διαθέτει ο ένοικος όπως θέλει. Σε περίπτωση απουσίας του από τον ξενώνα οφείλει να ενημερώσει εκ των προτέρων το προσωπικό.
- XIII. Επανεκτίμηση της πορείας του ενοίκου γίνεται σε συνεργασία με τον ίδιο κάθε...(3)... τρεις μήνες.
- XIV. Η διάρκεια παραμονής εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ενοίκου. Αυτή αποφασίζεται από τη θεραπευτική ομάδα. Ο ένοικος μπορεί να διακόψει την παραμονή του στον Ξενώνα όποτε το επιθυμεί.
- XV. Η ισχύς του συμβολαίου είναι τρίμηνη, εξαμήνη και μπορεί να ανανεωθεί από τη θεραπευτική ομάδα, ανάλογα με τις ανάγκες και τη συνέπεια κάθε ενοίκου. Ανανέωση του συμβολαίου παραμονής γίνεται εφ'όσον τηρούνται οι όροι του.

Αθήνα ...../...../2005

**ΤΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ**

**Ο ΕΝΟΙΚΟΣ      Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ      ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΞΕΝΩΝΑ ΚΑΡΕΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

- Αίτηση ενδιαφερόμενου
- Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
- Εκκαθαριστικό Εφορίας ή υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη από την Εφορία για όσους δεν υποχρεούνται στην υποβολή δήλωσης
- Βεβαίωση από Κρατικό Νοσοκομείο με την οποία να πιστοποιείται ότι το ενδιαφερόμενο για εισαγωγή άτομο δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα, καρκίνο καθώς και από οποιοδήποτε βαρύ νόσημα που χρήζει ειδικής νοσηλείας.  
Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να προσκομίζουν τις κάτωθι εξετάσεις:
  1. Γενική αίματος
  2. Βιοχημικός έλεγχος  
Σάκχαρο, ουρία, ουρικό, κρεατινίνη, χοληστερόλη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια, SGOT, SGPT
  3. Α/α θώρακος (F)+(P)
  4. Δείκτες ηπατίτιδας  
Anti-HAV (IgG)  
Anti-HCV  
Hbs Ag  
Anti Hb core  
AntiHbs
  5. VDRL
  6. ΗΚΓ
  7. Mantoux
- Ιατρική γνωμάτευση από Ψυχίατρο Κρατικού Νοσοκομείου ότι ο ενδιαφερόμενος δεν πάσχει από Ψυχικό νόσημα και ότι δύναται να συμβιώσει με άλλα άτομα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

### ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ

- Στους φιλοξενούμενους χορηγείται ημερησίως ένα κουπόνι για ένα γεύμα που μπορούν να το χρησιμοποιούν στο εσπαστόριο με το οποίο είναι συμβεβλημένος ο Ξενώνας.
- Χορηγείται επίσης πρωινό το οποίο σερβίρεται καθορισμένη ώρα (από 8.30πμ μέχρι 9.30πμ. ) στην κουζίνα του κτιρίου.
- Μία φορά την εβδομάδα αλλάζονται σεντόνια, πετσέτες κλπ.
- Για οποιαδήποτε ζημιά υπαιτιότητας του φιλοξενούμενου στο δωμάτιό του, ενημερώνεται ο φύλακας ο οποίος καταγράφει τη ζημιά στο βιβλίο ενημέρωσης. Το κόστος της σχετικής βλάβης αναλαμβάνει ο φιλοξενούμενος.
- Κάθε στοιχείο που αφορά οποιονδήποτε φιλοξενούμενο θεωρείται απόρρητο.
- Ο Ξενώνας είναι ανοικτός μέχρι τις 12.00 το βράδυ.
- Οι επισκέψεις επιτρέπονται στους χώρους υποδοχής (σαλόνια) του Ξενώνα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, έως τις 10.00μμ.
- Απαγορεύονται οι επισκέψεις στα δωμάτια μεταξύ φιλοξενουμένων καθώς και των επισκεπτών.
- Απαγορεύεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών και τοξικών ουσιών καθώς και η προσέλευση στον Ξενώνα σε κατάσταση μέθης.
- Οι φιλοξενούμενοι πρέπει να φροντίζουν για την ατομική τους καθαριότητα και να διατηρούν το δωμάτιό τους καθαρό.
- Στα δωμάτια δεν επιτρέπεται το φαγητό καθώς και η διατήρηση τροφίμων.
- Απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους κοινόχρηστους χώρους όπως και στα υπνοδωμάτια εφόσον ενοχλεί το συγγάτοικο. Το κάπνισμα επιτρέπεται μόνο στο μικρό σαλόνι της Β' πτέρυγας του επάνω ορόφου.
- Απαγορεύεται η χρήση ηλεκτρικών και θερμαντικών συσκευών καθώς και κάθε άλλης συσκευής που μπορεί να προκαλέσει ζημιά (πχ. φωτιά ) στο κτίριο.
- Διανυκτέρευση φιλοξενούμενου επί δύο συνεχόμενες ημέρες εκτός Ξενώνα χωρίς σχετική άδεια από τη Δ/νση ή την Κοινωνική Υπηρεσία, συνεπάγεται τη διαγραφή του εν λόγω φιλοξενούμενου από τη δύναμη του Ξενώνα.
- Οι φιλοξενούμενοι θα πρέπει να φροντίζουν ώστε να μη δημιουργούνται προβλήματα κατά την συμβίωσή τους στον Ξενώνα. Σε περίπτωση που κάποιος φιλοξενούμενος δημιουργεί έντονα προβλήματα στους άλλους, τίθεται θέμα απομάκρυνσής του, τηρούμενης της σχετικής διαδικασίας.
- Για οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζουν οι φιλοξενούμενοι θα απευθύνονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ιδρύματος.
- Συνίσταται να μην φυλάσσονται χρήματα, τιμαλφή και γενικά αντικείμενα μεγάλης αξίας στα δωμάτια. Ο Ξενώνας δεν ευθύνεται για απώλειες αντικειμένων των φιλοξενουμένων και για τυχόν χρηματικών συναλλαγών μεταξύ τους. Η ευθύνη ανήκει εξολοκλήρου στους ίδιους.
- Οι φιλοξενούμενοι κατά την απομάκρυνσή τους από τα δωμάτια υποχρεούνται να αφήνουν το κλειδί τους στο θυρωρείο.
- Ο έλεγχος στα δωμάτια για την εξακρίβωση της επικρατούσης φυσικής και πραγματικής κατάστασης των δωματίων θα γίνεται καθημερινά από τις 9.30 πμ. μέχρι τις 12.00 πμ..
- Το κλειδί του δωματίου θα παραδίδεται στις 9.30 πμ. στο θυρωρείο.
- Τέλος η παρεχόμενη από τον Κοινωνικό Ξενώνα Κοινωνική Προστασία μπορεί να ανακληθεί σε κάθε περίπτωση την οποία θα κρίνει η Επιτροπή Διοίκησης με απόφασή της και την οποία δέχεται να εκτελέσει απροφάσιστα εντός του τασσόμενου χρόνου το φιλοξενούμενο άτομο.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε**

**ΦΥΛΛΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ**

<b>Ιατρός που παραπέμπει:</b>		
<b>Ιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή:</b>		
<b>Τηλέφωνο επικοινωνίας ιατρού:</b>		
<b>Όνοματεπώνυμο ασθενούς:</b>	<b>Διεύθυνση:</b>	<b>Τηλέφωνα:</b>
<b>Στόχος παραπομπής:</b>		
<b>Διάγνωση εξιτηρίου:</b>		
<b>Φαρμακευτική αγωγή:</b>		
<b>Αιτία νοσηλείας:</b>		
<b>Διάρκεια νοσηλείας:</b>		
<b>Εκούσια/ Ακούσια νοσηλεία:</b>		
<b>Σύντομο Ψυχιατρικό Ιστορικό:</b>		

Με ποιόν/ ποιους ζει ο ασθενής;

Υπάρχει σύστημα υποστήριξης ;

Ο ασθενής γνωρίζει για την παραπομπή ;

Έχουν γίνει ψυχομετρικά τεστ; Αποτελέσματα:

Κατά τη νοσηλεία παρακολούθησε προγράμματα εργοθεραπείας, ψυχοθεραπείας, οικογενειακής θεραπείας, κλπ ;

Υπάρχουν σωματικά προβλήματα ;

Είναι σε φαρμακευτική αγωγή ή και παρακολούθηση γι'αυτά ;

Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων:



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΞΝΑ ✓

1. ΦΥΛΟ :	ΑΝΔΡΑΣ	<input type="checkbox"/>	ΓΥΝΑΙΚΑ	<input type="checkbox"/>
2. ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΩΝ ΕΙΣΤΕ:	20-29	<input type="checkbox"/>		
	30-39	<input type="checkbox"/>		
	40-49	<input type="checkbox"/>		
	50-59	<input type="checkbox"/>		
	60 +	<input type="checkbox"/>		
3. ΕΙΣΤΕ : ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η :	ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	<input type="checkbox"/>		
	ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	<input type="checkbox"/>		
	ΛΥΚΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>		
	ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ	<input type="checkbox"/>		
	ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	<input type="checkbox"/>		
4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ. ΕΙΣΤΕ :	ΕΓΓΑΜΟΣ	<input type="checkbox"/>		
	ΑΓΑΜΟΣ	<input type="checkbox"/>		
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	<input type="checkbox"/>		
	ΧΗΡΟΣ	<input type="checkbox"/>		
	ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ	<input type="checkbox"/>		
5. ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΑΝ ΝΑΙ ΣΤΟ:	ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ	<input type="checkbox"/>	ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	<input type="checkbox"/>

## The Life Satisfaction Index

Θα θέλαμε να μάθουμε ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή σας. Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει 20 ερωτήσεις. Είναι σημαντικό να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Όνομα: ..... Ημερομηνία: .....

---

1. Όσο μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλύτερα απ'ότι περίμενα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

2. Είχα στη ζωή μου περισσότερες ευκαιρίες από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζω

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

3. Αυτή είναι η καλύτερη περίοδος της ζωής μου

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

4. Είμαι τόσο ευτυχισμένος, όσο ήμουν όταν ήμουν μικρότερος

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

5. Η ζωή μου δεν θα μπορούσε να ήταν καλύτερη απ'ότι είναι τώρα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

6. Αυτά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής μου

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

7. Τα περισσότερα πράγματα που κάνω είναι βαρετά και μονότονα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

8. Περιμένω να μου συμβούν στο μέλλον κάποια ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

9. Τα πράγματα με τα οποία ασχολούμαι είναι το ίδιο ενδιαφέροντα όσο ήταν πάντοτε

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

10. Αισθάνομαι γερασμένος και κάπως κουρασμένος

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

11. Νιώθω τον χρόνο που περνάει, αλλά αυτό δεν με στενοχωρεί

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

12. Καθώς κοιτάω τη ζωή μου ως τώρα, είμαι αρκετά ικανοποιημένος

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

13. Δεν θα άλλαζα το παρελθόν μου, ακόμα κι αν μπορούσα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

14. Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, έχω πάρει πολλές λανθασμένες αποφάσεις στη ζωή μου

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

15. Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, κάνω καλή εντύπωση

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

16. Έχω κάνει σχέδια για τα πράγματα που θα κάνω σε ένα μήνα, ή ένα χρόνο από τώρα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

17. Καθώς κοιτώ τη ζωή μου ως τώρα, δεν κατάφερα να αποκτήσω τα περισσότερα από τα πράγματα που ήταν σημαντικά για μένα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

18. Συγκριτικά με τους άλλους, χάνω το κέφι μου πολύ συχνά

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

19. Η ζωή μου έφερε σχεδόν όσα πράγματα περίμενα

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ

20. Άσχετα με ό,τι λένε μερικοί, η προοπτική του μέσου ανθρώπου, χειροτερεύει, αντί να καλυτερεύει

<input type="checkbox"/>	συμφωνώ
<input type="checkbox"/>	διαφωνώ



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνικά

Αγγελίδης Γ., Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 49, *Αποασυλοποίηση, Διαβίωση χρονίων ψυχιατρικών αρρώστων σε προστατευμένο χώρο στην κοινότητα: Εκτίμηση της ποιότητας ζωής, τους*, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1988, σελ 85

Γκοιζέπας, Ι., *Η νοσοκομειακή περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων. Συμβολή στην προσαρμογή με τα Ελληνικά δεδομένα της θεραπευτικής κοινότητας*, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 1981

Γρίβας, Κ., *ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός*, Ιανός, Θεσσαλονίκη 1985

Μαδιανός, Μ., *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα*, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 169-170

Μαδιανός, Μ., *Σημειώσεις ψυχιατρικής, επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης*, Αθήνα, σχολή επιστημών υγείας, τμήμα νοσηλευτικής πανεπιστήμιο Αθηνών

Μαυρέας, Β., *Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Προληπτική ψυχιατρική*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000

Παπαγεωργίου, Ε., Γ., *Ψυχιατρική*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2004

Πετρουλάκης, Β., *Ψυχολογία της προσαρμογής*, Γρηγόρη, Αθήνα 1984

Τσαλικογλου, Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Παπαζήση, Αθήνα 1987

Τσιάντης, Γ., *Η πρόληψη στην ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού: Ερευνητικά και κλινικά κείμενα*, επιμ. Γ. Τσιάντης, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2001

Φουκώ Μ., *Ιστορία της τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα, 1964

Χαρτοκόλλης, Π., *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα 1986

Νόμος 2477/1997, Πόρισμα: Προστασία ψυχικά πασχόντων ατόμων. Η δυνατότητα εγκατάστασης και λειτουργίας ξενώνων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές σε περιοχές αμιγούς κατοικίας, Συνήγορος του πολίτη και σώμα ελεγκτών - επιθεωρητών δημόσιας διοίκησης, ΦΕΚ, Άρθρο 4, παράγραφος 6, 25 Οκτωβρίου 1999.

Έντυπο για την παγκόσμια υγεία 2001, ψυχική υγεία : Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, <<πολιτική ψυχικής υγείας και παροχή υπηρεσιών>>, εκδ.Π.Ο.Υ.,μτφ. Διεύθυνση ψυχικής υγείας, υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Αθήνα 2002.

Έντυπο. Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, Γενικό περιφερειακό νοσοκομείο ο Ευαγγελισμός, ψυχιατρικό τμήμα, διευθύντρια Θεοδοροπούλου Σταυρούλα, Μετανοσοκομειακός ξενώνας βραχείας διαμονής, Αθήνα Μάρτιος 2005.

Έντυπο. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαχειριστική αρχή "Υγεία-Πρόνοια 2000-2006". Με το Ψυχαργός για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. 10 Οκτωβρίου 2005 Παγκόσμια ημέρα ψυχικής υγείας.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Νόμος υπ' αριθμό 2716, <<Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις>>, Εφημερίς της Κυβερνήσεως, αριθμ. Φύλλου 96, 17-5-1999.

### Αγγλικά

Anthony, W.A. (1980) A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 24:6-21

Anthony, W.A. and Jansen, M.A. (1984), *predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications*, *American psychologist*, 39:537-544

Caplan G., *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books, 1964

Farkas, M., Anthony, W.A. (1989) *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting Theory into practice*, Baltimore, Johns Hopkins Univ.Press

Fromm, E., *Η ουγής κοινωνία*, Μπουκουμάνης, Αθήνα 1973

Horney K., *Αυτοανάλυση (μετάφραση Ευδόκας Τ.,-Χριστοφίδου Κ.)*, Τόμασος, Αθήνα 1982

Laing R.D. –Esterson, *η ψυχική ισορροπία η τρέλα και η οικογένεια (μετάφραση Κιούσης Δημήτρης) Ράππα*, Αθήνα 1975

Louzoun, C., Stylianidis, S. (1987) *La nouvelle psychiatrie italienne, Paris, MIRE*

Pullen, Jan., *Rehabilitation in Rpsychiatry* Edition Tsortsil living stone London, New York 1988

Rappaport, R.N. (1960), *Community as a doctor, springfield III.*, C.C. Thomas

Shulamit Ramon "Community care in Britain" στο βιβλίο Lavender A. and Holloway F., *Community care in practice, services for the continuing care client*, John Wiley and Sons, London 1988

Szasz T.S.- Laing R.D. *Δύο δοκίμια για την ψυχιατρική καταπίεση (μετάφραση Παπαθανασοπούλου Αλεξάνδρα) ελεύθερος τύπος, Αθήνα 1983 και ο μύθος της ψυχικής αρρώστιας, Κασόγλου, Αθήνα 1983, σελ.9*

Trower P., Bryant B., Argyle M., *Social skills and mental health, London, Methuen 1978*

Wilson, M. (1987) *Occupational Therapy in Long-term Psychiatry. Edinburgh, Churchill, Livingstone*

Wing, *psychiatry – rehabilitation*, Εκδόσεις oxford university Press 1981

Wing, J.K., Brown, G.W., *Institutionalism and Schizophrenia:A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960-1968*, Cambridge, England: Cambridge University Press

Wing, J. K., Bennett, D.H., Denham, J(1964). *The Industrial Rehabilitation of Long- stay Schizophrenic Patients*. Medical Research Council Memo, No. 42, HMOSO London

Zussman, J., (1975) *Tertiary prevention in Freedman A., Kaplan H., Sadock (eds) Comprehensive textbook of psychiatry II, vol 2*, Baltimore Williams Wilkins, pp. 2340-2346