

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙ-
ΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙ-
ΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**"Ολοκληρωμένη φροντίδας υγείας. Οργάνωση δικτύων
ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με έμφαση στη ψυχική
υγεία."**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων
Καθηγητής

Καθηγητής

ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια

ΑΣΠΑΣΙΑ
ΓΟΥΛΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

Καθηγητής

ΜΑΡΚΟΣ
ΣΑΡΡΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

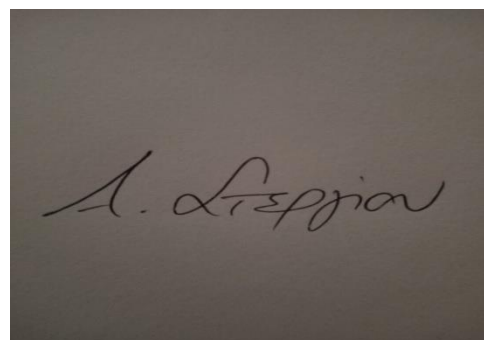
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Στεργίου Αριστέατου Στεφάνου, με αριθμό μητρώου 19021 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκηση Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

A rectangular box containing a handwritten signature in cursive script, which appears to read "A. Stergiou".

Τίτλος:

«Ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας-

Οργάνωση δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με έμφαση στη ψυχική υγεία»

Title:

"Integrated health care -

Organization of integrated health care networks with emphasis on mental health "

Περιεχόμενα	σελ.5
Περίληψη	σελ.7
Εισαγωγή	σελ.9
1 ^ο Κεφάλαιο: Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	σελ.11
1.1 Η έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας	Σελ.11
1.2 Η έννοια των χρόνιων ασθενειών (ψυχική ασθένεια)	σελ.14
1.3 Συχνές μορφές ψυχικής ασθένειας	σελ.16
1.3.1 Κατάθλιψη	σελ.17
1.3.2 Σχιζοφρένεια	σελ.18
1.3.3 Αγχώδεις διαταραχές	σελ.19
1.3.4 Νόσος Alzheimer	σελ.21
2 ^ο Κεφάλαιο: Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	σελ.23
2.1 Ιστορική αναδρομή ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	σελ.23
2.2 Πρόγραμμα «Ψυχαργώς»	σελ.29
2.2.1 Κέντρα Ψυχικής Υγείας	σελ.37
2.2.2 Κέντρα Ημέρας	σελ.41
2.2.3 Κινητές μονάδες	σελ.42
2.2.4 Προστατευόμενα διαμερίσματα	σελ.43
2.2.5 Ξενώνες	σελ.45
2.2.6 Οικοτροφεία	σελ.45
2.2.7 Κατ' οίκον	σελ.46
2.2.8 Νοσοκομεία Ημέρας	σελ.47

2.3 Αξιολόγηση ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα	σελ.47
3 ^ο Κεφάλαιο: Ανοιχτή φροντίδα ψυχικά ασθενών στο εξωτερικό	σελ.54
3.1 Αγγλία	σελ.54
3.2 Καναδάς	σελ.61
3.3 Σουηδία	σελ.64
3.4 Νορβηγία	σελ.68
3.5 Φιλανδία	σελ.74
4 ^ο Κεφάλαιο: Η λειτουργία των ΚΟΙΝΣΕΠ στην Ελλάδα	σελ.78
4.1 Νομοθεσία	σελ.78
4.2 Καινοτομία	σελ.87
4.3 Περιπτώσεις ΚΟΙΝΣΕΠ	σελ.89
4.3.1 Myrtillo Café	σελ.89
4.3.2 Παντοκαφενές	σελ.93
4.3.3 Μέριμνα υγείας	σελ.96
4.3.4 Δημοτικός λαχανόκηπος Δήμου Νεάπολης-Συκεών, Νομού Θεσσαλονίκης	σελ.97
Συμπεράσματα	σελ.99
Βιβλιογραφία	σελ.103

Περίληψη

Η ανάπτυξη που σημειώθηκε κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα σε συνδυασμό με την ύπαρξη διαφόρων κοινωνικοπολιτικών γεγονότων, είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα που λειτουργούσαν έως τότε. Παράλληλα, προωθήθηκε η δημιουργία ποικίλων δομών στην κοινότητα, προκειμένου να στηριχθούν τα άτομα αυτά. Στις περισσότερες χώρες με ανεπτυγμένη οικονομία αλλά και κοινωνική συγκρότηση πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις, οι οποίες περικλείονται στον όρο «ψυχιατρική μεταρρύθμιση». Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχοντας ως κεντρικούς άξονες τη κοινοτική ψυχιατρική, την τομεοποίηση αλλά και την αποασυλοποίηση, επεδίωκε να προσαρμοστούν και να ενταχθούν οι ψυχικά ασθενείς στον κοινωνικό ιστό. Για τον σκοπό αυτό οργανώθηκαν δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας. Η χώρα μας συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτές που προχώρησαν σε μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η ίδια εικόνα συναντάται στην Αγγλία, τον Καναδά, τη Σουηδία, τη Νορβηγία και Φιλανδία.

Λέξεις κλειδιά: ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, χρόνια ασθένεια, ψυχική ασθένεια

Abstract

The development that took place during the second half of the 20th century, in combination with the existence of various socio-political events, had as a result the closure of people with mental illness in the large psychiatric institutions that operated until then. At the same time, the creation of various structures in the community was promoted, in order to support these individuals. In most countries with developed economies and social structures, reforms have been carried out, which are known as a "psychiatric reform". The psychiatric reform, focusing on community psychiatry, sectoralization and deinstitutionalization, sought to adapt and integrate the mentally ill into the social fabric. For this purpose, integrated care networks were organized within the community. Our country is included in those that have undergone reforms in the field of mental health. The same picture is found in England, Canada, Sweden, Norway and Finland.

Keywords: comprehensive health care, chronic illness, mental illness

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες του εξωτερικού, γίνονται προσπάθειες για να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι χρόνιοι ασθενείς και πιο συγκεκριμένα όσοι παρουσιάζουν ψυχικές ασθένειες. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα και άσυλα οδηγήθηκαν σε κλείσιμο και οι πρώην τρόφιμοί τους μεταφέρθηκαν σε νέες δομές που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της κοινότητας. Ο αριθμός των ατόμων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων μειώνεται, όπως επίσης μειώνεται ο χρόνος νοσηλείας τους. Οι ασθενείς παραμένουν με τα μέλη των οικογενειών του και λαμβάνουν την υποστήριξη τόσο εκείνων όσο και εξειδικευμένων επαγγελματιών. Η καθημερινότητα τους περιέχει πλήθος δραστηριοτήτων και δράσεων που λαμβάνουν χώρα στην κοινότητα, με αποτέλεσμα να έρχονται διαρκώς σε επαφή με κόσμο. Επίσης συμμετέχουν στην αγορά εργασίας μέσω των Κοινωνικών Συνεταιριστικών Επιχειρήσεων (ΚΟΙΝΣΕΠ) που λειτουργούν για τον σκοπό αυτόν.

Η εργασία αυτή αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πρόκειται για μια προσπάθεια να παρουσιαστούν κύρια ζητήματα που αφορούν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την υποστήριξη των ψυχικά ασθενών κατά τη διαμονή τους στη κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί περιγραφή των δικτύων που έχουν αναπτυχθεί για την ολοκληρωμένη υποστήριξη της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Αναλυτικότερα, το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιλαμβάνει την ανάλυση των όρων που συμπεριλαμβάνονται στην εργασία. Αρχικά παρουσιάζεται η έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας και έπειτα των χρόνιων ασθενειών και των ψυχικών ασθενειών. Ακολουθεί σύντομη περιγραφή των πιο συχνών μορφών ψυχικής ασθένειας, δηλαδή της κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας, των αγχώδων διαταραχών και της νόσου Alzheimer, που εμφανίζονται σε μεγάλο αριθμό του πληθυσμού.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι παράγοντες που οδήγησαν σε αυτή. Στο δεύτερο μέρος της

εργασίας παρουσιάζεται το πρόγραμμα «Ψυχαργός» που υλοποιήθηκε στην Ελλάδα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Παρουσιάζονται οι φάσεις αυτού και όσα επιτεύχθηκαν σε κάθε μια φάση. Στη συνέχεια περιγράφονται δράσεις που προέρχονται από το πρόγραμμα «Ψυχαργός» και αποσκοπούν στην στήριξη των ψυχικά ασθενών και την επανένταξή τους στην κοινότητα. Αυτές είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα κέντρα ημέρας, οι κινητές μονάδες, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ξενώνες και οι κατ' οίκον υπηρεσίες και φροντίδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση της ανοιχτής φροντίδας των ασθενών όπως υλοποιείται στο εξωτερικό και πιο συγκεκριμένα στην Αγγλία, τον Καναδά, τη Σουηδία, τη Νορβηγία και την Φιλανδία. Αναφέρονται πληροφορίες για τους νόμους που θεσπίστηκαν και τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν για να πραγματοποιηθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και να οργανωθούν οι κοινοτικές υπηρεσίες. Τέλος, παρουσιάζονται οι δράσεις που υλοποιούνται σε κάθε μια από τις παραπάνω χώρες.

Το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στις ΚΟΙΝΣΕΠ, όπως λειτουργούν στην Ελλάδα. Αρχικά παρουσιάζεται η ισχύουσα νομοθεσία και οι μορφές των ΚΟΙΝΣΕΠ. Στη συνέχεια δίνονται πληροφορίες που αφορούν τη καινοτομία της δράσης αυτής ως προς τα άτομα που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Τέλος, παρουσιάζονται ορισμένες ΚΟΙΝΣΕΠ που έχουν σχεδιαστεί και λειτουργούν στη χώρα.

1^ο Κεφάλαιο: Ορισμοί

1.1 Η έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο ορισμός της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας περιλαμβάνει τη διαχείριση και τη παροχή των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου τα άτομα να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν διαρκώς τις προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες που εμφανίζουν κατά τη διάρκεια του χρόνου και ανεξάρτητα από το σύστημα υγείας που απευθύνονται (WHO, 2008).

Οι βασικοί στόχοι της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, όπως τους ορίζουν οι Brown, Oliver-Baxter και Bywood (2013) είναι οι εξής η σύνδεση των φορέων που απαρτίζουν τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η βελτίωση του επιπέδου υγείας που εμφανίζει ο πληθυσμός και της προσβασιμότητας, η βελτίωση του τρόπου με τον οποίο γίνεται η κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, η βελτίωση της κατανομής και των διαθέσιμων πόρων και τέλος της επικοινωνίας.

Για τους Valentijn, Vrijhoef, Ruwaard, Boesveld, Arends και Bruijnzeels (2015) η ολοκληρωμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιγράφεται ως το πλαίσιο της φροντίδας υγείας, εντός του οποίου δίκτυο από πολλούς επαγγελματίες υγείας, οργανισμούς υγείας και φορείς κοινωνικής φροντίδας παρέχει συντονισμένες, ολοκληρωμένες και προσβάσιμες υπηρεσίες για την υγεία και τη φροντίδα πληθυσμού.

Οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες της υγείας και της φροντίδας μπορεί να γίνει κατανοητή στα εξής επίπεδα:

- Η λειτουργική ολοκλήρωση στα πλαίσια του μακροοικονομικού επιπέδου συστήματος της φροντίδας υγείας. Σε αυτό το επίπεδο περιλαμβάνεται η χρηματοδότηση και η θεσμοθέτηση της φροντίδας, της θεραπείας, της πρόληψης και των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Η οργανωσιακή ολοκλήρωση στα πλαίσια του μεσοεπιπέδου συστήματος της φροντίδας υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνονται οι στρατηγικές και οι συμμαχίες ανάμεσα στους φορείς της υγειονομικής και της κοινωνικής φροντίδας.

- Η επαγγελματική ολοκλήρωση στα πλαίσια του μεσοεπιπέδου συστήματος της φροντίδας υγείας. Σε αυτό περιλαμβάνονται οι στρατηγικές και οι συμμαχίες που αναπτύσσονται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.
- Η κλινική ολοκλήρωση του μικροοικονομικού επιπέδου συστήματος της φροντίδας υγείας. Σε αυτό περιλαμβάνεται η συνέχεια, η συνεργασία και η συνοχή κατά τη διαδικασία παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Lloyd&Wait, 2006. Delnoij, Klazinga&Glasgow, 2002).

Η ολοκληρωμένη φροντίδα τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί στο επίκεντρο της προσοχής κυβερνητικών φορέων σε παγκόσμιο επίπεδο. Ωστόσο, όπως προκύπτει δεν αποτελεί προτεραιότητα του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας (Καλοκαιρινού, Αδαμακίδου, Βελονάκη, Βιβιλάκη, Καπρέλη, Κριεμπάρδης, Λάγιου, Λιονής, Μαρκάκη, Μποδοσάκης, Παπαδακάκη, Σακελλάρη, 2015). Ο τομέας αυτός παρέμεινε υποβαθμισμένος γεγονός που σχετίζεται τόσο με τη μεταφορά των οικονομικών πόρων, όσο και με την απουσία προσπαθειών που συμβάλλουν στον εκσυγχρονισμό και την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Η έλλειψη απουσίας ιεράρχησης των προτεραιοτήτων και του ορθολογικού σχεδιασμού, είχε ως αποτέλεσμα την άναρχη και δίχως συντονισμό ανάπτυξη, ενός προνοιακού συστήματος με έντονο επιδοματικό χαρακτήρα καθώς επίσης και με σοβαρές αλληλεπικαλύψεις των υπηρεσιών και της αποσπασματικής κάλυψης των αναγκών. Το σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών στη χώρα μας προωθούσε την αναπαραγωγή των ευπαθών ατόμων ως κοινωνικό πρόβλημα. Αυτό συνέβαλλε στην περιθωριοποίηση αλλά και τον αποκλεισμό των ομάδων αυτών (Λιονής& Μερκούρης, 2000).

Η έλλειψη του συντονισμού μεταξύ των φορέων της παροχής υπηρεσιών φροντίδας, καθώς επίσης και η αδυναμία να γίνει προσαρμογή των δομών πρόνοιας στις νέες συνθήκες που αναδύθηκαν τα τελευταία χρόνια, οδήγησαν στην καθήλωση του δημόσιου συστήματος στις ξεπερασμένες και παρωχημένες πρακτικές, αλλά το κυριότερο στην εδραίωση του ιδρυματικού τύπου κάλυψης των αναγκών των ευπαθών ομάδων. Αποτέλεσμα αυτών είναι ο στιγματισμός και η ενοχοποίηση που οδηγούν στον εγκλεισμό των ατόμων αυτών σε ίδρυμα, δημιουργώντας περιορισμούς στις διαθέσιμες επιλογές και μετακινώντας την ευθύνη της φροντίδας στα μέλη της οικογένειας. Πρόκειται για ιδρύματα που περιοριζόταν στη στέγαση και την περίθαλψη και χαρακτηριζόταν από εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο της ποιότητας παροχής υπηρεσιών (Καλοκαιρινού, Αδαμακίδου, Βελονάκη, Βιβιλάκη, Καπρέλη,

Κριεμπάρδης, Λάγιου, Λιονής, Μαρκάκη, Μποδοσάκης, Παπαδακάκη, Σακελλάρη, 2015).

Παράλληλα, ο περιορισμός του ρόλου που έχει το κράτος στην οικονομική στήριξη των ευπαθών ομάδων και των ατόμων που είναι εξαρτημένα σε συνδυασμό με την διαφορετικότητα που χαρακτηρίζει τις παροχές λόγω των ασφαλιστικών φορέων, ενίσχυσε την αδυναμία να ασκηθεί ενιαία πολιτική. Ως αποτέλεσμα της ανυπαρξίας των ρυθμιστικών κανόνων και των μηχανισμών συντονισμού του συστήματος παρατηρήθηκε ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και δράση του ιδιωτικού τομέα, υπερσυγκέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα των υπηρεσιών και παρουσία γεωγραφικών ανισοτήτων. Όλα τα παραπάνω συνέβαλλαν στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών. Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες ήταν η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, η υποχρηματοδότηση αλλά και η καθυστέρηση στην διατομεακή συνεργασία που κρίνεται απαραίτητη (Καλοκαιρινού, Αδαμακίδου, Βελονάκη, Βιβιλάκη, Καπρέλη, Κριεμπάρδης, Λάγιου, Λιονής, Μαρκάκη, Μποδοσάκης, Παπαδακάκη, Σακελλάρη, 2015).

Η εικόνα αυτή άρχισε να διαφοροποιείται μετά τα τέλη της δεκαετίας του '90. Πρώτη ολοκληρωμένη θεσμική παρέμβαση αποτέλεσε ο Νόμος 2646/1998, ο οποίος προέβλεπε την δημιουργία αποτελεσματικού και σύγχρονου συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Στα πλαίσια αυτού διαβαθμίστηκαν οι προνοιακές υπηρεσίες σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τέλος, τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα. Κύριο αντικείμενο της πρώτης βαθμίδας είναι η παροχή των υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας, η πρόληψη αναγκών και τέλος, ο έγκαιρος εντοπισμός των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό. Σκοπός της δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας είναι η θεραπεία και η αποκατάσταση της σωματικής, της πνευματικής, της ψυχικής νόσου ή της αναπηρίας, καθώς επίσης η πρόληψη και η αποκατάσταση των επιπτώσεων του αποκλεισμού. Τέλος, στα πλαίσια της τριτοβάθμιας κοινωνική φροντίδας παρέχονται υπηρεσίες ανοικτής αλλά και κλειστής φροντίδας (Λιονής & Μερκούρης, 2000).

Τα επόμενα χρόνια διαπιστώνεται πως η εθνική πολιτική αναφορικά με τη πρόνοια και την κοινωνική φροντίδα περιλαμβάνει σύγχρονες αντιλήψεις καθώς και δομές. Δημιουργήθηκε ο Χάρτης Πρόνοιας της χώρας και το Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που ανέλαβε τον συντονισμό όλων των ενεργειών. Ξεκίνησε η

εφαρμογή προγραμμάτων που απευθύνονταν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και βρισκόταν υπό την απειλή του κοινωνικού αποκλεισμού. Ξεκίνησε η αποασυλοποίηση, η διαδικασία βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων που παρουσίαζαν βαριές αναπηρίες και διέμεναν σε ιδρύματα μέσω εκσυγχρονισμού της λειτουργίας αυτών, η ένταξη των ατόμων αυτών στον κοινωνικό ιστό, η διαμονή τους κοντά στις οικογένειες τους αλλά και στην κοινότητα γενικότερα μέσω ανάπτυξης δομών ημιαυτόνομης διαβίωσης. Τέλος, προωθήθηκε η συμμετοχή τους σε ανοιχτές αλλά και υποστηριζόμενες μορφές της απασχόλησης (Θεοδώρου, 2000).

1.2 Η έννοια των χρόνιων ασθενειών και της ψυχικής ασθένειας

Η έννοια της «χρόνιας ασθένειας» παρουσιάστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '70. Αποτελούσε επανάσταση της εποχής εκείνης, καθώς διαφοροποίησε την οπτική που υπήρχε έως τότε για τις χρόνιες νόσους και ήταν η αφετηρία για να αντιμετωπιστούν οι ψυχοκοινωνικές πτυχές τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χρόνια ασθένεια είναι η διαδικασία που έχει διάρκεια μακρά, χαρακτηρίζεται από βραδεία εξέλιξη, που συνεχή διαχείριση για πολλά έτη ή ακόμα και δεκαετίες (WHO, 2014).

Κατά καιρούς διεθνείς επιστημονικές ενώσεις καθώς και ποικίλοι οργανισμοί έκαναν προσπάθειες να δώσουν ορισμό για τη «χρόνια νόσο». Όμως, λόγω της πολυπλοκότητας της φύσης της ήταν δύσκολο να βρεθεί ένας ορισμός που θα συμπεριελάμβανε το σύνολο των περιπτώσεων και των καταστάσεων. Για τον ΠΟΥ στους τέσσερις κύριους τύπους των χρόνιων παθήσεων ανήκουν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο καρκίνος (WHO, 2011a).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός των Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) στην κατηγορία των χρόνιων νόσων περιλαμβάνει τις μεταδοτικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα το AIDS, καθώς και τις μη μεταδοτικές σωματικές ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, η χρόνια νεφρική νόσος, οι νευρολογικές νόσοι, και οι ψυχικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα η κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι διαταραχές ψυχωσικού φάσματος (Benten, 2003).

Στις χρόνιες ασθένειες περιλαμβάνεται η επιδείνωση ή η απόκλιση που εμφανίζουν τα άτομα από τη φυσιολογική κατάσταση και η διάρκεια της οποίας είναι για 3 μήνες τουλάχιστον. Επιπλέον, πρέπει να εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά: να είναι μόνιμη, να είναι αποτέλεσμα μη αναστρέψιμων παθολογικών μεταβολών, να χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων των συμπτωμάτων, να παρουσιάζει υπολειμματικά συμπτώματα τα οποία δημιουργούν εμπόδια στη λειτουργικότητα του ατόμου, απαιτεί την ύπαρξη μακροχρόνιας ιατρικής παρακολούθησης, επίβλεψης ή φροντίδας και τέλος, ο ασθενής χρήζει επανένταξης ή ειδικής εκπαίδευσης προκειμένου να καταφέρει να την αντιμετωπίσει ο ασθενής (Blackwell, Lucas & Clarke, 2014).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ οι χρόνιες, μη μεταδοτικές ασθένειες ευθύνονται για τα δύο τρίτα σχεδόν των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 2012 προκάλεσαν το 68% των θανάτων, ενώ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 40% ήταν θάνατοι πρόωροι σε ασθενείς ηλικίας μικρότερη από 70 ετών. Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο και ανέρχεται σε 87%. Διαπιστώθηκε ακόμη πως το 25% των ανθρώπων με χρόνιες ασθένειες εμφανίζουν περισσότερες από μια παθήσεις. Η επιβάρυνση από χρόνιες ασθένειες είναι δυσανάλογη του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος, συγκεκριμένων εθνικοτήτων ή φυλών και γεωγραφικών τοποθεσιών (Ward & Black, 2014. WHO, 2014. Braeman, Kumanyika, Fielding, Laveist, Borrell, Manderscheid & Troutman, 2011).

Ψυχική ασθένεια ή διαταραχή ή αλλιώς ψυχιατρική διαταραχή είναι ένα πνευματικό ή συμπεριφορικό πρότυπο, το οποίο ευθύνεται για την αγωνία σε σημαντικό βαθμό ή την εξασθένηση της προσωπικής λειτουργίας (Bolton, 2008). Πρόκειται για χαρακτηριστικά, τα οποία είναι επίμονα, επαναλαμβανόμενα ή υποτροπιάζοντα ή μπορεί να εμφανιστούν σε ένα μόνο επεισόδιο. Έχει διαπιστωθεί ποικιλία στις διαταραχές και τα συμπτώματα αυτών. Η διάγνωσή τους μπορεί να γίνει μόνο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Gazzaniga & Heatherton, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) περιγράφει τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές ως τις καταστάσεις που είναι κλινικά σημαντικές και περιλαμβάνουν μεταβολές στη διάθεση, τη σκέψη ή την συμπεριφορά. Επιπλέον, συνδυάζονται με την παρουσία προσωπικής δυσφορίας ή/ και έκπτωση στην

λειτουργικότητα του ατόμου. Δεν αποτελούν απλά διαφοροποιήσεις εντός των πλαισίων της φυσιολογικής διακύμανσης, αντιθέτως είναι παθολογικά ή ανώμαλα φαινόμενα. Για να χαρακτηριστούν ως διαταραχές ή ασθένειες πρέπει να έχουν διάρκεια, να παρουσιάζουν υποτροπή, δημιουργούν δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα των ατόμων. Συνοδεύονται από συγκεκριμένα συμπτώματα, η πορεία των οποίων είναι προβλέψιμη σε περίπτωση μη ύπαρξης παρέμβασης. Υπολογίζεται πως περίπου 450 εκατομμύρια ανθρώπων παγκοσμίως παρουσιάζουν ψυχικές ασθένειες.

Στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνονται το ψυχολογικό τραύμα, τα δυσμενή περιβάλλοντα της παιδικής ηλικίας, η γενετική προδιάθεση αλλά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Επιπλέον, έχει βρεθεί συσχέτιση τους με τις ναρκωτικές ουσίες, όπως για παράδειγμα η κάνναβη, η αλκοόλη και η καφεΐνη. Ακόμη στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται η άνιση γονική θεραπεία, η μετανάστευση, τα δυσμενή γεγονότα τη ζωή του ατόμου, οι διακρίσεις, το πένθος, ο αποχωρισμός των μελών της οικογένειας, η παιδική κακοποίηση και το οικογενειακό ιστορικό (Jeronimus, Kotov, Riese&Ormel, 2016. Hancock, Mitrou, Shipley, Lawrence&Zubrick, 2013. Bienvenu&Ginsburg, 2007).

1.3 Συχνές μορφές ψυχικής ασθένειας

Η διάγνωση των ψυχικών ασθενειών πραγματοποιείται με κλινικές μεθόδους. Σε αυτές περιλαμβάνονται η προσεκτική και η λεπτομερή συλλογή των στοιχείων που συνθέτουν το ιστορικό του ασθενή, η κλινική εξέταση των λειτουργικών σε ψυχικό επίπεδο και οι παρακλινικές εξετάσεις που είναι εξειδικευμένες. Ο υψηλός βαθμός αξιοπιστίας αλλά και εγκυρότητας στη διάγνωση των συμπτωμάτων επιτυγχάνεται μέσω χρήσης ενιαίων ορισμών των συμπτωμάτων και των πρότυπων διαγνωστικών κριτηρίων (WHO, 2011b).

Οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από ετερογενή και πολυποίκιλη εικόνα. Ορισμένες από αυτές είναι σοβαρές και άλλες ήπιες. Η διάρκεια τους μπορεί να είναι λίγες εβδομάδες ή και για μια ζωή. Ορισμένες απαιτούν λεπτομερή εξέταση,

ενώ άλλες γίνονται αντιληπτές και από τους απλούς παρατηρητές (WHO, 2011b). Θα ακολουθήσει η περιγραφή των πιο συχνών μορφών.

1.3.1 Κατάθλιψη

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την κατάθλιψη στις πιο σοβαρές μορφές ασθενειών που οδηγούν στην αναπηρία. Στα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η έλλειψη του ενδιαφέροντος, ο μειωμένος βαθμός ενεργητικότητας και η θλίψη. Επιπλέον, ο χαμηλός βαθμός αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, οι ενοχές χωρίς λόγο, οι σκέψεις για θάνατο και αυτοκτονία, ο μειωμένος βαθμός συγκέντρωσης και οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Είναι ακόμη πιθανό να συνυπάρχουν και σωματικά συμπτώματα. Η διάγνωση της κατάθλιψης μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο εφόσον τα συμπτώματα ξεπεράσουν κάποιο συγκεκριμένο επίπεδο βαρύτητας και έχουν διάρκεια τουλάχιστον δυο εβδομάδων. Η σοβαρότητα της κατάθλιψης ποικίλει. Μπορεί να είναι ήπιας μορφής έως σοβαρή. Η μορφή της μπορεί να είναι επεισοδιακή, χρόνια ή υποτροπιάζουσα. Είναι περισσότερο συχνή στο γυναικείο φύλο, απ' ό,τι στο ανδρικό (Patel, 2017.WHO, 2017).

Η κατάθλιψη συναντάται πιο συχνά στη μέση ηλικία, όμως μπορεί να προσβάλλει τα άτομα σε οποιαδήποτε φάση της ζωής τους. Τις περισσότερες φορές η μορφή της είναι υποτροπιάζουσα. Κάθε επεισόδιο της έχει διάρκεια λίγων μηνών έως κάποια έτη, παρουσιάζοντας μεσοδιαστήματα με φυσιολογικά επίπεδα. Οι υποτροπές είναι πιο συχνές στα άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών. Η τραγικότερη κατάληξη της διαταραχής αυτής είναι η αυτοκτονία, ειδικότερα στις σοβαρές μορφές κατάθλιψης (WHO, 2017).

Υπολογίζεται πως το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού που ζει με κατάθλιψη ανέρχεται σε 322 εκατομμύρια ανθρώπους, δηλαδή το 4,4% του συνολικού πληθυσμού της γης. Γενικότερα οι ψυχικές ασθένειες και ειδικότερα η κατάθλιψη σημειώνουν αυξητικές τάσεις. Από το 2005 έως το 2015 ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν κατάθλιψη αυξήθηκε κατά 18,4%. Η εικόνα αυτή συναντάται κατά κύριο λόγο στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Επιπλέον, οι παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνισή της είναι η φτώχεια, η ανεργία, τα

σημαντικά γεγονότα στη ζωή των ατόμων και η παρουσία ασθενειών. Έχει διαπιστωθεί ακόμη πως ταυτόχρονα με τη κατάθλιψη οι άνθρωποι βιώνουν και άγχος. Τα μισά περιστατικά ανθρώπων με κατάθλιψη εντοπίζονται στην Νοτιοανατολική Ασία και στις περιοχές του δυτικού Ειρηνικού (Friedrich, 2017).

1.3.2 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια συμπεριλαμβάνεται στις σοβαρές διαταραχές, η έναρξη της οποίας τοποθετείται στην ύστερη εφηβεία ή κατά τα πρώτα ενήλικα χρόνια. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι οι δομικές παραμορφώσεις στη σκέψη και την αντίληψη και το απρόσφορο συναίσθημα. Επίσης, σε αυτά συμπεριλαμβάνεται η ακλόνητη πίστη στις αβάσιμες και ψευδείς ιδέες, οι οποίες περιγράφονται με τον όρο «παραλήρημα». Η ασθένεια ασκεί επίδραση στις βασικές λειτουργίες, οι οποίες παρέχουν στους ανθρώπους της ατομικότητας, του αυτοπροσδιορισμού και της μοναδικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια διαταράσσεται σοβαρά κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων φάσεων της ασθένειας, γεγονός που έχει αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις. Η πορεία της συγκριμένης διαταραχής ποικίλει μεταξύ των ατόμων. Υπάρχει ακόμη η περίπτωση πλήρους ανάρρωσης, συναντάται στο ένα τρίτο των περιστατικών. Είναι πιθανό όμως να σημειώσει μια υποτροπιάζουσα και χρόνια πορεία, η οποία θα συνοδεύεται από υπολειμματικά συμπτώματα και ελλείψεις στην κοινωνική αποκατάσταση (Millan, Fone, Steckler&Horan, 2014).

Οι εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στις φαρμακευτικές θεραπείες και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, έχουν ως αποτέλεσμα την αντιμετώπιση σε ικανοποιητικό βαθμό των μισών σχεδόν ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Αριθμός μικρότερος από το ένα πέμπτο των ασθενών με τη πάθηση αυτή, συνεχίζουν να έρχονται αντιμέτωποι με περιορισμούς σε σοβαρό βαθμό στην καθημερινότητά τους. Η συχνότητα εμφάνισης είναι ίδια και για τα δύο φύλα, ωστόσο στις γυναίκες εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία. Στις γυναίκες διαπιστώνεται επίσης καλύτερη πορεία της νόσου αλλά αποκατάσταση αυτής (ΠΟΥ, 2001).

Ακόμη και αν επιτευχθεί η εξάλειψη των εμφανή συμπτωμάτων, ορισμένα από αυτά, υπολειμματικά, θα παραμείνουν. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η έλλειψη του ενδιαφέροντος και των πρωτοβουλιών αναφορικά με τις δραστηριότητες της

καθημερινότητας και την εργασία, η ανεπάρκεια στον κοινωνικό τομέα και η αδυναμία εμπλοκής σε δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση. Αυτά είναι πιθανό να οδηγήσουν σε διαρκή ανικανότητα καθώς και κακή ποιότητα της ζωής. Επιπλέον, επιβαρύνουν τις οικογένειες των ατόμων με σχιζοφρένεια (Millan, Fone, Steckler&Horan, 2014).

1.3.3 Αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές περιγράφουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η νευρικότητα, η ανησυχία, η ένταση και η ποικιλία των σωματικών συμπτωμάτων. Η έντονη ανησυχία επηρεάζει τις καθημερινές λειτουργίες των ατόμων. Κατατάσσονται στις πιο συνηθέστερες ψυχικές ασθένειες, οι οποίες επηρεάζουν μεγάλο ποσοστό ενηλίκων. Υπολογίζεται πως αυτό κυμαίνεται από 13,6% έως 28,8% (WHO, 2017. Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, Brugha, Bryson, DeGirolamo, DeGraaf, Demyttenaere, Gasquet, Haro, Katz, Kessler, Kovess, Lpine, Ormel, Polidori, Russo, Vilagut, 2004). Συμπεριλαμβάνονται στις διαταραχές με μεγάλο επιπολασμό καθώς και κόστος. Προκαλούν λειτουργική εξασθένηση σε σημαντικό βαθμό και απαιτούν ιδιαίτερα αυξημένους πόρους για την υγειονομική περίθαλψη (Lieb, Becker&Altamura, 2005).

Ο επιπολασμός των διαταραχών του άγχους κυμαίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στην Αμερική. Πρόκειται για την 6^η αιτία που προκαλεί αναπηρία. Προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες, απ' ό,τι τους άνδρες. Οι αγχώδεις διαταραχές συναντώνται το ίδιο συχνά με τις διαταραχές διάθεσης, στις οποίες περιλαμβάνεται η κατάθλιψη (Friedrich, 2017).

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης ICD-10, υπάρχουν οι εξής κατηγορίες (WHO, 2017. WHO, 2011b. Sadock&Sadock, 2000).

- Η διαταραχή πανικού, βασικό χαρακτηριστικό της οποίας είναι οι μη αναμενόμενες κρίσεις του σοβαρού άγχους, που επανεμφανίζονται και είναι γνωστές ως κρίσεις πανικού.
- Η αγοροφοβία, βασικό χαρακτηριστικό της οποίας είναι η εμφάνιση άγχους στις περιπτώσεις που το άτομο βρεθεί σε χώρους ή καταστάσεις,

κατά τις οποίες δεν μπορεί να διαφύγει εύκολα ή δεν θα μπορεί να λάβει βοήθεια σε περίπτωση κρίσης πανικού.

- Η ειδική φοβία, η οποία εκδηλώνεται μέσω επίμονου φόβου όταν το άτομο εκτεθεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα. Η έκθεση αυτή προκαλεί πάντα την άμεση αντίδραση του άγχους.
- Η κοινωνική αγχώδης διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται μέσω επίμονο φόβου σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις στις οποίες το άτομο καλείται να πραγματοποιήσει κάποια δραστηριότητα ενώπιον του κόσμου και οι οποίες πιθανώς να του προκαλέσουν αμηχανία. Σωματικά συμπτώματα αυτής είναι ο αυξημένος αριθμός παλμών, η εφίδρωση, το κοκκίνισμα του δέρματος και το τρέμουλο.
- Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες, η οποία εκδηλώνεται κατόπιν έκθεσης του ατόμου σε τραυματικό γεγονός. Αυτό χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα απειλητικό ή ακόμη και καταστροφικής φύσεως. Μερικά παραδείγματα αυτών είναι η εμπλοκή σε βίαιο έγκλημα, φυσική καταστροφή ή ατύχημα, η απαγωγή, η διάγνωση σοβαρής ασθένειας. Χαρακτηριστικά αυτής είναι η επίμονη ανάκληση του γεγονότος αυτού μέσω ονείρων ή αναμνήσεων, η επίμονη συναισθηματική ή σωματική αποφυγή των ερεθισμάτων που έχουν σχέση με το τραύμα, η αποφυγή διαλόγων ή σκέψεων αναφορικά με το τραύμα και τέλος, τα επίμονα συμπτώματα της αυξημένης διέγερσης όπως για παράδειγμα ο ανεπαρκής ύπνος, η υπερβολική φοβική αντίδρασή ή η δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από πλήθος έμμονων ιδεών και ιδεοληψιών. Αυτές έχουν τη μορφή σκέψεων, παρορμήσεων ή εικόνων που έχει βιώσει το άτομο κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι επίμονες, δυσάρεστες, ακατάλληλες, επαναλαμβάνονται και προκαλούν δυσφορία ή άγχος.
- Η διαταραχή του γενικευμένου άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονο και υπερβολικό άγχος αλλά και ανησυχία. Τα συμπτώματα αυτά είναι δυσανάλογα της πραγματικής επίδρασης της κατάστασης που επιφέρει φόβο. Κυριότερα συμπτώματα είναι η νευρικότητα, η ένταση, η ευερεθιστότητα, η κόπωση, οι διαταραχές στον ύπνο, η εφίδρωση, η ζάλη,

οι αυξημένοι παλμοί, το ανακάτεμα στο στομάχι και τέλος η αδυναμία συγκέντρωσης.

1.3.4 Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer σύμφωνα με το ICD-10 ταξινομείται στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Πρόκειται για μορφή άνοιας, μια εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου, χαρακτηριστικά της οποίας είναι η προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών του ατόμου. Δηλαδή, της μνήμης, της σκέψης, της αντίληψης, της ικανότητας να πραγματοποιεί υπολογισμούς, της γλώσσας, της ικανότητας για μάθηση και κρίση. Η μείωση στις γνωστικές λειτουργίες προκαλεί με τη σειρά της επιδείνωση στον κοινωνικό και συναισθηματικό έλεγχο. Η διάγνωση της πραγματοποιείται όταν διαπιστωθούν δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινότητας του ατόμου. Όσο νωρίτερα γίνει η διάγνωση της νόσου, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η παρέμβαση (Alzheimer's Association Update, 2018).

Η έναρξη της νόσου είναι σταδιακή και η επιδείνωσή της βραδεία. Είναι σημαντικό να διαφοροποιείται από τη φυσιολογική έκπτωση στις νοητικές λειτουργίες του ατόμου που οφείλεται στην ηλικία του. Σε αυτή τη περίπτωση, η έκπτωση είναι μικρότερης έντασης, περισσότερο σταδιακή και προκαλεί μικρότερου είδους αναπηρία. Η νόσος Alzheimer ξεκινάει μετά τα 65 χρόνια συνήθως. Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η έκπτωση παρουσιάζει ταχεία αύξηση (Alzheimer's Association Update, 2018).

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δεν δείχνουν διαφοροποίηση στην έκπτωση εξαιτίας του φύλου, ωστόσο διαπιστώνεται η ύπαρξη περισσότερων γυναικών με τη νόσο αυτή, γεγονός που οφείλεται στο ότι είναι μακροβιότερες. Οι ακριβείς αιτίες εμφάνισης της νόσου παραμένουν άγνωστες. Στους παράγοντες που έχουν προταθεί κατά καιρούς περιλαμβάνονται είναι οι διαταραχές στη ρύθμιση της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς αλλά και άλλων πρωτεϊνών, οι διαταραχές στο μεταβολισμό του αργιλίου και του ψευδαργύρου (WHO, 2011b). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί σχέση με τον Διαβήτη τύπου 2, το κάπνισμα, την απουσία φυσικής δραστηριότητας και τη παχυσαρκία (Hazar, Seddigh, Rampisheh & Nojomi, 2016).

Υπολογίζεται πως στην Αμερική ο αριθμός των ατόμων που πάσχει από νόσο Alzheimer ανέρχεται σε 5,7 εκατομμύρια. Ενώ τα επόμενα χρόνια αναμένεται ο διπλασιασμός αυτών. Το 2015 ο αριθμός των θανάτων από τη νόσο αυτή έφτασαν τους 110,561, κατατάσσοντας την νόσο στην 6^η θέση των αιτιών που ευθύνονται για τους θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Alzheimer's Association Update, 2018). Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, 1 στους 5 ανθρώπους πάνω από την ηλικία των 80 ετών νοσεί από κάποιου είδους άνοιας, ενώ συχνότερη είναι η νόσος Αλτσχάιμερ. Στην Ελλάδα υπολογίζεται πως ζούνε 200.000 περίπου άνθρωποι με άνοια. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί με δραματικό τρόπο στο μέλλον (<https://alzheimerathens.gr/worldalzheimersday-2-2/>).

2^ο Κεφάλαιο: Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

2.1 Ιστορική αναδρομή ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Είναι γεγονός πως η περίθαλψη των ατόμων με ψυχικές ασθένειες πάντα ήταν αντικατοπτρισμός του τρόπου με τον οποίο αντιμετώπιζαν οι κοινωνίες τις ψυχικές αυτές νόσους. Στο πέρασμα των αιώνων υπήρξαν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης. Σε κάποιες κοινωνίες κατείχαν ξεχωριστή θέση καθώς πίστευαν πως μιλούσαν με τους θεούς ή τους νεκρούς. Στον μεσαίωνα επέλεξαν τον βασανισμό τους, ενώ αργότερα επέλεξαν τον εγκλεισμό τους σε ιδρύματα. Τον 19^ο αιώνα στην Ευρώπη παρουσιάστηκαν διάφορες τάσεις. Παράλληλα με την ανάπτυξη της επιστήμης της ψυχιατρικής, οι ψυχικές ασθένειες βρέθηκαν στο επίκεντρο των επιστημονικών ερευνών. Οι ψυχικά παθόντες έγιναν αντιληπτοί ως ασθενείς που έχουν ιατρικό πρόβλημα. Από την άλλη, οι άνθρωποι αλλά και άλλοι που εμφάνιζαν ανεπιθύμητες συμπεριφορές, ερχόταν αντιμέτωποι με την απομόνωση και τον περιορισμό σε ιδρύματα, άσυλα ή ψυχιατρεία (WHO, 2001).

Την δεκαετία του '50, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επίσημοι φορείς αποφάσισαν και στήριξαν τη χάραξη των νέων πολιτικών αναφορικά με τον τρόπο που φροντίζονται οι ψυχικά ασθενείς. Οι κυβερνήσεις με τη σειρά τους, χρηματοδότησαν νέα μοντέλα ψυχικής υγείας και προχώρησαν στην ψήφιση νέων νόμων. Παράλληλα, τόσο τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, όσο και γενικότερα η κοινωνία εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους για τα άτομα αυτά. Ξεκίνησαν συζητήσεις αναφορικά με τα δικαιώματα τους, ενώ αναγνωρίστηκε η ανεπάρκεια των θεραπειών που ακολουθούνταν στα ιδρύματα, όπως επίσης και ο στιγματισμός και οι διακρίσεις που γινόταν εις βάρος τους (Tuntiya, 2003).

Έως τότε κοινότητα γινόταν αντιληπτή ως απειλητικό και βίαιο περιβάλλον για τους ασθενείς με ψυχική πάθηση, όμως από τα μέσα της δεκαετίας η φροντίδα τους στα πλαίσια της κοινότητας ήταν πρωταρχικός στόχος για την ψυχιατρική. Ταυτόχρονα, η παραμονή στο ψυχιατρείο συνδέθηκε με τον διαχωρισμό και τον αποκλεισμό από την κοινωνία αλλά και την άσχημη μεταχείριση. Η άνθιση της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής, κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70 στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, παρείχε ένα ιδεολογικό και πρακτικό μοντέλο αναφορικά με τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών μακριά από τους χώρους των ψυχιατρείων (Μαδιανός, 2002).

Τα επόμενα χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες της Δύσης, όπως για παράδειγμα στην Αμερική και την Μεγάλη Βρετανία, ακολουθήθηκαν διαδικασίες για την αναδιοργάνωση των δομικών και θεσμικών στοιχείων τα οποία ασκούσαν έλεγχο και όριζαν τον τρόπο λειτουργίας του ψυχιατρικού συστήματος. Αυτές έγιναν γνωστές με τον όρο «ψυχιατρική μεταρρύθμιση». Τα επόμενα χρόνια η τάση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση εκφράστηκε μέσα από τη δημιουργία δομών και μονάδων ψυχικής υγείας στα πλαίσια της κοινότητας αλλά και από την προσπάθεια να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία (Μαδιανός, 2002.Σκαπινάκης & Μαυρέας, 2001). Η απομάκρυνση από τις αρχές της ιδρυματικής ψυχιατρικής είχε ως αποτέλεσμα την μετακίνηση εκτός των ψυχιατρικών ασύλων των ψυχικά ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε ο όρος αποασυλοποίηση προκειμένου να περιγραφεί μία από τις σημαντικότερες πτυχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στην Αμερική και τη Μεγάλη Βρετανία οι προσπάθειες για την μεταρρύθμιση και την αποασυλοποίηση συνεχίστηκαν και τα επόμενα χρόνια. Η Ιταλία οδηγήθηκε σε παρακμή την δεκαετία του '80. Ενώ στις χώρες με λιγότερη ανάπτυξη, όπως για παράδειγμα η Ισπανία, η Πολωνία και η Ελλάδα ξεκίνησαν την εφαρμογή τους με καθυστέρηση (Madianos&Christodoulou, 2007.Mechanic, 2007.Tuntiya, 2003). Η καθυστέρηση που σημειώθηκε στην Ελλάδα σχετίζεται με την αγροτική κοινωνία, που κρατούσε τους ψυχικά ασθενείς μακριά από τον κόσμο. Έως τη δεκαετία του '80 το σύστημα της παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούνταν από εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία, που υστερούσαν σε εξοπλισμό και προσωπικό με την απαραίτητη ειδίκευση (Δεπάστας, 2018).

Όπως αναφέρουν οι Σκαπινάκης και Μαυρέας (2001) η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή η μετάβαση από το μοντέλο της ιδρυματικής φροντίδας στο μοντέλο της φροντίδας στην κοινότητα, είναι μία από τις περισσότερο ριζοσπαστικές κινήσεις που έλαβαν χώρα σε διεθνές κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Για τα κοινωνικά αυτά φαινόμενα που έχουν μεγάλη έκταση, όπως αυτό της αποασυλοποίησης, παρέχονται πολλές αιτιολογίες. Αυτές προέρχονται από διάφορους ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς τομείς, όπως είναι για παράδειγμα η ανάλυση των επιστημών της υγείας, η φιλοσοφία της υγείας και η κοινωνιολογία (Madianos, 2006).

Μεταξύ των αιτιών που προκάλεσαν την διαδικασία της αποασυλοποίησης και της ψυχιατρικής φροντίδας είναι η σημαντική πρόοδος που επετεύχθη στην

ψυχοφαρμακολογία. Η δημιουργία νέων φαρμάκων, ιδιαίτερα αντικαταθλιπτικών και νευροληπτικών, συνέβαλλε στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών και στην έξοδο πολλών από αυτούς στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, η ανάπτυξη των νέων μορφών των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων συνέβαλλε στην πιο ομαλή προσαρμογή των ασθενών στους χώρους εκτός του ψυχιατρείου. Ακόμη, οι κινήσεις που υπερασπιζόταν τα ανθρώπινα δικαιώματα, έχοντας την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών, συνέβαλλε στο αποδειχτεί ο αρνητικός ρόλος που έχει το άσυλο. Τέλος, σημαντικός ήταν ο ρόλος των ψυχικών και κοινωνικών στοιχείων που ενσωματώθηκαν στον ορισμό της υγείας που εξέδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος μέσω της χρηματοδότησης και της επιρροής του για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών κήρυξε τη διαδικασία για την αλλαγή των μοντέλων περίθαλψής τους.

Ο ρόλος των παραπάνω παραγόντων ήταν καθοριστικός για να υιοθετηθεί μια ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, από την οποία προέρχεται η απόπειρα για τη μεταρρύθμιση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ψυχικές ασθένειες και χαράσσονται νέες πολιτικές. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει την ανάγκη διαμόρφωσης ενός θεραπευτικού σχεδίου που εκτός από τη πιθανή νοσηλεία των ασθενών και την λήψη φαρμάκων, περιλαμβάνει επιπλέον παρέμβαση στις οικογένειες τους και παρέμβαση και κοινωνικό επίπεδο. Απώτερος σκοπός είναι η στήριξή τους και η δυνατότητα να επανενταχθούν (Pilgrim&Rogers, 2004).

Σύμφωνα με τον Madiano (2010) η έννοια της μεταρρύθμισης είναι συνώνυμη με τη μετατροπή, την μεταμόρφωση, την αλλαγή και την καινοτομία. Ειδικότερα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει σχέση με την αναδιοργάνωση του συνόλου των δομικών και θεσμικών στοιχείων που μπορούν να ελέγξουν και να ορίσουν το ψυχιατρικό σύστημα που επικρατεί σε μια χώρα. Σε αυτό περιλαμβάνονται τα διοικητικά, οργανωτικά, νομικά και διαδικαστικά ζητήματα, όπως επίσης και το κλινικό πλαίσιο.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι η αλλαγή της φιλοσοφίας και της πρακτικής για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Είναι η μετάβαση από το παραδοσιακό ίδρυμα ψυχιατρικής νοσηλείας στις δομές της ψυχιατρικής περίθαλψης αλλά και αποκατάστασης που έχουν εναλλακτική μορφή και λειτουργούν στα πλαίσια της κοινότητας (Madianos, 2010). Η βάση της είναι η νέα αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, στην οποία το δίκτυο της κοινοτικής

ψυχιατρικής φροντίδας συναντάται με τις απαιτήσεις που έχουν οι ψυχικά ασθενείς. Η υιοθέτηση του μοντέλου της ανοιχτής ψυχιατρικής φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδονοσοκομειακών αλλά και εξωνοσοκομειακών δομών καθώς και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές στηρίζουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και φροντίζουν για την θεραπεία αλλά και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές νόσους (Δαμίγος, 2003).

Οι τρεις παράμετροι που σχετίζονται με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και έχουν κυρίαρχο ρόλο για την επιτυχία των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στα πλαίσια αυτής είναι η παροχή της φροντίδας στην κοινότητα, η αποασυλοποίηση και τέλος η τομεοποίηση. Αναλυτικότερα, η παροχή της φροντίδας στην κοινότητα περιγράφει την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών σε κοινοτική βάση. Αυτή είναι σημαντικό να είναι προσβάσιμη, τοπική και να ανταποκρίνεται στις πολλαπλές ανάγκες που έχει ο πληθυσμός αυτός. Ακόμη, οφείλει να έχει ως στόχο τη χρήση θεραπευτικών τεχνικών που να είναι αποτελεσματικές, ώστε να επέρχεται η ενδυνάμωση αυτών, η αυτοβοήθεια και η αυτοεξυπηρέτησή τους. Ενεργό ρόλο έχει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους αλλά και η δράση υποστηρικτικών μηχανισμών (Madianios, 2010).

Σύμφωνα με τον WHO (2001), η φροντίδα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στην κοινότητα περιλαμβάνει:

- Τις υπηρεσίες που είναι κοντά στους ασθενείς, όπως είναι για παράδειγμα το γενικό νοσοκομείο και τις δομές στην κοινότητα για την μακρόχρονη διαμονή τους.
- Τη θεραπεία και την εξατομικευμένη φροντίδα, όπως έχουν οριστεί κατά τη διάγνωση, και καλύπτοντας τις ανάγκες των ατόμων.
- Τη παρέμβαση ως προς τα συμπτώματα και την ανικανότητα που επέρχεται από αυτά.
- Μια λίστα υπηρεσιών που εμπλέκεται στην κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων αυτών.
- Το συντονισμό των κοινοτικών υπηρεσιών και των επαγγελματιών του χώρου αυτού.
- Τις κινητές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που παρέχουν κατ' οίκον νοσηλεία.
- Τη συνεργασία μεταξύ των φροντιστών για την κάλυψη των αναγκών τους.

- Τις νομοθετικές ρυθμίσεις για την στήριξη όλων των παραπάνω

Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες η οργάνωση της ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας λαμβάνει χώρα μέσω της δημιουργίας καθορισμένων γεωγραφικά περιοχών, οι οποίες ονομάζονται «τομείς». Οι τομείς φαίνεται να έχουν αρκετά κοινά με τις «υγειονομικές περιφέρειες» που χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών απαιτείται να προσδιοριστεί η πληθυσμιακή και γεωγραφική μορφή του κάθε τομέα καθώς και οι ιδιομορφίες του και να στελεχωθούν με ανάλογο προσωπικό. Το μέγεθος που έχει κάθε τομέας ευθύνεται για τις αποστάσεις που απαιτούνται από τους ασθενείς να διανύσουν, προκειμένου να μην απομακρύνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον για να λάβουν περίθαλψη. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε κάθε τομέα περιλαμβάνονται 70.000 έως 150.000 κάτοικοι (WHO, 2001).

Η αποασυλοποίηση προέκυψε εξαιτίας της ανεπάρκειας των ψυχιατρικών αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης, δηλαδή της μονιμοποίησης της ανικανότητας που σχετίζεται με την κοινωνική απομόνωση καθώς και την ιδρυματική φροντίδα. Ο όρος «αποασυλοποίηση» αναφέρεται στην διαδικασία της εξόδου των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία και η μετεγκατάστασή τους στην κοινότητα. Είναι η σημαντικότερη πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, καθώς η μετεγκατάσταση των ασθενών στοχεύει στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση αλλά και στην επανένταξή τους στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, οδηγεί στην υλοποίηση ενός δικτύου με εναλλακτικές κοινοτικές δομές αλλά και στο κλείσιμο των ψυχιατρικών ιδρυμάτων (Υφαντής, 2005).

Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί πως η αποασυλοποίηση δεν ταυτίζεται με την διαδικασία λήψης εξιτηρίου των ασθενών. Πρόκειται για μια περισσότερο σύνθετη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει την μεταφορά των χρόνιων ασθενών, έπειτα από την κατάλληλη προετοιμασία τους, στην κοινότητα. Περιλαμβάνει συνεπώς την διαδικασία εδραίωσης και διατήρησης των κοινοτικών συστημάτων για την υποστήριξη των μη ασυλοποιημένων ψυχικά ασθενών, καθώς τη δημιουργία δομών υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας. Σε συνέχεια όλων των παραπάνω επέρχεται το κλείσιμο των ιδρυμάτων. Τέλος, αναφέρεται στις δράσεις πρόληψης προκειμένου να αποφευχθούν οι εισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Υφαντής, 2005).

Προκειμένου να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της αποασυλοποίησης, δηλαδή η επανένταξη των ασθενών στην αυτόνομη διαβίωσή τους και γενικότερα την κοινωνική ζωή, εκτός από την λήψη φαρμάκων, λαμβάνουν χώρα δράσεις για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συμβάλλει στην ανάπτυξη των απαιτούμενων κοινωνικών, διανοητικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στα άτομα που εμφανίζουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες, προκειμένου αυτά να καταφέρουν να ζήσουν αλλά και να εργαστούν μέσα στην κοινότητα (Rossler, 2006).

Αναλυτικότερα, στους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνεται η μείωση των συμπτωμάτων μέσω λήψης φαρμάκων, ψυχολογικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής παρέμβασης. Η μείωση των προβλημάτων που προέρχονται από τον ιδρυματισμό, καθώς και η βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ασθενών μέσα από τη καλλιέργεια των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, της απασχόλησης και της ψυχολογικής αντιμετώπισης. Επιπλέον, στοχεύει στην εξάλειψη του στίγματος και των διακρίσεων αλλά και στην παροχή στήριξης στα μέλη των οικογενειών, από τις οποίες προέρχονται οι ψυχικά ασθενείς. Ακόμη έχει ως στόχο τη δημιουργία αλλά και τη διατήρηση μακροπρόθεσμου συστήματος της κοινωνικής στήριξης, παρέχοντας την κάλυψη βασικών αναγκών όπως τη στέγη, το κοινωνικό δίκτυο και την απασχόληση. Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση των ασθενών στις δεξιότητες της ανεξάρτητης διαβίωσης, όπως το ντύσιμο, η σωματική φροντίδα, η διατροφή. Τέλος, στοχεύει στην ψυχολογική στήριξη τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους και την επαγγελματική εκπαίδευση τους καθώς και αποκατάσταση. Όπως υποστηρίζεται μέσω της εργασίας μπορεί να προαχθεί η γενική λειτουργικότητα των ασθενών, να εμπλακούν σε κοινωνικές σχέσεις και να βελτιωθεί η αυτοπεποίθηση καθώς και η ποιότητα της ζωής τους (Madianos, 2006).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία φιλόδοξη και πολύπλοκη, καθώς συμπεριλαμβάνει ποικίλους τομείς και επίπεδα. Γενικότερα, συμπεριλαμβάνει την κοινωνία ως σύνολο. Συνεπώς οι εμπλεκόμενοι στην διαδικασία αυτή είναι πολλοί. Ορισμένοι από αυτούς είναι οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών, οι επαγγελματίες της υγείας, οι οικογένειες των ασθενών, οι εργοδότες, οι διοικητικοί υπάλληλοι κ.α. (Karastergiou, Mastrogianni, Georgiadou, Kotrotsios, & Mayratziotou, 2005).

Όπως αναφέρουν οι Κονταξάκης και Χριστοδούλου (2000) η λειτουργία αλλά και η συνεργασία των δομών επανένταξης και αποκατάστασης που λειτουργούν στα πλαίσια της κοινότητας, είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του εκάστοτε προγράμματος αποκατάστασης. Τις δομές αυτές τις ταξινομούν στις εξής κατηγορίες:

- Σε αυτές που παρέχουν υπηρεσίες για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και τη συμβουλευτική, όπως τα κέντρα ημέρας, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες για ενήλικες, οι ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες.
- Σε αυτές που παρέχουν στεγαστική αποκατάσταση, όπως τα οικοτροφεία, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες
- Σε αυτές που παρέχουν υπηρεσίες για την επαγγελματική αποκατάσταση, όπως τα εργαστήρια προ και επαγγελματικής κατάρτισης, τα προστευμένα παραγωγικά εργαστήρια, οι κοινωνικές επιχειρήσεις
- Στις ψυχιατρικές υπηρεσίες που λειτουργούν στα νοσοκομεία.

2.2 Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις φάσεις. Αναλυτικότερα, η έναρξη της πρώτης τοποθετείται με την προσχώρηση της χώρας στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) τον Ιανουάριο του 1981. Κατά τη μελέτη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής διαπιστώθηκαν ανεπάρκειες σε σημαντικό βαθμό στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης και πιο συγκεκριμένα στα άτομα με ειδικές αναπηρίες. Τον Δεκέμβριο του 1982 ομάδα εμπειρογνομόνων διαπίστωσε την παρουσία σοβαρών προβλημάτων στα ψυχιατρικά ιδρύματα που λειτουργούσαν στη χώρα. Ως αποτέλεσμα αυτού η ομάδα εξέφρασε την επείγουσα ανάγκη να πραγματοποιηθούν μεταρρυθμίσεις στο σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Η ελληνική κυβέρνηση έκανε γνωστή τη πρόθεσή της να πραγματοποιήσει μεταρρυθμίσεις και ζήτησε οικονομική υποστήριξη για το σκοπό αυτό. Τον Μάρτιο του 1984 το Συμβούλιο του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής αποφάσισε την έκταση οικονομική ενίσχυση της Ελλάδας για ανάγκες στον κοινωνικό τομέα. Τα χρήματα αυτά προοριζόταν για τη

δημιουργιάνέων εγκαταστάσεων κατάρτισης στην περιφέρεια της Αθήνας και τη μεταρρυθμίσεις στην ψυχιατρική περίθαλψη σε όλο την Ελλάδα. Αναλυτικότερα, πρόθεση ήταν η αντιμετώπιση των σοβαρών ανεπαρκειών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης μέσα από την ανάπτυξη νέων δομών και αλλά και υπηρεσιών στο σύνολο της χώρας. Στόχος τους ήταν η κοινωνική και η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με νοητικές αναπηρίες και η βελτίωση της περίθαλψης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Ακόμη, στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας τα Γενικά Νοσοκομεία ανέπτυξαν Ψυχιατρικούς Τομείς καθώς και Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ). Οι δύο αυτές δομές ήρθαν αντιμέτωπες με τη νοοτροπία που κυριαρχούσε στα νοσοκομεία. Συνοδευόταν από τις ανησυχίες για πιθανή διατάραξη της λειτουργίας των νοσοκομείων και τα τις στερεότυπες αντιλήψεις για την επικινδυνότητα των ασθενών με ψυχικές ασθένειες. Επιπλέον, υποστηρίχτηκε πως θα δημιουργούσαν εμπόδια κατά την επέκταση των άλλων κλινικών που λειτουργούν στα νοσοκομεία, καθώς θα καταλάμβαναν μεγάλο χώρο στις κτιριακές υποδομές (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Από την στιγμή που ξεκίνησε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έως το 1989, τόσο στη ψυχιατρική δομή της Λέρου, όσο και στα υπόλοιπα άσυλα, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Ωστόσο η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια βρήκε εμπόδια την ανεπαρκή εκπαίδευση του προσωπικού αναφορικά με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αλλά και την αποασυλοποίηση. Η δημοσιοποίηση στα διεθνή ΜΜΕ των απάνθρωπων συνθηκών που ζούσαν οι εκατοντάδες ασθενείς στο ψυχιατρείο της Λέρου προκάλεσε μεγάλες αναταραχές. Ως αποτέλεσμα της πίεσης που ασκήθηκε λόγω της έκτασης του θέματος, το Υπουργείο πήρε απόφαση να αναθέσει στις ΜΚΟ την διαδικασία μεταφοράς των ασθενών σε ξενώνες. Οι αντιδράσεις όμως που ακολούθησαν από τους ντόπιους, πήραν ακόμη και τη μορφή απεργιακών κινητοποιήσεων και οδήγησαν στη μεταφορά μικρότερου αριθμού ασθενών στους ξενώνες, απ' ότι είχε αρχικά αποφασιστεί (Constantopoulos & Yannulatos, 2004).

Η αδυναμία να απορροφηθούν τα κονδύλια οδήγησε στην διακοπή της κοινοτικής χρηματοδότησης. Στη συνέχεια το Υπουργείο Υγείας ανέθεσε σε ΜΚΟ

την υλοποίηση των προγραμμάτων. Διαπιστώθηκε όμως αδυναμία λειτουργίας αυτών συντονισμένα, με αποτέλεσμα ορισμένες να μην καταφέρουν να ολοκληρώσουν τα προγράμματα που είχαν ξεκινήσει. Το έργο τους όμως έγινε ακόμη πιο δύσκολο από τις αντιδράσεις των κατοίκων των περιοχών που βρισκόταν κοντά στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως οι μονάδες που δημιουργήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 1985-89 επηρέασε σε σημαντικό βαθμό την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της δεύτερης φάσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η στροφή σε μεγαλύτερο βαθμό προς τη διοικητική και διαχειριστική προσέγγιση και η διαμόρφωση του α' προγράμματος που αφορούσε τη ψυχική υγεία. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί τον προσανατολισμό της μεταρρύθμισης. Προκειμένου να υπάρξει συνέχεια στο έργο που ήδη είχε ξεκινήσει, στο τέλος του 1995 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δεσμεύτηκε τη μακρόχρονη τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχιατρικής φύσεως σε όλη την Ελλάδα. Ως αποτέλεσμα αυτού ανέπτυξε ένα πρόγραμμα με δεκαετή διάρκεια (2000-2009) το οποίο έλαβε την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Στόχος αυτού ήταν να συνεχιστεί ο ρυθμός και η δυναμική της μεταρρύθμισης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική επανένταξη και την είσοδο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» συνεχίστηκε η πολιτική του δομημένου προγράμματος μεταρρύθμισης, που περιελάμβανε συγκεκριμένες παρεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η κοινωνική και οικονομική ένταξη των ψυχικά ασθενών. Συνεχίστηκε η δημιουργία δομών για να παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχοντας ως βάση την κοινότητα. Έτσι προσφερόταν τοπικές υπηρεσίες στο σύνολο του πληθυσμού αλλά των ηλικιών. Πιο συγκεκριμένα, το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αρχικά προσπάθησε να ανταποκριθεί στις δεσμεύσεις της χώρας για αξιοποίηση των υπάρχουσων υποδομών και για βελτίωση των συνθηκών που αφορούν τη νοσηλεία και τη διαβίωση των ασθενών στα ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας. Παράλληλα μμερίμνησε για την έξοδο ενός μεγάλου αριθμού ασθενών από τις δομές αυτές (Constantopoulos & Yannulatos, 2004).

Σημαντικό μέρος του προγράμματος πραγματοποιήθηκε με πόρους από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Ιδιαίτερη βαρύτητα είχε ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς μέσω αυτής ήταν εφικτό να συνεχιστούν οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες με την χρηματοδότηση που παρείχε. Στα πλαίσια του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αναπτύχθηκαν πενήνταπέντε μονάδες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών, δηλαδή οικοτροφεία και ξενώνες σε 32 πόλεις σε όλη την Ελλάδα. Σε αυτές φιλοξενήθηκαν 650 ασθενείς, οι οποίοι παράλληλα είχαν τη δυνατότητα κατάρτισης σε ποικίλα αντικείμενα. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν μικρές κοινωνικές επιχειρήσεις (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Η μεταρρύθμιση συνεχίστηκε με χρηματοδότηση του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, με υπεύθυνο υπουργείο για τη διαχείρισή του το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προγράμματα κατάρτισης που έλαβαν χώρα στα πλαίσια αυτού περιοριζόταν στην πρακτική απλής απασχόλησης και αποζημίωσης των επαγγελματιών θέτοντας συγκεκριμένες ώρες για κάθε ημέρα. Η πρακτική αυτή απείχε σε σημαντικό βαθμό από την ολιστική προσέγγιση, απαίτηση της οποίας ήταν η αντιμετώπιση των ατόμων που βρισκόταν αντιμέτωποι με τον κοινωνικό αποκλεισμό εξαιτίας των παθήσεών τους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Η έναρξη της τρίτης φάσης της μεταρρύθμισης χρονικά συμπίπτει με την ψήφιση του Νόμου 2716/1999 που αφορά κατ' αποκλειστικότητα την Ψυχική Υγεία. Ο νόμος αυτός κατείχε σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή και την υλοποίηση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Ακόμη, διευκόλυνε την συμμετοχή των κυβερνητικών και μη φορέων στην αλλαγή της νοοτροπίας που χαρακτηρίζει τη κοινωνία, ενθαρρύνοντας να κατανοηθούν τα προβλήματα και οι ανάγκες των ατόμων με ψυχική ασθένεια και να έχουν περισσότερο ευνοϊκή αντιμετώπιση (Ψυχαργός, 2013).

Αναλυτικότερα, ο νόμος ορίζει πως την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας την έχει το κράτος. Αυτές διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές που ορίζει η τομεοποίηση και η κοινοτική ψυχιατρική. Δίνεται προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη. Ακόμη, συγκροτεί ειδική υπηρεσία με αντικείμενο την υπεράσπιση των δικαιωμάτων που έχουν οι ψυχικά

πάσχοντες. Τέλος, δημιουργεί το νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοιν.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι είναι το κύριο μέσο της επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής ένταξης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Ψυχαργός, 2013).

Τον Σεπτέμβριο του 1999 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής υπέστη σοβαρές καταστροφές από σεισμό, ως αποτέλεσμα αυτού 412 ασθενείς επέστρεψαν στις οικογένειές τους. Έως το τέλος του χρόνου, 151 ασθενείς βρέθηκαν να φιλοξενούνται σε ξενώνες και τον επόμενο μήνα άλλοι 294 τρόφιμοι μετακινήθηκαν σε νοικιασμένα δωμάτια των ξενοδοχείων και ξενώνες. Παρέμειναν στο ίδρυμα 861 εσωτερικοί ασθενείς (Ψυχαργός, 2013).

Στο επόμενο διάστημα ξεκίνησε η μεταφορά ασθενών από το «Δρομοκαΐτειο» σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Έως το τέλος του 2001, λειτουργούσαν 55 εγκεκριμένες μονάδες για στέγαση και μεταφέρθηκε το 80% περίπου των ασθενών σε εναλλακτικές δομές διαμονής. Παράλληλα, τα προγράμματα κατάρτισης αναφορικά με την επαγγελματική επανένταξη έφτασαν στο τέλος τους, όπως επίσης και τα προγράμματα κατάρτισης του προσωπικού (Ψυχαργός, 2013).

Τους πρώτους μήνες του 2001 πραγματοποιήθηκε η 1η Αναθεώρηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Σε αυτή προβλεπόταν πως τα επόμενα δέκα χρόνια θα δημιουργούνταν στην χώρα οι εξής δομές και υποδομές:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα στα νοσοκομεία
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας ενηλίκων
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για τις ανάγκες των παιδιών και των εφήβων
- Μονάδες για την Άμεση Παρέμβαση στην Κρίση, που αφορούν τους χρήστες των ναρκωτικών ουσιών
- Μονάδες για τη σωματική απεξάρτηση και τη ψυχολογική υποστήριξη των αλκοολικών
- Ολοκληρωμένες μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος

- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τις νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές
- Κέντρα Ημέρας για τους ενήλικες, τα παιδιά και τους εφήβους
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστευόμενα διαμερίσματα
- Μονάδες για την Επαγγελματική Επανένταξη των ψυχικά ασθενών
- Ξενώνες και Οικοτροφεία για τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Ψυχαργός, 2013).

Ο σχεδιασμός των παραπάνω δομών και υποδομών βασιζόταν στις αρχές της τομεοποίησης αλλά και της κοινοτικής ψυχιατρικής, προκειμένου να υπάρχει συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα. Δίνεται βαρύτητα τόσο στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών που διέμεναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όσο και στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης στα νοσοκομεία (Ψυχαργός, 2013).

Παρακάτω παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης από το 1985 έως το 2002:

	1985	1989	1994	1999	2002
Ψυχιατρικά νοσοκομεία	9	9	9	9	9
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	17	18	24	38
Ψυχιατρικά Τμήματα Νοσοκομείων	1	33	34	34	60
Μονάδες	-	-	-	47	265
Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης					

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικά αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1985-2002

Πηγή: Constantopoulos & Yannoulatos, 2004

Κατά την τελευταία φάση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισής που διαρκεί έως και σήμερα συνεχίζεται το μεταρρυθμιστικόεγχείρημα, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη χρηματοδότηση καθώς και από τις συντονισμένες ενέργειες του Υπουργείου, ακολουθώντας όσα περιλαμβάνονται στον Ν. 2716/1999. Με Υπουργική Απόφαση η Β' φάση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» εντάχθηκε στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα με τίτλο «Υγεία-Πρόνοια» που χρηματοδοήθηκε από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης. Αυτό περιλάμβανε μέτρα για την ψυχική υγεία (Ψυχαργός, 2013).

Την ίδια περίοδο ξεκίνησε η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια», το οποίο είναι υποπρόγραμμα του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Αντικείμενο αυτού είναι οι εξειδικευμένες παρεμβάσεις στήριξης στα άτομα με πολιτισμικές και φυλετικές διαφορές, που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Το πρόγραμμα αυτό προέβλεπε τη δημιουργία δομών για την «εισαγωγή» των ασθενών και τη «προετοιμασία» των ασθενών αλλά και των δομών που ανήκουν στο «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προκειμένου να ενσωματωθούν οι ασθενείς και να διασφαλιστεί ο σεβασμός προς τις πολιτισμικές διαφορές τους (Ψυχαργός, 2013).

Εφαρμόζοντας τη γενική αρχή της τομεοποίησης Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας διαιρέθηκαν σε Τομείς της Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), λαμβάνοντας υπόψη πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια. Σε κάθε τομέα εντάχθηκαν μονάδες οι οποίες είχαν ως αντικείμενο τη πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Επιπλέον, καθ' όλη τη διάρκεια της φάσης το Υπουργείο προχώρησε στην κατάλληλη αξιοποίηση των υπηρεσιών που πρόσφεραν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις. Αυτές αποτέλεσαν αναπόσπαστο μέρος της συνολικής διαδικασίας του στρατηγικού σχεδιασμού. Ο αριθμός των ΜΚΟ που ενεπλάκησαν αυξήθηκε (Ψυχαργός, 2013).

Παράλληλα, καλλιεργήθηκε η σχέση συνεργασίας με τους δήμους και αναζητήθηκε τρόπος για να αναμειχθούν στα προγράμματα που περιλαμβάνει η μεταρρύθμιση, αλλά πολύ περισσότερο για να υπάρξει η ενεργός συμμετοχή τους. Σκοπός ήταν να εδραιωθεί η ανάληψη ευθύνης αναφορικά με τους ασθενείς που διαμένουν στη κοινότητάς τους. Από την άλλη, η αύξηση του αριθμού των ξενώνων και των άλλων δομών επέφερε και τις αυξημένες αντιδράσεις των κατοίκων που

διαμένουν στις περιοχές που λειτουργούν αυτές (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000).

Τα τελευταία χρόνια δημιουργήθηκαν επίσης σύλλογοι οικογενειών, οι οποίες έχουν μέλος με ψυχική ασθένεια. Τόσο οι σύλλογοι αυτοί όσο και οι οργανώσεις μέλη των οποίων είναι οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών μπορούν να ασκήσουν επιρροή προς τη πολιτική αλλά και τη νομοθεσία που υιοθετείται. Εμπλέκονται ακόμη στην ευαισθητοποίηση του κοινού αναφορικά με ζητήματα που τους απασχολούν και εκφράζουν την άποψη τους αναφορικά με τις θεραπείες που είναι διαθέσιμες. Αντιμετωπίζουν ζητήματα όπως για παράδειγμα η άσχημη προσφορά των υπηρεσιών, η αδυναμία φροντίδας, η ακούσια θεραπεία. Αγωνίζονται για τη βελτίωση των δικαιωμάτων τους και προασπίζονται αυτά που έχουν ήδη καθιερωθεί. Τέλος, αλληλοποστηρίζονται και προβαίνουν σε καταγγελίες αναφορικά με το στίγμα και τις διακρίσεις που γίνονται εις βάρος των ασθενών (WHO, 2008).

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει τις κοινοτικές δομές που αναπτύχθηκαν μετά από το 2002:

Κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας	2002-04	2005-06	2007+
Ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων	16	28	6
Παιδο-ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων	5	4	0
Κέντρα ψυχικής υγείας & Ιατροπαιδαγωγικά	24	25	6
Ξενώνες	9	17	5
Κέντρα Ημέρας	18	10	1
Κινητές μονάδες	6	13	0
Σύνολο	78	97	18

Πίνακας 2: Κοινωνικές δομές της ψυχικής υγείας μετά το 2002

Πηγή: Bellali&Kalafati, 2006

Ο πίνακας που ακολουθεί περιγράφει τις δομές αποασυλοποίησης που αναπτύχθηκαν μετά το 2002:

Δομές αποασυλοποίησης	2002-04	2005-06	2007+
Ξενώνες	22	20	0
Οικοτροφεία	96	13	0
Προστατευόμενα διαμερίσματα	119	0	0
Εργαστήρια Κατάρτισης	2	6	0
Σύνολο	239	39	0

Πίνακας 3: Δομές αποασυλοποίησης μετά το 2002

Πηγή: Bellali&Kalafati, 2006

2.2.1 Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελούν τις βασικότερες μονάδες παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική, δηλαδή αυτή που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια του κοινωνικού ιστού. Σύμφωνα με τους Σακκέλη (2009), Πλουμπίδη (2009), Μαδιανό (2000) και Πλουμπίδη (2000) οι βασικές αρχές λειτουργίας τους είναι οι εξής:

- Η θεσμοθέτηση της περιοχής ευθύνης τους.

Ο αριθμός των ατόμων που μπορούν να εξυπηρετούν αποτελεσματικά είναι συγκεκριμένος και συνήθως κυμαίνεται από 80.000 έως 150.000 κατοίκους. Μέσω της θεσμοθέτησης της περιοχής ευθύνης, γίνεται αντιληπτό πως η παραδοσιακή ιατρική αντίληψη για την ευθύνη των ατόμων που νοσούν και χρήζουν βοήθειας, επεκτείνεται και διευρύνεται στο σύνολο του πληθυσμού, καθιστώντας αναγκαίες και άλλες δράσεις και ειδικότερα την προληψη.

- Η παροχή θεραπείας κοντά στους ασθενείς.

Η ψυχιατρική υποστήριξη λαμβάνει χώρα στον τόπο των αρρώστων και των οικογενειών τους και οι θεραπευτές αναζητούν τρόπους για να τους προσεγγίσουν, συμμάχους αλλά και συνεργάτες στο περιβάλλον τους. Πρόκειται για μια διαδικασία που θυμίζει τους παλαιούς οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι χάρη στη γνώση της τοπικής κοινωνίας αλλά και των οικογενειών που παρακολουθούσαν για αρκετά χρόνια ήταν σε θέση να προλαμβάνουν, να συστήσουν θεραπεία και να κάνουν παραπομπή με αποτελεσματικό τρόπο.

- Η παροχή του πλήρους φάσματος των υπηρεσιών.

Τα ΚΨΥ δέχονται το σύνολο των ασθενών, εκτός από τους χρήστες ουσιών και παρέχουν τις υπηρεσίες που ορίζει η σύγχρονη Ψυχιατρική. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ταχεία υποδοχή αλλά και εξυπηρέτηση των ασθενών και ειδικότερα αυτών που έχουν τον χαρακτήρα του «επείγον», η παροχή φαρμακευτικής θεραπείας, η κλινική παρακολούθηση των ασθενών, η παροχή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών, η οικογενειακή συμβουλευτική. Επιπλέον, τα ΚΨΥ μπορούν να παρέχουν επιπλέον υπηρεσίες σε συνεργασία με τα νοσοκομεία. Αυτές είναι το νοσοκομείο ημέρας, οι ξενώνες και τα εξειδικευμένα ιατρεία όπως για παράδειγμα ψυχογηριατρικής, παιδοψυχιατρικής, χρηστών ουσιών και αλκοόλ, κλειστής νοσηλείας κ.α.

- Η ύπαρξη θεραπευτικής συνέχειας.

Όπως έχει διαπιστωθεί, οι διακοπές στη θεραπεία αλλά και γενικά στις υπηρεσίες που παρέχονται λειτουργεί αρνητικά στην εξέλιξη των ασθενών με ψυχικές παθήσεις. Οι ασύνδετες υπηρεσίες επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο το κόστος της φροντίδας των ατόμων αυτών. Το ίδιο συμβαίνει και στην

περίπτωση απουσίας συνεργασίας μεταξύ των μονάδων. Τα ΚΨΥ μπορούν να εξασφαλίσουν τόσο τη συνέχεια όσο και το συντονισμό των ενεργειών και των υπηρεσιών που απαιτούνται.

- Ο συντονισμός και η συνεργασία των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Για την αποτελεσματική λειτουργία των ΚΨΥ κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία τους με άλλες μονάδες ψυχιατρικής. Ειδικότερα, σε επίπεδο πρόληψης, είναι σημαντική η συνεργασία με τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς που ανήκουν στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση καθώς οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων αναλαμβάνουν τη διαχείριση των ασθενών με άγχος και κατάθλιψη. Έχει διαπιστωθεί πως στην Ελλάδα η συνεργασία εμφανίζει κενά, καθώς οι δυο πρώτες βαθμίδες φροντίδας παρέχονται από μη συνεργαζόμενους φορείς, ενώ και κάποιες φορές ο ένας δε γνωρίζει την ύπαρξη του άλλου.

- Η λειτουργία της ομάδας ψυχικής υγείας.

Εξαιτίας τους εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών (νοσηλευτικό και ιατρικό έργο, παρεμβάσεις στην οικογένεια των ασθενών, συνεργασία με κοινοτικούς φορείς) προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών, απαιτείται η ύπαρξη αρκετών ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας που έρχονται σε επαφή με αυτούς και έχουν διευρυμένο πεδίο ευθυνών. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι νοσηλευτές.

- Η συνεργασία με την κοινότητα.

Η παροχή υποστήριξης από τη γειτονιά, τις δημοτικές αρχές, τις οργανώσεις εθελοντών κ.α. λειτουργεί διευκολυντικά στο έργο των ΚΨΥ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι όμως να υπάρχει σαφήνεια ως προς το αίτημα.

- Η αξιολόγηση.

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με την χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων αναφορικά με την εργασία με τους ασθενείς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τέλος, το κόστος. Πρόκειται για ένα εργαλείο απαραίτητο προκειμένου να επιτευχθεί η ορθολογιστική οργάνωση των υπηρεσιών.

Τα ΚΨΥ συμβάλλουν στην πρωτοβάθμια πρόληψη, δηλαδή στον εντοπισμό και την εξάλειψη των παραγόντων που ενισχύουν την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών. Ακόμη, ενισχύουν τη δευτεροβάθμια πρόληψη μέσω μείωσης της διάρκειας των διαταραχών ή των νόσων παρέχοντας έγκαιρη διάγνωση αλλά και θεραπεία. Είναι ο κύριος τομέας δραστηριότητας των ΚΨΥ και σχετίζεται με τον τρόπο οργάνωσης του δικτύου παραπομπών, την ικανότητα υποδοχής και της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών. Ακόμη έχει σχέση με την δυνατότητα πραγματοποίησης κατ' οίκον επισκέψεων και διαχείρισης των κρίσεων. Δηλαδή, για την άσκηση αυτής είναι απαραίτητη η εμπλοκή και άλλων ειδικοτήτων πέρας της ψυχιατρικής (Μαδιανός, 2000.Πλουμπίδης, 2009.Πλουμπίδης, 2000).

Η δράση των ΚΨΥ κατά την τριτοβάθμια πρόληψη, περιλαμβάνει την εξάλειψη των υπολειμμάτων και των επιπλοκών των διαταραχών καθώς την πρόληψη της ύπαρξης υποτροπιών. Στα πλαίσια αυτής ρυθμίζεται η φαρμακευτική αγωγή και μειώνονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Ακόμη, περιορίζονται οι δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το ανεπαρκές υποστηρικτικό σύστημα, η έλλειψη πόρων και η κοινωνική απομόνωση. Η ενίσχυση των ασθενών στην κοινωνική τους ζωή, την οικογένεια και την κοινότητα είναι απαραίτητη προκειμένου να έχουν επιτυχία οι θεραπευτικές ενέργειες (Πλουμπίδης, 2009.Πλουμπίδης, 2000).

Συνεπώς, οι λειτουργίες των ΚΨΥ είναι οι εξής:

- Η πρόληψη, η πρώιμη διάγνωση και η θεραπεία του συνόλου των διαταραχών ψυχικής υγείας. Η παρέμβαση στην κρίση και παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας. Η παροχή ολοκληρωμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών σε ενήλικες και η υλοποίηση ψυχοθεραπειών σε αυτούς.
- Η συνεχιζόμενη φροντίδα όσων παρουσιάζουν ψυχική ασθένεια και η εξασφάλιση της συνεχούς φροντίδας τους, αναπτύσσοντας στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες ψυχικής και σωματικής υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργικότητα αυτών, να γίνει πρόληψη πιθανής εισαγωγής τους εκ νέου σε νοσοκομείο, η κοινωνική και η επαγγελματική τους αποκατάσταση. Τα ΚΨΥ μπορούν ακόμη να αναπτύξουν μονάδες μερικής νοσηλείας των ασθενών.

- Η ευαισθητοποίηση και η αγωγή της κοινότητας αναφορικά με ζητήματα της Ψυχικής Υγείας. Η υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας καθώς και πρόληψης ψυχικών διαταραχών μέσα από τη συνεργασία με άλλες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα οι εκπαιδευτικοί, οι επαγγελματίες της υγείας ή ακόμη και με ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Η στενή συνεργασία με τις κοινωνικές και κοινοτικές υπηρεσίες που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας
- Η έρευνα των αναγκών και η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας αναφορικά με τον τομέα ψυχικής υγείας (Κριτσωτάκη, 2016).

2.2.2 Κέντρα Ημέρας

Τα Κέντρα Ημέρας είναι ανοιχτές δομές για την παροχή υπηρεσιών σε ενήλικες, που έχουν εμφανίσει ψυχική ασθένεια και διαμένουν εκτός ασύλου, δηλαδή ζούνε με την οικογένεια τους ή σε προστατευόμενες δομές. Στους στόχους τους περιλαμβάνονται:

- Η πρόληψη της υποτροπής των ασθενών, η αποφυγή και η μείωση του χρόνου της κλειστής περίθαλψής τους.
- Η ένταξή τους σε κοινωνικο-θεραπευτικές δραστηριότητες, λαμβάνοντας παράλληλα ψυχιατρική αλλά και ψυχολογική υποστήριξη σε ατομικό, ομαδικό ή οικογενειακό επίπεδο.
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού προκειμένου να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

Τα Κέντρα Ημέρας στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές. Ιδιαίτερη έμφαση για συμμετοχή σε αυτά δίνεται στα άτομα η ηλικία των οποίων κυμαίνεται από 18 έως 45 ετών. Αναλυτικότερα, οι υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια λειτουργίας αυτών είναι:

- Η ψυχιατρική και η ψυχολογική αξιολόγηση και παρακολούθηση

- Η ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, η εργοθεραπεία, το θεατρικό παιχνίδι, η γυμναστική, ο επαγγελματικός προσανατολισμός, οι ομάδες ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι ομάδες αυτό-φροντίδας και οι επιμορφωτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
- Η υποστήριξη και η συμβουλευτική των οικογενειών των ασθενών
- Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, η εκτίμηση και η εκπαίδευση των πολιτών σε ζητήματα της ψυχικής υγείας (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

2.2.3 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) απευθύνουν τις υπηρεσίες τους σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους που εμφανίζουν ψυχικές ασθένειες, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή συμπεριλαμβάνονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, απευθύνονται στον πληθυσμό που είναι υγιής μέσω προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης που αφορούν τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το εκπαιδευτικό προσωπικό, τις τοπικές αρχές αλλά και όλους όσους επιθυμούν να λάβουν μέρος στην υλοποίηση δράσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας, καταπολέμησης του αποκλεισμού και βελτίωσης της ποιότητας της ζωής (Περιτογιάννης, Ληξουριώτης& Μαυρέας, 2014. Περιτογιάννης, Μανθοπούλου, Γιώτη & Μαυρέας, 2013).

Το βασικό χαρακτηριστικό λειτουργίας των ΚΜΨΥ, όπως ορίζει ο Νόμος 2719/1999 είναι η παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, καθώς επίσης σε δευτεροβάθμιο αλλά και τριτοβάθμιο επίπεδο, χρησιμοποιώντας ελάχιστη υποδομή δικής της και μεγιστοποιώντας την υποδομή άλλων υπηρεσιών υγείας. Αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων ή των ΝΠΙΔ μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στο έργο της περιλαμβάνεται η παροχή των υπηρεσιών της πρόληψης, νοσηλείας και ειδικής φροντίδας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης- αρωγής της κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές (Περιτογιάννης, Ληξουριώτης& Μαυρέας, 2014. Περιτογιάννης,

Μανθοπούλου, Γιώτη & Μαυρέας, 2013.Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη& Χριστοδούλου, 2005).

Οι αρχές που ορίζουν τη λειτουργία των Κινητών Μονάδων είναι οι εξής:

- Η τομεοποίηση, καθώς απευθύνονται σε συγκεκριμένο πληθυσμό, νομό αλλά και γεωγραφική περιφέρεια.
- Η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών στα πλαίσια της κοινότητας.
- Η αποτελεσματική και πλήρης κάλυψη των αναγκών που εμφανίζει ο πληθυσμός μιας συγκεκριμένης περιοχής (Περιτογιάννης, Ληξουριώτης& Μαυρέας, 2014).

Οι δράσεις των Κινητών Μονάδων υλοποιούνται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, νοσηλεύτη καθώς και άλλες ειδικότητες όπως ο παιδοψυχίατρος. Η στελέχωσή τους εξαρτάται από τους διαθέσιμους πόρους. Στους στόχους των Κινητών Μονάδων περιλαμβάνεται:

- Η αποκέντρωση της ψυχικής υγείας, η οποία βασίζεται στην μετακίνηση των ειδικευμένων επαγγελματιών της ψυχικής υγείας από τις πόλεις σε περιοχές που παρουσιάζουν ελλείψεις στις υγειονομικές υπηρεσίες. Πρόκειται για αγροτικές περιοχές, δύσβατες και ορεινές.
- Η αντιμετώπιση των ασθενών στο φυσικό τους περιβάλλον και ο περιορισμός των μετακινήσεων τους.
- Η πρόληψη των ψυχικών ασθενειών μέσα από την έγκαιρη διάγνωση.
- Η παρέμβαση από την διεπιστημονική ομάδα (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη& Χριστοδούλου, 2005).

2.2.4 Προστατευόμενα διαμερίσματα

Στα Προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχεται εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης για κάθε ένα άτομο που διαμένει εκεί. Στα πλαίσια αυτών παρέχονται:

- Προστατευμένη κατοικία
- Εκπαίδευση για την κατανόηση και τη διαχείριση της ασθένειας αλλά και των συμπτωμάτων που εμφανίζονται εξαιτίας αυτής

- Λήψη φαρμακευτικής αγωγής
- Πρόληψη στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών καθώς και υποτροπών
- Ψυχοθεραπεία
- Υποστήριξη τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειες τους
- Εκπαίδευση στις δεξιότητες για ανεξάρτητη διαβίωση(Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη& Χριστοδούλου, 2005.Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000).

Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των προστατευόμενων διαμερισμάτων κατέχει η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και ο αποστιγματισμός. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα στελεχώνονται από νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και υπαλλήλους γενικών καθηκόντων. Απευθύνονται σε ενήλικες, οι οποίοι εξαιτίας της ψυχικής διαταραχής τους έχουν ανάγκη από θεραπεία, εποπτεία και υποστήριξη προκειμένου να καταφέρουν να αυτονομηθούν στη ζωή τους. Το θεραπευτικό έργο λαμβάνει χώρα στα πλαίσια οργανωμένων θεραπευτικών πράξεων και δραστηριοτήτων, που καθορίζονται από τις ανάγκες αλλά και τις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου (Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη& Χριστοδούλου, 2005.Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000).

Η παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας στα πλαίσια των προστατευόμενων διαμερισμάτων αποσκοπεί στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας των ενοίκων προκειμένου να είναι λειτουργικοί στην κοινότητα. Στους στόχους περιλαμβάνονται η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, η ενημέρωση και η ενίσχυση σε ότι αφορά τον επαγγελματικό τομέα, η πληροφόρηση και η συμβουλευτική αναφορικά με ζητήματα υγείας κ.α(Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

Η επίτευξη των στόχων επιδιώκεται μέσω ανάπτυξης της συνεργασίας με:

- Τις ομάδες κοινωνικού ενδιαφέροντος
- Τις συνεδρίες των οικογενειών
- Με τις ατομικές και ομαδικές συνεδρίες
- Με την καθημερινή στήριξη και εποπτεία των ενοίκων από τους υπαλλήλους γενικών καθηκόντων αλλά και τους νοσηλευτές που βρίσκονται εκεί
- Την ακολουθία ομαδικού προγράμματος δραστηριοτήτων, όπως για παράδειγμα οι έξοδοι και οι εκδρομές

- Τη συμμετοχή στις εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται στην Κοινότητα(Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

2.2.5 Ξενώνες

Οι ξενώνες έχουν δυναμικότητα φιλοξενίας έως και 15 ατόμων. Σε αυτούς παρέχονται υπηρεσίες σε άτομα με ψυχικές ασθένειες αλλά και όσους αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα στη διαβίωση, τη θεραπεία και την υποστήριξη στοχεύοντας στην ανεξαρτητοποίηση τους στο μέγιστο βαθμό. Με κριτήριο τον χρόνο παραμονής των ασθενών σε αυτούς χαρακτηρίζονται βραχείας, μέσης αλλά και μακράς διάρκειας. Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψη το κριτήριο παρουσίας του προσωπικού σε αυτούς μπορούν να είναι:

- Υψηλού βαθμού, έχοντας παρουσία του προσωπικού καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου
- Μέσου βαθμού, με παρουσία προσωπικού αλλά όχι όλο το 24ωρο
- Χαμηλού βαθμού, όπου η παρακολούθηση και η υποστήριξη όσων διαμένουν εκεί είναι περιοδική (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

2.2.6 Οικοτροφεία

Τα οικοτροφεία απευθύνονται αποτελούν Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό προστασίας που προσφέρουν διαβίωση, θεραπεία αλλά και υποστήριξη στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχικές ασθένειες. Αποσκοπούν στη παραμονή των ασθενών στην κοινότητα, η συνεχή συμμετοχή τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και των δράσεων που λαμβάνουν χώρα στην τοπική κοινωνία. Οι ασθενείς που διαμένουν σε αυτά είναι άνω των 65 ετών, χρήζουν ψυχογηριατρικής φροντίδας και αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα σοβαρού βαθμού, όπως για παράδειγμα έλλειψης στέγης ή κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

Τα οικοτροφεία διατηρούν σχέσεις με την κοινότητα, οι οποίες δεν είναι απλά τυπικές και δεν περιορίζονται στην απλή παρουσία τους εντός αυτής. Αντιθέτως, αποσκοπεί στην δημιουργία συνθηκών για την ανάπτυξη ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με το σύνολο της κοινότητας, έτσι ώστε να βρίσκεται εκεί κατέχοντας ουσιαστικό τρόπο. Τα οικοτροφεία επιδιώκουν να αναπτυχθούν στενές και ζωντανές σχέσεις με τη γειτονιά,

καθώς και με το σύνολο της κοινωνικής και πολιτιστικής ζωής της περιοχής που βρίσκονται. Λειτουργούν ως μία εστία της κοινωνικότητας και της κοινωνικοποίησης (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια των οικοτροφείων είναι:

- Η υλοποίηση εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, που στοχεύουν στην ανάπτυξη ικανοτήτων προκειμένου να καταφέρουν οι ασθενείς ανεξάρτητη διαβίωση, να κοινωνικοποιηθούν και να εξασφαλίσουν τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου
- Η συμμετοχή των ασθενών στις δράσεις που λαμβάνουν χώρα στην κοινότητα
- Η οργάνωση και η υλοποίηση δράσεων και εκδηλώσεων με ψυχαγωγικό περιεχόμενο
- Η τακτική ιατρική τους παρακολούθηση, η παροχή φαρμακευτικής αγωγής και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων
- Η στήριξη των οικογενειών των ασθενών και η ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα σε αυτούς και τους συγγενείς τους
- Η πραγματοποίηση προγραμμάτων για την καταπολέμηση του στίγματος εξαιτίας της ψυχικής νόσου αλλά και των κοινωνικών προκαταλήψεων που διαμορφώνονται για τους ψυχικά πάσχοντες
- Η παροχή ευκαιριών για τη διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού που στελεχώνει τα οικοτροφεία
- Η συμβολή στην διαδικασία ανάπτυξης των δεικτών και των προτύπων, που διασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται
- Η συμμετοχή τους στις ερευνητικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2000).

2.2.7 Κατ' οίκον

Παράλληλα με την λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, αναπτύχθηκε η κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών με ψυχικές ασθένειες. Η δράση

αυτή αποτελεί τον σημαντικότερο τομέας των Κινητών Μονάδων. Αφορά τη περίθαλψη και την θεραπεία ασθενών που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης. Μέσω αυτών διασφαλίζεται η συμμετοχή των ασθενών και του οικείου περιβάλλοντός τους, ενώ στόχος είναι να γίνει πρόληψη των υποτροπών αλλά και να μειωθούν οι νοσηλείες τους στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Περιτογιάννης, Ληξουριώτης& Μαυρέας, 2014).

2.2.8 Νοσοκομεία Ημέρας

Τα Νοσοκομεία Ημέρας είναι μονάδες για τη μερική νοσηλεία ασθενών που έχουν προχωρήσει στο στάδιο της αποθεραπείας σε σημαντικό βαθμό. Απευθύνονται σε ενήλικες με ψυχικές ασθένειες, οι οποίοι δε χρήζουν 24ωρης ψυχιατρικής νοσηλείας αλλά και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερικά ιατρεία. Οι εξυπηρετούμενοι παραπέμπονται από άλλες υπηρεσίες ή μπορούν να απευθυνθούν οι ίδιοι λαμβάνοντας πρωτοβουλία. Η νοσηλεία είναι καθημερινή, εκτός από τα Σαββατοκύριακα και πραγματοποιείται έως τις απογευματινές ώρες. Κατά μέσο όρο οι ασθενείς παραμένουν εκεί από 2 έως 3 μήνες. Κατά τη διάρκεια αυτών ακολουθούν ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα για την ομαλή μετάβασή τους από τη νοσηλεία στη κοινωνική ζωή ομάδα (Κονταξάκης& Χριστοδούλου, 2005).

2.3 Αξιολόγηση ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Όπως επισημαίνει ο Δεπάστας (2018) παρά το γεγονός ότι έχουν ολοκληρωθεί στη χώρα μας οι πρώτες φάσεις του «Ψυχαργός» και αναπτύχθηκαν νέες υπηρεσίες της ψυχικής υγείας, διαπιστώνεται η ύπαρξη αρκετών γεωγραφικών ανισοτήτων. Ακόμη, είναι αξιοσημείωτος ο αριθμός των υπηρεσιών που έχουν ιδρυθεί αλλά δε τέθηκαν σε λειτουργία, λόγω ελλείψεων στις αναγκαίες ειδικότητες ή των οικονομικών πόρων που απαιτούνται για τη λειτουργία τους. Ωστόσο, το γεγονός αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με το γεγονός ότι δόθηκε βάρος κατά την εφαρμογή του προγράμματος στην διαδικασία αποασυλοποίησης των ασθενών και μετακίνησής τους από τα ψυχιατρεία και όχι στη διαδικασία ανάπτυξης κοινοτικών υπηρεσιών. Τέλος, δε θα πρέπει να παραβλέπεται η οικονομική κρίση που μαστίζει την Ελλάδα και οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την ελληνική κοινωνία.

Για τον Σακέλλη (2008) τα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί σε οργανωτικό, χρηματοδοτικό και διαχειριστικό επίπεδο αλλά η καθυστέρηση υλοποίησης των στόχων που είχαν τεθεί δεν έχουν σχέση μόνο με τις πολιτικές που έχουν ακολουθηθεί και τις κυβερνητικές αποφάσεις. Απαραίτητο όμως κρίνεται να λειτουργήσουν κατάλληλοι μηχανισμοί για ανατροφοδότηση, να δημιουργηθεί το κατάλληλο κλίμα για την αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο, ο καλός τρόπος οργάνωσης και η αξιοποίηση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων στον μέγιστο βαθμό.

Αδυναμίες στη ψυχιατρική περίθαλψη εντοπίζουν επίσης και οι Christodoulou, Ploumpidis, Christodouloy&Anagnostopoulos (2010). Όπως αναφέρουν οι ελλείψεις και τα προβλήματα στην παροχή καλού επιπέδου υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι αναρίθμητα. Τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίζονται είναι η ελλιπής χρηματοδότηση, η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού, υποδομών και εξοπλισμού καθώς επίσης και ελλείψεις στην παροχή των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ακόμη, συναντάται συχνά το φαινόμενο ασυνέχειας στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών, με αποτέλεσμα να είναι αυξημένες οι ανάγκες για νοσηλεία αλλά και για τη δημιουργία περισσότερων διαθέσιμων κλινών.

Η έκθεση που έχει τον τίτλο: «Χαρτογράφηση και Κατανόηση του Αποκλεισμού στην Ευρώπη (Mapping and Understanding Exclusion in Europe): Ιδρυματικές, αναγκαστικές και παρεχόμενες στην κοινότητα υπηρεσίες και πρακτικές σε όλη την Ευρώπη» αποτελεί μια προσπάθεια αποτύπωσης των μεταρρυθμίσεων που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, αναφορικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας. Η δημοσίευσή της πραγματοποιήθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Ψυχικής Υγείας (“Mental Health Europe”). Η σύνταξή της έλαβε χώρα από το Πανεπιστήμιο του Κεντ, που εδρεύει στο Ηνωμένο Βασίλειο και το “Mental Health Europe”. Παράλληλα, υπήρξε βοήθεια από τα μέλη και τις συνεργαζόμενες οργανώσεις και η υποστήριξη της Πρωτοβουλίας «Ανοιχτή Κοινωνία στην Ψυχική Υγεία». Τέλος, στην υλοποίηση αυτής συνέβαλλε το πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την Ισότητα των Δικαιωμάτων καθώς και την Ιδιότητα του Ενεργού Πολίτη (MHE, 2018).

Για την Ελλάδα αναφέρεται πως είναι σε εξέλιξη η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ωστόσο αναγνωρίζεται πως έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές. Σε αυτές

περιλαμβάνεται η αντικατάσταση των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων σε αρκετές περιοχές από τις κλίνες των οξέων ψυχιατρικών περιστατικών που βρίσκονται εντός των γενικών νοσοκομείων. Υποστηρίζεται πως έλαβαν χώρα εξελίξεις στον τομέα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Όμως διατυπώνεται η έλλειψη κοινοτικών υπηρεσιών σε αρκετές περιοχές της χώρας. Υψηλός είναι ο αριθμός που περιγράφει τις ακούσιες εισαγωγές σε σχέση με τις ευρωπαϊκές τάσεις αλλά και αυτές που προκύπτουν σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυξητική τάση διαπιστώθηκε στον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση, ενώ στο μεγαλύτερο αριθμό των δικαστικών αποφάσεων διαπιστώνεται η πλήρης στέρηση της δικαστικής συμπαράστασης. Τέλος, αναφέρεται αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία συνοδεύεται από πτώση στις δημοσιονομικές δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης και τους πόρους που δαπανώνται, εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που έχουν εφαρμοστεί (ΜΗΕ, 2018).

Αναλυτικότερα, εξαιτίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πέντε από τα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα που λειτουργούσαν έκλεισαν. Στις περισσότερες διοικητικές περιφέρειες, εκτός από την Κεντρική Ελλάδα, παρέχονται κλίνες για τους ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας μόνο από τα γενικά νοσοκομεία. Η διαδικασία για το κλείσιμο των ψυχιατρείων που λειτουργούν ακόμη και η μεταφορά των υπηρεσιών τους στα γενικά νοσοκομεία αλλά και τις υπηρεσίες της κοινότητας δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμη και συνεχίζεται. Δεν αναφέρονται κλίνες για τη μακροχρόνια νοσηλεία των ασθενών στα γενικά νοσοκομεία. Όμως διαπιστώνεται πως σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα με ψυχικές νόσους βρίσκονται σε κλίνες οξέων για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας αδυναμίας εύρεσης λύσεων εναλλακτικών (ΜΗΕ, 2018).

Είδος ιδρύματος	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός κλινών/θέσεων	Συνολικός αριθμός ασθενών	Είδος φορέα
Κλίνες γενικών νοσοκομείων για	0	Δ/Υ		

μακροχρόνια νοσηλεία			
Κλίνες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία για μακροχρόνια νοσηλεία	3	Δ/Υ	144 (έως τον Δημόσιος Ιούνιο του '15)
Ψυχιατρικές Μονάδες	36		Ιδιωτικός
Ιδρύματα νοσηλείας/ φροντίδας	0		

Πίνακας 4: Παρουσίαση ψυχιατρικών νοσοκομείων και μονάδων

Πηγή: ΜΗΕ, 2018.

Η πιο συνηθισμένη μορφή της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας είναι οι κλίνες οξέων. Όμως, όπως έχει διαπιστωθεί έπειτα από το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων που παρείχαν μακροχρόνια νοσηλεία, η ανάπτυξη των κλινών οξέων περιστατικών στα πλαίσια των γενικών νοσοκομείων ήταν εν μέρει επιτυχής, εξαιτίας των ελλείψεων στην υποδομή, ύπαρξης καθυστερήσεων στην υλοποίηση ολοκληρωμένου συστήματος της πρωτοβάθμιας υγείας και τέλος, των καθυστερήσεων που σημειώθηκαν κατά την ανάπτυξη των κλινών οξέων ψυχιατρικών περιστατικών που λειτουργούν στα γενικά νοσοκομεία (ΜΗΕ, 2018).

Είδος ιδρύματος	Σύνολο μονάδων	Σύνολο κλινών	Μέσος όρος διαμονής	Είδος φορέα
Κλίνες οξέων περιστατικών γενικών νοσοκομείων (έως 2013)	38	Δ/Υ	26 μέρες	Δημόσιος
Κλίνες οξέων	3	Δ/Υ	32-33	Δημόσιος

σε	μέρες
ψυχιατρικά	
νοσοκομεία	

Πίνακας 5: Αριθμός κλινών οξέων περιστατικών

Πηγή: ΜΗΕ, 2018

Οι ανάγκες στέγασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν στην κοινότητα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, καλύπτονται από τα οικοτροφεία, τους ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα. Οι μισές περίπου από αυτές τις υπηρεσίες παρέχονται από τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Παρατηρείται βελτίωση τα τελευταία χρόνια στον τρόπο λειτουργίας των προστατευόμενων διαμερισμάτων και των οικοτροφείων, όμως υπάρχουν διαφορές σε σημαντικό βαθμό ανάμεσα στις διοικητικές περιφέρειες. Σε κάποιες αυτές οι δομές αυξήθηκαν, ενώ σε άλλες δεν σημειώθηκε καμία βελτίωση. Τέλος, διαπιστώνονται ελλείψεις στην νομοθεσία καθώς αυτή δε καλύπτει την ανεξάρτητη διαβίωση στα πλαίσια της κοινότητας (ΜΗΕ, 2018).

Είδος υπηρεσίας	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός κλινών	Συνολικών αριθμών χρηστών	Κατανομή ανά τομέα
Οικοτροφεία	226	1535	1535	119:δημόσια 107:ΜΚΟ
Προστατευόμενα διαμερίσματα	261	328	328	179:δημόσια 82:ΜΚΟ

Πίνακας 6: Στεγαστικές δομές

Πηγή: ΜΗΕ, 2018

Το πρωτοβάθμιο σύστημα ψυχικής υγείας της χώρας μας δεν φαίνεται να επαρκεί για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των πολιτών. Σε αυτό περιλαμβάνονται τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας και τα Κέντρα Ημέρας. Ενώ δε διαπιστώθηκε ανάπτυξη σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια. Ακόμη, παρατηρείται ανισότητα στη γεωγραφική κατανομή τους, καθώς η Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου συνεχίζουν να μην διαθέτουν κέντρα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, τα μισά από τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας διαπιστώνεται πως έχουν δημιουργηθεί στην περιφέρεια Αττικής. Ωστόσο, έχει αναπτυχθεί η ίδρυση αρκετών συλλόγων για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειες τους, οι οποίοι εκτείνονται σε όλη την Ελλάδα. Αναφορικά με τη συμμετοχή αυτών στις υπηρεσίες που σχετίζονται με το αντικείμενό τους, φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση, όμως συνεχίζει να είναι επουσιώδης (ΜΗΕ, 2018).

Είδος υπηρεσίας	Συνολικός αριθμός μονάδων	Συνολικός αριθμός χρηστών/έτος	Κατανομή ανά τομέα	Χρηματοδότηση
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	40	605.264	39:δημόσια 1: ΜΚΟ	Υπουργείο Υγείας
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	28	26.000	15:δημόσια 13: ΜΚΟ	Υπουργείο Υγείας
Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας	79	6.800	11:δημόσια 68: ΜΚΟ	Υπουργείο Υγείας
Κέντρα αντιμετώπισης Νόσου Αλτσχάιμερ	14		2: δημόσια 12:ΜΚΟ	Υπουργείο Υγείας
Δίκτυα υποστήριξης	0			
Οργανισμοί ληπτών	0			
Λέσχες Κοινωνικοί	αρκετοί		Ιδιωτικοί	

συνεταιρισμοί			
Μονάδες αποκατάστασης και επαγγελματικής επανάταξης	10		Υπουργείο Υγείας
Νοσοκομεία ημέρας	14	12: δημόσια 2: ΜΚΟ	Υπουργείο Υγείας

Πίνακας 7: Περιγραφή διαθέσιμων υπηρεσιών

Πηγή: ΜΗΕ, 2018

3^οΚεφάλαιο: Ανοιχτή φροντίδα ψυχικά ασθενών στο εξωτερικό

3.1 Αγγλία

Η πορεία της ψυχιατρικής φροντίδας στην Αγγλία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον τρόπο δόμησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Από την δεκαετία του '60 διαπιστώθηκε η διάθεση να υιοθετηθεί η σύγχρονη πολιτική για την ψυχιατρική φροντίδα, δηλαδή αυτή της ανοιχτής φροντίδας στην κοινότητα. Έως τότε σε όλη τη χώρα λειτουργούσαν τα άσυλα, τα περισσότερα από τα οποία κτίστηκαν κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 19ου αιώνα. Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ το 1948 βρήκε περισσότερα από εκατό τέτοια άσυλα, τα οποία ήταν διάσπαρτα σε απομακρυσμένες περιοχές, προκειμένου να επιτευχθεί η απομόνωση των ψυχικά πασχόντων. Σε κάθε ένα από αυτά βρισκόταν περισσότεροι από χίλιοι ασθενείς (Becker&Vazquez-Barquero, 2002).

Οι νόμοι που υιοθετήθηκαν τον 18^ο αιώνα, είναι γνωστοί ως «Lunacylaws», αναφερόταν στους «φρενοβλαβείς» και ήταν αυτοί που όριζαν τη λειτουργία των ασύλων έως τη δεκαετία του '50. Οι συνθήκες διαβίωσης σε αυτά ήταν απάνθρωπες όπως επίσης και οι πρακτικές που εφαρμοζόταν σε αυτά. Τα διαθέσιμα στοιχεία φανερώνουν πως μέχρι το 1954, ο αριθμός των ατόμων που νοσηλεύονταν στα άσυλα ανερχόταν έως τους 152.000. Ήταν η χρονική περίοδος με τους περισσότερους ασθενείς, έπειτα ακολουθήθηκε πτωτική πορεία. Τη δεκαετία αυτή διαπιστώθηκε ευρεία χρήση των νευροληπτικών φαρμάκων, που είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του μέσου όρου της διάρκειας της νοσηλείας των ασθενών, οι οποίοι έκαναν εισαγωγή για πρώτη φορά. Ταυτόχρονα, έλαβαν χώρα οι προσπάθειες για την επανεγκατάσταση κάποιων ασθενών στην κοινότητα, ακόμη και μέσα από την παροχή επιδομάτων κοινωνικής πρόνοιας. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν οι πρώτες νοσηλεύτριες, οι οποίες επισκέπτονταν τους εξωτερικούς ασθενείς στις οικίες τους (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Κατόπιν ανάθεσης μελέτης του νομοθετικού πλαισίου που αφορούσε τη Ψυχική Υγεία σε συγκεκριμένη επιτροπή (Royal Commission on the Mental Health Law), τον Μάιο του 1957, η Επιτροπή αυτή προχώρησε στην κατάθεση της έκθεσης που είναι γνωστή ως «PercyReport». Συμπέρασμα αυτής ήταν πως η ψυχική διαταραχή πρέπει να αντιμετωπίζεται, όσο γίνεται περισσότερο, με τρόπο ίδιο που ακολουθείται για την αντιμετώπιση της φυσικής ασθένειας και της ανικανότητας.

Αναφορικά με τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία απευθύνονται οι ψυχικά ασθενείς, προτείνεται η λειτουργία τους να είναι όπως και των υπολοίπων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σύμφωνα με την Επιτροπή ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών με ψυχικές ασθένειες δεν χρήζει νοσηλείας στα νοσοκομεία. Υποστηρίζεται πως αυτοί μπορούν να λάβουν την ανάλογη φροντίδα από τους γενικούς ιατρούς ή να λάβουν υποστήριξη ως εξωτερικοί ασθενείς στα νοσοκομεία ή στις άλλες κοινοτικές υπηρεσίες για την υγεία και τη πρόνοια. Ως αποτέλεσμα του πορίσματος της Επιτροπής, το 1959 πραγματοποιήθηκε η ψήφιση του νόμου που αφορά την Ψυχική Υγεία, γνωστός ως «Mental Health Act» (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Η δεκαετία του '60 περιελάμβανε δράσεις που αφορούσαν την παροχή φροντίδας στους ασθενείς στα πλαίσια της κοινότητας. Το 1961 ο Enoch Powell, από τη θέση του Υπουργού Υγείας, στα πλαίσια της ομιλίας του σε συνέδριο της Εθνικής Ένωσης που αφορά τη Ψυχική Υγεία, περιέγραψε το όραμά του για την κατάργηση της λειτουργίας των νοσοκομείων που είναι αποκλειστικά για ψυχιατρικές διαταραχές και την παροχή της φροντίδας στην κοινότητα, η οποία ακολουθεί το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τον επόμενο χρόνο έγινε η κατάρτιση του σχεδίου δράσης με την ονομασία «Hospital Plan», στο οποίο προβλεπόταν η δημιουργία Ψυχιατρικών Τομέων στα πλαίσια των Γενικών Νοσοκομείων. Ακολούθησε και άλλο σχέδιο δράσης που αφορούσε τη κοινοτική φροντίδα, το οποίο είναι την ονομασία «Health and Welfare». Σκοπός αυτού ήταν η μετατόπιση του ενδιαφέροντος της ψυχιατρικής φροντίδας από τα ψυχιατρικά ιδρύματα, που λειτουργούσαν, στις υπηρεσίες που θα σχεδιαζόταν στις τοπικές υγειονομικές αρχές, δηλαδή έθεταν στο επίκεντρο την κοινότητα (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Για διάστημα είκοσι περίπου ετών, η πολιτική που αφορούσε τη κοινοτική φροντίδα περιελάμβανε την παροχή των υπηρεσιών από τους Ψυχιατρικούς Τομείς που υπαγόταν στα Γενικά Νοσοκομεία. Ωστόσο αυτή αποτέλεσε αρκετές φορές αντικείμενο για την άσκηση κριτικής. Αυτή σχετιζόταν με την ύπαρξη του φαινομένου της «Περιστροφόμενης Πόρτας», δηλαδή «revolving door» στην αγγλική γλώσσα. Σύμφωνα με αυτό οι ασθενείς απευθυνόταν στο νοσοκομείο έπειτα από την εμφάνιση κρίσης, παρέμεναν για λίγες ημέρες στο νοσοκομείο και έπειτα από την λήψη της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής λάμβαναν εξιτήριο, ενώ άλλοι επέστρεφαν εξαιτίας υποτροπών. Ωστόσο, τα ίχνη αρκετών από αυτούς χάνονταν

εξαιτίας της απουσίας των υποστηρικτικών υπηρεσιών (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Η δημοσίευση της Λευκής Βίβλου με τον τίτλο: «Καλύτερες Υπηρεσίες για Ψυχικά Ασθενείς» το 1975, πρότεινε τη μετατόπιση της παροχής φροντίδας στην κοινότητα και εκτός των στενών ορίων της αποκλειστικής ιατρικής φροντίδας που προσφερόταν στα νοσοκομεία. Αναφερόταν ακόμη στον αριθμό των εργαστηρίων κατάρτισης και ξενώνων που έπρεπε να τεθούν σε λειτουργία από τις υγειονομικές αρχές, ώστε να έχει επιτυχία αυτή η πολιτική. Ακόμη, περιελάμβανε πρόταση για την υιοθέτηση μοντέλου παροχής των υπηρεσιών της ψυχιατρικής φροντίδας, σ' ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο, που θα βρίσκεται σε συντονισμό με το υπάρχον δίκτυο των υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν στις τοπικές υγειονομικές αρχές και τις εθελοντικές οργανώσεις (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Μετά από δύο χρόνια, κατόπιν ψήφισης του σχετικού νόμου, δόθηκε η δυνατότητα στις Υγειονομικές Αρχές να ενισχύσουν οικονομικά τις τοπικές αρχές προκειμένου να προσανατολιστούν στην παροχή υπηρεσιών στα πλαίσια της κοινοτικής φροντίδας. Γενικά, η δεκαετία αυτή σηματοδοτεί την έναρξη του διαλόγου σχετικά με την επανεξέταση του νόμου που ψυφίστηκε το 1959 και αφορούσε τη Ψυχική Υγεία («Mental Health Act»). Το 1981 σχετική Έκθεση που δημοσιεύτηκε, ανέφερε πως παρά τις διακηρύξεις της κυβέρνησης για την ανάπτυξη πολιτικών που θα αφορούν τη παροχή φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, η πρόοδος που συντελέστηκε ήταν μικρή. Όπως αναφερόταν σε αυτή, αν και ορισμένοι ασθενείς είχαν φύγει από τα νοσοκομεία, τόσο οι οικονομικοί πόροι όσο και η σχετική τεχνογνωσία εξακολουθούσαν να μένουν σε αυτά, με αποτελέσμαόσοι από τους ασθενείς απευθύνονταν έπειτα στις κοινοτικές υπηρεσίες λάμβαναν πλημμελούςστήριξης. Περιελάμβανε τη πρόταση για τη δημιουργίαπρογράμματος στο οποίο θα περιλαμβανόταν συγκεκριμένες ενέργειες με σκοπό το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείωνκαι παράλληλα την λήψη πρωτοβουλιών από τα τοπικά συμβούλια των υγειονομικών αρχών για να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοινοτική βάση (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington&Jenkins, 2009).

Κατά τις επόμενες δεκαετίες, του '80 και του '90, σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στο εννοιολογικό πλαίσιο που περιγράφει την κοινοτική φροντίδα, η οποία έως τότε περιελάμβανε απλώς την αντικατάσταση των απομονωμένων ασύλων από

τη παρεχόμενη φροντίδα εντός των Ψυχιατρικών Τμημάτων που είχαν την έδρα τους στα Γενικά Νοσοκομεία. Το 1981 έλαβε χώρα η δημοσίευση της Πράσινης Βίβλου η οποία έφερε τον τίτλο: «Φροντίδα στην Κοινότητα». Αυτή περιελάμβανε προτάσεις για την μεταφορά των οικονομικών πόρων από το ΕΣΥ στην τοπική αυτοδιοίκηση αλλά και στις εθελοντικές οργανώσεις, προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με νοητική αναπηρία, στους ψυχικά ασθενείς και στους ηλικιωμένους. Ακόμη, ανέφερε τη δυνατότητα για την άμεση μεταφορά των 20.000 ασθενών που είχαν μακροχρόνια παραμονή στα ιδρύματα. Τα επόμενα χρόνια υιοθετήθηκαν προτάσεις του κειμένου αυτού (Turner, Hayward, Angel, Fulford, Hall, Millard&Thomson, 2015).

Το 1986 σημειώθηκε το κλείσιμο του πρώτου Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Η ίδια εξέλιξη υπήρξε και σε άλλα, τα οποία έπαψαν να λειτουργούν έως τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Το 1990 με την υιοθέτηση νόμου που αφορούσε το ΕΣΥ και την Κοινωνική Φροντίδα («The NHS and Community Care Act») πραγματοποιήθηκαν οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί το πρόγραμμα με τίτλο «Caring for People». Σύμφωνα με αυτόν οι τοπικές αρχές είναι πλέον υπεύθυνες για τη διαδικασία ανίχνευσης και αξιολόγησης των αναγκών, σχεδιασμού και παροχής υπηρεσιών σε συνεργασία με φορείς του ΕΣΥ καθώς και με ανεξάρτητους φορείς παροχής υπηρεσιών. Το 1991 πραγματοποιήθηκε Ειδική Χρηματοδότηση για τις Υπηρεσίες της Ψυχικής Υγείας, προκειμένου να διευρυνθεί το φάσμα των υπηρεσιών. Προτεραιότητα δόθηκε στις κατ' οίκον υπηρεσίες (Turner, Hayward, Angel, Fulford, Hall, Millard&Thomson, 2015).

Το 1996 μέσω νόμου δόθηκε η δυνατότητα παροχών σε χρήμα στους δικαιούχους προκειμένου να επιλέγουν οι ίδιοι το σύνολο των υπηρεσιών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν και γενικότερα να διαχειρίζονται οι ίδιοι την πρόσβασή τους σε αυτές. Δύο χρόνια αργότερα όμως, το 1998, ο τότε Υπουργός Υγείας Frank Dobson προχώρησε στην δήλωση πως η φροντίδα στα πλαίσια της συνοδεύεται από αποτυχία, αν και από την έξοδο των ψυχικά ασθενών από τα ιδρύματα φάνηκε να ωφελούνται αρκετοί από αυτούς. Διαπίστωσε όμως πως υπάρχει αριθμός ασθενών που καταβάλλουν προσπάθειες για την αντιμετώπιση της κατάστασής τους δίχως να λαμβάνουν ουσιαστική βοήθεια. Αυτοί είναι επικίνδυνοι τόσο για το σύνολο της κοινωνίας όσο και για τον ίδιο τον εαυτό τους. Το 1999 δημοσιεύτηκε το Πλαίσιο για τη Δράση των Εθνικών Υπηρεσιών που αφορούν την Ψυχική Υγεία, με τίτλο:

«NationalServiceFramework for Mental Health». Σε αυτό γινόταν περιγραφή των προδιαγραφών που αφορούν τη δράση των φορέων που έχουν αναπτύξει δράση σε εθνικό επίπεδο στον τομέα της ψυχικής υγείας (Turner, Hayward, Angel, Fulford, Hall, Millard&Thomson, 2015).

Το σημερινό σύστημα για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αποτέλεσμα του συνδυασμούπλήθος παραγόντων. Είναι γεγονός πως τα γενικά χαρακτηριστικά που συναντώνται στη Βρετανική κοινωνία, ως μεγασύστημααλλά και οι εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα στον πολιτικό χώρο, αντικατοπτρίζονται στην δομή του ΕΣΥ και συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την εικόνα τουδικτύου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έως το 2002 συνέχισαν να λειτουργούν λιγότερα από τα 20 άσυλα του ΕΣΥ.Το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας διέπεται από τις αρχές που ορίζει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως για παράδειγμα η τομεοποίηση καθώς και η κοινοτική ψυχιατρική. Διαπιστώνονται όμως αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αυτέςεφαρμόζονταιστις διάφορες περιοχές. Για παράδειγμαυπάρχουν περιοχές που συνεχίζουν να βρίσκονται σε λειτουργία οι Ψυχιατρικοί Τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία μέσω των εξωτερικών ιατρείων και τη δυνατότητα παροχής των υπηρεσιών της συμβουλευτικής, της διασυνδεδετικής ιατρικής καθώς και της νοσηλείας των εσωτερικών ασθενών. Παράλληλα, βρίσκονται σε λειτουργία κοινοτικές δομές, συμβουλευτικά κέντρα και ξενώνες, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να επέμβουν στην κρίση. Παρατηρείται όμως και η ύπαρξη περιοχών, στις οποίες επικεντρώνεται η δραστηριότητα κυρίως στις ευέλικτες και μικρές μονάδες στην κοινότητα (Turner, Hayward, Angel, Fulford, Hall, Millard&Thomson, 2015).

Εκτός όπως από τις ιδιαιτερότητες που παρατηρούνται σε τοπικό επίπεδο, παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τους γενικούς γιατρούς, την πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας ή φορείς με εξειδίκευση. Οι φορείς αυτοί, «Mental Health Trusts» όπως αναφέρονται στην αγγλική ορολογία, παρέχουν πλήθος θεραπευτικών παρεμβάσεων στα άτομα που χρήζουν υποστήριξης. Παράδειγμα ενός τέτοιου «Trust» είναι το «Birmingham and SolihullMental Health NHS Trust» που έχει αναπτύξει τις υπηρεσίες του στην περιοχή Birmingham. Στην περιοχή αυτή ο πληθυσμόςανέρχεται στο ένα εκατομμύριο, ο δείκτης ανεργίας είναι υψηλός (σχεδόν6% και διπλάσιος από τον μέσο όρο σε εθνικό επίπεδο) και υπάρχει μεγάληανομοιογένειααναφορικά με τη φυλετική ταυτότητα όσων διαμένουν εκεί (υπάρχει μεγάλος αριθμός ατόμων με ασιατική ή αφρικανική καταγωγή). Το «Trust»

καλείται να ανταποκριθεί στις ανάγκες 1,2 περίπου εκατομμυρίων ατόμων, οι οποίοι διαμένουν σε μια περιοχή με έκταση 172 τετραγωνικών μιλίων. Αυτό στελεχώνεται από 3.900 άτομα και εξυπηρετεί 55.000 περίπου άτομα σε ετήσια βάση (Turner, Hayward, Angel, Fulford, Hall, Millard & Thomson, 2015).

Η παρεχόμενη υπηρεσία έχει ως επίκεντρο την κοινότητα. Στις κοινοτικές αυτές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχεται ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία σε τοπικό επίπεδο. Δηλαδή οι υπηρεσίες παρέχονται τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και στις ειδικές ευπαθείς ομάδες, όπως για παράδειγμα τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους. Λειτουργούν ακόμη μονάδες με εξειδίκευση, όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες που αφορούν τους χρήστες ουσιών ή οι ιατροδικαστικές. Οι μονάδες που περιλαμβάνονται στο «Trust» είναι ευέλικτες και μικρές, ενώ συνεργάζονται μεταξύ τους. Επιπλέον, οι χώροι που χρησιμοποιούνται εξασφαλίζουν σεβασμό προς την αξιοπρέπεια των χρηστών των υπηρεσιών και συμβάλλουν στην προαγωγή των δικαιωμάτων για τη πληροφόρηση αλλά και τη συμμετοχή τους. Ταυτόχρονα, συμβάλλουν στην εξάλειψη τυχόν διακρίσεων και του στιγματισμού. Περιλαμβάνονται ακόμη και οίκοι υπηρεσιών και η ανάπτυξη συνεργασίας με τους συγγενείς και τους φροντιστές των ασθενών προκειμένου να ενδυναμωθούν αμφότεροι και να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους (Turner, J., Hayward, R., Angel, K., Fulford, B., Hall, J., Millard, C. & Thomson, M. (2015).

Όπως υποστηρίζεται από τον Johnson και τους συνεργάτες του (2001) η διαδικασία για το κλείσιμο των ψυχιατρικών στην Αγγλία ήταν σταδιακή. Γενικότερα, η προσπάθεια αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών χαρακτηρίζεται από επιτυχία. Όμως διαπιστώνεται η αδυναμία να καλυφθούν οι ανάγκες του μεγάλου αριθμού των ψυχικά ασθενών που απομακρύνθηκαν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, από τις εναλλακτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Όπως αναφέρεται στην έκθεση με τίτλο: «Χαρτογράφηση και Κατανόηση του Αποκλεισμού στην Ευρώπη» (Mapping and Understanding Exclusion in Europe) στη παρούσα φάση τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που διαμένουν στην Αγγλία, μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινοτική περίθαλψη στα νοσοκομεία, τις ψυχιατρικές μονάδες, τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις υποστηριζόμενες υπηρεσίες που αφορούν τη διαμονή τους. Επιπλέον, τα άτομα με

μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας υποστηρίζονται προκειμένου να ζούνε ανεξάρτητα στο σπίτι τους ή σε σπίτια με την κατάλληλη υποστήριξη.

Όπως αναφέρουν οι Hewlett και Horner (2015) το αγγλικό σύστημα φροντίδας για τη ψυχική υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα από τα περισσότερο ξεκάθαρα παραδείγματα προσέγγισης της κοινοτικής φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς, εξαιτίας των δικτύων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και των δομών κοινοτικής περίθαλψης. Αξιολογήσεις και έρευνες αποκαλύπτουν τις θετικές επιπτώσεις αυτών για τους ασθενείς.

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν το 2016:

- Συνολικά 25.577 άτομα δέχτηκαν υπηρεσίες για προβλήματα ψυχικής υγείας έως 31 Μαρτίου 2016. Από αυτά, τα 20.151 τοποθετήθηκαν στο νοσοκομείο και τα 5.426 δέχτηκαν θεραπεία στα πλαίσια της κοινότητας
- Κατά το χρονικό διάστημα 2015-2016 δέχτηκαν υπηρεσίες 63.622 άτομα.
- Υπήρχε αύξηση στον αριθμό και τη χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται από ιδιωτικούς και μη κερδοσκοπικούς φορείς
- Κατά το χρονικό διάστημα 2015-2016 έλαβαν χώρα 4.361 θεραπείες στα πλαίσια της κοινότητας, αριθμός που μειώθηκε κατά 4% σε σύγκριση με τη προηγούμενη περίοδο 2014-2015, κατά την οποία ο αριθμός κυμαινόταν στις 4.564 (MHE, 2018).

Στα πλαίσια έρευνας που πραγματοποιήθηκε από την «Συμμαχία Ψυχικής Υγείας» (2017) διαπιστώθηκε πως:

- Το 49% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως τα άτομα με ψυχικές ασθένειες δεν αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια βάσει του νόμου που αφορά την ψυχική υγεία
- Το 50% των ερωτηθέντων υποστήριξε πως δεν θα ήταν σίγουροι εάν τα ανθρώπινα δικαιώματά των ψυχικά ασθενών προστατεύονταν σύμφωνα με τον νόμο που αφορά την ψυχική υγεία
- Το 72% εξέφρασε την διαφωνία του ως προς τη προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές ασθένειες σε σύγκριση με αυτά των ατόμων με σωματικές ασθένειες

- Το 86% εξέφρασε την άποψη πως είναι σημαντικό να επιτρέπεται στους ψυχικά ασθενείς να προσδιορίζουν τα άτομα που βρίσκονται κοντά τους και να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις.

3.2 Καναδάς

Το 1983 κατατέθηκε Έκθεση, γνωστή ως «HeseltineReport» η οποία αφορούσε τις πολιτικές για τον τομέα της ψυχικής υγείας. Στόχος αυτής ήταν η παροχή υποστήριξης για την ανάπτυξη ενός συστήματος υπηρεσιών, το οποίο θα ήταν συνεχή και θα διασφάλιζε πως τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορούν να λάβουν την κατάλληλη βοήθεια στα πλαίσια των κοινοτήτων. Πέντε χρόνια αργότερα, το 1988, συντάχθηκε ένα σχέδιο για την ψυχική υγεία στην επαρχία Οντάριο του Καναδά. Ως αποτέλεσμα αυτής, ξεκίνησε μία σειρά από διαβουλεύσεων, κατά τη διάρκεια των οποίων συστήθηκε να δοθεί προτεραιότητα στις υπηρεσίες για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Η έκθεση πρότεινε τη δημιουργία ενός σχεδίου για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας (HealthCanada, 2002).

Το 1992, ξεκίνησε η δεύτερη φάση της Εθνικής Στρατηγικής για τα Ναρκωτικά. Και την επόμενη χρονιά, δηλαδή το 1993, ξεκίνησε η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια αυτής έλαβε χώρα ένα σχέδιο δεκαετούς διάρκειας με το οποίο δινόταν έμφαση στις υπηρεσίες που αφορούσαν τα άτομα που παρουσίαζαν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Στόχος του Υπουργείου Υγείας και Μακροχρόνιας Φροντίδας ήταν, έως το 2003, η διάθεση του 60% του συνολικού κονδυλίου για τη χρηματοδότηση κοινοτικών υπηρεσιών και του 40% για νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ενέργεια αυτή αντέστρεφε τον εώς τότε τρόπο χρηματοδότησης (HealthCanada, 2002).

Το 1994 δόθηκαν οι σχετικές οδηγίες για τον τρόπο εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, προσδιορίστηκαν οι προσδοκίες για τα Επαρχιακά Συμβούλια Υγείας και ο ρόλος τους στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας ακολουθώντας το σύνθημα «Βάζοντας τους ανθρώπους πρώτα». Τα Επαρχιακά Συμβούλια Υγείας ανέλαβαν τον συντονισμό των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσω ανάπτυξης ποικίλων στρατηγικών όπως για παράδειγμα με

εργαλεία αξιολόγησης και παρακολούθηση της λειτουργίας τους. Σκοπός ήταν η βελτίωση των πρακτικών και η συνέχεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες (HealthCanada, 2002).

Το 1997 ξεκίνησε μια στρατηγική στην επαρχία Οντάριο για τον συντονισμό των ανθρώπινων υπηρεσιών και των συστημάτων ποινικής δικαιοσύνης. Αυτή αποσκοπούσε στη βελτίωση του συντονισμού των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών δικαιοσύνης. Στόχος ήταν η υποστήριξη των ενηλίκων με ψυχικές ασθένειες και άλλου είδους αναπτυξιακές αναπηρίες που έχουν εμπλοκή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Το 1998 κατατέθηκε εκ νέου έκθεση για την ενίσχυση του συστήματος ψυχικής υγείας και της κοινοτικής φροντίδας, ωστόσο δεν βρέθηκε η απαιτούμενη χρηματοδότηση (HealthCanada, 2002).

Το 1999 τα Επαρχιακά Συμβούλια Υγείας ακολουθώντας τις συστάσεις του Υπουργείου Υγείας, προχώρησαν στην εκχώρηση των επαρχιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων στα γενικά δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, έλαβαν χρηματοδότηση για τη δημιουργία των απαραίτητων υπηρεσιών πριν το κλείσιμο το ψυχιατρικών νοσοκομείων. Οι ενέργειες αυτές έλαβαν χώρα στα πλαίσια της πρακτικής με τίτλο: «Making It Happen: Implementation Plan for Mental Health Reform». Τα επόμενα δύο χρόνια ξεκίνησαν οι εντατικές προσπάθειες για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε το 2003 κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα επαρχιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία οδηγήθηκαν στο κλείσιμο και πως υπήρξε επένδυση κεφαλαίων σε κοινοτικά ψυχιατρικά προγράμματα (Swenson & Bradwejn, 2002).

Άλλη σημαντική πρωτοβουλία που έλαβε χώρα στον Καναδά είναι αυτή με τίτλο: «The Framework for the Mental Health Strategy for Corrections in Canada». Οι κατευθυντήριες αρχές στα πλαίσια αυτής της πρωτοβουλίας ήταν οι εξής:

- τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη φυλή, την εθνική ή εθνοτική τους καταγωγή, το χρώμα, τη θρησκεία, την ηλικία, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την οικογενειακή κατάσταση και το είδος της αναπηρίας που φέρουν
- οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πελατοκεντρικές, ολιστικές, πολιτισμικά ευαίσθητες, κατάλληλες για το φύλο και περιεκτικές

- η φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι σύμφωνη με τα κοινοτικά πρότυπα
- ο ρόλος και οι ανάγκες των οικογενειών αναφορικά με την προώθηση της ευημερίας και της παροχής φροντίδας αναγνωρίζεται και υποστηρίζεται.
- η πρόληψη και η αποκλιμάκωση των συμπεριφορών που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας, η παρέμβαση και άλλου είδους παρεχόμενες υπηρεσίες έχουν κρίσιμο ρόλο για την ελαχιστοποίηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής υγείας και βελτίωσης της ψυχικής ευεξίας
- η προώθηση της αποκατάστασης ψυχικής υγείας είναι θεμελιώδης φιλοσοφία που σχετίζεται με τη συνέχεια της φροντίδας
- η συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στα προγράμματα που λαμβάνουν χώρα, κατέχει σημαντικό ρόλο για να καταστούν παραγωγικά μέλη της κοινότητας
- εκτός από τη συμμετοχή τους σε διορθωτικά συστήματα, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με το στίγμα που δημιουργεί εμπόδια στην ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες και επηρεάζει ακόμη, το είδος της θεραπείας και της υποστηρίξης που λαμβάνουν κατά τη διαδικασία επανένταξής τους στην κοινότητα.
- είναι αναγκαία η θέσπιση θεσμών για τη διασφάλιση της συνεχούς αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας (MHCC, 2009).

Στις υπηρεσίες πρώτης γραμμής βρίσκονται οι οικογενειακοί ιατροί, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα πλαίσια της κοινότητας, τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία για έκτακτες περιπτώσεις και η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σε αυτές περιλαμβάνεται η παροχή πληροφοριών και παραπομπών σε υπηρεσίες, οι τηλεφωνικές γραμμές για τις περιπτώσεις κρίσεων και οι κινητές μονάδες. Στόχος τους είναι η εξυπηρέτηση κάθε ατόμου που φέρει συμπτώματα ψυχικής υγείας. Περιλαμβάνουν ακόμη, ψυχιατρικές υπηρεσίες σε εσωτερικούς ασθενείς και εξωτερικούς ασθενείς, ημερήσια νοσοκομεία, φαρμακευτική αγωγή και υπηρεσίες στην κοινότητα για την διαχείριση έκτακτων περιπτώσεων και αναγκών στέγασης (Brink,Doherty&Boer, 2001).

Οι εντατικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας απευθύνονται στα άτομα που έχουν σοβαρή ψυχική ασθένεια και ειδικότερα σε αυτούς που διατρέχουν κίνδυνο επανειλημμένων ή παρατεταμένων νοσηλείων. Τα νοσοκομειακά ή κοινοτικά

προγράμματα προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες στα άτομα με σύνθετες, σπάνιες ή ασταθείς ψυχικές διαταραχές. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι θεραπείες, οι κινητές ομάδες, οι κατ'οίκον υπηρεσίες και οι περιφερειακές ιατροδικαστικές υπηρεσίες. Πρόκειται για πληθυσμό που απαιτεί εντατική θεραπεία, αποκατάσταση και υποστήριξη (MHCC, 2009).

Ωστόσο εκφράζονται αντιρρήσεις για τον τρόπο οργάνωσης της ανοιχτής φροντίδας των ασθενών με χρόνιες ασθένειες στον Καναδά. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται πως κάθε άλλο παρά «ανοιχτή» δεν είναι, ποικίλει ανάλογα με το ποιος είναι ο πάροχος αλλά και τη περιοχή. Τη δεδομένη χρονική στιγμή στον Καναδά εντοπίζονται ποικίλα συστήματα φροντίδας, τα οποία είναι δαπανηρά, πολύπλοκα και προκλητικά τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες αυτών. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν μέτρα, που θα οδηγήσουν στην ριζική μεταρρύθμιση του συστήματος, τα οποία θα εξαλείψουν τις διαφορές αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως τη ποιότητα, την πρόσβαση, τους γεωγραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (Swenson&Bradwejn, 2002).

3.3 Σουηδία

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Σουηδίας είναι οργανωμένο σε τρία επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν εικοσιένα νομαρχιακά συμβούλια σε περιφερειακό επίπεδο. Κάθε μια περιφέρεια αναλαμβάνει την διαχείριση της παροχής υπηρεσιών και θεσπίζει φόρους σε τοπικό επίπεδο. Πρόκειται για ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που είναι αποκεντρωμένο σε πολύ μεγάλο βαθμό. Η κυβέρνηση διανέμει τους πόρους, επιτρέποντας την καθολική κάλυψη για στον τομέα της υγείας. Και είναι επίσης υπεύθυνη για την εποπτεία. Σε τοπικό επίπεδο, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη μακροπρόθεσμη φροντίδα των ηλικιωμένων, των αναπήρων και των ψυχιατρικών ασθενών (European Commission, 2017).

Το σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται κυρίως από την κυβέρνηση. Οι δημόσιες δαπάνες ανέρχονται στο 84% του συνόλου. Ενώ τις ιδιωτικές δαπάνες τις επιβαρύνονται κυρίως τα νοικοκυριά. Ωστόσο, οι χρεώσεις για τις υπηρεσίες να διαφέρουν μεταξύ των περιοχών. Στη Σουηδία υπάρχει πολύ

μικρός αριθμός νοσοκομειακών κλινών για την παροχή οξείας περίθαλψης, περίπου 2.3 ανά 1000 άτομα. Και υπάρχει μεγάλος βαθμός χρήσης των ηλεκτρονικών συστημάτων για την τήρηση των αρχείων ασθενών αλλά και την έκδοση συνταγών (European Commission, 2017).

Η Σουηδία χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό ολοκληρωμένων πολιτικών και στρατηγικών περίθαλψης, οι οποίες ενσωματώνουν την κοινωνική και υγειονομική περίθαλψη. Από το 2015, οι επιχορηγήσεις επικεντρώθηκαν στον συντονισμό των δομών περίθαλψης και την ανάπτυξη υποστηρικτικών δράσεων για τη βελτίωση της συνεργασίας σε επίπεδο δημοτικού συμβουλίου. Οι ολοκληρωμένες πολιτικές περίθαλψης επικεντρώθηκαν επίσης στον τομέα της εξειδικευμένης φροντίδας. Οι τρέχουσες ολοκληρωμένες πολιτικές και στρατηγικές περίθαλψης στη Σουηδία την κάνουν να βρίσκεται στην κορυφή στον τομέα της ολοκληρωμένης φροντίδας σε όλη την Ευρώπη (Bergmark, Bejerholm & Markström, 2015).

Ορισμένες από τις πολιτικές ολοκληρωμένης φροντίδας είναι οι εξής:

- Better life for the sickest elderly people-BLMSE. Στόχος του είναι η ανάπτυξη ενός συστήματος που θα είναι εύκολη η κλήση ασθενοφόρου και η μεταφορά σε νοσοκομείο
- Samordning för Linnea. Στοχεύει στην βελτίωση των υπηρεσιών προς τους πιο βαριά άρρωστους ηλικιωμένους, μέσα από τη δημιουργία πολύ-επαγγελματικών ομάδων με υπαλλήλους από τα περιφερειακά συμβούλια και τους δήμους
- Vi Sammodellen. Στοχεύει στη δημιουργία συνέχειας και τη συνοχή της φροντίδας των ηλικιωμένων αρρώστων
- Äldres Bästaprojekt äldrelots. Στοχεύει στη βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων και την υποστήριξή τους από συγγενείς,
- Πρωτοποριακά ολοκληρωμένα οργανωτικά μοντέλα για τη βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων που σχετίζονται με τη κινητή φροντίδα
- Σχέδιο δράσης για εξ αποστάσεως συνάντηση, το οποίο ενισχύει την ψυχιατρική φροντίδα
- Παροχή φροντίδας χωρίς τη περιττή παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο
- Wägledning ombarnsbehoov σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, το οποίο στοχεύει στη βελτίωση των παρεμβάσεων που αφορούν τους νέους και τα παιδιά

- Video- och distansmöte Handlingsplan 2013-2018, που στοχεύει στην εφαρμογή βίντεο και τις εξ αποστάσεως συναντήσεις για την ενίσχυση της επικοινωνίας χωρίς σύνορα μεταξύ των οργανισμών, των αρχών και των ασθενών
- Samordnad individuell SIP, insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, το οποίο στοχεύει στην εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με τον τρόπο χρήσης συντονισμένων σχεδίων
- Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom områden psykiatri och hälsa, που στοχεύει στην ανάπτυξη και τον συντονισμό των παρεμβάσεων στην ψυχιατρική υγειονομική περίθαλψη και την υποστήριξη της συνεχιζόμενης εργασίας σε όλους τους παράγοντες ·
- Πιλοτικό έργο. Συνεργασία μεταξύ συγκεκριμένων περιοχών και δήμων, που στοχεύει στη δοκιμή των αρχείων που διατηρούνται για τους ασθενείς στις κινητές υπηρεσίες
- Nisseprojektet i Malmö, που στοχεύει στη δημιουργία ενός ειδικού θαλάμου σε νοσοκομεία
- Jönköping County Council (Esther Model), το οποίο στοχεύει στην παροχή υψηλής ποιότητας, ολοκληρωμένης και βασισμένης στις ανάγκες του πληθυσμού υγεία και περίθαλψη
- Norrtälje Integrated Organisation, ο οποίος αποτελείται από οργανισμούς που εργάζονται για την παροχή μοντέλων ολοκληρωμένης φροντίδας ·
- Psychosis and schizophrenia care process, που στοχεύει στην φροντίδα ασθενών με ψυχικά προβλήματα, μέσω έγκαιρης παρέμβασης και θεραπειών για να τις υποστηρίξουν
- Myplan, που στοχεύει στην ενδυνάμωση των ασθενών ως προς το σχέδιο που θα ακολουθηθεί στο σπίτι
- Äldreomsorgens värdegrund - fundamental values in elder care, όπου στόχος είναι όλοι οι εργαζόμενοι στην περίθαλψη ηλικιωμένων να γνωρίζουν και να ακολουθούν τις προθέσεις των θεμελιωδών αξιών, όπως της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας επιλογής, της άσκησης ελέγχου στη φροντίδα
- Shoulder rehabilitation via distance technology, που επιτρέπει την επικοινωνία των ασθενών με τους γιατρούς τους με την χρήση της τεχνολογίας

- Rehabilitationathome, που στοχεύει στην κατανόηση της επιθυμίας των αδύναμων ανθρώπων ως προς τη φροντίδα τους και τη παροχή καλύτερης φροντίδας.
- WestSkaraborgcommunitycare (throughEstherModel), που αφορά τη κοινοτική φροντίδα και βασίζεται στην ανάπτυξη συνεργασίας ενός μοντέλου συνεργατικών μικροσυστημάτων και υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται κατά κύριο λόγο στο σπίτι του ασθενή (EuropeanCommission, 2017).

Η Σουηδία προχώρησε στην υιοθέτηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης το 1995 και στο κλείσιμο των περισσότερων νοσοκομείων και ιδρυμάτων μακράς διάρκειας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Αφορμή για την κίνηση αυτή υπήρξε η δημιουργία της Επιτροπής Ψυχιατρικής Φροντίδας που συστήθηκε το 1992 και η οποία έκρινε πως οι παροχές των κοινωνικών υπηρεσιών ήταν ανεπαρκής και μη ικανοποιητικές (Bergmark, Bejerholm&Markström, 2015).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι φορείς ψυχικής υγείας κλήθηκαν να στηρίξουν τους ασθενείς με ψυχικές ασθένειες με άλλο τρόπο. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη συμμετοχή των ίδιων των ατόμων στη διαδικασία αποκατάστασης και των οικογενειών τους. Στόχος είναι η κοινωνική ένταξή τους και η όσο το δυνατό ποιοτικότερη ζωή για τους ψυχικά ασθενείς (Bergmark, Bejerholm&Markström, 2015).

Ο Σουηδικός Νόμος για την Αναπηρία περιελάμβανε την κάλυψη των αναγκών των ατόμων με αναπηρίες και την οικονομική τους αποζημίωση, προκειμένου να είναι σε θέση να ζήσουν όπως όλοι οι άλλοι. Μεταξύ των παροχών είναι επίσης η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης, η στέγαση, η υποστήριξη για την επικοινωνία με άλλα άτομα και φίλους. Οι κοινωνικές υπηρεσίες υποχρεούνται να αναπτύξουν δράσεις μεταξύ των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των ηλικιωμένων, αλλά και την ανάπτυξη προγραμμάτων σε συνεργασία με τους φορείς ψυχικής υγείας (Stefansson, &Hansson, 2001).

Αρμόδιοι φορείς για την ψυχιατρική περίθαλψη είναι η πρωτοβάθμια μονάδα περίθαλψης και οι δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, υπάρχουν περίπου 1400 τέτοιες μονάδες. 82% του συνολικού αριθμού των ασθενών παραμένουν για

διάστημα λιγότερο του ενός έτους, 16% των ασθενών παραμένουν από ένα έως πέντε έτη και το 2% αυτών για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών (ΜΗΕ, 2018).

Ωστόσο υπάρχουν διαθέσιμες κλίνες για τα άτομα που νοσηλεύονται με εισαγγελική εντολή και εξειδικευμένες θέσεις για την ψυχιατρική παρακολούθηση των παιδιών. Για το 2016 χρειάστηκε να νοσηλευτούν 257 παιδιά για ακούσια θεραπεία. Η κατ'οίκον υποστήριξη στα παιδιά και τους ενήλικες με προβλήματα ψυχικής υγείας παρέχεται από τους δήμους (ΜΗΕ, 2018).

Οι ακούσιες θεραπείες θεσπίστηκαν τον Σεπτέμβριο του 2008. Για να δοθεί η εντολή ακούσιας θεραπείας πρέπει να εκδοθεί πιστοποιητικό θεραπείας, το οποίο εκδίδεται από ιατρό, διαφορετικό από αυτόν που αποφασίζει για την νοσηλεία του ασθενή. Η έκδοση του πιστοποιητικού αυτού είναι το πρώτο βήμα και συμβάλλει στην αξιολόγηση για το αν προκύπτει ανάγκη για υποχρεωτική φροντίδα. Η οριστική απόφαση για την εισαγωγή λαμβάνεται από τον ιατρό/ ψυχίατρο που βρίσκεται στο νοσοκομείο που θα δεχτεί θεραπεία το άτομο. Για την λήψη αυτής λαμβάνονται υπόψη ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης και η ανάγκη για θεραπεία. Ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν ακούσια θεραπεία υπολογίζεται πως ανέρχεται σε 12.000 (Lindelius, 2012).

Το κράτος προχώρησε στην επιχορήγηση δράσεων με σκοπό:

- την ανάπτυξη προγραμμάτων για την ενίσχυση των ατόμων
- την ανάπτυξη της υποστήριξης και της αλληλεπίδρασης των ατόμων με ψυχικές ασθένειες
- την δημιουργία οικογενειακών προγραμμάτων
- την ανάπτυξη οργανώσεων και συλλόγων που δίνουν έμφαση στην υλοποίηση δραστηριοτήτων με σκοπό να αποφευχθεί η απομόνωση των ασθενών και να ενθαρρυνθεί η ενεργός συμμετοχή τους (Stefansson, & Hansson, 2001).

3.4 Νορβηγία

Στη Νορβηγία, όπως και στις περισσότερες δυτικές χώρες, οι υπηρεσίες για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν υποστεί σημαντικές αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες. Τα ψυχιατρικά άσυλα ιδρύθηκαν το 1865 και λειτούργησαν έως

περίπου το 1920, που αντικαταστάθηκαν από μικρότερα νοσοκομεία και ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ασθενών που διαμένουν σε ψυχιατρικά ιδρύματα έχει μειωθεί δραστικά και τα περισσότερα άτομα με ψυχικές ασθένειες ζούνε έξω από τα ιδρύματα. Όμως η παροχή των υπηρεσιών δεν συμβαδίζει με τις εξελίξεις αυτές. Αναφορά που υποβλήθηκε στον νορβηγικό κοινοβούλιο το 1997, επισήμαινε πως δεν παρέχόταν στην ουσία υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα προληπτικά μέτρα ήταν ανεπαρκή, οι υπηρεσίες που παρείχαν οι δήμοι ήταν πολύ λίγες, η προσβασιμότητα στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ήταν ανεπαρκής, η διαμονή των ασθενών συχνά συνοδευόταν από ελλείψεις και η παρακολούθηση των ασθενών δεν επαρκούσε. Το 1998 το νορβηγικό κοινοβούλιο ζήτησε την υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας, την αύξηση της χρηματοδότησης και τη σημαντική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών αυτών (HELSE, 2010. Johannessen, Stubhaug & Skandsen, 2005).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό. Νορβηγικές και διεθνείς μελέτες εκτιμούν πως 15-20% του πληθυσμού εμφανίζει κάποιου είδους ψυχική διαταραχή και το 3% ψυχική ασθένεια σοβαρής μορφής. Ποσοστό 3,1% του πληθυσμού με ηλικία από 16 έως 67 ετών, λαμβάνει αναπηρική σύνταξη με βάση τη ψυχιατρική διάγνωσή του. Ποσοστό 3% του ενήλικου πληθυσμού επισκέπτεται εξωτερικές κλινικές και το 0,8% λαμβάνει θεραπεία σε νοσοκομειακή βάση για μια μία φορά τουλάχιστον το χρόνο. Το 3% των παιδιών και των εφήβων λαμβάνουν θεραπεία από εξειδικευμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες (HELSE, 2010).

Όπως αναφέρθηκε, το 1998 το νορβηγικό κοινοβούλιο προχώρησε στην έγκριση Εθνικού προγράμματος για την ψυχική υγεία, ζητώντας την πραγματοποίηση σημαντικών επενδύσεων, την επέκταση και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών. Το πρόγραμμα αυτό είχε ως στόχο:

- την ενίσχυση της θέσης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού αναφορικά με τα ζητήματα ψυχικής υγείας
- την ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών από τους τοπικούς δήμους (συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης)

- την ενίσχυση και την αναδιάρθρωση των εξειδικευμένων υπηρεσιών για τους ενήλικες
- την ενίσχυση των υπηρεσιών για τα παιδιά και τους εφήβους
- τη βελτίωση των υπηρεσιών για την προώθηση των ασθενών στην αγορά εργασίας
- τη στήριξη των ασθενών με διαμονή και στέγαση
- την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της έρευνας (Bjerkan,Richter,Grimsmoetal, 2011).

Στο Εθνικό Πρόγραμμα για τη Ψυχική Υγεία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εμπειρία που έχουν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι οικογένειές τους. Η ανταλλαγή των εμπειριών τους και η συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κρίνεται απαραίτητη για τον σχεδιασμό κάθε προγράμματος. Στη Νορβηγία, παρά το ενιαίοσύνταγμα, οι δήμοι, έφεραν την ευθύνη για την ευημερία και τη λειτουργία των υπηρεσιών που απευθύνονται στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το κράτος ωστόσο χρηματοδοτούσε τις περισσότερες υπηρεσίες. Ενώ οι υπηρεσίες που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν ενσωματωθεί πλήρως στο κοινό σύστημα (HELSEN, 2010).

Στόχος της πολιτικής που ακολουθήθηκε ήταν η καθολική στήριξη των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Για το σκοπό αυτό το Υπουργείο:

- προχώρησε στη σύσταση συμβουλευτικής ομάδας, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι από όλους τους οργανισμούς χρηστών
- διέθεσε κρατικά κονδύλια στο
- ενίσχυσε τις οργανώσεις των χρηστών
- προχώρησε στη θέσπιση νέων νόμων, στοχεύοντας στη βελτίωση των δικαιωμάτων των ασθενών
- προχώρησε στη δημιουργία νέων υπηρεσιών
- δημιούργησε νέο σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας (HELSEN, 2010).

Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας βαθμίδας υγείας, στις κοινωνικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες σχετικές με την αγορά εργασίας. Οι δήμοι είχαν την ευθύνη για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και τη παροχή

πρωτογενών υπηρεσιών για την υγειονομική περίθαλψη. Συνεπώς ο ρόλος των δήμων αναφορικά με τον συντονισμό των υπηρεσιών που αφορούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικός (HELSEN, 2010).

Καθώς στο τέλος της δεκαετίας του 1990, οι δήμοι λάμβαναν ελλιπής χρηματοδότηση, δεν διέθεταν προσωπικό ικανό και παρουσίαζαν αδυναμία ως προς τον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών. Η κεντρική κυβέρνηση ανέλαβε την ενθάρρυνση του τοπικού σχεδιασμού των υπηρεσιών, μέσω ειδικών επιχορηγήσεων, προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες προς τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (HELSEN, 2010).

Κατά την διαδικασία του προγραμματισμού των υπηρεσιών που αφορούσαν ενήλικες, η προσοχή επικεντρώθηκε:

- στη συμμετοχή των χρηστών στη διαδικασία της θεραπείας και των υπηρεσιών
- η ανάπτυξη υπηρεσιών επαρκούς βοήθειας
- η δυνατότητα συμμετοχής στην αγορά εργασίας και σε άλλες σημαντικές δραστηριότητες
- η ανάπτυξη ευκαιριών για την βελτίωση της κοινωνικής επαφής και της ένταξης των ψυχικά ασθενών, όπως για παράδειγμα με τη συμμετοχή τους σε πολιτιστικές και σωματικές δραστηριότητες
- τον σχεδιασμό των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών (HELSEN, 2010).

Ακόμη, κατά την διαδικασία σχεδιασμού των υπηρεσιών που αφορούν παιδιά και εφήβους, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε σε όσους είχαν ήδη αναπτύξει προβλήματα ή βρισκόταν η ζωή τους σε κίνδυνο. Επιπλέον, προτεραιότητα δόθηκε στην ανάπτυξη προληπτικών μέτρων. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης οι υπηρεσίες που παρεχόταν αφορούσαν την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών, υποστήριξη των οικογενειών και των παιδιών, κατ'οίκον υποστήριξη, ημερήσια κέντρα και προστατευμένη εργασία. Πρόκειται για υπηρεσίες που αφορούσαν το σύνολο των ατόμων που είχαν ανάγκη και όχι αποκλειστικά τα άτομα με ψυχικές ασθένειες. Ωστόσο είναι γεγονός πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απευθυνόταν σε αυτές ήταν ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα (HELSEN, 2010).

Το 2001 η κυβέρνηση προχώρησε στην εφαρμογή του εθνικού σχεδίου, κατά το οποίο ένας γενικός ιατρός αντιστοιχούσε σε ένα άτομο. Ήταν μια προσπάθεια για να διασφαλιστεί πως όλοι είχαν πρόσβαση στην φροντίδα και ιδιαίτερα οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. Την ίδια περίοδο θεσπίστηκε νόμος που παρείχε το δικαίωμα δημιουργία ατομικού σχεδίου φροντίδας στις περιπτώσεις που χρειαζόταν συντονισμένες υπηρεσίες για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο ασκήθηκε κριτική σε αυτόν, καθώς θεωρήθηκε ότι δεν παρέχει το δικαίωμα στους ασθενείς να λάβουν όσες υπηρεσίες θεωρούνται απαραίτητες για την περίπτωσή του (HELSEN, 2010).

Το 2002, η ευθύνη για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας μεταφέρθηκε σε πέντε περιφερειακές αρχές, όπου και παραμένει έως και σήμερα. Αυτές είναι χωρισμένες σε νομικές οντότητες, που ελέγχονται από την κεντρική κυβέρνηση. Οι υπηρεσίες παρέχονται απότα νοσοκομεία, που ανήκουν στις RHA, ή έχουν ανατεθεί σε ιδιωτικούς παρόχους. Δηλαδή, το κράτος ανέλαβε την ευθύνη για τη λειτουργία των νοσοκομείων (HELSEN, 2010).

Σημαντικό στοιχείο του εθνικού σχεδίου για τη ψυχική υγεία αποτελεί η δημιουργία ψυχιατρικών κέντρων (DPC) σε όλη τη χώρα. Το μοντέλο αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως νορβηγική έκδοση των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας που είχε προσαρμοσμένα στις ανάγκες της χώρας. Σε αυτά παρέχονται υπηρεσίες στους εξωτερικούς ασθενείς, όπως είναι η ημερήσια θεραπεία, η νοσηλεία, η παρέμβαση σε κρίσεις, η βραχυχρόνια νοσηλεία, η μακροχρόνια νοσηλεία, η αποκατάσταση και οι υπηρεσίες από κινητές μονάδες. Βρίσκονται σε συνεργασία με τους δήμους για τις ανάγκες της περιοχής και κάθε ένα από αυτά ανταποκρίνεται στις ανάγκες 30.000 έως 60.000 κατοίκων (Ruud&Hauff, 2002).

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλεία έχει μειωθεί και οι ανάγκες των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν στα πλαίσια της κοινότητας. Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που λάμβαναν ιδιωτική περίθαλψη, πλέον στηρίζονται από τις υπηρεσίες που λειτουργούν στους δήμους και τις κοινότητες. Μικρός αριθμός ασθενών που θεωρείται πως έχει αναπτύξει συναισθηματικούς δεσμούς με το πλαίσιο ιδιωτικής περίθαλψης που στηριζόταν, συνεχίζει να λαμβάνει από εκεί βοήθεια (Ruud&Hauff, 2002).

Οι περισσότερες ανάγκες των ασθενών με ψυχικές ασθένειες καλύπτονται από τα DPC. Οι νοσοκομειακές μονάδες έχουν ως κύριο καθήκον τους την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των ασθενών και τον σχεδιασμό θεραπευτικών προγραμμάτων. Επιπρόσθετα βρίσκονται σε λειτουργία οι θάλαμοι οξείας φροντίδας για τις ακούσιες νοσηλείες. Στους θαλάμους ή τις μονάδες εσωτερικών ασθενών η διαμονή είναι μεσαίας διάρκειας, δηλαδή από κάποιες εβδομάδες έως και μερικούς μήνες. Το εθνικό σχέδιο για τη ψυχική υγεία, δέχτηκε επικρίσεις καθώς θεωρήθηκε πως δεν περιελάμβανε σχέδια για τη βελτίωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών των γενικών και ψυχιατρικών νοσοκομείων (Ruud&Hauff, 2002).

Στα πλαίσια των προσπαθειών για την ελαχιστοποίηση των νοσηλείων και την ενίσχυση της οξείας περίθαλψης αλλά και της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών κοντά τις οικογένειες και το κοινωνικό τους περιβάλλον, αναπτύχθηκε η ομάδα κατ' οίκονθεραπείας για την επίλυση των κρίσεων. Περιγράφεται με τον αγγλικό όρο «CrisisResolutionHomeTreatmentTeam» - (CRHT). Στόχος είναι η παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας και υποστήριξης στο περιβάλλον των ασθενών και η αποτροπή της εισόδου τους στο νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό παρέχουν ψυχοκοινωνικές και ψυχιατρικές αξιολογήσεις και ευκαιρίες για την επίλυση κρίσεων όταν αυτές εμφανίζονται. Η δράση αυτή εντάσσεται σε αυτές που αναπτύσσονται από τα DPS. Τα κύρια χαρακτηριστικά της παρέμβασης είναι:

- ο σύντομος χρόνος απόκρισης
- η παροχή αξιολόγησης και άμεσης φροντίδας στο σπίτι και την οικογένεια
- η ανάπτυξη συνεργασιών με τους παρόχους υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- η αξιολόγηση και η στήριξη των ασθενών μέσα από την αντιμετώπισή τους ως εξωτερικοί ασθενείς, κατ' οίκον φροντίδας, παραπομπή σε φορείς και υπηρεσίες και επίλυση κρίσεων (Karlsson, Borg, Eklund&Kim, 2011.Sjølief,Karlsson&Kim, 2010).

Τα παιδιά και οι έφηβοι αντιμετωπίζονται κυρίως ως εξωτερικοί ασθενείς από τις DPC αλλά και τις κλινικές των εξωτερικών ασθενών που αφορούν ενήλικες. Μεγάλο μέρος της αξιολόγησης και της θεραπείας, λαμβάνει χώρα εκτός των χώρων υγείας και πιο συγκεκριμένα στα σπίτια των παιδιών, στα σχολεία και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος μπορούν να συναντηθούν οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών με τις οικογένειες των παιδιών και τα ίδια τα παιδιά. Γενικότερα, οι υπηρεσίες που αφορούν τη

συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ακολουθούν τις αρχές των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ruud&Hauff, 2002).

3.5 Φιλανδία

Σύμφωνα με τον νόμο που ψηφίστηκε το 1840, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία διαχωρίστηκαν από άλλα νοσοκομεία στη Φιλανδία. Το πρώτο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο «Lapinlahti» ιδρύθηκε στο Ελσίνκι το 1841. Από τις αρχές του εικοστού αιώνα και ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία, η τοπική διοίκηση άρχισε να αυξάνει τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών. Ο αριθμός τους κορυφώθηκε τη δεκαετία του 1970, φτάνοντας πάνω από 4 κρεβάτια για 1000 κατοίκους, που ήταν ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη (McDaid&Thornicroft, 2005).

Η αποϊδρυματοποίηση ξεκίνησε τη δεκαετία του 1980. Στο επίκεντρο των συζητήσεων βρέθηκε η αντιμετώπιση των περιστατικών ως εξωτερικοί ασθενείς και όχι στα νοσοκομεία. Στην τάση αυτή συνέβαλλε η ανάπτυξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων και η ανάγκη για τη θεραπεία των μη ψυχωτικών διαταραχών. Μειώθηκε ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών και παράλληλα αυξήθηκαν οι πόροι για την περίθαλψη των εξωτερικών ασθενών και της κοινοτικής φροντίδας (Tuori,Lehtinen, Hakkarainen, Jääskeläinen, Kokkola, Ojanenetal.,1998).

Ωστόσο, η οικονομική ύφεση που εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990, εμπόδισε σοβαρά τη θετική αυτή εξέλιξη και η ψυχιατρική περίθαλψη στη Φιλανδία βρέθηκε σε κρίση. Ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών συνέχισε να μειώνεται από το 1992 έως και το 1995. Στη συνέχεια όμως αυξήθηκε και πάλι ελαφρώς. Τελικά το 1999 έφτασε σε επίπεδο κατώτερο από αυτό που βρισκόταν το 1992. Καθώς ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών μειώθηκε ριζικά, κατά την ίδια περίοδο οι συνολικοί πόροι που αφορούσαν την εξειδικευμένη ψυχιατρική υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν κατά περίπου 30% (Lehtinen&Taipale, 2020).

Η αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε αναφορικά με τη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης, επέφερε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε αύξηση της πίεσης στην ψυχιατρική κοινότητα, όμως οι χρήστες των υπηρεσιών δήλωναν ικανοποίηση για από την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες. Οι γιατροί όμως της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιμετώπιζαν προβλήματα κατά τη συνεργασία τους

με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Κρίθηκε όμως απαραίτητο για το σύνολο των υπηρεσιών, η ανάπτυξη καλής σχέσης μεταξύ των εξειδικευμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Lehtinen&Taipale, 2020).

Η διεξαγωγή εκτεταμένων εθνικών προγραμμάτων έρευνας και ανάπτυξης στον τομέα της ψυχικής υγείας υπήρξε χαρακτηριστική για την ανάπτυξη της φινλανδικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Κύριος στόχος των προγραμμάτων αυτών ήταν η υποστήριξη των παρόχων υπηρεσιών, κυρίως τους δήμους, προκειμένου να αναπτύξουν και να βελτιώσουν τις υπηρεσίες και να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του πληθυσμού, των κοινοτήτων και της κοινωνίας. Μεταξύ των εθνικών προγραμμάτων στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι: «Το Σχέδιο για τη Σχιζοφρένεια», «Το Πρόγραμμα Πρόληψης Αυτοκτονιών», «Το Πρόγραμμα Κατάθλιψης» και πιο πρόσφατα, «Το Πρόγραμμα Σημαντικής Ζωής» (Lehtinen&Taipale, 2020).

Στη προσπάθεια της η κυβέρνηση να ενισχύσει τους δήμους, μέσω καθοδήγησης, ξεκίνησε νέο πρόγραμμα δράσης για την κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική περίθαλψη το 1999. Η ψυχική υγεία αποτελούσε έναν από τους οκτώ τομείς προτεραιότητας. Οι πιο σημαντικές δράσεις του ήταν οι εξής:

- σε κάθε δήμο πρέπει να καταρτιστεί ένα σχέδιο για την απρόσκοπτη και την ολοκληρωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας, στο οποίο ιδιαίτερη έμφαση έπρεπε να δοθεί στην προώθηση και την πρόληψη της ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης των αυτοκτονιών
- έπρεπε να αναπτυχθούν ποιοτικά κριτήρια για την τοπική και την περιφερειακή εργασία ψυχικής υγείας
- ιδιαίτερη έμφαση έπρεπε να δοθεί στη φροντίδα της ψυχικής υγείας για τα παιδιά και τους νέους

Για τη Φινλανδία ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ήταν μεγάλη πρόκληση, καθώς είναι μια χώρα μεγάλη σε έκταση και αραιοκατοικημένη. Επιπλέον, χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό αποκέντρωσης, γεγονός που σημαίνει ότι οι δημόσιες υπηρεσίες που παρέχονται στον πληθυσμό μπορεί να είναι οργανωμένες με διαφορετικό τρόπο από δήμο σε δήμο και ακόμη να διαφέρει το κόστος και η

ποιότητά τους (National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000). Από την άλλη η αποκέντρωση έχει το πλεονέκτημα πως οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις τοπικές συνθήκες αλλά και τις ανάγκες του πληθυσμού (Lehtinen&Taipale, 2020).

Στη Φινλανδία οι δημοτικές αρχές είναι υπεύθυνες για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από νοσοκομειακές περιοχές, από ιδιωτικούς φορείς και από φορείς του τρίτου τομέα. Δηλαδή οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών καλύπτονται από διαφορετικά είδη οργανισμών. Η εφαρμογή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, διαφέρει σημαντικά από τη μια πόλη στην άλλη. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί πως η δομή των υπηρεσιών στις μεγάλες είναι περισσότερο ευέλικτη και υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός παρόχων (Lehtinen&Taipale, 2020).

Οι ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζονται συνήθως με συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμάκων, αλλά και τη χρήση διάφορων ομαδικών δραστηριοτήτων. Η ψυχιατρική θεραπεία για σοβαρά και μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας εφαρμόζεται με τη λεγόμενη περίθαλψη ως «εξωτερικοί ασθενείς», δηλαδή οι ασθενείς διανυκτερεύουν στο νοσοκομείο, το επισκέπτονται μόνο για να λάβουν θεραπεία (Esco, 2010).

Στους ασθενείς προσφέρεται πλήθος υπηρεσιών για την υποστήριξή τους, όπως είναι για παράδειγμα η υποστηριζόμενη διαβίωση ή το κέντρο ημέρας. Πιο συγκεκριμένα, στο κέντρο ημέρας οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα συνομιλίας με άλλους ασθενείς, μαγειρέματος, άσκησης, κατασκίνωσης κ.α. Σκοπός των καθημερινών αυτών δραστηριοτήτων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψυχική υγεία και η διατήρηση της ανεξαρτησίας τους. Στη περίπτωση που κριθούν ανεπαρκείς οι υπηρεσίες αντιμετώπισης των ατόμων ως εξωτερικοί ασθενείς, γίνεται παραπομπή τους σε ψυχιατρική μονάδα περίθαλψης, κατόπιν αξιολόγησης των αναγκών τους (Esco, 2010).

Σύμφωνα με στοιχεία της MentalHealthEurope (2018) οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Φινλανδία παρέχονται τόσο από τα νοσοκομεία όσο και στην κοινότητα. Στις κοινοτικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται οι κινητές μονάδες, τα ημερήσια κέντρα και ομάδες αλληλοβοήθειας και δίκτυα. Η θεραπεία κατόπιν εισαγγελικής εντολής παρουσιάζει μείωση.

Αναλυτικότερα, η ψυχιατρική νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από κλινικές που αποτελούν μέρος των γενικών νοσοκομείων αλλά και από ξεχωριστά εξειδικευμένα νοσοκομεία. Οι περισσότεροι από τους διαθέσιμους θαλάμους είναι για τα περιστατικά οξείας ψυχιατρικής. Υποστηρίζεται πως ένας στους δέκα ασθενείς λαμβάνει θεραπεία για διάστημα μεγαλύτερο των ενενήντα ημερών. Η διαβίωση των ασθενών καλύπτεται μέσω σπιτιών που διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό 24 ώρες το 24/ωρό αλλά και σπίτια που είναι μερικώς στελεχωμένα (ΜΗΕ, 2018).

4^ο Κεφάλαιο: Η λειτουργία των ΚΟΙΝΣΕΠ στην Ελλάδα

4.1 Νομοθεσία

Στην έννοια της «κοινωνικής επιχείρησης» διαπιστώνεται η ύπαρξη εννοιολογικής ασάφειας, καθώς αυτή τοποθετείται μεταξύ της αγοράς και των ΜΚΟ, δίχως να υπάρχει προκαθορισμένος ορισμός, ο οποίος χρησιμοποιείται για τον χαρακτηρισμό μιας επιχείρησης ως «κοινωνική». Βασικότερο χαρακτηριστικό της κοινωνικής επιχείρησης αποτελεί η επιχειρηματική συμπεριφορά που αυτή παρουσιάζει, παράλληλα με το θετικό αντίκτυπο στον κοινωνικό τομέα μέσω της δραστηριότητας που εμφανίζει αλλά και των καινοτόμων προτάσεων της (Κυριακίδου & Σαλαβού, 2014).

Η Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση (ΚΟΙΝΣΕΠ) αποτελεί αστικό συνεταιρισμό με κοινωνικό σκοπό, όπου η ευθύνη των μελών είναι περιορισμένη και διαθέτει εμπορική ιδιότητα σύμφωνα με τον νόμο. Αρχικά θεσμοθετήθηκε με το Νόμο 4019/2011 και πιο πρόσφατα με τον Νόμο 4430/2016. Ο δεύτερος νόμος αποτελεί προσπάθεια για τη νομοθετική του βελτίωση και κυρίως για τον εκσυγχρονισμό του και την περαιτέρω ενίσχυση του, προκειμένου να αποτελέσει ένα σημαντικότερο φορέα στα πλαίσια της Κοινωνικής Οικονομίας (Νόμος 4430/2016 - ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016).

Σύμφωνα με τον νόμο οι ΚΟΙΝΣΕΠ αποτελούν Νομικό Πρόσωπο του Ιδιωτικού Δικαίου. Πρόκειται για επιχείρηση που διοικείται με ισότιμο τρόπο από τα μέλη του. Η δε λειτουργία του σχετίζεται με την επιδίωξη για συλλογικό όφελος, ενώ τα κέρδη που προκύπτουν από τις δράσεις, εξυπηρετούν κατ' αποκλειστικότητα το κοινωνικό συμφέρον. Στα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τους ΚΟΙΝΣΕΠ, περιλαμβάνονται τα εξής:

- Η ελεύθερη συμμετοχή σε αυτούς, που λαμβάνει τη μορφή εθελοντικής, όχι αναγκαστικής, ένωσης των προσώπων.
- Ο κοινωνικός σκοπός. Όπως αναφέρεται στον νόμο, στους βασικούς στόχους περιλαμβάνεται η δημιουργία των θέσεων εργασίας καθώς και η ένταξη των ευάλωτων ομάδων στην κοινωνία, η κάλυψη των κοινωνικών τους αναγκών, ειδικότερα μέσα από την ενίσχυση της κοινωνικής καινοτομίας και

επιχειρηματικότητας και τέλος, η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της τοπικής ανάπτυξης (Νόμος 4430/2016 - ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016).

Οι ΚΟΙΝΣΕΠ αποκτούν νομική προσωπικότητα, κατόπιν καταχώρισης του καταστατικού τους στο Μητρώο της Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας, το οποίο τηρείται από το Τμήμα του Μητρώου της Κοινωνικής Οικονομίας, που υπάγεται στη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Μπορούν να αποκτήσουν εμπορική ιδιότητα κατόπιν απόκτησης νομικής προσωπικότητας. Αυτή δεν είναι εφικτό να είναι ασυμβίβαστη με τους σκοπούς που ορίζονται στο καταστατικό. Η αναγνώριση της εμπορικής ιδιότητας των ΚΟΙΝΣΕΠ, παρέχει το δικαίωμα συμμετοχής στην συναλλακτική δραστηριότητα και απολαβής όσων πλεονεκτημάτων έχουν οι έμποροι. Ωστόσο σε καμία περίπτωση δεν εξομοιώνονται οι ΚΟΙΝΣΕΠ με άλλου είδους κερδοσκοπική εμπορική εταιρεία (Νόμος 4430/2016 - ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016).

Στη χώρα μας οι κοινωνικές επιχειρήσεις σύμφωνα με τον Νόμο 4430/2016 (άρθρο 14) ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- Οι ΚΟΙΝΣΕΠ Ένταξης, που με τη σειρά διαχωρίζονται στις εξής υποομάδες:
 - i. των ευάλωτων ομάδων, που στοχεύουν στην οικονομική και την κοινωνική ένταξη του πληθυσμού που προέρχεται από ευάλωτες ομάδες
 - ii. των ειδικών ομάδων, που στοχεύουν στην οικονομική και την κοινωνική ένταξη όσων ατόμων ανήκουν σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού
 - iii. των αυτοδίκαιων, που περιλαμβάνει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ.), όπως αυτοί ορίζονται με τον Νόμο 2716/1999 .

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, η έννοια της «ένταξης» περιγράφει τη διαδικασία για την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων που συμπεριλαμβάνονται στις ομάδες του πληθυσμού που θεωρούνται ευπαθείς, μέσα από την προώθησή τους στον τομέα της απασχόλησης. Αναλυτικότερα, με τον όρο «ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού» αναφερόμαστε στα άτομα εκείνα που συναντούν εμπόδια στην κοινωνική και την οικονομική τους ζωή λόγω των κοινωνικών και των οικονομικών

προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ή εξαιτίας της σωματικής, της ψυχικής, της νοητική ή της αισθητηριακής τους αναπηρίας αλλά και άλλων απρόβλεπτων γεγονότων, που ασκούν επίδραση στην εύρυθμη λειτουργία της οικονομίας σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο.

- Οι ΚΟΙΝΣΕΠ Κοινωνικής Φροντίδας, που περιλαμβάνουν την παραγωγή των αγαθών και την παροχή των υπηρεσιών με κοινωνικό και προνοιακό χαρακτήρα προς συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά, τα άτομα με κάποιου είδους αναπηρία και τα άτομα που παρουσιάζουν χρόνιες παθήσεις.
- Οι ΚΟΙΝΣΕΠ με Συλλογικό και Παραγωγικό Σκοπό, που περιλαμβάνουν την παραγωγή των προϊόντων και την παροχή των υπηρεσιών προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες της συλλογικότητας σε ποικίλους τομείς, μεταξύ των οποίων είναι ο πολιτισμός, η οικολογία, το περιβάλλον, η εκπαίδευση, η αξιοποίηση των τοπικών προϊόντων, οι παροχές της κοινής ωφέλειας, η διατήρηση των παραδοσιακών δραστηριοτήτων και των επαγγελμάτων. Αυτή κατηγορία ΚΟΙΝΣΕΠ παρέχει προϊόντα και υπηρεσίες που ενισχύουν το τοπικό και το συλλογικό συμφέρον, ενδυναμώνουν τη κοινωνική συνοχή και την τοπική ή τη περιφερειακή ανάπτυξη και προωθούν την απασχόληση **(Νόμος 4430/2016 - ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016).**

Όπως έχει διαπιστωθεί η χώρα μας διαθέτει μεγάλη παράδοση στα συνεταιριστικά κινήματα και τη συνεταιριστική παράδοση. Από τον 18ο αιώνα αναπτύσσονταν συνεργασίες σε όλη τη χώρα, όπως είναι για παράδειγμα η Κοινή Συντροφιά των Αμπελακίων, η ίδρυση των οποίων χρονολογείται το 1778. Αυτή είναι η πιο γνωστή μορφή της συνεργασίας (Λάμπρος, 1999). Άλλη γνωστή συνεργασία είναι τα Τσελιγκάτα, που περιγράφονται ως συλλογικά όργανα που ανέπτυξε ο άνθρωπος για να ενισχυθεί η κοινωνική παραγωγή.

Ως προς τη λειτουργία των ΚΟΙΝΣΕΠ, οι νόμοι που συνέβαλαν στη θέσπιση του Νόμου 4430/2016, είναι ο Νόμος 1667/1986, ο Νόμος 2716/1999 και τέλος, ο Νόμος 4019/2011. Αναλυτικότερα, ο Νόμος 1667/1986 κατέχει σημαντικό ρόλο στην συνεταιριστική ιδέα. Κύριο αντικείμενό του είναι η ίδρυση και η λειτουργία των συνεταιρισμών με αστικό χαρακτήρα. Στο πρώτο άρθρο του δίνεται ο ορισμός του αστικού συνεταιρισμού. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται πως είναι η εκούσια ένωση

των προσώπων, έχοντας οικονομικό σκοπό, δίχως να αναπτύσσονται δραστηριότητες της αγροτικής οικονομίας. Αποσκοπεί μέσω της συνεργασίας των μελών που τον απαρτίζουν να επιτευχθεί η οικονομική, η κοινωνική και η πολιτιστική ανάπτυξη των μελών και να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής τους, στα πλαίσια μιας κοινής επιχείρησης. Έως σήμερα, η λειτουργία των αστικών συνεταιρισμών διέπονταν από τον Νόμο 1667/1986, που εισάγει τις γενικές διατάξεις για το σύνολο των συνεταιρισμών εκτός από τους αγροτικούς και λειτουργεί με τρόπο συμπληρωματικό για συγκεκριμένες κατηγορίες των αστικών συνεταιρισμών, όπως για παράδειγμα για τους ΚΟΙΝΣΕΠ, τους ΚΟΙΣΠΕ, τους ΣΥΝΕΡΓ. (Δουβίτσα, 2019).

Ο Νόμος 2716/1999 συνέβαλλε στην επίλυση ορισμένων ζητημάτων που είχαν προκύψει με τα λειτουργία των συνεταιρισμών (Αδάμ, 2012) και ταυτόχρονα, συνέβαλλε στην ίδρυση των ΚΟΙΣΠΕ. Αυτό ο νόμος μαζί με τον Νόμο 1667/1986, είναι οι βάσεις για Νόμο 4019/2011 που ακολούθησε. Ο Νόμος 4019/2011 ήταν ο πρώτος που αναφερόταν στους ΚΟΙΝΣΕΠ. Ειδικότερα, στο δεύτερο άρθρο του ανέφερε πως οι ΚΟΙΝΣΕΠ είναι οι αστικοί συνεταιρισμοί που έχουν κοινωνικό σκοπό και διαθέτουν εμπορική ιδιότητα [...]. Όσοι τους απαρτίζουν, συμμετέχουν με μία ψήφο, άσχετα από τις συνεταιριστικές μερίδες που διατηρούν. Στο ίδιο άρθρο κατηγοριοποιούνται οι κοινωνικές επιχειρήσεις σε αυτές της «ένταξης των ευάλωτων ομάδων», της «παροχής φροντίδας στις ειδικές ομάδες» και στου «συλλογικού και παραγωγικού σκοπού» (Δουβίτσα, 2019).

Στους βασικούς στόχους του νόμου περιλαμβάνεται η δημιουργία θέσεων για την απασχόληση των ευάλωτων ομάδων, η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής και η καινοτομία. Ωστόσο, η εφαρμογή του νόμου αυτού αποδείχθηκε πως ήταν πιο δύσκολη από τις αρχικές προβλέψεις. Πιο συγκεκριμένα, αν και δημιουργήθηκαν αρκετοί ΚΟΙΝΣΕΠ, ο αριθμός αυτών δεν κυμαινόταν στα επίπεδα που αναμενόταν. Σύμφωνα με στοιχεία του Μητρώου Κοινωνικής Οικονομίας, το 2014, είχαν ιδρυθεί 632 ΚΟΙΝΣΕΠ, από αυτές οι 527 ήταν επιχειρήσεις με συλλογικό και παραγωγικό σκοπό. Η ανομοιομορφία τους ήταν εκτενής, καθώς όπως διαπιστώθηκε το ποσοστό ανερχόταν στο 85%. Όπως διαπιστώθηκε απουσίαζε ο κοινωνικός στόχος. Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία που έγιναν γνωστά από το αρμόδιο Υπουργείο, οι ενεργείς φορείς που στην πραγματικότητα ήταν ενεργοί, ήταν μικρότερος από αυτούς που είχαν προχωρήσει σε εγγραφή κατά τη διάρκεια της πενταετίας 2011-2016. Συνεπώς, δεν επετεύχθη ο

στόχος να δημιουργηθεί ο αναμενόμενος αριθμός των θέσεων απασχόλησης(Αδάμ, Κορνηλάκης&Καβουλάκος, 2018).

Η αδυναμία επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί κατά τη δημιουργία του παραπάνω νόμου συνετέλεσε στην θέσπιση του Νόμου 4430/2016. Ο νόμος αυτός στόχευε στην ενίσχυση και την ανάπτυξη της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (ΚΑΛΟ). Ο σκοπός του ήταν να δημιουργηθεί ένα νομοθετικό πλαίσιο για να προστατευθούν και να αναπτυχθούν φορείς αυτής, να επεκταθεί σε όλους τους παραγωγικούς τομείς της οικονομίας, να στηριχθούν τα εγχειρήματα κοινωνικής επιχειρηματικότητας και να ρυθμιστούν θέματα που αφορούν την ίδρυση, την λειτουργία και την εποπτεία των φορέων της ΚΑΛΟ (Αδάμ, Κορνηλάκης&Καβουλάκος, 2018).

Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού θεσπίστηκαν τα εξής υποστηρικτικά μέτρα:

- Η σύσταση του Ταμείου Κοινωνικής Οικονομίας
- Η δυνατότητα να χρηματοδοτηθούν από το Εθνικό Ταμείο Επιχειρηματικότητας και Ανάπτυξης
- Η δυνατότητα να παραχωρηθεί κινητή και ακίνητη περιουσία στους φορείς της ΚΑΛΟ
- Η δημιουργία προγραμματικών συμβάσεων ανάμεσα στους φορείς της ΚΑΛΟ και του δημοσίου
- Η απαλλαγή από το τέλος επιτηδεύματος και το μειωμένο τέλος για τους ΚΟΙΝΣΕΠ και τους άλλους συνεταιρισμούς (Αδάμ, Κορνηλάκης&Καβουλάκος, 2018).

Στα άρθρα 14 έως 23 αναφέρονται αποκλειστικά τα εγχειρήματα των ΚΟΙΝΣΕΠ. Όπως αναφέρεται αποτελούν αστικούς συνεταιρισμούς, με εμπορική ιδιότητα, σκοπός των οποίων είναι η επίτευξη συλλογικής και κοινωνικής ωφέλειας. Αυτοί Όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω αυτοί διακρίνονται στους:

- i. συνεταιρισμούς συλλογικής και κοινωνικής ωφέλειας, που αναπτύσσουν πολιτικές για την επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης ή προσφέρουν κοινωνικές υπηρεσίες το συμφέρον των οποίων είναι γενικό, αποτελώντας μίξη του παραγωγικού και του προνοιακού χαρακτήρα
- ii. στους συνεταιρισμούς ένταξης, οι οποία αποτελούν τη βάση της ΚΑΛΟ

Στο άρθρο 14 περιλαμβάνονται πληροφορίες για τα έσοδα, τα οποία προέρχονται από τους ΟΤΑ ή τα ΝΠΔΔ και αφορούν το 65% του συνολικού αριθμού των ακαθάριστων εσόδων. Ενώ στο επόμενο άρθρο αναφέρονται οι προϋποθέσεις για την απόκτηση νομικής προσωπικότητας και εμπορικής ιδιότητας των ΚΟΙΝΣΕΠ. Στο άρθρο 16 ορίζεται η συνεταιριστική μερίδα των μελών και τα δικαιώματα ψήφων αυτών. Μέλη είναι πιθανό να είναι τόσο φυσικά όσο και νομικά πρόσωπα, ωστόσο υπάρχει ο περιορισμός τα νομικά πρόσωπα να αποτελούν το 1/3 του συνολικού αριθμού των μελών που υπάρχουν. Τα δύο άρθρα που ακολουθούν περιγράφουν τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη και τους εργαζόμενους μη μέλη της ΚΟΙΝΣΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά των λεπτομερειών και των προϋποθέσεων για την είσοδο αλλά και την αποχώρηση κάποιου μέλους από τον συνεταιρισμό. Στο άρθρο 18 αναφέρεται πως οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη δεν είναι εφικτό να υπερβαίνουν το 40% του συνόλου, ενώ μπορούν να φτάσουν έως το 50%, κατόπιν συγκεκριμένων προϋποθέσεων (Δουβίτσα, 2019. Αδάμ, Κορνηλάκης & Καβουλάκος, 2018).

Οι συνελεύσεις, όπως ορίζεται στο άρθρο 19, πραγματοποιούνται σε ετήσια βάση και έχουν τη μορφή τακτικής Γενικής Συνέλευσης. Πέρα όμως από την τακτική Γενική Συνέλευση, μπορούν να πραγματοποιηθούν γενικές συνελεύσεις καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Ιδιαίτερη σημασία έχει το άρθρο 21, που ρυθμίζει τον τρόπο διανομής των κερδών και των αποθεματικών. Τέλος, στα άρθρα 22 και 23 ρυθμίζονται ζητήματα που αφορούν την λύση και την εκκαθάριση των ΚΟΙΝΣΕΠ (Δουβίτσα, 2019. Αδάμ, Κορνηλάκης & Καβουλάκος, 2018).

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις χαρακτηρίζονται από τα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Με την υιοθέτηση των οικονομικών κριτηρίων γίνεται διαχωρισμός των κοινωνικών επιχειρήσεων από άλλου είδους επιχειρήσεων και εγχειρήματα. Αναλυτικότερα, στα κοινωνικά κριτήρια περιλαμβάνεται ο στόχος που είναι το όφελος της ομάδας/κοινότητας, η συλλογική διάσταση, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που δεν σχετίζεται με τη συνεισφορά του κεφαλαίου, η πολυεταιρική και τέλος, η περιορισμένη διανομή των κερδών. Στα οικονομικά κριτήρια περιλαμβάνεται η συνεχής δραστηριότητα με οικονομικό όφελος, ο υψηλός βαθμός της αυτονομίας, η ανάληψη του ρίσκου και τέλος, η αμειβόμενη εργασία (Defourny, 2001).

Αναλυτικότερα, ηδιαρκής οικονομική δραστηριότητα συμβάλλει στον διαχωρισμό των ΚΟΙΝΣΕΠ από τα άλλα εγχειρήματα που πραγματοποιούνται από τη κοινωνία των πολιτών (Αδάμ, 2014). Ακόμη, εκτός από την οικονομική ενίσχυση από το κράτος, επιδιώκεται η ανεξαρτησία αυτών από τους κρατικούς φορείς. Επιπλέον, η ανάληψη του ρίσκου συμπεριλαμβάνεται στα στοιχεία που οδηγούν στον χαρακτηρισμό «επιχειρήσεις», ενώ ύπαρξη αμειβόμενης εργασίας συμβάλλει στον διαχωρισμό από άλλου είδους εθελοντικών και μη κερδοσκοπικών εγχειρημάτων.

Από την άλλη, τα κοινωνικά κριτήρια δίνουν έμφαση στην ίδια την ομάδα και τη σημασία αυτής για το εγχείρημα, αλλά και για την αδιαπραγμάτευτη αποστολή τους που έχει κοινωνικό χαρακτήρα. Επισημαίνεται η συνεταιριστική αρχή «μέλος – ψήφος», ο υψηλός βαθμός συμμετοχής στις αποφάσεις κατά τον οποίο τα μέλη έχουν ίσα δικαιώματα και είναι άσχετος από το κεφάλαιο που έχει διαθέσει κάθε μέλος. Η περιορισμένη διανομή των κερδών δίνει βαρύτητα στην επιχειρηματική δραστηριότητα που αναπτύσσουν οι ΚΟΙΝΣΕΠ, από την άλλη όμως προάγει την κοινωνική υπόσταση που έχει αυτή η μορφή της ΚΑΛΟ, οριοθετεί την αποκόμιση του προσωπικού οφέλους και περιορίζει την επιρροή από την μεγιστοποίηση του κέρδους κατά τη λειτουργία αυτών (Αδάμ, Κορνηλάκης&Καβουλάκος, 2018).

Οι Τζουβελέκας και Zoehrer (2015) άσκησαν κριτική στον ορισμό των κοινωνικών επιχειρήσεων. Για τους ίδιους υπάρχει ασάφεια στην κοινωνική επιχειρηματικότητα ως προς την περιγραφή του όρου αλλά και των λειτουργικών χαρακτηριστικών που έχει ο θεσμός αυτός. Όπως υποστηρίζουν περιορίζεται στα πλαίσια μιας τυποποίησης, η οποία βασίζεται στη νομικήμορφή που έχει η κοινωνική επιχείρηση, ώστε το κράτος να καταφέρει να αναπτύξει ελεγκτικές ρυθμίσεις και όχι λειτουργικέςγια να προωθηθεί ο τομέας της κοινωνικής επιχειρηματικότητας. Συνεπώς, ο νόμος δεν είναι σε θέση να λάβει υπόψη του την προγενέστερη εδραίωση αλλά και τη λειτουργία που έχει η κοινωνική οικονομία με φορείς που έχουν διαφορετικούς τύπους. Για παράδειγμα αναφέρονται οι ευπαθείς και οι ευάλωτες ομάδες, όμως το νέο πλαίσιο δεν είναι σε θέση να καθορίσει επαρκώς τη δράση τωνπροηγούμενων μορφών κοινωνικής επιχειρηματικότητας, όπως είναι για παράδειγμα οι ΚΟΙΣΠΕ, στόχος των οποίων είναι οι ομάδες αυτές. Ακόμη, οι ΚΟΙΝΣΕΠ ταξινομούνται στους αστικούς συνεταιρισμούς, όπως ορίζεται από τον παλαιό νόμο, το γεγονός όμως αυτό είναι πιθανό αποκλείει προγενέστερους τύπους επιχειρηματικότητας, που είναι επιτυχημένοι στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας, όπως είναι για παράδειγμα οι

αστικές εταιρείες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι Τζουβελέκας και Zoehrer (2015) επισημαίνουν πως πρέπει να γίνει προσδιορισμός των βασικών κριτηρίων που αφορούν την κοινωνική επιχείρηση, τα οποία θα διαμορφώνουν ένα ενιαίο και διευρυμένο νομικό πλαίσιο, το οποίο θα περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των πολλαπλών τύπων επιχειρηματικότητας αλλά και δραστηριότητας στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας.

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη πως η κοινωνική οικονομία, στα πλαίσια της οποίας αναπτύσσονται οι ΚΟΙΣΠΕ, από τη φύση της είναι πολυδιάστατη, δυναμική και καινοτομική, καθώς καταφέρει τον συνδυασμό των οικονομικών και των κοινωνικών σκοπών. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αύξηση των ατόμων που προέρχονται από ευάλωτες ομάδες και καταφέρνουν να εισέλθουν στον χώρο της απασχόλησης. Κατ' επέκταση πρόκειται για μια δράση που συμβάλλει στην συνοχή και την ανάπτυξη. Είναι ένας εναλλακτικός τρόπος επιχειρηματικότητας, που κύριο γνώμονα έχει το γενικό συμφέρον, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη καθώς και το δημοκρατικό τρόπο λειτουργίας. Κύρια χαρακτηριστικά αυτού είναι η έλλειψη κινήτρων που αποσκοπούν στο κέρδος, η ελεύθερη συμμετοχή, ο δημοκρατικός τρόπος διοίκησης και τέλος, η ανεξαρτησία που έχει από το κράτος (Κλήμη-Καμινάρη & Παπαγεωργίου, 2010).

Όπως αναφέρει ο Nasioulas (2012) η ανάγκη για τη δημιουργία του εναλλακτικού αυτού τρόπου επιχειρηματικότητας παρουσιάστηκε στην Ευρώπη κατά τον 19ο αιώνα και σχετιζόταν με την αναθεώρηση των κυρίαρχων αξιών της αγοράς, στόχος των οποίων ήταν το ιδιωτικό όφελος, ο ελεύθερος ανταγωνισμός, η συσσώρευση του κεφαλαίου και η μεγιστοποίηση του κέρδους. Παράλληλα, διαπιστώθηκε υπονόμευση άλλων κοινωνικών και ηθικών αξιών που διασφάλιζαν το συλλογικό όφελος, όπως είναι για παράδειγμα η αυτονομία, η ισότητα, η συνοχή και η δικαιοσύνη. Δηλαδή, με άλλα λόγια, στόχος των εναλλακτικών αυτών μορφών απασχόλησης είναι η συμφιλίωση των οικονομικών και των κοινωνικών στόχων. Οι ρίζες της εντοπίζονται στις θρησκευτικές αντιλήψεις αναφορικά με την αξία του ανθρώπου απέναντι στον υλικό πλούτο, η ανάγκη για σύζευξη των ηθικών και των ανθρωπιστικών αξιών με την οικονομία, οι σοσιαλιστικές ιδέες για τη χειραφέτηση των εργαζομένων ως προς τη κυριαρχία του κεφαλαίου και η δημιουργία φιλελεύθερων ιδεών για την αποκατάσταση των ανισοροπιών που υπάρχουν στις αγορές και την αναποτελεσματική παρέμβασης που έχουν οι δημόσιες αρχές.

Για τον Polanyi (1944) οι συνεταιρισμοί, οι ενώσεις και τα ιδρύματα αποτελούν αντίδραση προς τη διαδικασία αυτονόμησης της οικονομίας από την κοινωνία έπειτα από τη βιομηχανική επανάσταση. Επιπλέον, βασίζονται στην ανάγκη να επανασυνδεθεί η οικονομική λειτουργία τόσο με το δημόσιο συμφέρον όσο και με την κοινωνική ευημερία. Ο Vienney (2008) τονίζει πως στη Γαλλία στο τέλος του 20ου αιώνα, οι συνεταιρισμοί, οι σύλλογοι και οι οργανισμοί αλληλοβοήθειας ήρθαν αντιμέτωποι με συνθήκες που λειτουργούν απειλητικά για την επιβίωσή τους αλλά και την εξυπηρέτηση των κοινωνικών τους στόχων και δέχτηκαν πιέσεις για να προσαρμοστούν στην διαδικασία του μετασχηματισμού, επεκτείνοντας την εμπορευματική παραγωγή τους και αυξάνοντας συνάμα, την αποδοτικότητα των κεφαλαίων τους.

Το Στρατηγικό Σχέδιο που αφορά την ανάπτυξη της Κοινωνικής Οικονομίας στην χώρα μας προχώρησε στην παρατήρηση πως τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υιοθέτησαν διάφορα θεσμικά πλαίσια αλλά και ορολογίες όπως για παράδειγμα «τρίτος τομέας», «αλληλέγγυα οικονομία». Όμως αυτές εμπνέονται από τις κοινές αξίες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται η αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή, η υπεροχή του ατόμου απέναντι στο κοινωνικό κεφάλαιο, η υπευθυνότητα, η δημοκρατική λήψη των αποφάσεων και η επανεπένδυση των κερδών προς όφελος της επιχείρησης αλλά και της κοινωνίας (Ομάδα Διοίκησης Έργου για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα, 2013). Πρόκειται για αξίες που έρχονται σε συμφωνία με τις βασικές αρχές που ορίζονται από τη Χάρτα των Αρχών της Κοινωνικής Οικονομίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται η πρωταρχική σημασία που έχει άνθρωπος και είναι πάνω από το διαθέσιμο κεφάλαιο, η εθελοντική και η ισότιμη συμμετοχή των μελών, η άσκηση δημοκρατικού ελέγχου από τα μέλη, ο συνδυασμός του γενικού και του ατομικού, η αλληλεγγύη και η υπευθυνότητα, ο αυτόνομος τρόπος λειτουργίας και η ανεξαρτησία από το κράτος και τέλος, η δέσμευση πως τα περισσότερα πλεονάσματα θα επενδύονται για την επίτευξη της βιώσιμης ανάπτυξης και της παροχής των υπηρεσιών στη κοινότητα και τα μέλη (CIRIEC, 2012).

4.2 Καινοτομία

Οι ΚΟΙΝΣΕΠ είναι φορείς της κοινωνικής οικονομίας, πρωταρχικός στόχος των οποίων είναι η δημιουργία θετικού κοινωνικού αντίκτυπου και όχι τα κέρδη των ιδιοκτητών ή των εταίρων. Δραστηριοποιούνται στην αγορά προσφέροντας αγαθά αλλά και υπηρεσίες με καινοτόμο και επιχειρηματικό τρόπο. Τα κέρδη τους χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο για την κάλυψη κοινωνικών σκοπών. Η διαχείρισή τους είναι διαφανής, ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των εργαζομένων, των καταναλωτών και των παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη εμπορικών δραστηριοτήτων (SocialBusinessInitiative, 2011).

Μέσω των κοινωνικών επιχειρήσεων παρέχεται λύση στα κοινωνικά προβλήματα και βελτιώνονται οι τοπικές κοινωνίες και το περιβάλλον. Χαρακτηρίζονται από μακροπρόθεσμο όραμα και όχι από οικονομικούς στόχους με πρόσκαιρο χαρακτήρα. Τα δε κέρδη τους επανεπενδύονται για να καλυφθούν κοινωνικοί σκοποί, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Δίνουν έμφαση στην κοινωνική συνοχή και τους ανθρώπους και συμβάλλουν στην προαγωγή της κοινωνικής καινοτομίας. Είναι δηλαδή καινοτομίες που αφενός παρέχουν όφελος στην κοινωνία και αφετέρου ενισχύουν την ικανότητα αυτής να ενεργεί (SocialBusinessInitiative, 2011).

Στους ΚΟΙΝΣΕΠ δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας, οι οποίες προωθούν την διαδικασία επανένταξης των ατόμων που είναι μακροχρόνια άνεργοι και των ατόμων που κοινωνικά αποκλεισμένοι από την αγορά εργασίας. Με τον τρόπο αυτό αναγνωρίζονται και αναπτύσσονται οι προσωπικές τους δεξιότητες, που σε αρκετές περιπτώσεις δε γνωρίζουν και οι ίδιοι πως κατέχουν. Στόχος τους είναι να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας τα άτομα που είναι κοινωνικά αποκλεισμένα και όχι παρέχουν υπηρεσίες πρόνοιας. Σε αρκετές χώρες η κοινωνική εργασία των ανθρώπων που παρουσιάζουν νοητική στέρηση ή και άλλου είδους ειδικών αναγκών έχει γίνει μια δραστηριότητα πολυπαραγωγική δραστηριότητα. Το γεγονός αυτός αποτέλεσε τη βάση, πάνω στην οποία οι κοινωνικές επιχειρήσεις ξεκίνησαν να προσφέρουν σταθερή ή προσωρινή απασχόληση στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Μέσα από την ίδρυση επιχειρήσεων που βασίζονται στην κοινότητα και στηρίζουν την ανάπτυξή τους στις δυνάμεις αλλά και τις ικανότητες του τοπικού πληθυσμού, τα άτομα που είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι καθίστανται ικανοί να αντιμετωπίσουν τη

φτώχεια τους καθώς απασχολούνται, ενώ ταυτόχρονα παρέχουν υπηρεσίες και αγαθά που βρίσκονται σε έλλειψη στις κοινότητες που ζούνε (Leadbeater, 2007).

Η κοινωνική οικονομία δίνει έμφαση σε συγκεκριμένα κοινωνικά και οικονομικά που χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης. Σε περιοχές που παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα της οικονομικής δραστηριότητας καθώς και υποβαθμισμένες συνθήκες της αγοράς, παρατηρείται η δημιουργία κενών εξαιτίας της αποτυχίας της αγοράς και της αδυναμίας που έχει το κράτος να εκπληρώσει τις ευθύνες του στον κοινωνικό τομέα. Η αποτυχία της αγοράς είναι πιθανό να σχετίζεται με την ανεπάρκεια των χρησιμοποιούμενων πόρων, τις ασυμμετρίες ως προς τη πληροφόρηση και την απροθυμία για παροχή υπηρεσιών και προϊόντων. Τα κενά που αφορούν την παροχή των υπηρεσιών από το κράτος έχουν σχέση με τις ακαμψίες, τους χρηματοοικονομικούς περιορισμούς, τη γραφειοκρατία και την αδυναμία να καθοριστούν οι ιδιαίτερες κοινωνικές ανάγκες των ετερογενών ομάδων των ανθρώπων. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι ελκυστική η παρουσία των πιθανών ευκαιριών για την οικονομική δραστηριοποίηση των τυπικών επιχειρηματιών, ενώ από την άλλη η ζήτηση των καταναλωτών είναι ανικανοποίητη (Teague, 2007).

Στα πλαίσια αυτών των συνθηκών, οι κοινωνικές επιχειρήσεις κατέχουν σημαντικό ρόλο και θεωρούνται αποτελεσματικές στην διαδικασία εξεύρεσης πόρων που είναι απαραίτητοι και της κεφαλαιοποίησης των ευκαιριών σε οικονομικό επίπεδο. Επιπλέον, προσφέρουν θέσεις εργασίας, οι οποίες δεν μπορούν ή δεν υπάρχει η επιθυμία να προσφερθούν στην συμβατική αγορά εργασίας. Αυτό συναντάται κυρίως στις ομάδες των ατόμων που βρίσκονται υπό την απειλή του κοινωνικού αποκλεισμού και με δυσκολία μπορούν να βρουν εργασία. Στις ομάδες αυτές περιλαμβάνονται οι χρόνια άνεργοι, οι απαξαρτημένοι από ουσίες, οι πρώην κατάδικοι, οι μη έχοντες εξειδίκευση, οι αναλφάβητοι, οι πάσχοντες με ψυχικές ασθένειες και γενικότερα τα άτομα με αναπηρίες (Teague, 2007).

Οι ΚΟΙΝΣΕΠ προσαρμόζονται στην αγορά προκειμένου να ανταποκρίνονται στο μέγιστο βαθμό στις κοινωνικές ανάγκες που δεν ικανοποιούνται. Όσες από αυτές δραστηριοποιούνται στον τομέα των υπηρεσιών, λειτουργούν διευκολυντικά για την εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβασή τους και καλύπτουν τις ανάγκες των χρηστών, κατά βάση με εξατομικευμένο τρόπο. Κατά την ανάπτυξη των δράσεων

των ΚΟΙΝΣΕΠ απορρέουν σημαντικά οφέλη μέσα από το κοινωνικό κεφαλαίο που δημιουργείται, που αποτελεί πόρο ο οποίος μπορεί να επαναχρησιμοποιηθεί στα πλαίσια της παραγωγικής διαδικασίας, προκειμένου να βελτιωθεί η απόδοση αυτών και παράλληλα να εκδημοκρατιστούν οι διαδικασίες της. Ακόμη, μειώνει το κόστος των συναλλαγών μεταξύ των ενδιαφερόμενων μελών (καταναλωτών, χορηγών, δωρητών, δημόσιων αρχών) και της επιχείρησης και μπορεί να αυξήσει την παραγωγικότητα των εργαζομένων μέσα από την ανάπτυξη συνεταιριστικής συμπεριφοράς (Leadbeater, 2007).

Είναι γεγονός πως οι κοινωνικές επιχειρήσεις παρέχουν όλο και ποιοτικότερες υπηρεσίες κάνοντας χρήση όλων των ποιοτικών μεθόδων διοίκησης που ακολουθούνται σε μία κερδοσκοπική επιχείρηση όπως είναι για παράδειγμα η ταχύτητα, η ευελιξία, η προθυμία για ανάληψη ευθυνών και η δημιουργικότητα. Οι εργαζόμενοι των ΚΟΙΝΣΕΠ εκτιμούν πως εργάζονται σε μια επιχείρηση με κοινωνικούς σκοπούς και ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των μελών. Το γεγονός αυτό δημιουργεί αισθήματα ικανοποίησης στους εργαζομένους, που είναι σε θέση να παρέχουν ποιοτικότερες υπηρεσίες στους καταναλωτές. Άλλωστε η εμπιστοσύνη των καταναλωτών σχετίζεται κατά βάση στις ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες και όχι στην κατανόηση του τρόπου οργάνωσης και δομής των κοινωνικών επιχειρήσεων. Όπως επισημαίνεται, η απόκτηση των συλλογικών ωφελειών που βρίσκεται σε συνδυασμό με την παραγωγή των υπηρεσιών και των αγαθών είναι το κύριο κίνητρο για την απασχόληση στους ΚΟΙΝΣΕΠ και δίνει εξηγήσεις για την αφοσίωση που έχουν τα άτομα σε μία επιχείρηση τέτοιου είδους (Laville&Nyssens, 2001).

4.3 Περιπτώσεις ΚΟΙΝΣΕΠ

4.3.1 MyrtilloCafé

Το “MyrtilloCafé” αποτελεί μια περίπτωση Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης (ΚΟΙΝΣΕΠ) που έχει ιδρυθεί με τον Νόμο 4019/2011 και σκοπός του είναι η ένταξη των ευπαθών ομάδων στην αγορά εργασίας. Από το 2013 λειτουργεί ως καφέ-πολυώροος του λόγου και της τέχνης. Πρόκειται για μια αυτοδύναμη εργασιακή καθώς και εκπαιδευτική μονάδα, στην οποία το σύνολο των εργαζομένων έχουν ευθύνη για τη βιωσιμότητά της. Ταυτόχρονα με τον ρόλο των εργαζομένων έχουν και

αυτών των συνιδιοκτητών, των συνδιαχειριστών, των συλλειτουργών και των συνυπευθύνων (<https://myrtillocafe.gr>).

Αφορμή για την ίδρυση του χώρου αυτού, ήταν ένα ανάλογο καφέ που λειτουργεί στη Σκωτία και φέρει τον ονομασία «TheEngineShed, Edinburgh». Ωστόσο το «Myrtillo» χαρακτηρίζεται για την πρωτοτυπία του ότι δεν έλαβε χρηματοδότηση ή επιδότηση ποτέ και αποτελεί μια αυτοσυντηρούμενη επιχείρηση, η οποία βασίζεται κατ' αποκλειστικότητα στα έσοδα από την λειτουργία της καθημερινά. Ο λόγος αυτός ήταν που βραβεύτηκε δυο φορές, μία το 2014 και ακόμη μία το 2018 (<https://myrtillocafe.gr>).

Αποσκοπεί, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, το σύνολο των εργαζομένων να μπορεί να αποκτήσει γνώσεις προκειμένου ανά τακτά χρονικά διαστήματα:

- να είναι σε θέση να ελέγξουν και να αξιολογήσουν τον εαυτό του αλλά και την πρόοδο που έχουν κάνει οι ίδιοι
- να μπορέσουν να παρακολουθήσουν και να αξιολογήσουν την πρόοδο που έχουν σημειώσει οι συνεργάτες τους, δείχνοντας σεβασμό στην ιεραρχία της επιχείρησης
- να μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη για την κάλυψη των ζημιών που πιθανά να προκύπτουν
- να είναι σε θέση να καταθέσουν τις απόψεις του κατά τη σύγκλιση των σχετικών με την επιχείρηση οργάνων, όπως για παράδειγμα η Γενική Συνέλευση για τις Κοινωνικές Επιχειρήσεις, και να συμμετέχουν στην διαδικασία για την υλοποίησή τους
- να μην εμφανίζουν συμπεριφορά που να παραπέμπει σε απρόσωπους υπαλλήλους, αντιθέτως να επιδεικνύουν μέριμνα απέναντι στην επιχείρησή τους και να επιτελούν το έργο τους δείχνοντας μεράκι αλλά και τέχνη
- να καταφέρουν να αποκτήσουν ενσυναίσθηση σχετικά με τον κοινωνικό σκοπό της επιχείρησης, η οποία παραδίδεται σε όσους εργάζονται τη δεδομένη χρονική στιγμή, όμως ανήκει σε όσους εργαστούν στο μέλλον, αλλά και παραλάβουν το έργο και να το παραδώσουν στους επόμενος αναπλάιοντάς με δημιουργικό τρόπο (<https://myrtillocafe.gr>).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων, το 90%) συμπεριλαμβάνεται στις ευάλωτες ομάδες. Αποτελεί μια προσπάθεια εξάλειψης του κατεστημένου φόβου, του αποκλεισμού και της απανθρωπιάς απέναντι στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Λειτουργεί στην περιοχή των Αμπελοκήπων Αττικής και πιο συγκεκριμένα εντός του «Πάρκου για το Παιδί και τον Πολιτισμό». Προσφέρει πλήθος ροφημάτων και εδεσμάτων καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας. Και επιπλέον, αναλαμβάνει τη διοργάνωση πλήθος εκδηλώσεων καθώς και catering (<https://myrtillocafe.gr>).

Ακολουθεί φωτογραφικό υλικό από τον χώρο







Πηγή: <https://myrtillocafe.gr>

4.3.2 Παντοκαφενές

Ο «Παντοκαφενές» είναι ένα καφενείο- παντοπωλείο που λειτουργούσε μέχρι πρόσφατα στην περιοχή του Παλαιού Φαλήρου. Η επιλογή της συγκεκριμένης περιοχής έγινε, καθώς αυτή συνεχίζει να διατηρεί τον χαρακτήρα της γειτονιάς. Δημιουργήθηκε από μια ομάδα ανθρώπων που είναι σχετικοί με τον χώρο της ψυχικής υγείας. Αυτή αποτελείται από νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο, ψυχίατρο, ειδικούς παιδαγωγούς και λογοθεραπευτές. Σημαντική συμβολή είχαν οι εθελοντές από τη συγκεκριμένη γειτονιά (<https://www.nou-pou.gr/>).

Σκοπός ήταν η απασχόληση ατόμων με ειδικές ανάγκες αλλά και η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών, προκειμένου εκείνοι να ενταχθούν στη συνέχεια σε μια επιχείρηση κανονική. Σε αυτό απασχολούνταν δεκατέσσερα άτομα με ειδικές ανάγκες οι οποίοι αναλάμβαναν τον ρόλο του σερβιτόρου, του βοηθού σερβιτόρου

αλλά και του μπαρίστα. Η εκπαίδευση τους λάμβανε χώρα κάθε μήνα με την χρήση συγκεκριμένων μεθόδων, όπως για παράδειγμα με την οπτικοποίηση των εργασιών που έπρεπε να ολοκληρωθούν. Βήμα- βήμα μέσα από τις φωτογραφίες αλλά και τα βίντεο οι εργαζόμενοι μάθαιναν πώς να φτιάχνουν καφέα αλλά και πώς να καθαρίζουν τα αντικείμενα της εργασίας τους (<https://www.nou-pou.gr/>).

Στον «Παντοκαφενέ» σερβιρόταν ροφήματα και εδέσματα. Τα προϊόντα, όπως το μέλι, το λάδι, οι μαρμελάδες προερχόταν από άλλες ΚΟΙΝΣΕΠ στις οποίες απασχολούνταν άτομα με ειδικές ανάγκες (<https://www.nou-pou.gr/>).

Ωστόσο, εξαιτίας των μέτρων που ελήφθησαν για τον περιορισμό της πανδημίας εξαιτίας του ιού Covid- 19, ο «Παντοκαφενέ» αναγκάστηκε να διακόψει τη λειτουργία του με αποτέλεσμα να μείνουν και πάλι άνεργοι οι εργαζόμενοί του (<https://www.nou-pou.gr/>).

Ακολουθεί φωτογραφικό υλικό από τον χώρο







Πηγή: <https://www.nou-pou.gr/>

4.3.3 Μέριμνα υγείας

Όραμα του «Μέριμνα υγείας» ήταν προσφορά υπηρεσιών υψηλού επιπέδου ποιότητας σε ευπαθείς αλλά και αποκλεισμένες ομάδες, προκειμένου να επιτευχθεί η αξιοπρεπής διαβίωσή τους. Η αποστολή του είναι η παροχή υπηρεσιών με κοινωνικό και προνοιακό χαρακτήρα και βασικό σκοπό την υποκειμενική αίσθηση της πληρότητας και της ασφάλειας των ατόμων αλλά και η ικανοποίηση των προσδοκιών που αυτοί διατηρούν (Καρανταγλής, 2013).

Οι αξίες στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες είναι:

- ο επαγγελματισμός
- η εξειδικευμένη προσοχή και ο σχεδιασμός των υπηρεσιών
- η εστίαση στις ανάγκες που εντοπίζονται
- η καινοτομία
- η αποδοτικότητα

- η αποτελεσματικότητα (Καρανταγλής, 2013).

Οι βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η λειτουργία του ΚΟΙΝΣΕΠ είναι η προαγωγή της κοινωνικής ωφέλειας μέσα από την παραγωγή των αγαθών και της παροχής των υπηρεσιών που έχουν συλλογικό και κοινωνικό χαρακτήρα. Η πρόταξη των ατόμων και της εργασίας απέναντι στο κεφάλαιο αλλά και η προώθηση της αειφόρου ανάπτυξης. Τέλος, η χρήση των κερδών για να αναπτυχθεί η απασχόληση και η διεύρυνση του αντικειμένου του (Καρανταγλής, 2013).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας προσφέρονται:

- στους ηλικιωμένους
- στα άτομα με χρόνιες παθήσεις
- στον παιδικό πληθυσμό μέσα από τις υπηρεσίες της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας (Καρανταγλής, 2013).

Ενώ στόχος αυτών είναι κάθε ασθενής να απολαμβάνει αίσθημα άνεση και ασφάλειας, έχοντας την βεβαιότητα πως το πρόβλημά του θα λαμβάνει αποτελεσματική και άμεση αντιμετώπιση. Επιπλέον, η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις κοινωνικές δομές που δεν έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν τέτοιου είδους υπηρεσίες και τέλος, η εκπαίδευση, η πιστοποίηση και τέλος η ένταξη στις εργασιακές δομές του προσωπικού. Το προσωπικό που παρέχει τις υπηρεσίες είναι ιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, μαίες, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό. Πρόκειται για ανέργους, άτομα που προέρχονται από μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα με αναπηρίες και νέους επιστήμονες (Καρανταγλής, 2013).

4.3.4 Δημοτικός λαχανόκηπος Δήμου Νεάπολης- Συκεών, Νομού Θεσσαλονίκης

Οι δημοτικοί λαχανόκηποι συμπεριλαμβάνονται στις δομές που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια του προγράμματος «Κοινωνικές Δομές Αντιμετώπισης της Φτώχειας» που αναπτύχθηκε από τον Δήμο Νεάπολης – Συκεών. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 2013 και στελεχώνεται από γεωπόνο, επιστάτη και κοινωνικό λειτουργό. Η δομή «Δημοτικοί Λαχανόκηποι» σχεδιάστηκε με σκοπό την υποστήριξη των ατόμων που

προέρχονται από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του Δήμου Νεάπολης- Συκεών(www.dimosneapolis-sykeon.gr).

Κατόπιν κλήρωσης, οι δικαιούχοι λαμβάνουν, δίχως οικονομική επιβάρυνση και για διάστημα δύο ετών, συγκεκριμένη έκταση γης. Αναλαμβάνουν με δική τους φροντίδα την καλλιέργεια των λαχανικών, ενώ έχουν καθημερινά την βοήθεια γεωπόνου. Πέρα όμως από την έκταση και το ανθρώπινο δυναμικό, ο δήμος παρέχει και άλλου είδους βοήθεια όπως για παράδειγμα σύστημα άρδευσης και άλλο τεχνικό εξοπλισμό. Ο καλλιεργητής μπορεί να επιλέξει τα είδη των λαχανικών που θα καλλιεργήσει, ωστόσο σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να τηρούνται οι αρχές που ορίζονται για την βιολογική καλλιέργειας (www.dimosneapolis-sykeon.gr).

Μοναδική υποχρέωση των καλλιεργητών είναι να προσφέρουν το 10% από τη παραγωγή τους για την κάλυψη των αναγκών του Κοινωνικού Παντοπωλείου που λειτουργεί στα πλαίσια του δήμου. Στις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ωφελούμενοι, πέρα από τα οικονομικά κριτήρια είναι και τα εξής:

- να κατοικούν στον Δήμο Νεάπολης-Συκεών και να διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας ή να βρίσκονται υπό την απειλή της φτώχειας
- να είναι ανασφάλιστα άτομα, που έχουν αρκετά χαμηλό ετήσιο εισόδημα
- να είναι μακροχρόνια άνεργοι αλλά και άνεργες με ηλικία άνω των 45 ετών
- να είναι μέλη μονογονεϊκών οικογενειών
- να είναι άνεργοι αλλά και άνεργες που προέρχονται από πολύτεκνες οικογένειες
- να είναι άνεργοι που στηρίζουν άτομα με αναπηρία ή άλλου είδους χρόνια ασθένεια (www.dimosneapolis-sykeon.gr).

Συμπεράσματα

Ο αριθμός των ατόμων που φαίνεται να εμφανίζει ψυχικές ασθένειες φαίνεται πως ολοένα και μεγαλώνει. Συνεπώς αυξάνεται και η ανάγκη να αντιμετωπιστούν οι ασθενείς αυτοί και να λάβουν την κατάλληλη και εξειδικευμένη βοήθεια. Μεταξύ των ασθενών που παρουσιάζονται συχνότερα είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, οι αγχώδεις διαταραχές και η νόσος Alzheimer. Σύμφωνα με τον παραδοσιακό τρόπο προσέγγισης των ψυχικών διαταραχών, οι ασθενείς έπρεπε να εγκλειστούν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ωστόσο από τις τελευταίες δεκαετίες, η εικόνα αυτή φαίνεται να διαφοροποιείται.

Η Ελλάδα, κυρίως λόγω της υποχρέωσής προς την Ευρωπαϊκή Ένωση, προχώρησε την εφαρμογή ενός φιλόδοξου έργου για τη μεταρρύθμιση του τομέα της ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες της περίθαλψης και της φροντίδας μετατοπίστηκαν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στις κοινοτικές δομές, καθώς αυτά έκλεισαν. Αναπτύχθηκαν Δίκτυα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας μέσα στην κοινότητα, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν ψυχιατρικές κλινικές εντός των γενικών νοσοκομείων.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε μέσω του εθνικού σχεδιασμού και πιο συγκεκριμένα μέσω του προγράμματος «Ψυχαργός». Αυτό χρηματοδοτήθηκε από ευρωπαϊκά προγράμματα και ξεκίνησε το 2001. Περιελάμβανε αρκετές φάσεις ενώ η διάρκεια της τελευταίας συνεχίζει έως και σήμερα. Συνεπώς η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν ολοκληρώθηκε ακόμη στη χώρα μας. Το κοινοτικό δίκτυο των υπηρεσιών και των δομών που αναπτύχθηκε κατά την υλοποίηση του προγράμματος περιλαμβάνει δράσεις πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που παρατίθενται στην εργασία, σε κάθε μια φάση του προγράμματος σημειωνόταν μικρή ή μεγάλη αύξηση των κοινοτικών δομών.

Κατά την υλοποίηση των δράσεων παρατηρείται η εμπλοκή του δημόσιου, κυρίως με τη λειτουργία των κλινικών που λειτουργούν στα γενικά νοσοκομεία και των κέντρων ψυχικής υγείας. Παράλληλα όμως, είναι μεγάλος ο βαθμός εμπλοκής των διαφόρων ΜΚΟ, οι οποίες αξιοποιώντας ευρωπαϊκά προγράμματα προχώρησαν στην ανάπτυξη κέντρων ημέρας, ξενώνων, προστατευόμενων διαμερισμάτων, ξενώνων, κινητών μονάδων, υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας των ασθενών και προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.

Οι δράσεις αποσκοπούν στην υποστήριξη των ίδιων των ασθενών, την κάλυψη των βασικών αναγκών τους αλλά και την ένταξή τους στην κοινότητα. Οι ασθενείς δεν παραμένουν απομονωμένοι, όπως στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Αντιθέτως, βρίσκονται στην κοινότητα και έχουν καθημερινή ζωή, όπως τα άτομα που δεν νοσούν. Συμμετέχουν σε εκδηλώσεις και δράσεις που τους φέρνουν ακόμη πιο κοντά με τους ανθρώπους που διαμένουν στην ίδια περιοχή. Ωστόσο, σημαντική υποστήριξη λαμβάνουν και οι οικογένειες των ασθενών καθώς και αυτοί εμπλέκονται στην γενικότερη υποστήριξη τους και την ένταξη αυτών.

Τα οφέλη της κοινοτικής φροντίδας είναι πολλαπλά για τους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό έχει παγιωθεί ως η καλύτερη πρακτική για την ψυχιατρική περίθαλψη και σε αρκετές χώρες του κόσμου αντικατέστησε πλήρως την προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας που θέλει τους ασθενείς να διαμένουν σε ιδρύματα και άσυλα. Από την παρουσίαση όμως των δεδομένων που αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την ανάπτυξη δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας στην Αγγλία, τον Καναδά, την Σουηδία, την Νορβηγία και την Φιλανδία διαπιστώνονται διαφορές αναφορικά με αυτά. Πιο συγκεκριμένα, διαφέρει ο ρυθμός με τον οποίο πραγματοποιήθηκαν αυτές. Επίσης, είναι διαφορετικός ο τρόπος εφαρμογής τους, καθώς σε κάποιες χώρες την ευθύνη φέρει η κυβέρνηση μέσω συγκεκριμένων υπουργείων και σε άλλες οι δήμοι.

Αναλυτικότερα, στην Αγγλία η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι δωρεάν και το σύνολο των κατοίκων έχει πρόσβαση σε αυτές χωρίς αποκλεισμούς. Την ευθύνη έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ωστόσο υπάρχει και η συμμετοχή του ιδιωτικού φορέα. Το εθνικό σχέδιο που παρουσιάστηκε το 1999 απομάκρυνε τους ασθενείς από τα άσυλα και τα ιδρύματα και τους μετέφερε στην κοινότητα όπου έχουν αναπτυχθεί ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας. Ως αποτέλεσμα αυτών μειώθηκε και ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία. Τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές ασθένειες λαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα στην κοινότητα και έχουν ταχεία πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Στον Καναδά το σύστημα υγείας λειτουργεί σε διάφορα επίπεδα, ενώ υπάρχει η συμμετοχή τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα στην χρηματοδότηση. Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει προσπάθειες για την υποστήριξη των ασθενών στην κοινότητα και την λήψη υπηρεσιών σε αυτό το πλαίσιο, δεν φαίνεται να έχουν επιτευχθεί τα επιθυμητά αποτελέσματα. Εντοπίζονται αρκετές αδυναμίες στην

παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, οι οποίες είναι πιθανό να σχετίζονται με το γενικότερο τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας.

Η Σουηδία φαίνεται να έχει αρκετά ολοκληρωμένες κοινοτικές υπηρεσίες για τους ψυχικά ασθενείς. Την ευθύνη φέρει το δημόσιο ενώ, η συμμετοχή του ιδιωτικού φορέα είναι μικρότερη. Έχουν αναπτυχθεί ποικίλες δράσεις τόσο για το σύνολο των ασθενών γενικότερα, όσο και για τους ασθενείς με ψυχικές νόσους ειδικότερα. Κατά κύριο λόγο οι ανάγκες τους καλύπτονται από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ οι περισσότερες εξειδικευμένες υπηρεσίες βρίσκονται σε συνεργασία με αυτή. Εδώ και αρκετά χρόνια, οι κοινωνικές υπηρεσίες φέρουν την ευθύνη για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών των ασθενών και τη στέγασή τους. Για τον λόγο αυτό έχει μειωθεί σε μεγάλο βαθμό η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.

Στη Νορβηγία η κοινοτική φροντίδα των ασθενών παρέχεται κατά κύριο λόγο από τα αντίστοιχα κέντρα ψυχικής υγείας. Σε αυτά έχουν ανατεθεί η περισσότερες δράσεις, οι οποίες φαίνεται να προσφέρουν ολοκληρωμένη φροντίδα. Η ιδιαίτερη βαρύτητα που έχει δοθεί στις κρατικές παροχές έχει θετικό αντίκτυπο καθώς σε αυτές αναζητούν βοήθεια ακόμη και τα άτομα που λάμβαναν στήριξη από φορείς του ιδιωτικού τομέα.

Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς ήταν μεγάλη πρόκληση, εξαιτίας της μεγάλης έκτασης που έχει η χώρα αλλά και το γεγονός ότι είναι αραιοκατοικημένη. Ωστόσο η πρόκληση αυτή αντιμετωπίστηκε με επιτυχία και οι υπηρεσίες αναπτύχθηκαν σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο ως εξωτερικοί στα γενικά νοσοκομεία. Επιπλέον, έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής σε κέντρα ημέρας, προγράμματα συμβουλευτικής, κατ'οίκον φροντίδας κ.α.

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Μ. Βρετανία και την Αμερική διαπίστωσαν πως οι ψυχικά ασθενείς δείχνουν προτίμηση στη διαμονή τους στις κοινοτικές δομές, όπου το περιβάλλον τους είναι περισσότερο οικείο περιβάλλον και εκείνοι νοιώθουν πως έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας. Ακόμη, σε δείγμα ασθενών που προέρχονταν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας και είχαν διάγνωση νοητικής υστέρησης, έδειξε πως παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά τους, το λόγο και την ομιλία, καθώς επίσης και στις κοινωνικές τους λειτουργίες έπειτα από τη μετακίνησή τους στις κοινοτικές δομές.

Μεταξύ των δράσεων που αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα είναι οι ΚΟΙΝΣΕΠ. Η σημαντικότερη καινοτομία αυτών είναι η δυνατότητα απασχόλησης ατόμων, που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, μεταξύ των οποίων και οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. Η ευκαιρία αυτή παρέχει στους ασθενείς εισόδημα, ωστόσο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι ότι λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος με την αγορά εργασίας. Έτσι δεν αποκόπτονται από αυτή και μελλοντικά μπορούν να απασχοληθούν σε κανονικό πλαίσιο εργασίας, έχοντας λάβει τα κατάλληλα εφόδια. Τέτοιοι συνεταιρισμοί λειτουργούν αρκετοί στην χώρα μας και σημειώνουν ιδιαίτερη επιτυχία.

Βιβλιογραφία

Αδάμ, Σ. (2014). *Οδηγός δημιουργίας κοινωνικών επιχειρήσεων*. Θεσσαλονίκη: ίδρυμα Χάινριχ Μπελ Ελλάδα. Διαθέσιμο από: <https://gr.boell.org/el/2014/08/29/odigos-dimioyrgias-koinonikon-epiheiriseon>

Αδάμ, Σ., Κορνηλάκης, Α. & Καβουλάκος, Ι. (2018). *Το θεσμικό πλαίσιο της Κοινωνικής Αλληλέγγυας Οικονομίας στην Ελλάδα. Η εμπειρία της δημόσιας διαβούλευσης και μια κριτική αποτίμηση του Ν. 4430/2016*. Θεσσαλονίκη: Ίδρυμα Χάινριχ Μπελ Ελλάδα

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., DeGirolamo, S., DeGraaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, I., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lpine, J., Ormel, J., Polidori, G, Russo, L., Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21–27

Alzheimer's Association Update (2018). *Alzheimer's Disease. Alzheimer's & Dementia*, 14(5), 699-700

Becker, T. & Vazquez-Barquero, J. (2002). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104(10), 8-14

Bellali, T., & Kalafati, M. (2006). Greek psychiatric care reform: New perspectives and challenges for community mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 33–39.

Bentzen, W. (2003). *Dictionary of general/family practice. WONCA International Classification Committee, Copenhagen, 2003*. Available at: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>

Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2015). Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. *Social Policy & Administration*, 51(1), 95–113. doi:10.1111/spol.12175

Bjerkkan J, Richter M, Grimsmo A, et al. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11, 265-272

Bienvenu, J. & Ginsburg, G. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*,19(6):647-654.

Blackwell, L., Lucas, W., Clarke, C. (2012). Summary health statistics for US adults: National health interview survey. *Vital and Health Statistics Report*, 260:1–161

Braveman, A., Kumanyika, S., Fielding, J., Laveist, T., Borrell, N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101(1),S149–S155

Brink, J.H., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*,2, 330- 356.

Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). *International trends and initiatives in primary health care*. Available at: <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/36247/RRU%20Aug%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Canadian Institute for Health Information (2008). *Improving the Health of Canadians: Mental Health, Delinquency and Criminal Activity*. Ottawa:CanadianInstituteforHealthInformation.

Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος, Γ. (2000), Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μια ενιαία υγειονομική αγορά. Στο Ε. Γεωργούση & Γ. Κυριόπουλος, *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία* (σελ. 63-78). Αθήνα: Θεμέλιο

Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ. & Κυριόπουλος, Γ. (2002). Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο Δημολιάτης, Γ. , Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ. & Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.). *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα* (σελ. 138-163), Αθήνα: Θεμέλιο

CIRIEC (2012). *The Social Economy in the European Union*. *European Economic and Social Committee*. Available at: http://www.ciriec.uliege.be/wp-content/uploads/2015/12/resume_CESE2012_en.pdf

Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodouloy, N. & Anagnostopoulos, D. (2010). Mental health profile of Greece. *International Psychiatry*,7(3),64-67

Constantopoulos, A. & Yannulatos, P. (2004). Greek Psychiatric Reform: Difficulties, Achievements and Perspectives. Στο *Health Systems in the 103 World. From Evidence to Policy*. 5th FICOSSER General Conference. Athens

Δαμίγος, Δ.
(2003). *Αποασυλοποίηση και σχέση της με την πρωτοβάθμιας περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση

Defourny, J. (2001). Introduction: From third sector to social enterprise. In Borzaga, C. & Defourny, J. (eds), *The Emergence of Social Enterprise*, London: Routledge

Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, K. (2002). Integrated Care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care* ,2(2), 4-19.

Δεπάστας, Χ. (2018). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το ΒΗΜΑ του Ασκληπιού*, 118-127

Δουβίτσα, Ι. (2019). *Η ελληνική συνεταιριστική νομοθεσία: Από τον κατακερματισμό στην ενοποίηση*. Θεσσαλονίκη: Heinrich Boll Stiftung

Dumont, P. & Dumont, M. (2008). Deinstitutionalization in the United States and Italy: A historical survey. *International Journal of Mental Health*, 37, 61–70

European Commission (2017). *Health system performance assessment – Integrated Care Assessment (20157303 HSPA) Health system fiche | Sweden*. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_integratedcareassessment_sweden_en.pdf

Esco, H. (2010). *Finnish challenges and solutions on community mental health services*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/49597547_Finnish_challenges_and_solutions_on_community_mental_health_services

Θεοδώρου, Μ. (2000). Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Λύση ή υπεκφυγή;. Στο Ε. Γεωργούση & Γ. Κυριόπουλος, *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία* (σελ. 133-145). Αθήνα: Θεμέλιο

Friedrich, J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*. 317(15),1517-1531. Doi:10.1001/jama.2017.3826

Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2006). *Psychological science* (2nd ed.). California:W W Norton & Co.

Hazar,N, Seddigh, L., Rampisheh, Z. &Nojomi, M. (2016). Population attributable fraction of modifiable risk factors for Alzheimer disease: A systematic review of systematic reviews. *Iranian journal of Neurology*, 15(3), 164-172.

Hancock, K., Mitrou, F., Shipley, M., Lawrence, D. & Zubrick, S. (2013).A three generation study of the mental health relationships between grandparents, parents and children. *BMC Psychiatry*, 13, 11-25.

Health Canada. (2002). *A Report on Mental Illness in Canada*. Ottawa: Health Canada.

HELSEN (2010). *Mental health services in Norway*. Available at: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf>

Hewlett, E. & Horner, K. (2015). *Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): England*, Paris:OECD Publishing

Jeronimus, B, Kotov, R., Riese, H. & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14),2883-2906

Johannessen, J., Stubhaug, B. & Skandsen, J. (2005). Mental health services in Norway. *Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*. 2(9),13-15

Johnson S., Zinkler, M. & Priebe, S. (2001). Mental health service provision in England, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104:47-55

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. 2015. *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών

Καρανταγλής, Ν. (2013).*Κοινωνική επιχειρηματικότητα: από την ιδέα στην πράξη*. Διαθέσιμο από: https://dasta.auth.gr/uploaded_files/635228808295721341.pdf

Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S. and Mayratziotou, K. (2005): The reform of the Greek mental health services. *Journal of Mental Health*, 14, 197 – 203

Karlsson, B., Borg, M., Eklund, M. & Kim, S. (2011) Profiles and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *Journal of Mental Health System*.5, 19-10

Κλήμη-Καμινάρη Ο. & Παπαγεωργίου Κ. (2010). *Κοινωνική Οικονομία: Μία πρώτη προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνοεκδοτική

Κονταξάκης, Γ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Γ. & Χριστοδούλου, Ν. (2005). *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή* Αθήνα: Βήτα

Κονταξάκης, Β. & Χριστοδούλου, Γ. (2000). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών. Στο Κονταξάκης, Β. & Χριστοδούλου, Γ., *Προληπτική ιατρική & ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Βήτα

Κριτσωτάκη, Δ. (2016). «Ψυχική υγιεινή», κοινωνική πρόνοια και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη μεταπολεμική Ελλάδα. *Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, 1956-1978*. Αθήνα: Πεδίο

Κυριακίδου, Ο. & Σαλαβού Ε. (2014). *Κοινωνική Επιχειρηματικότητα*. Αθήνα: Rosili

Λάμπρος, Κ. (1999). *Συνεταιρισμοί και ανάπτυξη*. Αθήνα: Τυποθήτω

Laville, J. & Nyssens, M. (2001). *The social enterprise. Towards a theoretical socioeconomic approach*. USA: University of Wisconsin

Leadbeater, C. (2007). *Social enterprise and social innovation: Strategies for the next ten years*. USA: Cabinet office

Lehtinen, V. & Taipale, V. (2020). *Integrating mental health services: the Finnish experience*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484394/>

Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.

Lindelius, B. (2012). P-644 - Involuntary treatment in Swedish psychiatry. *European Psychiatry*, 27(1), 1-16

Lloyd, J. & Wait, S. (2006). *Integrated Care: a guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.

Λιονής, Χ. & Μερκούρης, Μ. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 7-9.

Madianos M. (2010). *Deinstitutionalization (the political economy of Deinstitutionalization)*. International Encyclopedia of rehabilitation, CIRRIE, 2010

Madianos M., (2006). Psychiatric rehabilitation in the era of globalization. *World Psychiatry*, 5:163-164

Μαδιανός, Μ. (2002). *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*. Αθήνα: Βήτα

Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Καστανιώτη

Madianos M. & Christodoulou G. (2007). Reform of the mental health care system in Greece 1984-2006. *International Psychiatry*, 1:16-19

McDaid, D. & Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: balancing institutional and community-based mental health care. Policy Brief*. Copenhagen: WHO

McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. E. & Jenkins, R. (2009). *Adult psychiatric morbidity in England: results of a household survey*. UK: Health and Social Care Information Centre

Mechanic, D. (2007). Mental Health Services then and now. *Health Affairs*, 26,1548-1550

Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*. Mental Health Commission of Canada: National Library of Canada

Mental Health Europe (2018). *Mapping & understanding exclusion in Europe*. Available at: <https://www.mhe-sme.org/mapping-exclusion/>

Millan, J., Fone, K., Steckler, T. & Horan, P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 645–692.

Nasioulas, I., (2012). *Greek Social Economy Revisited Voluntary Civic and Cooperative Challenges in the 21st Century*. Frankfurt: Peter Lang.

National Research and Development Centre for Welfare and Health. *Statistical report 3/2000*. Helsinki: 2000. Treatment of mental disorders in Finland 1978–1998.

Νόμος 4430/2016 - ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016. Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις.

Ομάδα Διοίκησης Έργου για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα (2013). *Στρατηγικό σχέδιο για την ανάπτυξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας*. Διαθέσιμο από:

https://dasta.auth.gr/uploaded_files/635006205493669775.pdf

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003). *Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία*. Ανακτήθηκε από: https://www.who.int/mental_health/policy/Advocacy_module_Greek.pdf

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001). *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*. Ανακτήθηκε από: www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf.

Patel, V. (2017). Talking sensibly about depression. *PLoS Medicine*,14(4),e1002257.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002257>. Available at:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002257>

Περιογιάννης, Β, Ληξουριώτης, Χ. & Μαυρέας, Β. (2014). Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31 (6), 669-677

Περιογιάννης, Β, Μανθοπούλου, Θ., Γιώτη Π. & Μαυρέας, Β. (2013). Η εξαετής πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων Θεσπρωτίας. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 9:85–91

Pilgrim D. & Rogers A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθύτω

Polanyi, K. (2007). *Ο μεγάλος μετασχηματισμός*. Θεσσαλονίκη: Νησίδες,

Πλουμπίδης, Δ. (2009). Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. *Σύναμις*, 15, 22-27

Πλουμπίδης, (2000). Το κέντρο ψυχικής υγείας. Στο Γ. Χριστοδούλου, Β., Κονταξάκης & Μ. Οικονόμου (2002). *Προληπτική ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα

Rossler W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 5:151-157

Ruud, T. & Hauff, E. (2002). Community Mental Health Services in Norway. *International Journal of Mental Health*, 31(4), 3-14

Σακέλλης Ι. (2009). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες-Προτάσεις-Λύσεις*. Εκδόσεις: Σακουλά

Sadock, J. & Sadock, A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Sjølief, H., Karlsson, B., Kim, (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome - a literature review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17, 881-892

Σκαπινάκης, Π. & Μαυρέας, Π. (2001). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: διαφορετικοί ασθενείς διαφορετικές ανάγκες. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 18, 444-445

Social Business Initiative (2011). *Creating a favourable climate for social enterprises, key stakeholders in the social economy and innovation*. Available at: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2011/EN/1-2011-682-EN-F1-1.Pdf>

Stefansson, C.-G., & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 82–88. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2082.x

Stylianidis, F., Pantelidou, M. & Chondros, C. (2008). Evaluation of the rehabilitation process in Greek community residential homes: Resettlement from Greek psychiatric hospitals. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13, 31–38

Swenson, J. –R. & Bradwejn, J. (2002). Mental Health Reform and Evolution of General Psychiatry In Ontario. *Canadian Journal of psychiatry*, 47(7), 644-651

Teague P. (2007). *Developing the social economy in Ireland*. United Kingdom: Blackwell

Τζουβελέκας, Μ. & Zoehrer, K. (2015). *Ο Νόμος 4019/2011 - Προϋποθέσεις λειτουργίας της Κοινωνικής Οικονομίας για μια βιώσιμη αγορά εργασίας*. Διαθέσιμο από:

<https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/eejp/article/view/10593/0/RefWorksCitationPlugin>

Thornicroft, G. & Bebbington, P. & Leff, J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 56, 1416–1422

Tom, S. , Hubbard, R., Crane, R., Haneuse, S., Bowen, J., McCormick, W., McCurry, S. & Larson, E. (2014). Characterization of Dementia and Alzheimer’s Disease in an Older Population: Updated Incidence and Life Expectancy With and Without Dementia. *American Public Health Association*. 105(2), 408-13. Doi: 10.2105/AJPH.2014.301935.

Tuntiya N. (2003). *The forgotten history: the deinstitutionalization movement in the mental health care system in the United States*. Thesis in Master of Arts. Department of Sociology College of Arts and Sciences, University of South Florida

Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (1),10–7

Turner, J., Hayward, R., Angel, K., Fulford, B., Hall, J., Millard, C. & Thomson, M. (2015). The History of Mental Health Services in Modern England: Practitioner Memories and the Direction of Future Research. *Medical History*, 59(4): 599–624.

Vienney, C. (2008). *Η Κοινωνική Οικονομία*. Αθήνα: Πολύτροπον

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 2: Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009. Διαθέσιμο από: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/Ypostirixi%20Forewn/Ypostirixi%20EP-ISTHMONIKH/Ex%20Post%20%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%94%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9F%202%20Teliko.pdf>

Υφαντής, Θ. (2005). «Αποασυλοποίηση», «αποϊδρυματοποίηση» και ετερότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22, 525-527

Ψυχαργός (2013). ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ Π.β.1.2: «Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012» Στο πλαίσιο του έργου: « Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ” από το 2011μέχρι και το 2015». Διαθέσιμο από: <https://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON-%20GOING/%CE%A0%CE%921.2.pdf>

Valentijn, P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, Y. & Bruijnzeels, A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16(64),1-15. Doi: 10.1186/s12875-0158-0278-x

Ward, W. & Black, I. (2016). State and regional prevalence of diagnosed multiple chronic conditions among adults aged ≥ 18 years – United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65:735–738

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=766E8DA40A177D8B79873E7544AF0474?sequence=1>

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Available at: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization. (2011a). *Political declaration of the high level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Available at: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf

World Health Organization (2011b). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. Instruction manual

World Health Organization (2008). *Integrated health services - what and why*. Available at: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf

WorldHealthOrganization. (2001). *The World Health Report*. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf

Ιστοσελίδες:

<https://alzheimerathens.gr/worldalzheimersday-2-2/>

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_sv_english.pdf

<https://myrtillocafe.gr>

<https://www.nou-pou.gr>

www.dimosneapolis-sykeon.gr