ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας : Η περίπτωση της Πάτρας»

Επιμέλεια

Μπατάλη Μαρία

Ρούφα Παρασκευή

Χριστοπούλου Χέλλερ Νικολίτσα

Επιβλέπων Καθηγητής

Μέντης Εμμανουήλ

Πάτρα, Φεβρουάριος 2022

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους αυτούς που συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Πρωτίστως, θα θέλαμε να ευχαριστούμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Μέντη Μανόλη, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, αναθέτοντας μας το συγκεκριμένο θέμα, τη συμπαράστασή του, καθώς και την επιστημονική του καθοδήγηση.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε στον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης «Φάρος», στο Σύλλογο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών – Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ» και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας «Άγιος Ανδρέας». Κατ' επέκταση ευχαριστούμε τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τη συνεργασία τους όσον αφορά τη διαδικασία συγκέντρωσης του δείγματος, που ήταν απαραίτητο για την ολοκλήρωση της μελέτης. Θερμές ευχαριστίες, επίσης, στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στους φροντιστές, που συμμετείχαν στην έρευνα και μας εκμυστηρεύτηκαν σημαντικές πτυχές της ζωής τους.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειές μας για την αμέριστη συμπαράσταση και την πολύτιμη υπομονή τους.

Περίληψη

Σε όλες τις κοινωνίες, ανεξαιρέτως, οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στην υγεία των ανθρώπων. Απότοκο της ψυχικής ασθένειας είναι αφενός η δυσκολία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αφ' ετέρου η αδυναμία εύρεσης εργασίας, δύο συνέπειες που αναμφίβολα μπορούν να επηρεάσουν τόσο τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και τους φροντιστές αυτών.

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να εξετάσει τα προγράμματα απασχόλησης, που υφίστανται για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή της Πάτρας, διερευνώντας παράλληλα τις απόψεις των εργαζόμενων ληπτών, των φροντιστών και των Κοινωνικών Λειτουργών γύρω από το ζήτημα της προώθησης στην απασχόληση των πρώτων.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης επιλέχθηκε να εφαρμοστεί ποιοτική έρευνα, με ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν τέσσερις εργαζόμενοι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τρεις φροντιστές και πέντε Κοινωνικοί Λειτουργοί. Η ομάδα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, απαρτίζεται από άτομα, τα οποία είναι ενταγμένα στο Σύλλογο Οικογενειών Ψυχικής Υγείας της Πάτρας και κατ' επέκταση της Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ» και στον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης «Φάρος». Η ομάδα των φροντιστών συνίσταται από γονείς ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι είναι ενταγμένοι στο Σύλλογο Οικογενειών Ψυχικής Υγείας Πατρών. Τέλος, η ομάδα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελείται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, που εργάζονται στο Σύλλογο Οικογενειών Ψυχικής Υγείας Πατρών, στον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης «Φάρος» και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρας «Άγιος Ανδρέας». Οι βασικοί άξονες των συνεντεύξεων και των τριών ομάδων στόχου είναι οι εξής: α) στοιχεία του κοινωνιολογικού προφίλ, β) καταγραφή προβλήματος ψυχικής υγείας, γ) εργασιακή κατάσταση και τέλος δ) καταγραφή των γενικότερων απόψεων, που επικρατούν, όσον αφορά την προώθηση στην απασχόληση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από τη μελέτη, αντικατοπτρίζουν τις πληροφορίες και τις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με τους παραπάνω άξονες, οι οποίες παρουσιάζονται αυτούσιες.

Παρά τη μέγιστη συμβολή των προγραμμάτων/υπηρεσιών, που προορίζονται για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσα από τη συλλογή

των δεδομένων συμπεραίνουμε πως στον δρόμο προς αυτήν υπάρχουν πολλά τρωτά σημεία. Κάποια από αυτά είναι το στίγμα, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια, οι κοινωνικές προκαταλήψεις, η έλλειψη των κατάλληλων δομών, η αβεβαιότητα, η οικονομική κρίση, καθώς και η ίδια η ψυχική ασθένεια. Τέλος, η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας, συνδράμει σημαντικά στην εύρεση εργασίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην επακόλουθη υποστήριξή τους.

Λέξεις – Κλειδιά : ψυχική υγεία, λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προγράμματα απασχόλησης ψυχικά ασθενών, στίγμα

Abstract

In each and every contemporary society, mental disorders can cause a significant burden on people's mental health. The result of mental illness is on the one hand the difficulty of psychosocial rehabilitation and on the other hand the inability to secure a job position, which is something that may affect both the recipients of mental health services and their caregivers.

This paper aims to examine the extant employment programs for recipients of mental health services in the area of Patras. Moreover, this study seeks to explore the views of recipients of mental health services workers, caregivers and social workers on the issue of promoting the employment of the former.

For the realization of the research, it was chosen to apply qualitative research, with individual semi-structured interviews. The sample of the study consisted of four working recipients of mental health services, three caregivers and five Social Workers. The group of mental health services recipients consists of people who are member of Association of Mental Health Families of Patras and by extension the Social Cooperative Enterprise of Integration Cafe «Bridges» and the Social Cooperative of Limited Liability «Faros». Parents of the recipients of mental health services, who are members of the Association of Mental Health Families of Patras make up the group of caregivers. Finally, the group of mental health professionals consists of Social Workers, who work in the Association of Mental Health Families of Patras, in the Limited Liability Social Cooperative «Faros» and in the Mental Health Center of Patras «Agios Andreas». The main axes of the interviews of all three target groups consist of the following thematic units: a) elements of the sociological profile, b) documenting of a mental health problem, c) the working condition of the recipients of mental health services and finally d) reporting of the prevailing views regarding the promotion of the employment of the people with mental health problems.

The results obtained from the study reflect the information and views of the interviewees regarding the above axes, which are presented as is.

Despite the maximum contribution of the programs / services, intended for the professional rehabilitation of the recipients of mental health services, through the data collection we concluded that on the way to it there are many obstacles. Some of these are stigma, which stems from mental illness, social prejudices, lack of proper facilities, uncertainty, financial crisis, as well as mental illness itself. Finally, the science of Social Work contributes

significantly to securing a job position for the recipients of mental health services and to their subsequent support.

Key words: mental health, recipients of mental health services, employment programs for the mentally ill, stigma.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες 2

Περίληψη 3

Abstract 5

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια 9

Εισαγωγή 11

ΜΕΡΟΣ Α' 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» 13

1.1. Ψυχική Υγεία 13

1.1.1. Νομοθεσία για την ψυχική υγεία 14

1.2. Η εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας από την αρχαιότητα 14

1.3. Δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας 16

1.4. Ψυχικές διαταραχές 21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ, ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ» 23

2.1. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 23

2.1.1. Εποχή των δημόσιων ασύλων 24

2.1.2. Παραδοσιακή περίοδος 24

2.1.3. Εποχή των μεταρρυθμίσεων (από το 1999) 25

2.2. Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» 26

2.3. Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 27

2.4. Ιδρυματοποίηση 27

2.5. Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια 30

2.5.1. Επιπτώσεις του στίγματος 31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο «ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» 34

3.1. Η έννοια της Κοινωνικής Οικονομίας και του Τρίτου Τομέα 34

3.2. Η έννοια της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (Κ.ΑΛ.Ο.) 35

3.3. Φορείς Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας 36

3.3.1. Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.) 37

3.3.2. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) 38

3.3.3. Συνεταιρισμοί Εργαζομένων 38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο «Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ» 40

4.1. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση 40

4.2. Επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας 42
4.2.1. Εμπόδια για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας 45
4.2.2. Μύθοι για την ψυχική ασθένεια στο χώρο εργασίας 47
4.3. Μορφές απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διεθνές επίπεδο 49
4.3.1. Υποστηριζόμενη απασχόληση 51
4.4. Απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα 54
4.5. Απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο εξωτερικό 61
4.5.1. Αυστραλία 61
4.5.2. Γερμανία 63
4.5.3. Ιταλία 66
4.5.4. Ηνωμένο Βασίλειο 67
Β' ΜΕΡΟΣ 69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ» 69
5.1. Προσδιορισμός του ερευνητικού θέματος 69
5.1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας 69
5.1.2. Πλαίσιο της μελέτης 70
5.2. Ερευνητικό σχέδιο μελέτης 70
5.2.1. Θεματική Ανάλυση 71
5.3. Περιγραφή του πληθυσμού - στόχου 71
5.3.1. Δειγματοληψία 72
5.4. Περιγραφή διαδικασίας 74
5.5. Αποτελέσματα Έρευνας 83
5.5.1. Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας – Αποτελέσματα 83
5.5.2. Φροντιστές – Αποτελέσματα 98
5.5.3. Κοινωνικοί Λειτουργοί σε Κοι.Σ.Π.Ε., Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης, Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας – Αποτελέσματα 109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ» 129
6.1. Συμπεράσματα και Συζήτηση Αποτελεσμάτων Έρευνας 129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» 139
Βιβλιογραφικές Αναφορές 141

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Α.Ν.	Αναγκαστικός Νόμος
ΑμεΑ	Άτομα με Αναπηρία
Β.Δ.	Βασιλικό Διάταγμα
Γ.Ν.Χ.	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε.	Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
Θ.Ψ.Π.Χ.	Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων
Ι.Ε.Κ.	Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
κ.ά.	και άλλα
Κ.ΑΛ.Ο.	Κοινωνική Αλληλέγγυα Οικονομία
Κ.Ε.Π.Α.	Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
κλπ.	και λοιπά
Κοιν.Σ.Επ.	Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση
Κοι.Σ.Π.Ε.	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
κ.ο.κ.	και ούτω καθεξής
Λ.Α.Ε.Κ.	Λογαριασμός για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση
Μ.Μ.Ε.	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν.	Νόμος
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Α.Ε.Δ.	Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
Ο.Τ.Α.	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
παρ.	παράγραφος
Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε.	Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη
Σ.Ο.Ψ.Υ.	Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία
Τ.Ε.Ι.	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Ψ.Ν.Κ.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
E.U.S.E.	European Union of Supported Employment
ICD-10	International Classification of Diseases-10
IPS	Individual Placement and Support

Εισαγωγή

Η επαγγελματική αποκατάσταση έχει καθιερωθεί ως ένα από τα πιο βασικά μέσα για την επιβίωση των ατόμων, τόσο σε οικονομικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Όσον αφορά τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας η επαγγελματική απασχόληση είναι δυνατόν να τους οδηγήσει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Πιο συγκεκριμένα, μέσω της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή ενδυναμώνονται, γεγονός που μπορεί να τους οδηγήσει στο μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας (Κυζιρίδης, χ.χ.). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι σε θέση να βοηθήσουν και να εντάξουν τα άτομα αυτά σε κάποιο επαγγελματικό πλαίσιο, στοχεύοντας στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Με αφορμή αυτό, στη παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να εξεταστεί τόσο μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, όσο και της ερευνητικής μελέτης, τα προγράμματα απασχόλησης, που υφίστανται για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ακόμα, γίνεται διερεύνηση των εμπόδιων, που τυχόν αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους αναζήτησης, καθώς και τον ρόλο που διαδραματίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι φροντιστές σε αυτό. Επιπλέον, ένα από τα κύρια ζητούμενα της πτυχιακής μας εργασίας είναι να διαπιστώσουμε αν στον ελλαδικό χώρο και πιο συγκεκριμένα στη περίπτωση της Πάτρας πραγματοποιούνται προσπάθειες για προώθηση στην απασχόληση των ατόμων, που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Τα παραπάνω ζητήματα, κληθήκαμε να ανακαλύψουμε μέσω των συνεντεύξεων που πραγματοποιήσαμε σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται, σε φροντιστές ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τέλος σε επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας με τίτλο «Ψυχική Υγεία» γίνεται μια γενικότερη αναφορά σε ζητήματα που αφορούν τον παραπάνω τίτλο, όπως είναι η νομοθεσία γύρω από αυτήν, καθώς και ήταν η εξέλιξή της από την αρχαιότητα. Ύστερα, αναφέρονται τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κλείνοντας γίνεται μια μνεία στις ψυχικές διαταραχές.

Το δεύτερο κεφάλαιο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Ιδρυματοποίηση και Στίγμα» πραγματεύεται αρχικά το ζήτημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, που πέρασε από

φάσεις και χρονικές περιόδους έως ότου να αλλάξει η παραδοσιακή, ασυλικού τύπου περίθαλψη και να καθιερωθεί η παροχή φροντίδας σε λήπτες, η οποία βασίζεται στη κοινότητα. Οι προσπάθειες αυτές οδήγησαν στο πρόγραμμα «Ψυχαργώς» που σήμανε πολλές μεταρρυθμίσεις, για το οποίο γίνεται και η ανάλογη αναφορά. Τέλος, αναφερόμαστε στον όρο της ιδρυματοποίησης και κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό αναλύουμε το στίγμα που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά «Το Νομικό Πλαίσιο για την Επαγγελματική Απασχόληση των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας». Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στοιχεία για την Κοινωνική Οικονομία και τον Τρίτο Τομέα. Ακόμα, γίνεται μνεία στη Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία (Κ.ΑΛ.Ο.), ενώ πιο εκτενέστερα αναλύονται οι Φορείς της Αλληλέγγυας Οικονομίας. Πρόκειται για ένα από τα βασικότερα κεφάλαια της πτυχιακής, καθώς αναλύονται οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.) και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), που αποτελούν τους φορείς της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας.

Το τέταρτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας έχει ως τίτλο «Η Απασχόληση των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό». Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζεται, αρχικά, η έννοια της ψυχοκοινωνικής και της επαγγελματικής αποκατάστασης, που αφορά τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ακολουθούν, τα εμπόδια που μπορεί να συναντήσει ένας ψυχικά ασθενής κατά την αναζήτηση εργασίας, όπως και οι μύθοι που επικρατούν γύρω από το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας στον εργασιακό χώρο. Εν συνεχεία, παραθέτονται οι μορφές απασχόλησης για άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες τόσο στον ελλαδικό χώρο, όσο και στο εξωτερικό.

Ακολουθεί το δεύτερο μέρος της μελέτης, το οποίο αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι αυτής. Πιο συγκεκριμένα, συμπεριλαμβάνει το πέμπτο κεφάλαιο «Μεθοδολογία Ποιοτικής Έρευνας», μέσα στο οποίο εκτός των άλλων εμπεριέχονται τα «Αποτελέσματα της Έρευνας». Στο έκτο κεφάλαιο με τίτλο «Συμπεράσματα- Συζήτηση», παραθέτονται στοιχεία που προέκυψαν μέσα από την εξέταση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης. Τέλος, το έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο πραγματεύεται το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, είναι σκόπιμο να αναφέρουμε πως υπάρχουν περιθώρια για περαιτέρω διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος.

ΜΕΡΟΣ Α’

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

1.1. Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας ψυχική υγεία *«δεν είναι μόνο η απουσία της ψυχικής διαταραχής. Ορίζεται ως η κατάσταση της υγείας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, δύναται να αντεπεξέρχεται στις δυσκολίες που προκύπτουν από την καθημερινότητα, είναι παραγωγικό και μπορεί να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο»* (Υπουργείο Υγείας, 2011). Η ψυχική υγεία αποτελεί μία έννοια, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη τόσο με την κοινωνική όσο και την σωματική υγεία για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά. Η σύνδεση αυτή μας οδηγεί να αντιληφθούμε, πως η ψυχική υγεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ευεξία των ατόμων και των κοινωνιών. Ωστόσο, ανά τον κόσμο υπάρχουν διαφορές ως προς την σημασία της ψυχικής υγείας, με απότοκο ορισμένοι ασθενείς να στιγματίζονται και να παραγκωνίζονται (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

Ακόμα, η ψυχική υγεία σε διάφορα κράτη δεν θεωρείται το ίδιο σημαντική, όπως η σωματική υγεία. Υπάρχουν χώρες που δεν διαθέτουν θεσμικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία, επομένως, ούτε και προγράμματα για την αντιμετώπισή της. Επίσης, ορισμένα κράτη δεν καλύπτουν οικονομικά την ψυχική ασθένεια, με αποτέλεσμα τόσο τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας όσο και οι δικοί τους άνθρωποι, να αδυνατούν, να ανταπεξέλθουν στο κόστος της θεραπείας. Είναι σημαντικό να υπάρχει ένας ορισμός για την ψυχική υγεία, κοινός για όλους, ώστε να αποφεύγονται τυχόν παρανοήσεις και διακρίσεις. Για αυτό, λοιπόν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, γνωρίζοντας την τεράστια σημασία της ψυχικής υγείας από την ίδρυση του, δημιούργησε τον παρακάτω ορισμό, ο οποίος βρίσκεται στο καταστατικό του. Πιο συγκεκριμένα, *«η υγεία δεν είναι “απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας”, αλλά “μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας”»* (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

1.1.1. Νομοθεσία για την ψυχική υγεία

Το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή έχει τα ίδια δικαιώματα και χρήζει της ίδιας αντιμετώπισης με σεβασμό, ισοτιμία κι επιστημονική ακεραιότητα, όπως κάθε άλλος ασθενής. Έτσι, λοιπόν, απαραίτητη είναι η ύπαρξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, πράγμα που δυστυχώς δεν διαθέτουν όλες οι χώρες. Οι νόμοι είναι αναγκαίοι, προκειμένου να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας , καθώς και να εξασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει δέκα βασικές αρχές για την νομοθεσία της ψυχικής υγείας, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων, που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Η πρώτη αρχή αφορά την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Ακολουθούν η δυνατότητα πρόσβασης στη βασική φροντίδα και η εκτίμηση της ψυχικής υγείας, με βάση τις παγκοσμίως αποδεκτές αρχές. Κάποιες αρχές είναι, ακόμα, η παροχή υπηρεσιών με όσο το δυνατόν ελαφρά περιοριστικά μέτρα και η αυτοδιάθεση, διότι μόνο με την ύπαρξη αυτής ο λήπτης έχει δικαίωμα στη φροντίδα. Επιπλέον, ιδιαίτερης σημασίας είναι η ύπαρξη διαδικασιών επανεξέτασης, καθώς και ο αυτόματος μηχανισμός αυτών. Οι δύο τελευταίες αρχές σχετίζονται με τις αποφάσεις, που πρέπει να εκπονούνται από επαγγελματίες, οι οποίοι διαθέτουν την απαιτούμενη κατάρτιση και σεβασμό προς τις νομοθετικές τροποποιήσεις (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2005).

1.2. Η εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας από την αρχαιότητα

Οι ψυχικές διαταραχές υφίστανται από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα. Ωστόσο, με το πέρασμα των αιώνων έχει αλλάξει ο τρόπος, που αντιμετωπίζονται οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η νοοτροπία των ψυχικά υγειών προς τις ψυχικές διαταραχές. Στην αλλαγή αυτή σημαντικό ρόλο συντέλεσε ο ριζοσπαστικός, για εκείνη την εποχή, όρκος του Ιπποκράτη. Ο συγκεκριμένος όρκος περιλαμβάνει τις απαιτούμενες αρχές, που πρέπει να τηρούνται στο χώρο της υγείας, όπως τη σημασία της πρόληψης και της διάγνωσης, θέτοντας ως βασικό στόχο την υγεία και την αξία των

αρρώστων. Στην περίοδο της αρχαιότητας, το περιεχόμενο του όρκου του Ιπποκράτη φάνταζε εντελώς δυσνόητο και εκτός πραγματικότητας, καθώς πολλές ήταν οι φορές όπου άτομα, που έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή γίνονταν υποχείρια εκμετάλλευσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός, πως εκείνη την εποχή δινόταν το δικαίωμα στους γιατρούς να μην αναλάβουν τη θεραπεία ενός ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα με την ψυχική του υγεία, εάν ο τελευταίος δεν είχε την δυνατότητα να ανταπεξέλθει οικονομικά σε αυτήν (Παρασκευοπούλου, 2020).

Ο όρκος του Ιπποκράτη, έως και τον 19ο αιώνα, αποτελούσε το μόνο δεοντολογικό κείμενο, που περιελάμβανε τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών και των γιατρών αντίστοιχα. Ωστόσο, η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα θέλοντας να κάνει σαφέστερο τον τρόπο αντιμετώπισης των πασχόντων, θέσπισε ορισμένες βασικές αρχές, ξεκινώντας το 1947 με τον Κώδικα της Νυρεμβέργης, ο οποίος θεσπίστηκε εξαιτίας των ανελέητων πειραμάτων που έκαναν οι Ναζί. Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης θεωρείται ιστορικό γεγονός, διότι με αυτόν έκανε την εμφάνισή της για πρώτη φορά η έννοια της ‘’πληροφορημένης συναίνεσης”, η οποία αποτελεί την βάση του συνεργατικού μοντέλου και εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα παγκοσμίως. Ακόμα, το 1977 πραγματοποιήθηκε νύξη για την ψυχική υγεία μέσα από τη Διακήρυξη της Χαβάης, η οποίο συμπεριλήφθηκε από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ως Κώδικας Ψυχιατρικής Δεοντολογίας (Παρασκευοπούλου, 2020).

Μέσα από την συγγραφή κι άλλων δεοντολογικών κειμένων δόθηκε *«έμφαση στην ελευθερία και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης των ασθενών, την προστασία της υγείας τους και της αξιοπρέπειάς τους και το δικαίωμά τους να μετέχουν ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία».* Ειδικά το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς η αναγκαστική θεραπεία αντιβαίνει στα δικαιώματα των ασθενών. Ο περιορισμός του ασθενούς και η αναγκαστική θεραπεία πραγματοποιείται μόνο σε περιπτώσεις, όπου το άτομο είτε δεν είναι σε θέση να καταλάβει την σοβαρότητα της κατάστασης είτε όταν δεν μπορεί να εκφράσει την επιθυμία του για θεραπεία. Έτσι, λοιπόν, με βάση τα παραπάνω δεοντολογικά κείμενα, οι κανόνες της σύγχρονης ιατρικής θεμελιώνονται στις εξής αρχές:

- της ωφέλειας,
- της δικαιοσύνης,
- της ισοτιμίας,
- της αυτονομίας (Παρασκευοπούλου, 2020).

1.3. Δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Είναι εύλογο πως στη σημερινή εποχή *«η ψυχική υγεία αποτελεί ένα αγαθό ύψιστης σημασίας και αξίας για την σωματική υγεία των ατόμων, για την υγεία των κοινωνικών ομάδων και των χωρών»*. Για τη διαφύλαξη και βελτίωση της ψυχικής υγείας είναι αναγκαία η υιοθέτηση και η εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών μέτρων. Κάποια από τα μέτρα είναι η ελευθερία σχετικά με την πρόσβαση σε αρμόδιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τους πολίτες κάθε χώρας, η κατάλληλη αποκατάσταση και η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών, που υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Ακόμη, συμπεριλαμβάνονται ο σεβασμός της ψυχικής υγείας και η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου, στους οποίους οφείλονται οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Επιπλέον, στα μέτρα αναφέρονται η ενδυνάμωση της εξέλιξης του ανθρώπου, της οικογενειακής ζωής και της κοινωνικής συνεκτικότητας, όπως και η διερεύνηση σχετικά με την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών. Τέλος, η υιοθέτηση κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, ο διαρκής έλεγχος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελούν κάποια από μέτρα για την προάσπιση της ψυχικής υγείας (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο 2004).

Σε πολλές χώρες απουσιάζει η δυνατότητα προσβασιμότητας για την παροχή τυπικής φροντίδας σε θέματα ψυχικής υγείας και της θεραπευτικής παρέμβασης, που απαιτείται. Σε άλλες, πάλι, η κοινοτική παρέμβαση για τη ψυχική υγεία δεν υφίσταται, γεγονός που σηματοδοτεί, πως η μόνη πραγματοποιήσιμη θεραπεία λαμβάνει χώρα εντός ψυχιατρικών μονάδων. Οι μονάδες αυτές στηρίζονται στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ενώ παράλληλα συμπεριλαμβάνεται σε αυτές η σκληρή και εξευτελιστική αντιμετώπιση ακόμη και σε επίπεδο διαβίωσης (WHO, n.d.). Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία καθίσταται αναγκαία, καθώς οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν πρωτότυπα ευάλωτα σημεία, τα οποία δικαιολογούνται ως εξής. Πρώτον, οι ψυχικές διαταραχές είναι δυνατόν να επιδράσουν στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ατόμων, στη διαφύλαξη των συμφερόντων τους και πιο σπάνια στις δυνατότητές τους σχετικά με την λήψη αποφάσεων. Δεύτερον, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πολλές κοινωνίες μπορεί να βιώσουν τον στιγματισμό, τις προκαταλήψεις και την περιθωριοποίηση. Ο αποκλεισμός, καθώς και οι διακρίσεις διογκώνουν την επικινδυνότητα της καταπάτησης

των αστικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων τους (WHO, 2003).

Σε πολλές κοινωνίες οι λήπτες είναι δυνατόν να έρθουν αντιμέτωποι με αντίξοες συνθήκες διαβίωσης. Δέχονται οικονομικό αποκλεισμό σε κάποιο βαθμό, κυρίως λόγω των προκαταλήψεων και της έλλειψης νομικής προστασίας εις βάρος της ακατάλληλης και καταχρηστικής αντιμετώπισης. Συχνά, δεν τους δίνεται η δυνατότητα της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής απασχόλησης ή της ευχαρίστησης των προνομίων από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή από άλλες εγκαταστάσεις. Σε ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις, που παρά το γεγονός ότι δεν κάνουν διακρίσεις κατά των ληπτών, ορίζονται ανάρμοστες δυσκολίες ή επιβαρύνσεις, που δεν θα έπρεπε να υφίστανται. Σε μερικές χώρες, τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες γίνονται αντικείμενα διακρίσεων, καθώς τους αρνούνται με άλογο τρόπο τα δικαιώματα, που κατέχουν όλοι οι πολίτες (WHO, 2003).

Ο σχεδιασμός πολιτικών, που αφορούν την ψυχική υγεία, χρειάζεται να προασπίζει τα θεμελιώδη δικαιώματα των πασχόντων, όπως είναι η ισότητα και η εξάλειψη των διακρίσεων, η μη παραβίαση της προσωπικής ζωής, η αυτονομία, η σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα της πληροφόρησης και της συμμετοχής, η ανεξιθρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι και της ελεύθερης κινητικότητας. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνέβαλε στην προώθηση της θεσμοθέτησης των δικαιωμάτων των ληπτών στην Ελλάδα. Τα σημαντικότερα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι τα κάτωθεν :

- Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη : Το δικαίωμα αυτό αναφέρεται στη δυνατότητα του κάθε ανθρώπου να δέχεται διαγνωστική εκτίμηση, να είναι σε θέση να προσεγγίσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπό εύλογες συνθήκες, καθώς και να του παρέχονται υπηρεσίες, που σύμφωνα με την επιστήμη και την ιατρική κρίνονται αρμόζουσες για την πάθησή του. Είναι υποχρέωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι ανοικτές για τους πολίτες, που χρήζουν βοήθειας. Η διαθεσιμότητά τους αναφέρεται στο χώρο, στο χρόνο και στην κουλτούρα. Η περίθαλψη προορίζεται ως εκούσια, όταν, δηλαδή, το ίδιο το άτομο καταφεύγει σε φορείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας εν συνειδήσει ή εν γνώσει του και ως ακούσια, όταν δηλαδή δεν προϋπάρχει η συγκατάθεσή του (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

- Το δικαίωμα στην ισότητα : Η εκτέλεση της αρχής της ισότητας, οριζόμενη ως απουσία προκαταλήψεων σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ.) συνιστάται ως απόκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Το δικαίωμα στην ισότητα επιστρατεύει την ισότιμη μεταχείριση των ατόμων, που εξαιτίας της υγείας τους έρχονται αντιμέτωποι με συνθήκες, οι οποίες τους αποκλείουν από τις κοινωνικές δομές. Ως συνέπεια της αρχής αυτής αποτελεί η σαφής υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας της αντιμετώπισης των ασθενών με ισότιμο τρόπο, που χρειάζονται εκούσια ή ακούσια την βοήθειά τους καθώς και να είναι σε θέση να εφαρμόζουν τις αναγνωρισμένες τεχνικές για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, φυλής, θρησκείας, μόρφωσης και γενικότερα της κοινωνικής τους θέσης (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).
- Το δικαίωμα στην ενημέρωση : Η κάθε μορφή εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) προϋποθέτει, πως ο λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει ως δικαίωμα την πλήρη ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του. Αυτή πραγματοποιείται με τέτοιον τρόπο, που συνάδει με το επίπεδο της μόρφωσής του και γενικότερα την αντίληψή του με τρόπο σαφές και ώστε να μην προκύψει μετέπειτα κάποια αμφιλογία. Η παροχή αναλυτικών εκτιμήσεων σε γραπτή μορφή και οδηγιών εμπεριέχεται στο δικαίωμα αυτό. Αν κριθεί απαραίτητη η απουσία ενημέρωσής τους προς όφελος του ίδιου, αυτή χρειάζεται να πραγματοποιηθεί με όμοια ανάλυση στο άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον και σε όσους έχουν αναλάβει την καθημερινή του αποκατάσταση και φροντίδα. Ειδικότερα, όταν η νοσηλεία είναι ακούσια, η γραπτή ενημέρωση του λήπτη και των συγγενικών του προσώπων σχετικά με τα δικαιώματά του, κρίνεται απαραίτητη για την επιτυχία της διαδικασίας. Επίσης, όταν συνιστάται η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται ενήμερη στον ασθενή, όχι με απειλητικό τρόπο, αλλά με τρόπο που να προωθείται η ενεργή σύμπραξή του με την θεραπευτική διαδικασία (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).
- Το δικαίωμα στη προστασία των προσωπικών δεδομένων : Η διαφύλαξη των προσωπικών στοιχείων των ληπτών αποτελεί σαφή νομική επιταγή, η οποία διαφυλάσσεται από τα θεσμοθετημένα όργανα και πρόκειται για μια βασική υποχρέωση των επαγγελματιών, που δουλεύουν στον τομέα της ψυχικής υγείας.

«*Το ιατρικό απόρρητο καταρχήν καθιερώθηκε ρητά με τον Α.Ν. 1565/1939* "*Κώδικας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος" και επαναοριοθετήθηκε με το Β.Δ. 25/1955 "Κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας". Ρητή αναφορά του δικαιώματος αυτού γίνεται στον Ν. 2071/1992 ο οποίος στο άρθρο 47 παρ. 6, ορίζει ότι ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων που αφορούν τον ασθενή, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος. Η διάταξη αυτή που έχει θετικό προσανατολισμό συμπληρώνεται από την απαγορευτική διάταξη του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα σύμφωνα με την οποία τιμωρείται όποιος ανακοινώνει σε τρίτους ιδιωτικά απόρρητα που του έχουν εμπιστευθεί λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς του. Ειδικά για τα θέματα της προστασίας των πολιτών από τη διακίνηση των προσωπικών τους δεδομένων έχει ήδη συσταθεί και λειτουργεί υπό το καθεστώς του Ν. 2472/1997 η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η οποία έχει επιληφθεί για θέματα που ανάγονται στο χώρο της υγείας (Αποφάσεις 18-734/2000, 61/2003, 47/2004, 49/2004 και 54/2004)*». Σε κάθε περίπτωση, είναι αναγκαία η ύπαρξη της συγκατάθεσής τους σχετικά με την αποκάλυψη των προσωπικών δεδομένων τους, υπό την έννοια της ελεύθερης, σαφής και συγκεκριμένης έκφρασης της βούλησης, η οποία πραγματοποιείται κατόπιν ενημέρωσης, όπου ο ασθενής έχει το δικαίωμα της ανάκλησης της συγκατάθεσής του. Σε ορισμένες περιπτώσεις, υφίσταται η άρση του απορρήτου, όταν η ζωή ενός ασθενή ή κάποιου άλλου εκτίθεται σε κίνδυνο, συνθήκη, η οποία διαπιστώνεται από τον επαγγελματία ιατρό. Ακόμα και σε μια τέτοια κατάσταση, ο επαγγελματίας χρειάζεται να διαβιβάσει τις πράξεις, που επρόκειτο να ακολουθήσει, στον ασθενή (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

- Το δικαίωμα στην αποκατάσταση : Σε εποχές που χαρακτηρίζονται από μείωση της οικονομικής δραστηριότητας και υψηλά ποσοστά ανεργίας, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν επιπλέον επιπλοκές όσον αφορά την κοινωνικοοικονομική τους αποκατάσταση, σύμφωνα με τον τρόπο, που ορίζονται από τα κοινωνικά και οικονομικά πρότυπα, που επικρατούν στην εποχή μας. Αυτά σε συνδυασμό με τον στιγματισμό, που δέχονται τα άτομα οδηγούν σε ένα κοινωνικό αίτημα κι ένα αξίωμα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας για την διεκδίκηση ουσιωδών και επιθυμητών ενεργειών, που συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποβλέπει,

κυρίως, στη συμβολή των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, να δέχονται πλήρη ικανοποίηση από το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά ορίζονται σύμφωνα με τα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας. Στην Ελλάδα μια πρακτική υλοποίησης των αρχών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς κι ένα κύριο μέσο για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών, που είναι ρητά προβλεπόμενο και ρυθμιζόμενο από το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.). Οι συνεταιρισμοί αυτού του είδους έχουν διπλή λειτουργία, καθώς υφίστανται ως μονάδα ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα λειτουργούν και ως κοινωνική επιχείρηση (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

- Το δικαίωμα της ζωής στη κοινότητα : Πρόκειται για ξεχωριστή μορφή του γενικότερου δικαιώματος σχετικά με την υλοποίηση πολιτικών, που σχετίζονται με την αποϊδρυματοποίηση και την εξάλειψη του στίγματος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αποασυλοποίηση ή ο αποϊδρυματισμός αναφέρονται στο κλείσιμο των παραδοσιακών ιδρυμάτων για την περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων και την απομάκρυνση των ατόμων, που βρίσκονται ήδη εκεί για τη νοσηλεία τους. Παράλληλα στοχεύει στη δημιουργία κοινοτικών δομών, που θα στοχεύουν στην θεραπευτική αποκατάσταση των ατόμων και την απουσία χρόνιας παραμονής τους σε εγκαταστάσεις, που ενισχύουν τον ιδρυματισμό. Το δικαίωμα αυτό προσυπογράφει, πως ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διαμένει στο δικό του χώρο, όπως ο υπόλοιπος πληθυσμός. Αν δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αυτό, το άτομο είναι δυνατόν να αξιοποιήσει κάποια στεγαστική δομή και την παράλληλη στήριξη στην ευρύτερη κοινωνία με την διασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών για την καθημερινότητα του. Οι κοινοτικές στεγαστικές δομές περιλαμβάνουν τους ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).
- Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων : Είναι σημαντικό οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και οι οικογένειές τους να κινητοποιούνται όσον αφορά την κατάκτηση θεσμικών μέτρων, που θα εξασφαλίζουν την εδραίωση και προώθηση των δικαιωμάτων τους. *«Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν*

από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Η προάσπιση των δικαιωμάτων αυτών έχει να κάνει με διευθέτηση των υποχρεώσεών τους, από την πλευρά του κράτους και των περαιτέρω φορέων, που ασκούν δημοσίως εξουσία, ώστε να εξασφαλίσουν, μέσα από εξειδικευμένα μέτρα, στρατηγικές και πολιτικές, όλες τις απαραίτητες εγγυήσεις για την συνεχή εφαρμογή τους. Επίσης, σε περίπτωση σύγκρουσης ή ασυμβατότητας, αυτή να διευθετείται υπέρ του δικαιώματος. «*Ενόψει μάλιστα του ότι οι συνταγματικές διατάξεις για τα δικαιώματα αποτελούν κατευθυντήρια διάταξη με την οποία απευθύνεται συνταγματική εντολή προς τον κοινό νομοθέτη για τη λήψη μέτρων, είναι επιβεβλημένο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι (ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους) όπως και αυτοί που τους επικουρούν στη μεγάλη προσπάθεια της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης να ασκούν το δικαίωμα της διεκδίκησης στη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών που παγιώνουν καταστάσεις αποτελεσματικής εφαρμογής των επιμέρους δικαιωμάτων τους*». Δέον να αναφερθεί, πως δεν δίνεται συνδικαλιστικός χαρακτήρας στον όρο διεκδίκηση, αλλά πρόκειται για μία διεκδίκηση που φέρνει έντονο κοινωνικό χαρακτήρα, υπό την έννοια πως η έκφραση αιτημάτων λαμβάνει κοινωνικό χαρακτήρα, με το να περιλαμβάνει τις μεγάλες κοινωνικές ομάδες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

1.4. Ψυχικές διαταραχές

Οι μεταβολές στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά, που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας, συγκαταλέγονται στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, ενώ θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αναφέρονται σε ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα και δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής αυξομείωσης. Ένα επεισόδιο παθολογικής συμπεριφοράς ή ένα μικρό χρονικό διάστημα μη φυσιολογικής διάθεσης, δεν μεταφράζεται ως ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτές οι εκδηλώσεις για να συγκαταλεχθούν στις διαταραχές, πρέπει να είναι διαρκείς, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν δυσφορία ή μείωση της λειτουργικότητας σε έναν ή

περισσότερους τομείς της ζωής του ανθρώπου (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές διακρίνονται επίσης από συγκεκριμένα συμπτώματα και σημεία, ενώ ταυτόχρονα ακολουθούν μια πορεία, που είναι εύκολο να προβλεφθεί εκτός κι αν υπάρξει παρεμβολή. Οποιαδήποτε δυσφορία δεν είναι ψυχική διαταραχή, καθώς τα άτομα μπορεί να δυσφορούν λόγω προσωπικών ή κοινωνικών ζητημάτων. Αν δεν πληρούνται όλα τα βασικά κριτήρια μιας ορισμένης διαταραχής, αυτό δεν είναι διαταραχή. Για παράδειγμα, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο να νιώθει κάποιος θλιμμένος και της κλινικής κατάθλιψης, όπως προσδιορίζει η διάγνωση του Ψυχιάτρου. Οι διάφοροι τρόποι σκέψεως και συμπεριφοράς, που γίνεται αντιληπτό σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια, μπορεί να ασκεί επίδραση στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών. Παρόλα αυτά, τέτοιου είδους τρόποι δεν φανερώνουν από μόνοι τους μια διαταραχή (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

Η κατά ICD-10 ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς, περιλαμβάνουν κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες, οι οποίες δίνουν ένα πλήρη κατάλογο των διαταραχών. Όλες οι ταξινομήσεις, κατατάσσουν σύνδρομα και καταστάσεις, αλλά όχι άτομα. Τα άτομα μπορεί να έχουν μια ή περισσότερες διαταραχές σε μια περίοδο της ζωής τους ή και για περισσότερες περιόδους, αλλά η ετικέτα της διάγνωσης δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγράφει το άτομο. Ένα πρόσωπο δεν πρέπει ποτέ να θεωρείται ίσο με μια διαταραχή, είτε αυτή είναι σωματική είτε ψυχική (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ, ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ»

2.1. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Με τον όρο ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθορίζουμε «*το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη*» (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ – Υπουργείο Υγείας, 2011).

Στην Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισε να εφαρμόζεται με την έλευση της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και συγκεκριμένα το 1981. Οι Ευρωπαίοι εταίροι προσπάθησαν να τροποποιήσουν τη μέθοδο προσέγγισης της ψυχικής υγείας στην χώρα. Κύριος στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η αποϊδρυματοποίηση και η επιστροφή των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, τόσο στον κοινωνικό, όσο και στον οικονομικό τομέα. Πρόκειται για ένα μεγάλο βήμα του εθνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ένα εγχείρημα, όπου η θεραπευτική διαδικασία θα πραγματοποιούνταν σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο κι όχι πια σε ενδονοσοκομειακό (Δεπάστας, 2018).

Για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης συνέβαλαν σημαντικά δύο προγράμματα, τα οποία παρείχαν χρηματική, καθώς και τεχνική βοήθεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πρόκειται για τον Κανονισμό 815/1984(1984-1994) και το πρόγραμμα «Ψυχαργώς Ι» και ΙΙ (1999-2007). Ως κύριοι στόχοι τους ήταν οι εξής :

1. Προσφορά κοινοτικών παροχών ψυχιατρικής σε τομείς.
2. Ελαχιστοποίηση των νοσοκομείων και σταδιακή δημιουργία μονάδων στέγασης.
3. Δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομειακά πλαίσια.
4. Ίδρυση κινητών μονάδων σε αγροτικές περιοχές και σε νησιά.
5. Ανάπτυξη δικτύων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

6. Δημιουργία πιλοτικών μονάδων για ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα και για άτομα με αυτισμό (Christodoulou, Ploumpidis, Christodoulou & Anagnostopoulos, 2010).

2.1.1. Εποχή των δημόσιων ασύλων

Το 1834 ιδρύθηκε το πρώτο ψυχιατρείο της χώρας στην Κέρκυρα. Το 1862 ψηφίστηκε νόμος για την ψυχική υγεία, ο οποίος ακολούθησε τη σχετική γαλλική νομοθεσία του 1838. Στην Αθήνα, το Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρείο ιδρύθηκε το 1887. Δώδεκα χρόνια ύστερα, δημιουργήθηκε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αιγίνειο. Τη δεκαετία του 1930, ιδρύθηκε το μεγαλύτερο ίδρυμα ψυχιατρικής περίθαλψης, το Δαφνί. Τα παραπάνω ιδρύματα, παρείχαν περίθαλψη σε ασθενείς με κάποια ψύχωση ή κάποιο εγκεφαλικό οργανικό πρόβλημα (Madianos, 2019).

Σε πολλές χώρες της βορειοδυτικής Ευρώπης, παρουσιάστηκε τροποποίηση στην παροχή των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την αποϊδρυματοποίηση και το κλείσιμο των ψυχιατρείων, ενώ από την άλλη η Ελλάδα πάλευε με το φτωχό σύστημα ψυχικής υγείας (Madianos, 2019).

2.1.2. Παραδοσιακή περίοδος

Σύμφωνα με το Νόμο 1397/83, η Ελλάδα εντάχθηκε στο νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με πρωτοβουλία της σοσιαλιστικής κυβέρνησης. Ωστόσο, την περίοδο εκείνη ήρθε στην επιφάνεια το σκάνδαλο σχετικά με τη Λέρο, το οποίο οδήγησε τους Ευρωπαίους να αντιδράσουν αρνητικά απέναντι στο γεγονός. Ο λόγος για τον οποίο έγινε γνωστή η Λέρος, ήταν το μεγάλο ψυχιατρείο που στεγαζόταν στο νησί, το οποίο εφάρμοζε ανάρμοστες μορφές θεραπείας στους ασθενείς, που ξεπερνούσαν τους 2.000 σε αριθμό. Το άσυλο, για μεγάλο χρονικό διάστημα φιλοξενούσε ασθενείς μακράς διάρκειας, οι οποίοι είτε είχαν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους είτε δεν τους είχαν δεχτεί σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα στη χώρα. Καθώς ο αριθμός των ασθενών ολοένα κι αυξανόταν και ο αριθμός του διαθέσιμου προσωπικού μειωνόταν, η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (κανονισμός 815/84) επιχορήγησε το ποσό ύψους 120 εκατομμυρίων, ώστε η Ελλάδα να προβεί σε ανάλογους μετασχηματισμούς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για την αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας,

σχεδιάστηκε ένα πενταετές πλάνο (1984-1989), το οποίο κι επεκτάθηκε τελικά έως το 1995. Η στρατηγική του σχεδίου αυτού περιλάμβανε τα εξής :

1. Σε αρχικό στάδιο, χρειαζόταν να εκκενωθεί το ψυχιατρείο της Λέρου.
2. Να επιτευχθεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η αποασυλοποίηση των ασθενών μακράς διάρκειας.
3. Τέλος, να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης σε όλα τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (Madianos, 2019).

2.1.3. Εποχή των μεταρρυθμίσεων (από το 1999)

Το εθνικό σχέδιο ψυχικής υγείας εν ονόματι «Ψυχαργώς» ξεκίνησε το 1997 με δεκαετή χρονικό ορίζοντα κι έλαβε έγκριση από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η ίδια συνέβαλε και στη χρηματοδότηση του προγράμματος, η οποία ανερχόταν στα 700.000.000 ευρώ. Ο απώτερος στόχος του ήταν η αποασυλοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας μακράς διάρκειας, με την παράλληλη κατάργηση των δημόσιων ψυχιατρείων. Επιπλέον, απέβλεπε στη προώθηση νομοθετικού πλαισίου για την ψυχική υγεία, που θα οδηγούσε στην ανάπτυξη της τομεοποίησης του συστήματος της ψυχικής υγείας, την επιπρόσθετη εξέλιξη των παρεχόμενων υπηρεσιών της και την αποκατάσταση σε επίπεδο κοινότητας. Παράλληλα, στόχευε στην ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων εντός των γενικών νοσοκομείων και την παροχή ειδικά σχεδιασμένων υπηρεσιών για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Τέλος, δημιουργήθηκαν ειδικές εγγυήσεις και διενέργειες, οι οποίες προάσπιζαν τα δικαιώματα των ασθενών. Το 1999 ψηφίστηκε ο Νόμος 2716/99, ο οποίος βοήθησε στη θέσπιση μια ολοκληρωμένης πολιτικής σχετικά με τη ψυχική υγεία. Ο νόμος αυτός βασιζόταν, αρχικά, στην τομεοποίηση της χώρας, στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ληπτών και επικεντρωνόταν στη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών για τη πρωτοβάθμια ψυχική υγεία της χώρας. Έως το 2002, ο ελλαδικός χώρος είχε χωριστεί σε τομείς (Madianos, 2019).

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς Ι» ξεκίνησε το 1997 και διήρκησε έως το 2001. Πιο συγκεκριμένα, μερικά από τα επιτεύγματα του ήταν η βελτίωση όσον αφορά τις υποδομές και το γεγονός πως οι ασθενείς μακροχρόνιας νοσηλείας μετατοπίστηκαν σε δομές που βρίσκονται στην ευρύτερη κοινότητα. Η «Ψυχαργώς ΙΙ» ξεκίνησε τις δράσεις της το 2001 και διήρκησε έως το 2010. Η δεύτερη αυτή φάση, χαρακτηρίζεται για το κλείσιμο έξι δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων (Madianos, 2019). Τέλος, η

«Ψυχαργώς ΙΙΙ» αφορά την περίοδο 2011-2020. Πρόκειται για τη δεύτερη αναθεώρηση του προγράμματος. Μέσα σε αυτό το χρονικό πλαίσιο εντάσσεται και η περίοδος υλοποίησης του ΕΣΠΑ. Η περίοδος του 2011-2015 καλύπτει την Α' φάση του προγράμματος, ενώ η χρονική περίοδος 2014 με 2018 καλύπτει τη Β' φάση (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργώς Γ'» χωρίζεται σε τρείς άξονες :

1. Προγραμματισμός των δράσεων και ανάπτυξη δομών στη κοινότητα.
2. Σχεδιασμός δράσεων για τη προαγωγή της ψυχικής υγείας του συνολικού πληθυσμού, καθώς και πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας.
3. Οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού (https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1).

2.2. Πρόγραμμα «Ψυχαργώς»

Πρόκειται για το εθνικό πρόγραμμα, που έχει ως στόχο την τροποποίηση των μεθόδων, μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα την μετατόπιση της περίθαλψης ασυλικού χαρακτήρα στη φροντίδα στο χώρο της κοινότητας. Στοχεύει, δηλαδή, στην παροχή υπηρεσιών για άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες σε επίπεδο κοινότητας, χωρίς να τους στερεί το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον (https://www.psychargos.gov.gr/). Σύμφωνα με τους στόχους αυτούς, το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργώς» είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικής μορφής, το οποίο περιλαμβάνει τους Ξενώνες, τα Οικοτροφεία και τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα. Επιδιώκει, επίσης, τον αποϊδρυματισμό των ασθενών μακράς διάρκειας που νοσηλεύονταν σε Ψυχιατρεία, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσει μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία, Ψυχιατρικά Τμήματα. Τέλος, δημιουργεί δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα, όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας, οι Κινητές Μονάδες, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1)

2.3. Αποτίμηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Γενικότερα, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στον ελλαδικό χώρο κινήθηκε με πολύ αργούς και οπισθοδρομικούς ρυθμούς. Ως κύρια επιδίωξη της ήταν απομάκρυνση των χιλιάδων ασθενών από τα ασυλικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους σε εναλλακτικές δομές, που θα βρίσκονται στην κοινότητα. Παρόλο που σημειώθηκαν αρκετές αλλαγές, συνεχίζουν να υφίστανται αδυναμίες, που χρήζουν αντιμετώπισης, όπως είναι η ανισότητα ανάμεσα σε αρκετές υποδομές που έχουν δημιουργηθεί, η μη λειτουργία των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας σε 24ωρη βάση, ενώ παράλληλα η αποτελεσματικότητα αυτών δεν έχει ελεγχθεί. Ωστόσο, παρά τις αδυναμίες των προγραμμάτων, έχουν σημειωθεί και θετικές ενέργειες. Ανάμεσα σε αυτές βρίσκεται και το κίνημα κατά του κοινωνικού στίγματος, καθώς και η ανάπτυξη κοινοτήτων στην Ελλάδα, που συμπεριλαμβάνουν και τις οικογένειες των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και τέλος έχουν αναδειχθεί Έλληνες εκπρόσωποι στο κίνημα «Hearing Voices» (Ακούγοντας Φωνές). Εν κατακλείδι, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση εξακολουθεί να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται σε διάφορους τομείς, παρ' όλες τις αδυναμίες που έχουν προκύψει. Χρειάζεται ακόμη, να σημειωθούν αλλαγές σε τομείς, όπως είναι η πρόληψη και η εκπαίδευση σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την έρευνα αξιολόγησης, μέσα από την παρακολούθηση και την αναδιάταξη του εθνικού σχεδιασμού για τη ψυχική υγεία (Madianos, 2019).

2.4. Ιδρυματοποίηση

Η ιδρυματοποίηση ή αλλιώς ιδρυματισμός είναι το φαινόμενο, κατά το οποίο ένα άτομο μπαίνει σε κάποιο ίδρυμα (π.χ. φυλακή, ψυχιατρείο) και συνηθίζει στο νέο αυτό περιβάλλον, καθώς και στους κανόνες και τις αξίες, που το διέπουν. Πρόκειται για ψυχιατρικό όρο, ο οποίος αναφέρεται στις βλαβερές συνέπειες, που προκαλούνται στο χαρακτήρα και την συμπεριφορά των ενοίκων ενός ιδρύματος, από τη μεγάλη διάρκεια διαβίωσης τους, μακριά από τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο (Δρακάκη, 2020).

Δεν είναι λίγοι οι λόγοι που ένας άνθρωπος μπορεί να μείνει αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα ίδρυμα. Όπως για παράδειγμα, το γεγονός πως η διαταραχή εκδηλώνεται

σε σημαντικό βαθμό και δεν μπορεί ή δεν θέλει να το διαχειριστεί ο περίγυρος του. Το αποτέλεσμα βέβαια είναι ένα, πως η ζωή του ασθενούς περιορίζεται στα πλαίσια του ιδρύματος. Κάτι τέτοιο ενδέχεται να οδηγήσει στην ιδρυματοποίηση του ασθενούς, καθώς το άτομο συνηθίζει, αποκτά εξοικείωση με την εξέλιξη των πραγμάτων της ιδρυματικής δομής και τη ζωή σε αυτή σε τέτοιο βαθμό, που δεν μπορεί να ζήσει έξω από τα πλαίσια της (Δρακάκη, 2020).

Η ιδρυματοποίηση εκδηλώνεται έντονα, ενώ το άτομο σταματάει να καταπιάνεται με τις καθημερινές υποχρεώσεις (όπως το μαγείρεμα, την τακτοποίηση του σπιτιού ή τη διαχείριση των οικονομικών), γεγονός που το καθιστά λιγότερο λειτουργικό. Με αυτό τον τρόπο, η εξάρτηση από το ίδρυμα και το πρόγραμμα αυτής γίνεται συνήθεια. Κατ' επέκταση η καθημερινή ζωή των ατόμων αυτών μετατρέπεται σε ρουτίνα, όπου στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας καθίστανται άπραγοι, κάτι που λειτουργεί ανασταλτικά για το γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο των ίδιων. Όσο περνά ο καιρός η ιδρυματοποίηση αφήνει σημάδι στην ιδιοσυγκρασία και τον πυρήνα του εαυτού του ανθρώπου, που νοσεί (Σαραφίδου, 2020).

Όταν το άτομο συνειδητοποιήσει τον πολύχρονο εγκλεισμό του, αρχίζουν να μειώνονται οι ελπίδες, που είχε εναποθέσει και δεν μπορεί να διαχειριστεί ουσιαστικά τα συμπτώματα. Αντίθετα, όταν ένα άτομο ελπίζει και θέλει να οδηγηθεί στην έξοδο του από την δομή, βιώνει μια επαναλαμβανόμενη ματαίωση. Όλα αυτά ισχυροποιούν και ισχυροποιούνται από τα συμπτώματα της κάθε πάθησης και με αυτό τον τρόπο ελαττώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου, η ποιότητα ζωής και η επιθυμία του για ζωή. Η ιδρυματοποίηση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά και τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ηπιότερα συμπτώματα, μειώνοντας την πορεία τους και την πρόοδο τους, εξαιτίας των συνεχών συναναστροφών. Έτσι, το πλαίσιο λαμβάνει αρνητικό πρόσημο, καθώς οδηγεί στην κακή ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων (Σαραφίδου, 2020).

Με το πέρασμα των χρόνων οι παρεχόμενες ψυχιατρικές υπηρεσίες έχουν υποστεί διάφορες τροποποιήσεις, με βάση τις εκάστοτε επιστημονικές ιδέες, τις κοινωνικές αλλαγές, τις πολιτικές αποφάσεις, τα οικονομικά θέματα, καθώς και εξαιτίας άλλων ζητημάτων. Κάτι το οποίο θεωρούνταν σωστό πριν από έναν αιώνα, μπορεί στην ουσία πλέον να είναι κάτι πολύ βλαβερό. Εδώ εντάσσεται το παράδειγμα των ασύλων (Christodoulou, 2009). Από τον 17ο και 18ο αιώνα, που έκαναν την εμφάνιση τους τα άσυλα, χαρακτηρίζονταν από ειδεχθείς και υπερβολικές μεθόδους περιορισμού και αντιμετώπισης των ασθενών. Οι λήπτες λαμβάνονταν υπόψιν ως κίνδυνος τόσο για τον

εαυτό τους, όσο και για την κοινωνία, χωρίς ελπίδα βελτίωσης, οδηγώντας στην απομάκρυνση τους από το σύνολο (Δρακάκη, 2020). Με την εισαγωγή τους στη ψυχιατρική, η απήχησή των ασύλων ήταν θετική. Ωστόσο, η τροποποίηση αυτής της άποψης υποστηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό, όπως και από τον Kraepelin, καθώς εξυπηρετούσε τις εκάστοτε συνθήκες. Παρόλα αυτά, ύστερα από κάποιο διάστημα, η λειτουργικότητα των ασύλων άρχισε να μειώνεται, καθώς υιοθέτησαν αρνητικά γνωρίσματα, τα οποία οδήγησαν στη σύγχρονη άποψη για αυτά. Το γεγονός αυτό, είχε ως αποτέλεσμα την βαθμιαία εγκατάλειψη του ασύλου, ενώ έγιναν απόπειρες για την οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας στη κοινότητα (Christodoulou, 2009).

Κατά τον 19ο αιώνα και τις απαρχές του 20ου αιώνα τα ασυλικά ιδρύματα αποτελούσαν την στοιχειώδη μορφή περίθαλψης για τους ασθενείς με κάποια σοβαρή ψυχική πάθηση. Καθώς ο Goffman προσπαθούσε να ανακαλύψει τις αρνητικές πτυχές των αντίστοιχων ασύλων, επισήμανε πως, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία αποτελούσαν ιδρύματα, που είχαν ομοιότητες με τις φυλακές, με μόνη διαφορά πως τα άτομα, τα οποία βρίσκονταν εκεί δεν είχαν αθετήσει κάποιο νόμο. Με παρόμοιο τρόπο χαρακτηρίζει τα ψυχιατρικά ιδρύματα ως κλειστά συστήματα, που εξαιρούνται από την υπόλοιπη κοινωνία. Επίσης, περιέγραψε τον τρόπο λειτουργίας των ιδρυμάτων, καθώς και την καθημερινότητα των ασθενών, ενώ στάθηκε στο γεγονός πως οι ίδιοι οι ασθενείς ‘‘έβλαπταν’’ τον εαυτό τους, μέσω της σωματικής και κοινωνικής κακοποίησης, που οδηγούσε στην απώλεια της κοινωνικής τους ταυτότητας. Μέσα από τις περιγραφές του γίνεται αντιληπτό, ότι θεωρούσε πως τα ασυλικά ιδρύματα παρουσιάζουν παρόμοια στοιχεία με τα σωφρονιστικά ιδρύματα, τα στρατόπεδα συγκέντρωσης και τα μοναστήρια, τα οποία στερούσαν την ελευθερία, ενώ οι ασθενείς που βρίσκονταν σε ψυχιατρικά πλαίσια δέχονταν στιγματισμό, έχοντας χάσει παράλληλα τον κοινωνικό τους ρόλο (Chow & Priebe, 2013).

Με τον όρο αποϊδρυματοποίηση περιγράφεται η διαδικασία της διακοπής ή της ελαχιστοποίησης των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, με την παράλληλη ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων φροντίδας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο. Ωστόσο, το φαινόμενο της αποϊδρυματοποίησης προέκυψε εξαιτίας πολλών σημαντικών παραγόντων. Πέρα από τις κινητοποιήσεις για την προάσπιση των αστικών δικαιωμάτων και το δικαίωμα της θεραπευτικής παρέμβασης, που θα πραγματοποιείται σε λιγότερο περιοριστικά πλαίσια, οι εξελίξεις, οι οποίες προέκυψαν στα αντιψυχωτικά φάρμακα και στις εναλλακτικές μορφές θεραπείας στην κοινότητα, οδήγησαν στην έξοδο των ασθενών από τις ψυχιατρικές δομές. Παρ’ όλες τις εξελίξεις

που σημειώθηκαν, παρεχόμενες υπηρεσίες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία συνεχίζουν να υφίστανται ως ο βασικός τρόπος περίθαλψης, καθώς η κοινοτική φροντίδα είναι δυνατόν να μην εξυπηρετεί τις διάφορες περιπτώσεις ασθενών, ειδικότερα εκείνων με οξεία συμπτωματολογία και με έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου. Σχεδόν, όμως, η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνουν κατά κύριο λόγο θεραπεία εντός της κοινότητας, ενώ από την άλλη κάποιοι εκ των ασθενών συνεχίζουν να δέχονται τυπική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (Chow & Priebe, 2013).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, τα τελευταία χρόνια έχουν καταγραφεί σημαντικές εξελίξεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη για τη ψυχική υγεία, ιδίως στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργώς». Παρ'όλα αυτά, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν κι άλλες πρωτοβουλίες για να επέλθουν αποτελέσματα. Ο αποϊδρυματισμός έχει επιτευχθεί σημαντικά, καθώς πολλά από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν αποσυρθεί και στη θέση τους έχουν δημιουργηθεί μικρότερες μονάδες, οι οποίες βρίσκονται στη κοινότητα (Christodoulou & Kollias, 2019). Ωστόσο, σχετικές παρατηρήσεις έγιναν τις προηγούμενες δεκαετίες στην Αγγλία, όπου αναγνωρίστηκε η υπονόμευση της ψυχικής υγείας από τα ψυχιατρικά πλαίσια εξαιτίας της αυξημένης πιθανότητας εγκλεισμού των ασθενών για πολλά χρόνια. Η δημιουργία και η διεξαγωγή σχεδίου αποϊδρυματοποίησης των ατόμων αυτών προκλήθηκαν από τους παραπάνω προβληματισμούς. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως η αποϊδρυματοποίηση ενισχύει ταυτόχρονα και την μείωση του στίγματος, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια. Οι ψυχικές διαταραχές απομυθοποιούνται, καθώς ο λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν είναι πλέον μια φιγούρα επικίνδυνη και τρομακτική (Σαραφίδου, 2020).

2.5. Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια

Ο στιγματισμός, που δημιουργείται γύρω από την ψυχική ασθένεια, αποτελεί μια παγκόσμια ανησυχία, καθώς επιδρά με αρνητικό τρόπο τόσο στις ευκαιρίες όσο και στη ποιότητα ζωής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Michaels, Lopez, Rüsch & Corrigan, 2012). Σύμφωνα με τον Erving Goffman, ο όρος στίγμα χρησιμοποιείται για να περιγράψει *«την κατάσταση όπου ένα άτομο αποκλείεται από την πλήρη κοινωνική αποδοχή»* (Fitzpatrick, 2008). Βασιζόμενος στον Goffman, ο Dudley (2000) δίνει στην έννοια του στίγματος μια αρνητική χροιά ή ορίζεται ως προκατάληψη απέναντι σε όσους

διαθέτουν διαφορετικά ή υποδεέστερα χαρακτηριστικά, σύμφωνα με αυτά που προδιαθέτουν τα πρότυπα της κοινωνίας.

Το στίγμα αποτελεί μια σοβαρή αιτία, η οποία οδηγεί σε διακρίσεις και στον κοινωνικό αποκλεισμό. Η ύπαρξή τους εμποδίζει την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την εξασφάλιση της ψυχικής ευεξίας και την αποτελεσματική θεραπεία και φροντίδα. Επίσης, καταπατά τα ανθρώπινα δικαιώματα (WHO, 2013). Μια από τις πιο σοβαρές πτυχές του στίγματος είναι η ετικέτα της ψυχικής ασθένειας (Bathje & Pryor, 2011). Το στίγμα, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια, έχει σοβαρές επιπτώσεις σε διάφορα επίπεδα και μπορεί να οριστεί ως δημόσιο/κοινωνικό στίγμα, αυτό-στιγματισμός και αποφυγή της ετικετοποίησης. Το δημόσιο/κοινωνικό στίγμα αναφέρεται στις στερεοτυπικές αντιλήψεις, που επικρατούν σε μεγάλες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες στρέφονται κατά μιας ομάδας, όπου επιδέχεται στιγματισμό και στη παρούσα περίπτωση είναι την ομάδα αυτή αποτελούν τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή. Ο αυτό-στιγματισμός συμβαίνει στις περιπτώσεις, όπου τα άτομα επηρεάζονται σε εσωτερικό βαθμό από το δημόσιο στίγμα, το οποίο συνεπάγεται την απώλεια της αυτοεκτίμησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας. Τέλος, η αποφυγή της ετικετοποίησης αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα για το στίγμα, όπου τα άτομα αποφεύγουν την προσέγγιση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να περιορίσουν το ενδεχόμενο στιγματισμού τους (Corrigan & Watson, 2002).

2.5.1. Επιπτώσεις του στίγματος

Για πολλά από τα άτομα, που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή, τα εμπόδια που προκύπτουν έχουν διπλή κατεύθυνση. Από την μια έχουν να αντιμετωπίσουν τη συμπτωματολογία και τις ιδιαιτερότητες, που συνεπάγονται της διαταραχής, ενώ από την άλλη δέχονται κριτική λόγω των στερεοτυπικών αντιλήψεων και των προκαταλήψεων, τα οποία περιστρέφονται γύρω από την ψυχική ασθένεια. Σαν συνέπεια αυτών, τα άτομα αυτά αδυνατούν να αδράξουν ευκαιρίες, που θα τους προσφέρουν μια λειτουργική ζωή (Corrigan & Watson, 2002). Το φαινόμενο της ετικετοποίησης είναι δυνατόν να φέρει επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ανθρωπότητας, ενώ παράλληλα μπορεί να επιδράσει σε σημαντικό βαθμό στην αναδιανομή των ευκαιριών, που έχουν να κάνουν με το επάγγελμα, τη στέγαση, την υγεία και την ζωή τους γενικότερα (Μπότσιου & Παπαβασιλείου, 2011). Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης δεν συμβάλλουν, επίσης, στη

κατάσταση, αφού οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζονται με αρνητικό τρόπο μέσα από αυτά (Overton & Medina, 2008). Γίνεται κατανοητό, πως το στίγμα που προσδίδεται στους λήπτες δεν κατευθύνεται μόνο προς τον ίδιο, αλλά περικλείει και ότι συνδέεται με αυτόν (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

Με βάση τις έρευνες, οι οποίες υλοποιήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργώς-Β' φάση», σχετικά με τις συνέπειες του στίγματος παραθέτονται τα εξής :

- Προβλήματα σχετικά με την στέγαση : Ένα συχνό φαινόμενο είναι οι ιδιοκτήτες κατοικιών να είναι κάθετοι σχετικά με την παραχώρηση των χώρων τους σε άτομα, που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ σε ορισμένες γειτονίες επικρατεί άρνηση σχετικά με τη δημιουργία ξενώνων για την φιλοξενία των ατόμων αυτών (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο , 2004).
- Δυσκολίες στην απασχόληση : Είναι μικρό το ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχει καταφέρει να αποκατασταθεί επαγγελματικά εξαιτίας της αρνητικότητας που επικρατεί στους εργοδότες. Ωστόσο, αρκετοί από τους λήπτες είναι σε θέση να εργαστούν, ακόμη και σε περιπτώσεις που έχουν ενεργή συμπτωματολογία, καθώς πολλοί από αυτούς κατέχουν δημιουργικές δεξιότητες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).
- Κοινωνική αποστασιοποίηση : Σε χώρες, οι οποίες παρουσιάζουν ανάπτυξη, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σοβαρή συμπτωματολογία έρχονται αντιμέτωποι με μια διαφορετική μορφή κοινωνικής απομόνωσης, η οποία δεν προκύπτει αποκλειστικά από τα παρουσιαζόμενα συμπτώματα, αλλά και λόγω του κοινωνικού στίγματος (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).
- Προβλήματα σχετικά με την πορεία της νόσου : Έχει αποδειχθεί πως τα άτομα, που έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή, δέχονται μια εσωτερική πίεση προκειμένου να υπακούσουν στις στερεοτυπικές αντιλήψεις της αδυναμίας και της αχρηστίας, τα οποία συνεπάγονται τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής απομόνωσης, ενώ παράλληλα οικειοποιούνται το ρόλο ενός ατόμου με αναπηρία. Με τον τρόπο αυτό, έρχονται στην επιφάνεια συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, ντροπής

κι ενοχής, ενώ παράλληλα γίνονται εσωστρεφείς με το να κλείνονται στον εαυτό τους. Τέλος, οι ίδιοι αναλαμβάνουν αποκλειστικό ρόλο στην καταπολέμηση της ασθένειάς τους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

- Αρνητικές επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον : Τις επιπτώσεις του στίγματος δεν καλούνται να αντιμετωπίσουν μόνο οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και οι οικογένειές τους (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004). Συχνό φαινόμενο αποτελεί το γεγονός πως η οικογένεια ενός λήπτη στιγματίζεται από τον κοινωνικό της περίγυρο. Δεν είναι λίγες οι φορές, που εκείνη αντιμετωπίζεται με δισταγμό, ενώ παράλληλα δέχεται ψυχική φθορά για μεγάλο χρονικό διάστημα (Γιαννουλόπουλος, 2007). Οι επιπτώσεις, που δημιουργούνται από τις προκατειλημμένες απόψεις της κοινωνίας επηρεάζουν την οικογένεια, καθώς δυσχεραίνεται η λειτουργικότητά της όπως και η απαίτηση των όσων δικαιούνται για χάρη του πάσχοντα. Τα οικογενειακά μέλη αναλαμβάνουν ένα βαρύ συναισθηματικό φορτίο, λόγω της ασθένειας του συγγενή τους. Πέρα από τη συναισθηματική επιβάρυνση που δέχονται, παράλληλα, χρειάζεται να φροντίσουν και να υποστηρίξουν τον λήπτη, καθώς αυτό προορίζεται εν μέρει αποκλειστικά σε αυτούς (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004). Για το λόγο αυτό η ίδια η οικογένεια χρειάζεται να διαθέτει εξειδικευμένη κατάρτιση, ωστόσο αυτό καθίσταται δύσκολο. Παρόλα αυτά, η στήριξη, που παρέχει προς το άτομο με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, περιορίζεται ως ένα βαθμό (Γιαννουλόπουλος, 2007). Τα τελευταία χρόνια ειδικότερα με την αποασυλοποίηση και την θεραπεία του ασθενή στην κοινότητα, η παρουσία της οικογένειας έχει αποκτήσει σημαίνοντα ρόλο, καθώς πρόκειται για τον κύριο φορέα, απ' όπου αντλείται υποστήριξη (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο «ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

3.1. Η έννοια της Κοινωνικής Οικονομίας και του Τρίτου Τομέα

Στην Ελλάδα, η Κοινωνική Οικονομία έκανε την εμφάνισή της μετά το 2000 και πιο συγκεκριμένα καθιερώθηκε με τον Ν. 4019/2011. Στον ελλαδικό χώρο, ο παραπάνω νόμος ορίζει την Κοινωνική Οικονομία ως *«το σύνολο των οικονομικών, επιχειρηματικών, παραγωγικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι οποίες αναλαμβάνονται από νομικά πρόσωπα ή ενώσεις προσώπων, των οποίων ο καταστατικός σκοπός είναι η επιδίωξη του συλλογικού οφέλους και η εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών συμφερόντων»* (https://kalo.gov.gr/syxnes-erotiseis/). Ως βασικός φορέας της Κοινωνικής Οικονομίας θεσπίζεται η Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση (Κοιν.Σ.Επ.) (Χριστοφόρου, 2014).

Οι περισσότεροι συγκαταλέγουν τον Τρίτο Τομέα ανάμεσα στο κράτος και στην αγορά. Με βάση το νέο εγχειρίδιο για τις κοινωνικές επιχειρήσεις, η εθνική οικονομία θεωρείται πως απαρτίζεται από τρείς τομείς: τον δημόσιο, τον ιδιωτικό και έναν τρίτο τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει οργανώσεις, που έχουν δημιουργηθεί από άτομα και έχει εθελοντικό χαρακτήρα, με σκοπό την διεκπεραίωση κοινωνικών και υπέρ της κοινότητας στόχων (Corry, 2010). Την τελευταία δεκαετία γίνεται συχνότερη η χρήση του όρου της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (Κ.ΑΛ.Ο.), ο οποίος αναφέρεται σε ένα ευρύ σύνολο οικονομικών δραστηριοτήτων, που έχουν ως στόχο το κοινωνικό κέρδος κι όχι το απολύτως οικονομικό. Η Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία απαρτίζεται από πολλές επίσημες και άτυπες οντότητες, όπως είναι οι συνεταιρισμοί, οι κοινωνικές επιχειρήσεις, οι κοινοτικές οργανώσεις, οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οργανώσεις δικαίου εμπορίου, τα δίκτυα ανταλλαγών, τα δίκτυα αλληλεγγύης κ.λπ. Τα παραπάνω περιλαμβάνουν κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα στόχους, οι οποίοι αποβλέπουν την ευδαιμονία των πολιτών μέσα από συνεισφορές και πιο συγκεκριμένα μέσα από την μεγιστοποίηση

των διαθέσιμων υπηρεσιών, την δημιουργία εργασιακών θέσεων και την ανοιχτή συμμετοχή των ατόμων στα κοινά (Kalogeraki, Papadaki & Pera Ross, 2018).

Οι φορείς της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας ξεχωρίζουν από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, λόγω των κοινωνικών στόχων που διαθέτουν, ώστε να εξαλείψουν τις ανισότητες έναντι των τοπικών κοινοτήτων και των ανθρώπων, με προτεραιότητα τους πιο ευάλωτους. Η κερδοφορία για τις οργανώσεις Κ.ΑΛ.Ο. έχει δευτερεύουσα σημασία και σχετικά με την αναδιανομή οποιουδήποτε κέρδους λειτουργούν με βάση τους κανονισμούς, που έχουν υιοθετήσει τα μέλη. Κάτι ακόμη βασικό, το οποίο διαχωρίζει αυτές τις οργανώσεις από αυτές του δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα επιχειρήσεις, αποτελεί το δικαίωμα της συμμετοχής και ο δημοκρατικός χαρακτήρας της λήψης αποφάσεων (Kalogeraki et al., 2018).

3.2. Η έννοια της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (Κ.ΑΛ.Ο.)

Για πρώτη φορά στη χώρα μας, το 2016, θεσμοθετήθηκε το νομικό πλαίσιο της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, η οποία έχει ως στόχο, πρώτον, να υφίσταται ως μια μορφή εναλλακτικής οργάνωσης των οικονομικών δραστηριοτήτων, που θα συμμετέχει σε όλα τα οικονομικά πεδία επιχειρηματικής δράσης. Επίσης, επιδιώκει την υποστήριξη και τη διεύρυνση των παραγωγικών εγχειρημάτων αυτοδιαχείρισης και της συλλογικής κοινωνικής επιχειρηματικότητας, καθώς και τη διευθέτηση θεμάτων που σχετίζονται με τον έλεγχο και τη λειτουργία των Φορέων Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (ΦΕΚ, 2016).

Σύμφωνα με το Νόμο 4430/2016 (ΦΕΚ 205/Α'/31.10.2016), η Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία ορίζεται ως *«το σύνολο των οικονομικών δραστηριοτήτων που στηρίζονται σε μία εναλλακτική μορφή οργάνωσης των σχέσεων παραγωγής, διανομής, κατανάλωσης και επανεπένδυσης, βασισμένη στις αρχές της δημοκρατίας, της ισότητας, της αλληλεγγύης, της συνεργασίας, καθώς και του σεβασμού στον άνθρωπο και το περιβάλλον»* (ΦΕΚ, 2016).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, παρέχουν προστασία και μέριμνα σε πληθυσμιακές ομάδες όπως σε βρέφη, ηλικιωμένους, ΑμεΑ, άτομα με σοβαρές ασθένειες, καθώς και σε ευάλωτες και ειδικές ομάδες. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες αυτές αφορούν τον τομέα της παιδείας, της υγείας, της στέγασης, της σίτισης, της παιδικής

μέριμνας και τις υπηρεσίες κοινωνικής αρωγής. Στις ευάλωτες ομάδες συγκαταλέγονται τα άτομα, όπου λόγω σωματικών και ψυχικών παθήσεων ή παραβατικής συμπεριφοράς, δυσκολεύονται να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Σε αυτήν την κατηγορία βρίσκονται τα άτομα με αναπηρία (σωματική, ψυχική, νοητική, αισθητηριακή), απεξαρτημένα άτομα ή χρήστες ουσιών, άτομα που κρατούνται σε σωφρονιστικά ιδρύματα ή αποφυλακισμένοι ή άτομα με παραβατική συμπεριφορά. Στις ειδικές ομάδες συγκαταλέγονται τα άτομα, όπου εξαιτίας οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών λόγων δυσκολεύονται να ενταχθούν στην αγορά εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, ανήκουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και θύματα παράνομης διακίνησης ή εμπορίας ανθρώπων. Επίσης, σε αυτή την ομάδα εντάσσονται οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο, οι άστεγοι, οι άποροι, οι οικονομικοί μετανάστες, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, τα άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι μακροχρόνια άνεργοι έως 25 ετών και οι άνω των 50 ετών (ΦΕΚ, 2016).

3.3. Φορείς Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας

Ως φορείς της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, σύμφωνα με το Νόμο 4430/2016 (ΦΕΚ 205/Α'/31.10.2016), ορίζονται οι παρακάτω:

1. Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.)
2. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)
3. Συνεταιρισμοί Εργαζομένων
4. Οποιοδήποτε άλλο μη μονοπρόσωπο νομικό πρόσωπο, το οποίο συντελεί τις παρακάτω προϋποθέσεις (ΦΕΚ, 2016).

Οι δραστηριότητες χρειάζεται να στοχεύουν στη συλλογική και κοινωνική ωφέλεια, να εξασφαλίζουν την ενημέρωση και την συμμετοχή των μελών, καθώς και να λειτουργούν με δημοκρατικό τρόπο αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων, υιοθετώντας την αρχή *«ένα μέλος μία ψήφος, ανεξάρτητα από τη συνεισφορά κάθε μέλους»*. Ακόμα, είναι απαραίτητο το καταστατικό τους να περιλαμβάνει περιορισμούς σχετικά με τη διανομή κερδών, να εφαρμόζει σύστημα σύγκλισης στην αμοιβή της εργασίας. Τέλος, προϋποθέτεται η στόχευση στην αύξηση των οικονομικών δραστηριοτήτων και η ενίσχυση της παραγόμενης κοινωνικής ωφέλειας μέσω της οριζόντιας και ισότιμης δικτύωσης με άλλους φορείς της Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας (Κ.ΑΛ.Ο.)

και να μην έχει ούτε συσταθεί ούτε να διοικείται άμεσα ή έμμεσα από Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. α' ή β' βαθμού ή από άλλο νομικό πρόσωπο του ευρύτερου δημόσιου τομέα (ΦΕΚ, 2016).

3.3.1. Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (Κοιν.Σ.Επ.)

Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 14 του Νόμου 4430/2016 (ΦΕΚ 205/Α'/31.10.2016), οι Κοιν.Σ.Επ. διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες, ανάλογα με τον προορισμό τους:

1) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης, που ορίζουν τις εξής υποκατηγορίες :
   - Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης Ευάλωτων Ομάδων, όπου στόχος τους είναι η ενσωμάτωση των ατόμων, που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, στην κοινωνία και την αγορά εργασίας. Συγκεκριμένα, τουλάχιστον το 30% των μελών και των εργαζομένων αυτών των επιχειρήσεων, πρέπει να αποτελεί μέρος των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων (ΦΕΚ, 2016).
   - Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης Ειδικών Ομάδων, οι οποίες έχουν ως απώτερο σκοπό την προσθήκη των ατόμων, που συγκαταλέγονται στις ειδικές κοινωνικές ομάδες, στην κοινωνία και στην οικονομία. Ειδικότερα, τουλάχιστον το 50% των μελών και των εργαζομένων των επιχειρήσεων αυτών, πρέπει να ανήκει σε αυτές τις ομάδες (ΦΕΚ, 2016).
2) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι συμφώνα με το άρθρο 12 του Νόμου 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α` 17.5.1999), εντάσσονται στις Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Ένταξης.
3) Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις Συλλογικής και Κοινωνικής ωφέλειας, οι οποίες προάγουν δραστηριότητες ''βιώσιμης ανάπτυξης'' (περιλαμβάνει την προστασία του περιβάλλοντος, την αειφόρο γεωργία και κτηνοτροφία, την τοπική και περιφερειακή υποστηριζόμενη γεωργία ή κτηνοτροφία, την παραγωγή ενέργειας από ανανεώσιμες πηγές κ.ά.) και παρέχουν ''κοινωνικές υπηρεσίες γενικού ενδιαφέροντος'' (ΦΕΚ, 2016).

3.3.2. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

Το 1999 στην Ελλάδα η Κυβέρνηση θέσπισε νομικό πλαίσιο (νόμος 2716/99, άρθρο 12), σύμφωνα με το οποίο προωθήθηκε η ίδρυση Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), για τα άτομα με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (European Commission, 2014). Οι Κοι.Σ.Π.Ε. αποβλέπουν *«στην κοινωνικό - οικονομική ενσωμάτωση και την επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια»*. Πρόκειται για νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, διαθέτουν εμπορική ιδιότητα, εφόσον δημιουργήθηκαν ως προς τη νομική τους μορφή με βάση τους Αστικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης. Συγχρόνως, αποτελούν μονάδες ψυχικής υγείας, που υπάγονται στους τομείς της ψυχικής υγείας, διότι το θεωρητικό τους υπόβαθρο πληροί τα κριτήρια της αποκατάστασης, καθώς και της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης (Μητροσύλη, 2007). Ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός δεν είναι μόνο μια επιχείρηση κοινωνικής οικονομίας, είναι μια νέα μορφή επιχειρηματικής δραστηριότητας. Προσπαθεί να βρει μια βιώσιμη λύση στο τέλμα του κοινωνικού αποκλεισμού και του αποκλεισμού της απασχόλησης των ανθρώπων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (https://www.diaplous.eu/koispe/).

Σύμφωνα με το Ν. 2716/99, τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. διακρίνονται σε τρείς κατηγορίας. Η πρώτη αφορά τα άτομα, που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, με ελάχιστο όριο τα 15 έτη. Τα άτομα αυτά χρειάζονται ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και θα πρέπει να αποτελούν το 35% των μελών του Κοι.Σ.Π.Ε. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους δημόσιους υπαλλήλους ή ψυχιάτρους ή ψυχολόγους του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το 45% των μελών. Τέλος, η τρίτη κατηγορία απαρτίζεται από Δήμους, κοινότητες, φυσικά πρόσωπα, Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., τα οποία συντελούν το 20% του συνόλου των μελών (ΦΕΚ 2716/1999) (ΦΕΚ, 1999).

3.3.3. Συνεταιρισμοί Εργαζομένων

Οι Συνεταιρισμοί Εργαζομένων αποτελούν μία νέα συνεταιριστική μορφή, οι οποίοι θεσμοθετήθηκαν με το Νόμο για την Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία. Σύμφωνα

με το Ν. 1667/1986, είναι Αστικοί Συνεταιρισμοί, που έχουν ως απώτερο στόχο την συλλογική ωφέλεια, δηλαδή την *«από κοινού εξυπηρέτηση των αναγκών των μελών του Φορέα Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, μέσα από τη διαμόρφωση ισότιμων σχέσεων παραγωγής, τη δημιουργία θέσεων σταθερής και αξιοπρεπούς εργασίας, τη συμφιλίωση προσωπικής, οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής»*. Έτσι, λοιπόν, συνιστά μία ένωση φυσικών προσώπων με εμπορική ιδιότητα, τα οποία θέλουν να βιοποριστούν, παράγοντας από κοινού αγαθά και υπηρεσίες για τρίτους. Ο συνεταιρισμός έχει το δικαίωμα να προσλαμβάνει εργαζόμενους με σχέση εξαρτημένης εργασίας, χωρίς αυτοί να καθίστανται μέλη του. Επίσης, οι εργαζόμενοι μη μέλη δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το ποσοστό των 25% (ΦΕΚ, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο «Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ»

4.1. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Πρόκειται για το μοντέλο, το οποίο προσφέρει μια ολιστική, ολοκληρωμένη και αδιάλειπτη στρατηγική φροντίδας ως προς τα άτομα με σοβαρές και επίμονες ψυχικές διαταραχές. Αρχικά, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είχε ως κύρια επιδίωξη την εξοικείωση με τη φαρμακευτική αγωγή και την ελάττωση της νοσηλείας, ενώ πλέον μεριμνά, ώστε ο λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας να εξασφαλίσει την ανεξαρτησία του, να αποκατασταθεί επαγγελματικά, να αναπτύξει ουσιώδεις διαπροσωπικές σχέσεις και τέλος να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής του (Antai-Otong, 2003).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί τη διαδικασία μέσω της οποίας ενδυναμώνονται τα άτομα, που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή, με σκοπό να οδηγηθούν στο μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιείται η βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων, ενώ προάγονται οι αναγκαίες αλλαγές στο περιβάλλον τους, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Οι στόχοι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η μείωση των συμπτωμάτων και των ιατρογενών προβλημάτων, η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, η μείωση των διακρίσεων και του στιγματισμού. Τέλος, αποσκοπεί στην υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινωνία, καθώς και την ισχυροποίηση της θέσης των ατόμων (Κυζιρίδης, χ.χ.).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί ένα κλάδο, που έχει ως στόχο να ξεπεράσει τις δυσκολίες του κοινωνικού ρόλου και της διαβίωσης δρώντας μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Δίνεται έμφαση στις δεξιότητες, τις ικανότητες και στους τομείς των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, της κοινωνικοποίησης και της εργασίας. Η πρακτική της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενδέχεται να γίνει από επαγγελματίες όπως Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Εργοθεραπευτές, Νοσηλευτές, καθώς επίσης και άτομα που διαθέτουν τις προαπαιτούμενες δεξιότητες και την κατάρτιση πάνω στη ψυχική αποκατάσταση μέσα από πανεπιστημιακά προγράμματα. Όλοι οι παραπάνω επαγγελματίες υγείας πιστεύουν, ότι τα περισσότερα άτομα με κάποιο σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας μπορούν να βελτιωθούν, γιατί μπορούν να εκπαιδευτούν και να υποστηριχθούν από την κοινωνία. Οι γιατροί είναι εκείνοι που είναι

υπεύθυνοι για την είσοδο τους στο νοσοκομείο και την θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης κατάλληλων ελεγχόμενων φαρμάκων. Όσοι επαγγελματίες χρησιμοποιούν ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση και όχι την ιατρική, φροντίζουν για την επανένταξη και τη διαβίωσή τους στην κοινωνία. Μέσα από κατάλληλα προγράμματα θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πολλοί λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα ήταν αναγκασμένοι να περάσουν χρόνια σε ψυχιατρικά ιδρύματα, τώρα είναι σε θέση να αποκτήσουν μια πιο ποιοτική ζωή (Harnois, Gabriel, World Health Organization & International Labour Organisation, 2000).

Το 1983 η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Αθηνών, εκπονεί το σχεδιασμό προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και επαγγελματικής επανένταξης, για λήπτες στο κέντρο επαγγελματικής προεργασίας. Η νέα αυτή θεραπευτική-εκπαιδευτική προσέγγιση της ψυχικής νόσου δημιούργησε τις βασικές προϋποθέσεις για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (Καρύδη, 2010).

Όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα άτομα που εργάζονται για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, προσφέρουν αρωγή στους πρώτους να αναζητήσουν και να διατηρήσουν την απασχόληση. Αυτό μπορεί να περιέχει την προσφορά βοήθειας στους πελάτες για την ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων, τη συνένωση του πελάτη με τις υπηρεσίες απασχόλησης και τέλος την προσφορά βοήθειας στην σταδιοδρομία του (Cherry, 2020).

Ακολουθεί ένα παράδειγμα ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα, που λαμβάνει χώρα στην Ινδία και διευθύνεται από την Κοινωνία υποτροφιών του Ρίτσμοντ. Ο συγκεκριμένος οργανισμός παρέχει αποτελεσματικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε άτομα, που αναρρώνουν από σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, αποτελεί μία δομή, η οποία απαρτίζεται από άτομα και των δύο φύλων, που έχουν διαγνωστεί είτε με σχιζοφρένεια είτε με διπολική διαταραχή. Το ηλικιακό εύρος, όπου κατοικεί στη δομή είναι αυτό των 18-50 ετών. Οι οικότροφοι, κατά την είσοδο τους στο κέντρο αποκατάστασης, θα πρέπει να έχουν αναρρώσει από την οξεία φάση της ασθένειας και να είναι απαλλαγμένοι από ενεργά συμπτώματα. Το κέντρο θα τους προσφέρει ένα δομημένο πρόγραμμα με ποικίλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ παράλληλα υποχρεούνται να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη ρουτίνα. Οι παρεμβάσεις των ειδικών αφορούν, κυρίως, την εκμάθηση δεξιοτήτων σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως είναι η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και η εκπαίδευση στη διαχείριση χρημάτων (Kalyanasundaram, Suryanarayana Rao, Chowdur & Dharitri, 2011).

Επίσης, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενθαρρύνονται να παρακολουθούν το κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης, που διευθύνεται από τον ίδιο οργανισμό, ενώ το προσωπικό φροντίζει να αναλάβουν την κατάλληλη μερική απασχόληση ή εθελοντική εργασία. Ακόμα, η οικογένεια κάθε οικότροφου μία φορά στους τρεις μήνες παρακολουθεί τη συνεδρία οικογενειακής θεραπείας και παραμένει εντός της δομής για τουλάχιστον 2-3 ημέρες. Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί συμμετέχουν στις δραστηριότητες της κοινότητας και αλληλεπιδρούν με τα μέλη. Μέσα από αυτήν την διαδικασία οι οικογένειες εκπαιδεύονται σε δεξιότητες, που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους, αφότου φύγουν από την δομή. Συγκεκριμένα, μαθαίνουν να εντοπίζουν προβληματικές και στρεσογόνες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίζουν, να αναπτύσσουν δεξιότητες για την επίλυση προβλημάτων και την αντιμετώπιση του άγχους της φροντίδας. Επιπλέον, εκπαιδεύονται ώστε να διαχειρίζονται κρίσεις και να ελέγχουν τα διαπροσωπικά και συναισθηματικά ζητήματα. Τέλος, μέσα από έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει αποδειχθεί πως το συγκεκριμένο κέντρο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει θετικό πρόσημο στο επίπεδο λειτουργίας των ατόμων με χρόνια και σοβαρά ψυχικά προβλήματα (Kalyanasundaram et al., 2011).

4.2. Επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η εργασία επιτελεί σημαίνοντα ρόλο όσον αφορά την προώθηση της ένταξης των ατόμων στην ευρύτερη κοινότητα. Η σχετική νομοθεσία οφείλει να διαφυλάττει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τυχόν διακρίσεις, χειραγώγηση και από την άδικη απώλεια της εργασίας, η οποία προκύπτει εξαιτίας της ψυχικής τους διαταραχής. Καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη νομικού πλαισίου, το οποίο θα συμβάλει στην προώθηση της ανάπτυξης και της χρηματοδότησης προγραμμάτων, που θα σχετίζονται με την επαγγελματική αποκατάσταση. Η χρηματοδότηση αυτών θα πρέπει να γίνεται με βάση ποιο από τα προγράμματα προηγείται και την παράλληλη εκτίμηση των προγραμμάτων με θετική απήχηση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2005).

Το δικαίωμα της εργασίας απαιτεί από τα κράτη να περιέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για την παροχή ενίσχυσης και υποστήριξης σε άτομα, ώστε να μπορούν να

βρίσκουν διαθέσιμη εργασία. Οι διακρίσεις στην πρόσβαση και τη διατήρηση της απασχόλησης δεν επιτρέπονται, στο πλαίσιο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι εθνικές πολιτικές πρέπει να ακολουθούνται από τα κράτη και να στοχεύουν στην προώθηση των ίσων ευκαιριών και στην μεταχείριση, όσον αφορά την απασχόληση και το επάγγελμα, με σκοπό την εξάλειψη κάθε διάκρισης σε αυτούς τους τομείς. Το δικαίωμα της εργασίας απαιτεί, επίσης, από τα κράτη να εφαρμόσουν τεχνικά μέτρα και πρακτικές επαγγελματικής εκπαίδευσης, για να κάνουν πιο εύκολη την πρόσβαση στην απασχόληση. Ακόμα και σε περιόδους κρίσης, κρίνεται απαραίτητη για τις ευπαθείς και περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, η προάσπισή τους μέσα από στοχευμένα προγράμματα χαμηλού κόστους. Ουσιαστικά, το πλαίσιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα αναγνωρίζει τον πρωτεύοντα ρόλο της απασχόλησης στην διασφάλιση της ενσωμάτωσης στην κοινωνία και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού (Amnesty International & Mental Health Reform, 2012).

Η εργασιακή αποκατάσταση ορίζεται για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως ένα μέσο για την κατάκτηση αυτονομίας σε οικονομικό επίπεδο, καθώς και την άντληση αυτοπεποίθησης. Η αυτονομία αυτού του είδους είναι δυνατόν να τους προσφέρει βαθμιαία κοινωνική ενσωμάτωση, η οποία λειτουργεί ως μια μέθοδος για να εκτονωθεί από ψυχικές εκρήξεις, ενώ τέλος η εργασιακή αποκατάσταση αποτελεί ένα είδος ενασχόλησης, μέσω του οποίου περνά το χρόνο του δημιουργικά. Ειδικότερα, για τους λήπτες η εργασία είναι κάτι μεγαλύτερο από μια πηγή εσόδων. Πρόκειται για έναν τρόπο που βοηθάει στη επικέντρωση της σκέψης του ατόμου στο αντικείμενο της εργασίας, ένα μέσο που οδηγεί σε ψυχική πειθαρχία, καθώς και μια διέξοδο από την κοινωνική αποστασιοποίηση (Γιαννουλόπουλος, 2007).

Η επαγγελματική αποκατάσταση ορίζεται για τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή ως ένα σπουδαίο μέσο, που οδηγεί στην ανάρρωσή τους. Αποτελεί, συγχρόνως, έναν συντελεστή εξισορρόπησης, ο οποίος προσφέρει καθημερινή δομή και ρουτίνα, πραγματικούς στόχους, ενώ παράλληλα αυξάνει την αυτοεκτίμηση και την αυτό-εικόνα. Συμβάλλει, επίσης, σε οικονομικό επίπεδο, μειώνοντας την ανέχεια, διευρύνοντας τις κοινωνικές επαφές και αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής γενικότερα (Stuart, 2006). Παράλληλα λειτουργεί και ως μια ασπίδα προστασίας ενάντια στην συμπτωματολογία της ψυχικής ασθένειας. Σε πρακτικό επίπεδο, οι οικονομικές παροχές, που προκύπτουν από την εργασία μπορεί να ελαχιστοποιήσουν την φτώχεια και ταυτόχρονα το αίσθημα της εξάρτησης, το οποίο διακατέχει πολλά από τα άτομα με κάποια αναπηρία (Moll, Huff & Detwiler, 2003).

Η επαγγελματική απασχόληση αποτελεί ένα καθοριστικό συντελεστή κοινωνικού χαρακτήρα για την υγεία, καθώς η ένταξη στην εργασία συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας (Khalema & Shankar, 2014). Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο να προωθούν ευκαιρίες απασχόλησης για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ενισχύοντας τους να βρουν και να διατηρήσουν την απασχόληση (Rinaldi & Perkins, 2007). Η ουσιαστική επανένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινωνικό σύνολο ενισχύεται από την πρόσβαση στην κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, από τη συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και από την πρόσβαση σε ικανοποιητική και ουσιαστική εργασία. Ακόμα, όσον αφορά την θεραπευτική προσέγγιση αποδεικνύεται ότι η καθημερινή ενασχόληση ενισχύει τον αυτοέλεγχο και την προσοχή (Τριβυζά & Κουλιεράκης, 2014).

Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται να δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για το εργασιακό τους αντικείμενο και υποστηρίζονται από τους διοικητικούς ανωτέρους και από τους συναδέλφους τους, ενώ παράλληλα γίνεται ορατή η αίσθηση της εργασιακής ικανότητας (Τριβυζά & Κουλιεράκης, 2014). Ο εργασιακός χώρος αποτελεί έναν από τα στοιχειώδη περιβάλλοντα, τα οποία επιδρούν στην ψυχοσωματική κατάσταση και υγεία. Παρόλο που με δυσκολία μπορεί να οριστούν με ποσοτικό τρόπο οι επιπτώσεις της απασχόλησης αποκλειστικά στην προσωπική ταυτότητα, τον αυτοσεβασμό και την κοινωνική αποδοχή, το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ομόφωνα πως το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να ασκήσει επιρροή στην ψυχική ευεξία ενός ανθρώπου (Harnois et al., 2000).

Το γεγονός ότι κάποιος βρίσκεται σε μια θετική και αισιόδοξη συναισθηματική κατάσταση, που αποπνέεται από την αναγνώριση, την οποία εισπράττει κάποιος από την εργασία, ονομάζεται επαγγελματική ικανοποίηση. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ληπτών σχετίζεται με το αίσθημα πληρότητας και εσωτερικής ισορροπίας, ενώ έχει αποδειχθεί ότι όσα άτομα από αυτά ζουν παραγωγικά, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους, όπως την κατάσταση της υγείας τους, τις συνθήκες εργασίας και εν γένει την διαβίωση, τον ελεύθερο χρόνο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τέλος, η ικανοποίηση ενισχύεται από ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που επηρεάζουν τα άτομα, όπως το ανεπτυγμένο αίσθημα ικανότητας στον επαγγελματικό τομέα και οι διευκολύνσεις υποστήριξης από τους συναδέλφους (Τριβυζά & Κουλιεράκης, 2014).

Τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή εντάσσονται στην υποομάδα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων και των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ), της οποίας τα ποσοστά απασχόλησης είναι ιδιαίτερα μειωμένα στις ανεπτυγμένες χώρες (Υπουργείο

Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Τα χαμηλά επίπεδα της απασχόλησης των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές θεωρούνται πως αντιπροσωπεύουν έναν συσχετισμό ανάμεσα στις κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, καθώς και τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά εργασίας, τις ψυχολογικές και κοινωνικές δυσκολίες μαζί με την απουσία επαγγελματικής υποστήριξης (Koletsi et al., 2009). Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν περιθωριοποιηθεί κοινωνικά και οικονομικά περισσότερο από κάθε άλλο μέλος στην κοινωνία. Δεν είναι η αδυναμία εργασίας, αλλά μάλλον τα εμπόδια στη συμπεριφορά, τα κενά των υπηρεσιών και του συστήματος καθιστώντας δύσκολη τη διατήρηση της εργασίας (Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law, 2014). Η έλλειψη δομής, σκοπού, ρόλων, καθεστώτος και αίσθησης ταυτότητας είναι επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας. Ένας σημαντικός τρόπος που τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να γίνουν ενεργά μέλη στην κοινωνία είναι η απασχόληση, που επιτρέπει την ένταξη στην ευρύτερη κοινωνία (Waghorn & Lloyd, 2005).

4.2.1. Εμπόδια για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιθυμούν να αποκατασταθούν επαγγελματικά, καθώς δεν επιθυμούν η νόσος τους να παίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή και στην ατομική τους ταυτότητα. Η απουσία εργασίας εξαιτίας της ψυχικής ασθένειας είναι δυνατόν να οφείλεται στο γεγονός πως οι δεξιότητες, οι ικανότητες, τα ενδιαφέροντα και οι αξίες τους για την καριέρα, τα όνειρά τους, η εμπειρία καθώς και η γνώση τους καλύπτονται από τις επιπλοκές της ψυχικής τους ασθένειας. Παρά την επιθυμία τους για επαγγελματική αποκατάσταση, σε ορισμένους εμφανίζονται πολλαπλά τρωτά σημεία, τα οποία δυσχεραίνουν την επανένταξή τους. Παραθέτονται κάποια από αυτά παρακάτω:

1) Εσωτερικά εμπόδια κι έλλειψη δεξιοτήτων : Όταν η διαταραχή ξεκινάει να γίνεται εμφανής (συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή) η βασική εκπαιδευτική διαδικασία ή η μάθηση είναι πιθανό να κλονιστεί. Επίσης, σημαντικά σπάνιο φαινόμενο είναι το να ολοκληρωθεί η εκπαίδευση ή η επιστροφή στον εργασιακό χώρο ύστερα από την παρουσία έντονων συμπτωμάτων. Η παρουσία προβλημάτων, που συνδέονται με την ψυχική υγεία έχει άμεση συσχέτιση με την χρόνια ανεργία και τις αρνητικές επιδράσεις, που αυτή επιφέρει. Ως συνέπεια

αυτού οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας βιώνουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα και ανησυχία αποτυχίας (Drosos & Theodoroulakis, 2019).

2) Εμπόδια που σχετίζονται με τον στιγματισμό : Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι πιθανό να έρθουν αντιμέτωποι με πολλές εκδηλώσεις στίγματος, όπως είναι το κοινωνικό στίγμα, ο αυτό-στιγματισμός, το στίγμα των εργοδοτών, ακόμη και το στιγματισμό ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το στίγμα έχει να κάνει με την αρνητική μεταχείριση, αποκλειστικά και μόνο επειδή κάποιος διαθέτει ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ή μειονέκτημα. Οι αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις και στάσεις έναντι των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν σύνηθες φαινόμενο, το οποίο δημιουργεί διακρίσεις. Οι διακρίσεις από την μεριά των εργοδοτών τις περισσότερες φορές περιλαμβάνουν την αποφυγή της πρόσληψης ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την σκέψη πως παρόλο που διαθέτουν τις κατάλληλες προδιαγραφές, ενδεχομένως θα εμφανίσουν απρόοπτη, βίαιη ή και επικίνδυνη συμπεριφορά. Ακόμα, οι εργοδότες μπορεί να έχουν υιοθετήσει αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η κρισιμότητα της νόσου ή η πιθανή επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, καθώς και οι πτυχές που έχουν να κάνουν με την εργασία, όπως είναι οι απουσίες ή η χαμηλή αποδοτικότητα (Drosos & Theodoroulakis, 2019). Επιπροσθέτως, οι λήπτες που εργάζονται είναι δυνατόν να βιώσουν τα παραπάνω από την μεριά των συναδέλφων τους, αφότου η κατάστασή τους γνωστοποιηθεί (Stuart, 2006). Οι λήπτες γνωρίζουν επακριβώς για αυτή την αρνητική αντιμετώπιση, την οποία σε ένα ποσοστό εσωτερικεύουν. Τα άτομα που έχουν πέσει θύματα στιγματισμού στο παρελθόν, πολλές φορές δεν επιθυμούν να μοιραστούν την κατάστασης υγείας τους με τους πιθανούς εργοδότες τους (Drosos & Theodoroulakis, 2019).

3) Εμπόδια σχετικά με τα οφέλη : Όπως διαπιστώθηκε, ένα σημαντικό ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν είναι επαγγελματικά αποκατεστημένοι και με βάση αυτό δεν διαθέτουν πρόσβαση σε χρηματικές αμοιβές ή ασφάλιση. Οι ασφαλιστικές και προνοιακές υπηρεσίες προσφέρουν κάποιο χρηματικό ποσό σε εκείνα τα άτομα, που δεν έχουν πρόσβαση στην εργασία, λόγω ιατρικής κατάστασης. Στις περισσότερες χώρες, πρόκειται για μια χρονοβόρα διαδικασία και προκαλεί στο ίδιο το άτομο εξασθένιση και συντριβή. Στον ελλαδικό χώρο (όπως και σε άλλες χώρες) οι αιτούντες είναι υποχρεωμένοι να τεκμηριώσουν, πως

έχουν πλήρη αναπηρία προκειμένου να λάβουν ασφάλεια υγείας και το επίδομα αναπηρίας, με το τελευταίο να πλησιάζει τα όρια της φτώχειας. Οι λήπτες, καθώς, διακατέχονται από φόβο μήπως χάσουν τις παροχές αυτές, πολλές φορές αποφεύγουν να μπουν στη διαδικασία αναζήτησης εργασίας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα αντικίνητρο για επαγγελματική αποκατάσταση (Drosos & Theodoroulakis, 2019).

Η απόκλισή του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας από τον εργασιακό τομέα είναι δυνατόν να προκαλέσει υλική απώλεια, να φθείρει την αυτοπεποίθηση, να προκαλέσει αισθήματα αποξένωσης και περιθωριοποίησης, ενώ, επίσης, πρόκειται για έναν βασικό συντελεστή, που θέτει σε κίνδυνο τόσο την ψυχική όσο και την σωματική υγεία. Καθώς τα άτομα έχουν ήδη δεχτεί κοινωνικό αποκλεισμό, εξαιτίας της ψυχικής τους κατάστασης, ο ίδιος διογκώνεται με την απουσία εργασίας, ενώ ταυτόχρονα η εργασιακή απασχόληση είναι δυνατόν να διευρύνει τις κοινωνικές τους επαφές (Biggs, Hovey, Tyson & Macdonald, 2010).

4.2.2. Μύθοι για την ψυχική ασθένεια στο χώρο εργασίας

1ος Μύθος : Η ψυχική ασθένεια αντιπροσωπεύει το ίδιο με την νοητική υστέρηση.

Πραγματικότητα : Πρόκειται για δύο διαφορετικές διαταραχές. Η διαγνωσμένη νοητική υστέρηση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την έλλειψη πνευματικής λειτουργίας, καθώς και τα προβλήματα σχετικά με κάποιες δεξιότητες διαβίωσης της καθημερινότητας. Από την άλλη, στα άτομα με κάποια ψυχιατρική διαταραχή η πνευματική λειτουργία διαφέρει, όπως ακριβώς και σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες (Harnois et al., 2000).

2ος Μύθος : Η ανάρρωση από την ψυχική πάθηση δεν είναι εφικτή.

Πραγματικότητα : Μακροχρόνιες έρευνες έχουν αποδείξει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικά ασθενών όσο περνάει ο καιρός παρουσιάζουν μια ουσιαστική ανάρρωση, πράγμα που συμβάλλει στην προαγωγή μιας σταθερής και λειτουργικής ζωής. Για πολλά χρόνια, η ψυχική ασθένεια νοούνταν ως μια σταθερή ασθένεια, η οποία δεν επιδέχεται θεραπεία. Η εύρεση φαρμακευτικής αγωγής, που συμβάλλει στην βελτίωση της συμπτωματολογίας της ψυχικής ασθένειας, οδήγησε στη βελτίωση της παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών και την αποκατάσταση σε κοινοτικό επίπεδο (Harnois et al., 2000).

3ος Μύθος : Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι ψυχικά αποκατεστημένοι εργαζόμενοι (πρόκειται για έναν όρο που αναφέρεται στο ότι η διαταραχή έχει αντιμετωπιστεί με αποτελεσματικό τρόπο) θεωρούνται συνήθως δεύτερης κατηγορίας εργαζόμενοι.

Πραγματικότητα : Όσοι εργοδότες έχουν προσφέρει εργασία σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, υπογραμμίζουν πως σε μεγαλύτερο βαθμό από το μέσο όρο συμμετέχουν και είναι συνεπείς, ενώ βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ή και σε καλύτερο με τους συναδέλφους τους, όσον αφορά τα κίνητρα, την ποιότητα της εργασίας και την επαγγελματική τους θητεία (Harnois et al., 2000).

4ος Μύθος : Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική αναπηρία αδυνατούν να διαχειριστούν τις στρεσογόνες συνθήκες, που επικρατούν στον εργασιακό χώρο.

Πραγματικότητα : Άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν πληθώρα ιατρικών επιπλοκών, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η σκλήρυνση κατά πλάκας και οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι δυνατόν να συνειδητοποιήσουν πως η κατάσταση υγείας τους χειροτερεύει, όταν βιώνουν άγχος σε υψηλό βαθμό. Παρόλα αυτά, η προέλευση του διαπροσωπικού και εργασιακού στρες διαφέρει σε σημαντικό βαθμό ανάμεσα στα άτομα. Ορισμένοι θεωρούν πως ένα πρόγραμμα όπου απουσιάζει η δομή είναι ιδιαίτερα αγχωτικό για τους ίδιους, ενώ άλλοι κοπιάζουν για μία πιο σύνθετη ροή στην εργασία τους. Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται διαφέρουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στις αγχώδεις συνθήκες στον εργασιακό χώρο. Ουσιαστικά, όλες οι θέσεις εργασίας τείνουν να είναι αγχωτικές σε έναν βαθμό. Η αποδοτικότητα αυξάνεται, όταν διακρίνεται επαρκής συσχέτιση ανάμεσα στις απαιτήσεις και τις εργασιακές συνθήκες του εργαζόμενου, ασχέτως εάν το άτομο πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή ή όχι (Harnois et al., 2000).

5ος Μύθος : Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα ψυχικά αποκατεστημένα άτομα τείνουν να παρουσιάζουν απρόσμενη, βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά.

Πραγματικότητα : Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αυτών δεν χαρακτηρίζονται ούτε από βιαιότητα ούτε από επικινδυνότητα. Όταν γίνεται γνωστό στους εργοδότες πως ο υποψήφιος εργαζόμενος πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια, μερικοί εξ' αυτών τείνουν να υποψιάζονται, πως το άτομο αυτό ενδεχομένως θα παρουσιάσει βίαιη συμπεριφορά. Ο συγκεκριμένος μύθος ισχυροποιείται μέσα από τις απεικονίσεις των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τα μέσα ενημέρωσης (Harnois et al., 2000).

4.3. Μορφές απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διεθνές επίπεδο

Η προστατευόμενη εργασία (απασχόληση σε διαμορφωμένα προστατευόμενα περιβάλλοντα) αρχίζει σταδιακά να εξασθενεί σε όλον τον κόσμο στον τομέα των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως και σε άλλες μορφές θεσμικής περίθαλψης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως είναι οι αλλαγές που σημειώνονται στις φιλοδοξίες των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η κακής ποιότητας και επαναλαμβανόμενη απασχόληση με μικρή ή μηδαμινή αμοιβή, ο διαχωρισμός που υφίσταται από την εργασιακή πραγματικότητα, τα μειωμένα ποσοστά ένταξης στην ανοιχτή αγορά εργασίας και τέλος το κόστος τους. Οι σύγχρονες μορφές προστατευόμενων εργαστηρίων, οι κοινωνικές επιχειρήσεις και οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί είναι υπαίτιες της μείωσης των σημαντικών ανεπαρκειών που έχουν παρουσιάσει τα προστατευόμενα εργαστήρια.

Ένα παράδειγμα αποτελούν οι συνεταιρισμοί κοινωνικής ένταξης (τύπου Β), που αναπτύχθηκαν στην Ιταλία τη δεκαετία του ’70. Πρόκειται για μεγάλες και μεσαίες επιχειρήσεις, με κοινό μέλημα την ανάπτυξη εργασιακών θέσεων για άτομα με αναπηρία και για τις μειονεκτικές ομάδες. Οι επιχειρήσεις αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, στο βόρειο τμήμα της Αμερικής και όχι μόνο. Ιδανικά, οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις ανταγωνίζονται τις υπηρεσίες της ελεύθερης αγοράς, ενώ παράλληλα σε αυτές οι εργαζόμενοι πληρώνονται για τις υπηρεσίες τους. Επίσης, επικρατούν ιδανικές συνθήκες για εργασία και τέλος πετυχαίνουν σε σημαντικό βαθμό τη συμμετοχή των εργαζομένων. Είναι ιδιαίτερα γνωστές σε μέρη όπου η ανεργία και η ετικετοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ελλοχεύει. Ένα, ακόμη, παράδειγμα αποτελεί η Ελλάδα, η οποία έχει υιοθετήσει τους κοινωνικούς συνεταιρισμούς ως ένα πρωταρχικό μέρος της διαρθρωτικής μεταρρύθμισης, που υφίσταντο οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Εκτός της Ιταλίας, στην Γερμανία λαμβάνουν χώρα οι μεγαλύτερες, οι περισσότερες και οι πιο οικονομικά επιτυχημένες κοινωνικές επιχειρήσεις (Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001).

Η επαγγελματική κατάρτιση, ως μια κοινή πρακτική, θεωρείται το φαινόμενο της προετοιμασίας των ατόμων για εργασία, μέσω της προσφοράς επαγγελματικών δεξιοτήτων, σύμφωνα με το οποίο ύστερα πραγματοποιείται η τοποθέτηση σε μια θέση εργασίας. Παρ’ όλα αυτά, σε πρακτικό επίπεδο ο τρόπος λειτουργίας της εξειδικευμένης παρεχόμενης εκπαίδευσης δεν εξασφαλίζει απαραίτητα την εύρεση μιας αμειβόμενης

εργασίας. Οι λόγοι είναι ξεκάθαροι, δεδομένης της τρέχουσας ταχύτητας στην μεταβαλλόμενη αγορά εργασίας. Οι δυσκολίες αρχίζουν να εμφανίζονται με την λήψη των αποφάσεων σχετικά με τον λόγο για τον οποίο τα άτομα χρειάζονται την εκπαίδευση. Σε περίπτωση που δεν την έχει αναλάβει ο εργοδότης, τα βασικά προγράμματα κατάρτισης έχουν την τάση να διαλέγουν εργασία που είναι μη διαθέσιμη ή για να τελεστεί είναι απαραίτητη η τυποποιημένη κατάρτιση για τον συγκεκριμένο κλάδο. Η στοιχειώδης και γενική εκπαίδευση πάνω στις δεξιότητες πληροφορικής, στην ξυλουργική, την εστίαση κ.ο.κ. δεν είναι αρκετή για την εξασφάλιση μιας θέσης εργασίας.

Την σημερινή εποχή, οι περισσότεροι εργασιακοί χώροι απαιτούν την ύπαρξη τεχνολογικής κατάρτισης, κάνοντας έτσι την εξειδικευμένη εκπαίδευση αναγκαία. Σύμφωνα με αυτό, γίνεται αντιληπτό πως οι υποψήφιοι εργαζόμενοι για να γίνουν δεκτοί θα πρέπει να ανταγωνίζονται για θέσεις στα μαθήματα, από τα οποία θα βγαίνουν στην αγορά εργασίας οι πιο επιτυχημένοι. Το γεγονός αυτό, όμως, δεν αποκλείει ή δεν πρέπει να αποκλείει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για την κατάκτηση μιας ανάλογης εργασίας είναι απαραίτητη η ύπαρξη κάποιας εντατικής υποστήριξης, αποκλειστικά και μόνο από τις μεμονωμένες υποστηριζόμενες υπηρεσίες απασχόλησης. Δυστυχώς, τα άτομα εμπλέκονται σ' ένα κύκλο κατάρτισης, συγκεντρώνοντας πιστοποιητικά για βασικές δεξιότητες, που οι περισσότεροι απολαμβάνουν και εκτιμούν, αλλά στην πραγματικότητα ποτέ δεν βρίσκουν εργασία. Είναι εύλογο, τέλος, να αναφερθεί πως τα συστήματα για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας χρειάζεται να συμβαδίζουν με τους τρόπους, που λειτουργεί η ένταξη στην απασχόληση σε τοπικό και εθνικό επίπεδο (Crowther et al., 2001).

Η μεταβατική απασχόληση αποτελεί ένα είδος απασχόλησης, που έχει να κάνει με το διεθνές Κίνημα «Clubhouse». Στηρίζεται στην ιδέα, πως τα άτομα έχουν την δυνατότητα να προετοιμαστούν σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο για την αμειβόμενη εργασία με το να εργαστούν προσωρινά. Σε περίπτωση που αυτή επιτύχει, αυξάνεται η εμπιστοσύνη και η πειθαρχία τους, ώστε να αιτηθούν για μια πιο σταθερή θέση εργασίας. Η αρχή της μεταβατικής απασχόλησης αποτελεί τον συνδετικό κρίκο προς τη μόνιμη απασχόληση, που υφίσταται στην περίπτωση που το άτομο είναι σε θέση να ανταπεξέλθει με την απώλεια μιας εργασιακής θέσης, την οποία έχει οικειοποιηθεί και που μπορεί να επωμιστεί μια καινούρια δουλειά μαζί με τις νέες εργασιακές συνθήκες (Crowther et al., 2001).

Η υποστηριζόμενη απασχόληση αποτελεί το αντίθετο της πρότασης της προ-επαγγελματικής κατάρτισης, δηλαδή πρώτα πραγματοποιείται η ένταξη στην εργασία και ύστερα η εκπαίδευση του λήπτη, κι όχι το αντίθετο. Πρόκειται για δύο αντικρουόμενες προσεγγίσεις ως προς την παροχή βοήθειας σε σοβαρά ψυχικά ευπαθή άτομα, προκειμένου να βρουν εργασία. Η βασική αρχή της προ-επαγγελματικής κατάρτισης είναι ότι απαιτείται περίοδος προετοιμασίας πριν από την ανάληψη ανταγωνιστικής απασχόλησης. Αντίθετα, η βασική αρχή της υποστηριζόμενης απασχόλησης είναι ότι η τοποθέτηση σε ανταγωνιστική απασχόληση θα πρέπει να πραγματοποιείται όσο πιο σύντομα γίνεται, ακολουθούμενη από στήριξη και κατάρτιση στην εργασία. (Crowther et al., 2001). Σε αρχικό στάδιο ήταν προσαρμοσμένη από το μοντέλο «job coach» της υποστηριζόμενης απασχόλησης για άτομα με νοητική αναπηρία, η οποία είναι διαδεδομένη ως η Ατομική Τοποθέτηση και Υποστήριξη (IPS). Πρόκειται για ένα από τα προγράμματα απασχόλησης στον τομέα της ψυχικής υγείας, που έχει διερευνηθεί εκτενώς (Grove, 2015).

4.3.1. Υποστηριζόμενη απασχόληση

Είναι γεγονός πως τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας. Ωστόσο, παρά τα υψηλά ποσοστά, έρευνες έχουν δείξει πως η πλειοψηφία των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιθυμεί να εργαστεί (Kinoshita et al., 2013). Η υποστηριζόμενη απασχόληση αποτελεί μέθοδο ένταξης των ατόμων με αναπηρία στον εργασιακό χώρο υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση επαγγελματιών συμβούλων απασχόλησης (Marrone, 1993). Η υποστηριζόμενη απασχόληση έχει χαρακτηριστεί ως *«αμειβόμενη, ανταγωνιστική απασχόληση σε ολοκληρωμένα περιβάλλοντα με συνεχείς ενισχύσεις»* (NAMI, 2014). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση Υποστηριζόμενης Απασχόλησης (EUSE) υποστηριζόμενη απασχόληση είναι «*Η παροχή στήριξης σε άτομα με αναπηρίες ή άλλες μειονεκτούσες ομάδες με σκοπό τη διασφάλιση και τη διατήρηση της αμειβόμενης απασχόλησης στην ανοικτή αγορά εργασίας*» (European Union of Supported Employment, 2010).

Το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης έκανε την εμφάνιση του στα τέλη της δεκαετίας του 1970, όπου από το 1978 έως το 1986 απευθυνόταν κυρίως σε άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες. Ωστόσο, αργότερα η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρήθηκε χρήσιμη για άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπου εφαρμόστηκε η «in vivo» μάθηση, η

οποία στόχευε στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ληπτών (Marrone, 1993). Η υποστηριζόμενη απασχόληση παρέχεται, επίσης, σε άτομα με αυτισμό, διανοητική καθυστέρηση και εγκεφαλικές βλάβες. Παρόλα αυτά, η αποτελεσματικότητα της υποστηριζόμενης απασχόλησης για αυτούς τους πληθυσμούς δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί (Kinoshita et al., 2013). Τα τρία βασικά στοιχεία της είναι τα ακόλουθα: (α) ο μισθός θα πρέπει να είναι ανάλογος με την εργασία που καταβάλλει ο κάθε εργαζόμενος, (β) οι όροι εργασίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να είναι ίδιοι με αυτούς των υπόλοιπων εργαζομένων και (γ) να υφίσταται εξατομικευμένη στήριξη ανάλογα με τις απαιτήσεις τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για τον εργοδότη (Drosos & Theodoroulakis, 2019).

Οι υπηρεσίες για την υποστηριζόμενη απασχόληση ποικίλλουν ανάλογα με το κράτος, όπου πραγματοποιούνται καθώς και τα προγράμματα που ακολουθούν. Κατά κύριο λόγο, όμως, περιλαμβάνουν τα εξής. Αρχικά, καθορίζονται οι δεξιότητες, τα ενδιαφέροντα και οι στόχοι καριέρας για τα άτομα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η αντιστοίχιση τους στην εργασία. Προσφέρεται, επίσης, βοήθεια για την εξατομικευμένη εύρεση εργασίας, καθώς και αρωγή σε διαρκή βάση όσον αφορά την επιτυχημένη διεξαγωγή της εργασίας τους. Επιπλέον, υφίσταται συνεργασία με ιδιώτες, καθώς και με τους εργοδότες των ίδιων για την εύρεση των αναγκαίων καταλυμάτων. Μέσω της υποστηριζόμενης απασχόλησης, διαμορφώνονται σχέσεις με τους εργοδότες προκειμένου να εμπεδώσουν τις επιχειρηματικές απαιτήσεις, ώστε να πραγματοποιηθεί το ταίριασμα μεταξύ των ατόμων και των θέσεων εργασίας. Οι εργοδότες συνεργάζονται με τα άτομα, ώστε να βρουν μεθόδους για να τροποποιήσουν τις εργασίες είτε να προσαρμόσουν τα καθήκοντα, προκειμένου να διευκολυνθεί η απασχόληση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα με τον τρόπο αυτό ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των πρώτων. Ακόμα, παρέχεται συμβουλευτική με σκοπό να διευκολύνει τα άτομα, ώστε να αντιληφθούν τις επιπτώσεις της απασχόλησης στα δημόσια οφέλη και τις υπηρεσίες τους, καθώς και τη λεπτομερή περιγραφή των προγραμμάτων. Εν τέλει, φροντίζουν για την εξασφάλιση της υγειονομικής ασφάλισης των ατόμων, η οποία κρίνεται απαραίτητη για άτομα, τα οποία εργάζονται (Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law, 2014).

Κάποια από τα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης υπόσχονται πολλά για την προώθηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον εργασιακό τομέα (NAMI, 2014). Αρχικά, η Ατομική Τοποθέτηση και Υποστήριξη (IPS) είναι ένα μοντέλο υποστηριζόμενης απασχόλησης. Συγκεκριμένα το μοντέλο της Ατομικής Τοποθέτησης και Υποστήριξης θεωρείται η πιο επικυρωμένη μορφή επαγγελματικής αποκατάστασης

για σχιζοφρενείς άλλα και για άλλες σοβαρές ψυχικές παθήσεις (Mueser & McGurk, 2014). Πρωταρχικός του στόχος είναι η εύρεση εργασίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ανταγωνιστική απασχόληση, χωρίς καμία προαπαιτούμενη προϋπηρεσία (Khalema & Shankar, 2014). Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει αποδειχθεί πως το συγκεκριμένο μοντέλο βοηθά τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να βρουν εργασία και συνεπώς να βελτιώσουν τον ανταγωνισμό στον εργασιακό τομέα. Επίσης, δίνεται η ευκαιρία στους λήπτες να κάνουν πραγματικότητα την επιθυμία τους σχετικά με την εργασιακή απασχόληση, ενώ παράλληλα κάνει την είσοδο του, στην ζωή τους η έννοια της αυτονομίας (Mueser & McGurk, 2014).

Ακολουθεί η ενισχυτική κοινοτική θεραπεία, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό μοντέλο των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έκανε την εμφάνιση του προς τα τέλη του 20ου αιώνα (Aagaard, Tuszewski & Kølbæk, 2017). Αυτό το μοντέλο παρέχεται από μία ομάδα, που απαρτίζεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μέσα από ομαδικές συναντήσεις. Οι ομάδες φροντίζουν για συνεχή κάλυψη σε καταστάσεις κρίσης ανά πάσα ώρα και στιγμή (Bond & Drake, 2015). Επιπλέον, η ενισχυτική κοινοτική θεραπεία βοήθησε στην μετακίνηση των ψυχικά πασχόντων από κρατικά ιδρύματα σε ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενα κοινοτικά κέντρα ψυχικά υγείας κι σήμανε την επανένταξη των ατόμων αυτών στην κοινότητα. Τα σημαντικά στοιχεία της ενισχυτικής κοινοτικής θεραπείας είναι η προβολή, η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα, οι ολιστικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες και η συνεχόμενη περίθαλψη (Aagaard et al., 2017). Οι υπηρεσίες της σχετίζονται, κυρίως, με ότι αφορά την προσαρμογή των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στην κοινότητα, όπως η στέγαση, τα οικονομικά, η διαχείριση των φαρμάκων, τα ψώνια, καθώς και η χρήση δημόσιων συγκοινωνιών (Bond & Drake, 2015).

Το τρίτο μοντέλο αφορά τα «Clubhouses», τα οποία είναι κέντρα, που βασίζονται στην κοινότητα, για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (NAMI, 2014). Το πρόγραμμα αυτό δεν ακολουθεί το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, δηλαδή δεν αντιμετωπίζει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως αρρώστους, αλλά σαν μέλη του κέντρου. Πολλές φορές ορισμένοι επισκέπτες δυσκολεύονται να διακρίνουν τους λήπτες με το προσωπικό, διότι το κλίμα που επικρατεί εκεί δεν αφήνει περιθώρια διαχωρισμού. Βασική αρχή των Clubhouses είναι πως η κοινωνική υποστήριξη και οι ουσιαστικές ενασχολήσεις συνδράμουν στην βελτίωση της ασθένειας, ενώ το στίγμα και η απομόνωση οδηγούν σε αντίθετα αποτελέσματα. Επιπροσθέτως, τα μέλη αυτών των κέντρων μπορούν να λαμβάνουν μέρος σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Τέλος, αξίζει

να αναφερθεί, πως έχουν ιδρυθεί περισσότερα από 300 Clubhouses σε 30 κράτη, ενώ παράλληλα έρευνες έχουν δείξει πως το συγκεκριμένο μοντέλο είναι πιο αποδοτικό, όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη και την βελτίωση της ποιότητας των κοινωνικών επαφών από άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα τα κέντρα ημέρας και η ενισχυτική κοινοτική θεραπεία (Agner et al., 2020).

Ένα ακόμη μοντέλο είναι αυτό της πρακτικής άσκησης στην απασχόληση. Η συγκεκριμένη μέθοδος βοηθά τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να αποκτήσουν εργασιακή εμπειρία και δεξιότητες, που θα τους οδηγήσουν στη μόνιμη απασχόληση (NAMI, 2014).

Κατόπιν, ακολουθεί το μοντέλο της αυτό-απασχόλησης, το οποίο αποτελεί μία άλλη μορφή απασχόλησης, η οποία φροντίζει τους λήπτες, που δυσκολεύονται στην εύρεση εργασίας. Οι ευκαιρίες που προκύπτουν μέσα από την αυτό-απασχόληση, είναι ιδανικές για άτομα που θέλουν να εργαστούν, ενώ δημιουργούνται νέοι μηχανισμοί αντιμετώπισης των προκλήσεων. Στόχος της αυτό-απασχόλησης είναι η ανάκαμψη του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας, η οποία θα τον κατευθύνει προς την επαγγελματική του αποκατάσταση κι αυτή με την σειρά της θα του εξασφαλίσει την προσωπική και οικονομική του ανεξαρτησία (Ostrow, Nemec & Smith, 2018).

Το τελευταίο μοντέλο αφορά τον εθελοντισμό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η εθελοντική εργασία φροντίζει τα άτομα αυτά να αποκτήσουν νέες ικανότητες και δεξιότητες, καθώς έρχονται σε επαφή με άλλους ανθρώπους. Συνοψίζοντας, ο εθελοντισμός αποτελεί την αρχή που θα κατευθύνει τους λήπτες προς την απασχόληση (NAMI, 2014).

4.4. Απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Μια σύγχρονη μορφή απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που προαναφέρθηκε, αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.). Η ανάπτυξη αυτών στον ελλαδικό χώρο προέκυψε με τον νόμο 2716/1999, προάγοντας έτσι μια πρώτη σταθερή μορφή εργασίας σε κοινωνική επιχείρηση ένταξης. Κύρια μέριμνά τους αποτελεί η κοινωνική, ψυχολογική και εργασιακή ένταξη, όσων αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Με τον τρόπο αυτό,

υποστηρίζεται η θεραπεία και η οικονομική τους ανεξαρτησία (Nasioulas, 2012). Γενικότερα, αναλαμβάνουν κάθε μορφή οικονομικής δραστηριότητας παραγωγικής, εμπορικής, καταναλωτικής, μεταφορικής, αγροτικής, τουριστικής, οικοδομικής, πιστωτικής, αναπτυξιακής, κοινωνικής, εκπαιδευτικής ή και πολιτιστικής μορφής, με στόχο να αυξηθεί η απασχόληση και η τοπική ανάπτυξη, να βελτιώσει τις οικονομικές συνθήκες των μελών του. Εν κατακλείδι, επιθυμεί να εξασφαλίσει την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (https://www.koispeiris.gr/). Παρακάτω παραθέτονται ορισμένοι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης που υφίστανται στη χώρα μας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται.

1. Δωδεκανήσου : Ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης του Τομέα Ψυχικής Υγείας Δωδεκανήσου είναι ο πρώτος κοινωνικός συνεταιρισμός στον ελλαδικό χώρο. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μια σημαντική ώθηση για την ολοκλήρωση της πολύχρονης πρωτοβουλίας στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Ψυχιατρείο της Λέρου και της προσπάθειας για παραμονή των ατόμων με ψυχικές παθήσεις σε δομές και υπηρεσίες, οι οποίες συμβάλλουν στη επανένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα και όχι σε ασυλικού τύπου ιδρύματα. Ιδρύθηκε το 2002 με έδρα το νησί της Λέρου, στοχεύοντας προς δύο κατευθύνσεις. Πρώτον, να αποκατασταθούν σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο οι λήπτες και δεύτερον να ενισχυθεί η τοπική επιχειρηματικότητα. Σχετικά με τις δραστηριότητες που έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια του συνεταιρισμού παραθέτονται τα παρακάτω. Έχουν αναλάβει την καλλιέργεια αρωματικών και φαρμακευτικών φυτών, ενώ έχουν αναπτύξει εργαστήριο ζαχαροπλαστικής και υπηρεσίες catering, μονάδα μελισσοκομίας και εργαστήριο επεξεργασίας και τυποποίησης μελιού και τέλος ένα κυλικείο, που εντοπίζεται στο Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου (http://www.koispe.gr/index.html).
2. Διάπλους : Πρόκειται για τον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης που ανήκει στον 1ο Τομέα Ψυχικής Υγείας του Ν. Αττικής. Ο συγκεκριμένος συνεταιρισμός ξεκίνησε την λειτουργία του το 2004 και εδρεύει στο Χαϊδάρι της Αττικής. Δραστηριοποιείται στον τομέα της παραγωγής κηπευτικών, ελαιόλαδου, στη μελισσοκομία, τις υπηρεσίες αποψίλωσης χόρτων και τέλος παρέχονται ακόμα υπηρεσίες καθαριότητας κτιρίων (https://www.diaplous.eu/koispe/).
3. Νομού Πιερίας : Ο Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης του Τομέα Ψυχικής Υγείας του νομού Πιερίας εδρεύει στην Κατερίνη και ξεκίνησε να λειτουργεί το 2005, σύμφωνα με Υπουργική Απόφαση ως μια πρωτοποριακή μορφή συνεταιριστικής επιχείρησης, η οποία προορίζεται για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα

ψυχοκοινωνικού φάσματος. Οι δράσεις που έχουν αναπτυχθεί είναι οι ακόλουθες. Το «Θερμοκήπιο» για την παραγωγή κηπευτικών και πρωτίστως της βιολογικής ντομάτας, ενώ η δεύτερη δραστηριότητα είναι το «Κυλικείο», το οποίο βρίσκεται στο προαύλιο χώρο της κλινικής οξέων περιστατικών του Ψυχιατρείου Πέτρας Ολύμπου (http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=25432&nt=156).

4. Νέοι Ορίζοντες : Ο συνεταιρισμός ιδρύθηκε το 2005 και έχει ως έδρα του την πόλη της Κέρκυρας. Αποτελεί μια πρωτοποριακή μορφή συνεταιριστικής δράσης, η οποία προωθεί την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων που υποφέρουν από ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, των φορέων και των ατόμων στη κοινότητα και στηρίζεται στη σύμπραξη και την αλληλεγγύη των πάντων. Οι δράσεις που υλοποιούνται στα πλαίσια του συγκεκριμένου συνεταιρισμού είναι οι εξής. Διατίθεται συνεργείο καθαρισμού εσωτερικών και εξωτερικών χώρων, συνεργείο αποκατάστασης και διαχείρισης του περιβάλλοντος, κυλικείο-καφενείο στο Ψ.Ν.Κ.-Πανεπιστημίου. Επίσης, περιλαμβάνει ένα καφέ-ουζερί στο ιστορικό κέντρο της Πόλης, υπηρεσία παροχής στάθμευσης αυτοκινήτων, λειτουργία εργαστηρίου για παραγωγή προϊόντων άρτου-ζαχαροπλαστικής και τέλος διαθέτουν υπηρεσία catering (http://www.koispekerk.gr/koispe/neoi-orizontes/o-koinonikos-sunetairismos-periorismenis-euthunis-koispe.html).
5. Χανίων : Ο συγκεκριμένος συνεταιρισμός συστάθηκε το 2005 στο νομό Χανίων της Κρήτης. Οι δραστηριότητες που υλοποιούνται στα πλαίσια του συνεταιρισμού χαρακτηρίζονται από την συνεισφορά τους σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Οι παροχές τους βασίζονται στην ποιότητα, την οικολογική ισορροπία και σε ανταγωνιστικές τιμές. Το πλαίσιο δραστηριοποίησης συστάθηκε ύστερα από έρευνα αγοράς και την διεξαγωγή ενός πενταετούς Επιχειρηματικού Σχεδίου και περιλαμβάνει τα παρακάτω. Διαθέτει δύο πλυντήρια αυτοκινήτων, ένα στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. που λειτουργεί από το 2001 και ένα στο χώρο του Γ.Ν.Χ. από το 2008. Περιλαμβάνει επίσης ένα κυλικείο-καφενείο στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ένα πειραματικό εργαστήρι τέχνης και τέλος ένα κρητικό εδεσματοπωλείο (http://www.koispechania.gr/index.php/2010-11-22-10-57-10).
6. Φάρος : Ο συγκεκριμένος Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης έχει την έδρα του στην Πάτρα. Πρόκειται για μια μορφή συνεταιριστικής επιχειρηματικής δράσης που απευθύνεται σε άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στοχεύει στην κοινωνική ενσωμάτωση και την επαγγελματική ένταξή τους, με σκοπό να εξασφαλισθεί σε κάποιο βαθμό η οικονομική τους ανεξαρτησία και αποκατάσταση. Ιδρύθηκε το 2006 ύστερα από

συλλογικές πρωτοβουλίες των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε.) του παραρτήματος της Πάτρας, της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Το 2009 χρηματοδοτήθηκε από το πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης στα πλαίσια του προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια 2000-2006». Το πρόγραμμα συνέβαλε στην υλοποίηση δύο δραστηριοτήτων, την τηλεγραμματεία και το κηροπλαστείο. Στις υπηρεσίες της τηλεγραμματείας απασχολούνται 3 άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Το 2011 ξεκίνησε και τη λειτουργία του το συνεργείο καθαρισμού εσωτερικών χώρων και είχε επωμιστεί την καθαριότητα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών της Πάτρας. Ύστερα από έναν διαγωνισμό, το Συνεργείο Καθαρισμού έχει αναλάβει την αποκλειστική καθαριότητα του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παίδων & του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου. Στο συνεργείο απασχολούνται 8 άτομα, εκ των οποίων 5 έχουν κάποιο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα (https://koispe-faros.gr/faros/). Περισσότερα στοιχεία για το συγκεκριμένο συνεταιρισμό θα παρουσιαστούν στο ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας.

7. Ηλιοτρόπιο : Ο συγκεκριμένος Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης υφίσταται από το 2008 και βρίσκεται στο Μαρούσι Αττικής και ως προορισμό του έχει την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και την εργασιακή επαν(ένταξη) των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η διεπιστημονική ομάδα του συνεταιρισμού παρέχει τακτική και συνεχής στήριξη επιστημονικού χαρακτήρα, η οποία προορίζεται στον εργαζόμενο αλλά και στον εργοδότη, μέσα από την παροχή ειδικών παρεμβάσεων από ένα σχεδιασμένο πλαίσιο θεραπείας και υποστήριξης, το οποίο ακολουθεί τις αρχές του «Recovery» και του «Individual Placement and Support». Ειδικότερα, στο Κοι.Σ.Π.Ε. «Ηλιοτρόπιο» παρέχονται υπηρεσίες, όπως είναι η αξιολόγηση της ετοιμότητας για εργασία, επίσης διοργανώνονται ομάδες ανάπτυξης εργασιακών δεξιοτήτων (job clubs) και εξατομικευμένης επαγγελματικής συμβουλευτικής, τακτικές ομάδες υποστήριξης εργαζομένων και επίλυσης προβλημάτων. Ακόμα, πραγματοποιούνται επισκέψεις από επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο για υποστήριξη και ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση και ενημέρωση της τοπικής κοινότητας που αποσκοπούν στην καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι δραστηριότητες που έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια του συνεταιρισμού είναι ένα συνεργείο καθαρισμού, η κατασκευή και η πώληση χειροποίητων ειδών και μια κοινωνική κουζίνα (https://koispeiliotropio.gr/).

8. Ωρίων : Πρόκειται για τον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Χίου. Ως κύριος στόχος του αποτελεί η εκτέλεση κάθε είδους οικονομική δραστηριότητα, που μεριμνά για την κοινωνικό-οικονομική και την επαγγελματική (επαν)ένταξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε σοβαρό βαθμό. Ταυτόχρονα αποβλέπει στην θεραπευτική αποκατάσταση που θα εξασφαλίσει σε κάποιο βαθμό την οικονομική τους ανεξαρτησία. Οι δραστηριότητες που έχουν δημιουργηθεί στα πλαίσια του συγκεκριμένου συνεταιρισμού είναι οι ακόλουθες. Πρόκειται για μια καλοκαιρινή καντίνα, στην οποία απασχολούνται 6 άτομα, από τα οποία τα 4 είναι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ένα συνεργείο καθαρισμού που απασχολεί ένα άτομο με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, ένα κατάστημα πώλησης παιδαγωγικών παιχνιδιών και μέσων αγωγής και διδασκαλίας με 4 απασχολούμενους με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Επίσης, δημιούργησαν ένα θερμοκήπιο, το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2009 και στο οποίο πραγματοποιείται η καλλιέργεια βιολογικών προϊόντων, τα οποία διατίθενται στην αγορά της Χίου. Στην παραπάνω δραστηριότητα από τους 3 εργαζόμενους οι 2 είναι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος, καλλιεργούν και αναλαμβάνουν την συλλογή φυσικής μαστίχας, ένα τοπικό προϊόν που περικλείεται από ενδιαφέρον και όπου δραστηριοποιούνται 2 απασχολούμενοι με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, εκ των τριών εργαζόμενων
(https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=3264&nt=156).

Αξίζει να αναφερθεί, πως υπάρχουν κι άλλοι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης στον ελλαδικό χώροι, οι οποίοι δεν έχουν αναφερθεί στο παραπάνω απόσπασμα.

Ένα μη Κερδοσκοπικό Σωματείο, που στοχεύει στην ομαλή ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην κοινωνία, είναι η «Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανένταξη» (Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε.). Ο συγκεκριμένος οργανισμός ιδρύθηκε το 1997. Προκειμένου να υποστηρίξει την επανένταξη στην αγορά εργασίας των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, παρέχει ενίσχυση σε προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης, καθώς και συμβάλλει στην δημιουργία Κοινωνικών Συνεταιρισμών, που στοχεύουν στην εργασιακή αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης, προβαίνουν και σε θεσμικές παρεμβάσεις μέσω της προαγωγής συνεργασιών ανάμεσα σε υπηρεσίες με παρόμοιους σκοπούς σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Παράλληλα, έχουν παρεμβατικό ρόλο προς τους αρμόδιους φορείς για την

καθιέρωση πολιτικών, που να τάσσονται υπέρ των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και να δημιουργούν θεσμούς, οι οποίοι προωθούν τη βέλτιστη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. Μια από τις δομές της Ένωσης αποτελεί το Γραφείο Υποστήριξης της Απασχόλησης και της Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας, το οποίο απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 18 με 65 ετών και ως βασική επιδίωξή του έχει τη στήριξη όσων αναζητούν εργασία, ενώ παράλληλα συμβάλει στη διατήρηση μια εργασίας, που τους αρμόζει είτε αυτή είναι στη ελεύθερη είτε στην προστατευόμενη αγορά εργασίας. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, ακολουθούν τις παρακάτω δράσεις :

- Διοργανώνονται ατομικές και ομαδικές συναντήσεις για επαγγελματική συμβουλευτική και αναπτύσσονται επαγγελματικές δεξιότητες.
- Πραγματοποιείται η μάθηση τεχνικών για εύρεση εργασίας.
- Εντάσσονται είτε σε κάποια εργασία είτε υποβάλλονται σε επαγγελματική εκπαίδευση.
- Οι εργοδότες και η κοινωνία γενικότερα κινητοποιούνται όσον αφορά θέματα, όπως η εργασιακή απασχόληση των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, ώστε να εξαλειφθούν οι προκαταλήψεις.
- Έχουν αναπτύξει Δίκτυο Εργοδοτών.
- Συνάπτουν συνεργασίες με φορείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας για πιο ολοκληρωμένη στήριξη των ατόμων, που δυσκολεύονται σε ζητήματα απασχόλησης.
- Έχουν αναπτύξει διασύνδεση με τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης και τις Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις.
- Συνεργάζονται με τον Οργανισμό Απασχολήσεως του Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και με άλλους θεσμικούς φορείς και δομές σχετικά με την απασχόληση και την εκπαίδευση.
- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται περαιτέρω επιμόρφωση πάνω σε θέματα, όπως η στήριξη για τη απασχόληση των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά εμπόδια.
- Έχουν αναπτύξει πρωτοπόρα εργαλεία και μεθοδολογίες, προκειμένου να εξασφαλίσουν συμβουλευτική σχετικά με το επάγγελμα στα άτομα αυτά.

Μια πρωτότυπη δράση της Π.Ε.Ψ.Α.Ε.Ε. αποτελεί το «Πρόγραμμα Ολιστικής παρέμβασης για την απασχόληση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ελεύθερη αγορά εργασίας - ΓΕΦΥΡΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ». Ως βασικό της στόχο έχει την ανάπτυξη ενός πιο ευνοϊκού περιβάλλοντος, προκειμένου να εργαστούν τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες στον τομέα της ελεύθερης αγοράς εργασίας μέσα από τον

συνδυασμό εκπαιδευτικών, ερευνητικών, μεθοδολογικών και θεσμικών παρεμβάσεων (http://www.pepsaee.gr/).

Με βάση το άρθρο 2 του νόμου 4019/2011, δημιουργείται στη χώρα μας μια καινούρια μορφή κοινωνική επιχείρησης, η Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση (Κοιν.Σ.Επ.). Ένα παράδειγμα της παραπάνω μορφής αποτελεί η παρακάτω πρωτοβουλία. Πρόκειται για την Καφετέρια «ΓΕΦΥΡΕΣ» , που αποτελούσε το όραμα του Συλλόγου για την Ψυχική Υγεία Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας, το οποίο έγινε πραγματικότητα τον Οκτώβριο του 2018. Γίνεται λόγος για την Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση, που έχει ως στόχο την ένταξη των ευάλωτων πληθυσμών. Το Καφέ εντοπίζεται στην οδό Πατρέως 86 και αποτελεί την πρώτη καφετέρια στη πόλη της Πάτρας, όπου εργάζονται άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Δέον να αναφερθεί, πως το Καφέ δέχτηκε σημαντική αρωγή μέσω της χρηματοδότησης από τον Σύνδεσμο VINCI. Το εγχείρημα αυτό επιδιώκει την εξασφάλιση της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών, που είναι και μέλη του Συλλόγου, μέσα από την παροχή του επαγγελματικού δικαιώματος και την δραστική εξασφάλιση της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης. Αξίζει να σημειωθεί, πως στο χώρο της καφετέριας τελούνται συχνά πολιτιστικές δραστηριότητες (https://cafegefyres.gr/kafe-gefyres/#contact). Περισσότερα στοιχεία έχουμε συγκεντρώσει στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, που ακολουθεί.

Τέλος, μια ακόμη χαρακτηριστική πρωτοβουλία για την ενίσχυση της οικονομικής ανεξαρτησίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας προέρχεται από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.). Πρόκειται για το πρόγραμμα, που ξεκίνησε το 2017 και το οποίο αποσκοπεί στην απασχόληση ανέργων ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ) και άλλων ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία αναφέρεται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, συνεταιρισμούς, Φορείς Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας, όπως έχουν οριστεί από το άρθρο 3 του Ν. 4430/2016. Γενικότερα, αφορά σε εργοδότες του ιδιωτικού τομέα, που εκτελούν τακτικά οικονομική δραστηριότητα, καθώς και επιχειρήσεις της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α’ και Β’ βαθμού για την απασχόληση των ΑμεΑ. Το πρόγραμμα αυτό με πρόσφατη ανάρτηση από τον Οργανισμό στοχεύει στην ανάπτυξη 1.200 νέων εργασιακών θέσεων για πλήρη ή μερική απασχόληση και για την πρόσληψη των ατόμων, που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Η ισχύς του προγράμματος ανέρχεται στους 12 μήνες, ενώ παρέχεται και η δυνατότητα επέκτασης για ακόμη 12 μήνες. Τα ποσά της μηνιαίας επιχορήγησης για τον μισθό και την χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης,

ανέρχονται στο 90% του σχετικού κόστους, καθιστώντας ως ανώτατο όριο τα 800 ευρώ σε μηνιαία βάση
(https://www.oaed.gr/programma).

Ακόμα, ο Ο.Α.Ε.Δ. προχώρησε στη δημιουργία ενός νέου προγράμματος πλήρους ή μερικής απασχόλησης 800 ανέργων, που ανήκουν στις Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες, με βάση του ΦΕΚ 2711/24-6-2021. Στους δικαιούχους ανήκουν οι επιχειρήσεις και οι εργοδότες του ιδιωτικού και κοινωνικού τομέα. Επίσης, στους ωφελούμενους υπάγονται τα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ) που έχουν γραφθεί στο ειδικό μητρώο των ανέργων ΑμεΑ. Το πρόγραμμα εξακολουθεί να διαθέτει την δωδεκάμηνη ισχύ, ενώ το ποσό για την πλήρη απασχόληση είναι το ίδιο. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί, πως όσον αφορά τις θέσεις μερικής απασχόλησης το ποσό αγγίζει το 90% της επιχορήγησης, με ανώτατο όριο τα 400 ευρώ ανά μήνα. (https://www.oaed.gr/storage/eko/programma-eko/syntomo-enhmerotiko-29-06-2021.pdf)

4.5. Απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο εξωτερικό

4.5.1. Αυστραλία

Η κυβέρνηση της Αυστραλίας ενδιαφέρεται σημαντικά για την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Παρ' όλα αυτά ακόμα και σε περιόδους, όπου η χώρα βρισκόταν σε οικονομική ανάπτυξη, τα ποσοστά ανεργίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν μεγάλα. Την τελευταία δεκαετία, η αυστραλιανή ομοσπονδιακή κυβέρνηση έχει στρέψει το ενδιαφέρον της σε μεταρρυθμίσεις, που αφορούν την ψυχική υγεία. Μερικές από αυτές τις μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνουν την αύξηση των τεκμηριωμένων θεραπειών και τη βελτίωση των πρακτικών, που σχετίζονται με την απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σημαντικό ρόλο σε αυτές τις μεταρρυθμίσεις έχουν παίξει οι μη κερδοσκοπικοί και μη κυβερνητικοί οργανισμοί, οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη νέων πολιτικών απασχόλησης και εκπαίδευσης. Η συμμετοχή στα προγράμματα αυτών των οργανισμών, βοηθά τους τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες να ενταχθούν στην κοινωνία (Contreras et al., 2012).

Το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης στην Αυστραλία έκανε την εμφάνιση του το 2006. Έρευνες στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία έχουν δείξει πως τα ποσοστά απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας κυμαίνονται από 46% έως 65%. Ωστόσο, παρά τα θετικά αποτελέσματα συνεχίζουν να υπάρχουν αδυναμίες και δυσκολίες στον συγκεκριμένο τομέα. Έτσι, λοιπόν, το 2006, επτά πρωτοπόροι για την ψυχική υγεία, παρείχαν προγράμματα απασχόλησης σε άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές παθήσεις. Αυτά τα προγράμματα λάμβαναν χώρα σε τέσσερις διαφορετικές πολιτείες της Αυστραλίας. Έρευνες έχουν δείξει πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μέσα από αυτά τα προγράμματα, αντιμετώπιζαν εμπόδια, όπως είναι ο χρόνος, που χρειάστηκε για την διαδικασία ειδίκευσης των ληπτών, η έλλειψη κατάρτισης του προσωπικού, το φαινόμενο της αντίστασης, οι προκαταλήψεις, οι πολιτισμικές διαφορές, καθώς και η έλλειψη πόρων για την εκπλήρωση του προγράμματος (Contreras et al., 2012).

Το 2009 το Αυστραλιανό Υπουργείο Παιδείας, Απασχόλησης και Εργασιακών Σχέσεων, χρηματοδότησε το πρόγραμμα «Τοπικές εταιρικές σχέσεις για την πρόσβαση στην απασχόληση», το οποίο είχε ως στόχο την εύρεση εργασίας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τα τρία συστήματα υπηρεσιών, που παρέχονται, αφορούν υπηρεσίες κλινικής ψυχικής υγείας, υπηρεσίες ψυχιατρικής αποκατάστασης και υπηρεσίες απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δραστηριοποιείται σε πέντε σημεία της Μελβούρνης και μία περιφερειακή περιοχή της πολιτείας Βικτώρια, ενώ 43 οργανισμοί προσλαμβάνουν εργαζόμενους μέσα από αυτό το πρόγραμμα (Contreras et al., 2012).

Επίσης, οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις στην Αυστραλία έχουν δημιουργήσει ένα πρόγραμμα, το οποίο ονομάζεται «Πρόγραμμα Βελτιστοποίησης της Υγείας για την Απασχόληση». Το παραπάνω πρόγραμμα έχει ως απώτερο σκοπό να βοηθήσει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να κατανοήσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις, που επηρεάζουν την υγεία τους και να εκπαιδευτούν σε νέους τρόπους διαχείρισης της ασθένειάς τους. Αυτό το πρόγραμμα πραγματοποιείται μέσα σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες των 10 συνεδριών, στις οποίες συμμετέχουν λήπτες, που επιθυμούν να εργαστούν. Έρευνες έχουν δείξει πως 198 άτομα έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία το πρόγραμμα, όπου το 33% των συμμετεχόντων κατάφερε να εξασφαλίσει μία θέση εργασίας στην ανταγωνιστική απασχόληση και το 34% να απασχολείται στον τομέα του εθελοντισμού (Contreras et al., 2012).

4.5.2. Γερμανία

Η επαγγελματική αποκατάσταση δεν αποτελεί απλώς ένα αντικείμενο ανάγκης, αλλά κι ένα θεμελιώδης δικαίωμα όλης της ανθρωπότητας. Η επαγγελματική δραστηριοποίηση αποτελεί από καιρό γνωστό φαινόμενο στην ψυχιατρική, καθώς αποτελούσε από πάντα ένα αποτελεσματικό πλαίσιο για την θεραπευτική διαδικασία. Στη Γερμανία, όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση υφίστανται ικανοποιητικά νομικά θεμέλια, θετικά πειστήρια από μεμονωμένα μέτρα και μια ευρεία βάση για διαρθρωτική εφαρμογή (Stengler, Riedel-Heller & Becker, 2013).

Η επαγγελματική αποκατάσταση εκτελεί ένα σημαντικό ρόλο, καθώς μέσα από αυτή το άτομο μπορεί να δομηθεί, να γνωρίσει την ταυτότητά του, να αποκτήσει εμπειρίες που αφορούν την αποτελεσματικότητα και να λάβει αναγνώριση και εκτίμηση. Τέλος, του επιτρέπει να ανταλλάξει πληροφορίες με άλλους. Παράλληλα, η επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιδιώκει την προώθηση των δεξιοτήτων και των συμπεριφορών, που προάγουν την υγεία, ελαχιστοποιεί το έλλειμμα της έννοιας της ασθένειας και υλοποιεί μια πολύπλευρη, ολοκληρωμένη έννοια, η οποία δίνει τη δυνατότητα στους λήπτες να παίρνουν μέρος σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής (Strengler et al., 2013).

Στη Γερμανία, οι ευκαιρίες απασχόλησης των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας παραθέτονται παρακάτω. Αρχικά, ευρέως γνωστά είναι τα Προστατευόμενα Εργαστήρια για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, που επικεντρώνονται κυρίως σε άτομα με κάποια αναπηρία, που δεν βρίσκονται σε θέση να απασχοληθούν στην γενική αγορά εργασίας, ωστόσο μπορούν σε κάποιο επίπεδο να αποδώσουν στον εργασιακό τομέα (Landesbeauftragte Landesbeauftragter für Psychiatrie, n.d.). Σε ολόκληρη την Γερμανία, απασχολούνται περίπου 70.000 λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανάλογα εργαστήρια. Πολλά από τα εργαστήρια παρέχουν υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες του καθενός και απευθύνονται και σε άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, με εγκεφαλική βλάβη ή διαταραχή του φάσματος αυτισμού. Τα εργαστήρια αυτά, επιδιώκουν την προσφορά υψηλής ποιότητας προϊόντων και υπηρεσιών, που έχουν απήχηση στην αγορά, με σκοπό να εξασφαλίσουν την επαγγελματική αποκατάσταση και συμμετοχή των ατόμων μακροπρόθεσμα. Κάτι τέτοιο σηματοδοτεί, πως βρίσκονται σε συνεχή ανταγωνισμό με τις υπηρεσίες, που παρέχονται στην αγορά εργασίας (WERKSTÄTTEN FÜR MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG, 2019). Τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης

απευθύνονται στα άτομα εκείνα, που διαθέτουν προηγούμενη εκπαίδευση ή επαγγελματική εμπειρία. Οι Εταιρείες Επαγγελματικής Κατάρτισης αποτελούν εξωτερικά και υπερεθνικά ιδρύματα υποδοχής, τα οποία προσφέρουν την αρχική εκπαίδευση των νέων ατόμων με ειδικές ανάγκες. Μια ακόμη εναλλακτική αποτελούν τα Γραφεία Ολοκλήρωσης, τα οποία προορίζονται για τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες και στοχεύουν στην εξασφάλιση της συμμετοχής τους στον επαγγελματικό βίο, στην εφαρμογή των μέτρων για την ενημέρωση, κατάρτιση και εκπαίδευσή τους. Επίσης, στο γερμανικό χώρο υφίστανται Εξειδικευμένες Υπηρεσίες Ένταξης, οι οποίες δραστηριοποιούνται για τα γραφεία απασχόλησης, τα γραφεία ένταξης ή τους οργανισμούς αποκατάστασης και τάσσονται υπέρ της εφαρμογής μέτρων για ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην επαγγελματική ζωή. Πρόκειται για ένα σπουδαίο μέσο του συστήματος υποστήριξης για την αποκατάσταση στη χώρα. Τέλος, υπάρχουν και Εγκαταστάσεις Αποκατάστασης, που απευθύνονται αποκλειστικά στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, παρέχεται αρωγή σε εσωτερικούς, εξωτερικούς ή και ημι-εσωτερικούς ασθενείς στον τομέα της ιατρικής και της επαγγελματικής αποκατάστασης. Η συγκεκριμένη προσέγγιση εμπεριέχει σε γενικές γραμμές στοιχεία της υποστηριζόμενης απασχόλησης και ως απώτερο στόχο έχει την ικανοποιητική επαγγελματική και κοινωνική ένταξη, η οποία προορίζεται ακόμα και για λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σοβαρή συμπτωματολογία (Stengler et al., 2013).

Στις γερμανόφωνες χώρες, έως τώρα, έχουν πραγματοποιηθεί κατά βάση προγράμματα επαγγελματικής επανένταξης, τα οποία στηρίζονται στη παραδοσιακή προσέγγιση ‘‘πρώτα εκπαίδευση και μετά τοποθέτηση’’ (Brieger & Hoffmann, 2012). Η συγκεκριμένη προσέγγιση ορίζεται επίσης ως «προ-επαγγελματική αποκατάσταση», η οποία μπορεί να θεωρηθεί είτε και ως προσωρινή απασχόληση σε προστατευόμενες συνθήκες. Ακολουθεί προοδευτικές κινήσεις, όπως είναι η εργασία σε βασικές επαγγελματικές δεξιότητες μέχρι τις πρακτικού τύπου δραστηριότητες, που προσεγγίζουν τον τομέα της αγοράς εργασίας. Οι παραπάνω πρωτοβουλίες στοχεύουν στις ευκαιρίες ένταξης στην πρωτογενή αγορά εργασίας. Στο γερμανικό χώρο η παραπάνω προσέγγιση συναντάται είτε σε εγκαταστάσεις αποκατάστασης για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε σε κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Είναι δυνατόν να εξασφαλίσουν θετικά και έγκυρα αποτελέσματα σχετικά με την εργασιακή ενσωμάτωση, με βάση τις υφιστάμενες συνθήκες του κοινωνικού συστήματος στη Γερμανία. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την προσέγγιση της προ-επαγγελματικής κατάρτισης έχουν αποδείξει μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης, πιο

υψηλό μέσο κέρδος σε μηνιαία βάση, βελτίωση σε λειτουργικό επίπεδο παράλληλα με καλή ψυχοκοινωνική κατάσταση, καθώς και ωφέλειες, όσον αφορά τη διαχείριση των οικονομικών ζητημάτων και του ελεύθερου χρόνου (Stengler et al., 2013).

Τέλος, να σημειωθεί, πως σε περιπτώσεις που οι παρεμβάσεις αμείβονται είτε συνδυάζονται με ψυχολογική παρέμβαση, όπως και εάν εξασφαλίζουν γρήγορη μετάβαση σε προσωρινή απασχόληση, μπορεί να προβούν σε θετικά αποτελέσματα (Stengler et al., 2013). Αξίζει να αναφερθεί, πως οι τακτικές επανένταξης σύμφωνα με την προ-επαγγελματική κατάρτιση έχουν εδραιωθεί από παλιά στις γερμανόφωνες χώρες (Brieger & Hoffman, 2012).

Η δεύτερη στρατηγική απασχόλησης ακολουθεί την προσέγγιση ‘‘πρώτα τοποθέτηση και μετά εκπαίδευση’’ η λεγόμενη «υποστηριζόμενη απασχόληση». Η συγκεκριμένη προσέγγιση υιοθετήθηκε στις ΗΠΑ και έχει διαπιστωθεί η επιτυχία της τόσο μέσα από πολλές αγγλοαμερικανικές όσο και από ευρωπαϊκές έρευνες. Η υποστηριζόμενη απασχόληση έχει να κάνει με την άμεση τοποθέτηση σε κάποια εργασία στη πρωτοβάθμια αγορά, που πραγματοποιείται με τη συμβολή ενός εξειδικευμένου συντονιστή εργασίας, ο οποίος δεν περιορίζεται χρονικά. Ο συντονιστής διατηρεί στενή επικοινωνία με τη κοινοτική ομάδα θεραπείας. Όσον αφορά την τοποθέτηση, αυτή πραγματοποιείται με μεμονωμένο τρόπο και σύμφωνα με τις προτιμήσεις του ατόμου. Τα άτομα αυτά εργάζονται για μειωμένο χρόνο κατά 50% υπό τις γενικές συνθήκες ανταγωνισμού, που επικρατούν στην πρωτογενή αγορά εργασίας και δέχονται αμοιβή ύστερα από συμφωνία. Οι επαγγελματικές σχέσεις, που δημιουργούνται, μπορεί να οδηγήσουν σε μονιμότητα, πράγμα το οποίο αποδεικνύει την επιτυχία του συγκεκριμένου τρόπου επαγγελματικής ένταξης. Σύμφωνα με πειστήρια σχετικά με την εργασία και την επαγγελματική αποκατάσταση, οι έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί για την υποστηριζόμενη απασχόληση, έχουν αποδείξει με επιτακτικό τρόπο πως πρόκειται για ανώτερη προσέγγιση σε σχέση με αυτή της προ-επαγγελματικής κατάρτισης (Stengler et al., 2013).

Παρακάτω παραθέτονται ορισμένες κατευθυντήριες προτάσεις σχετικά με το ζήτημα της επαγγελματικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με την πρόταση «Ψυχοκοινωνικές θεραπείες για σοβαρές ψυχικές ασθένειες» ορίζεται πως «*Για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες που φιλοδοξούν να εργαστούν στη πρωτογενή αγορά εργασίας θα πρέπει τα προγράμματα με ταχεία τοποθέτηση να κατευθύνονται απευθείας στο χώρο της πρωτογενής αγοράς εργασίας και η υποστηριζόμενη απασχόληση να χρησιμοποιηθεί και να επεκταθεί».* Με βάση την επόμενη κατευθυντήρια γραμμή, παρατίθεται πως «*Προκειμένου να προωθηθεί η συμμετοχή των ψυχικά ασθενών*

στον εργασιακό βίο, θα πρέπει επίσης να διατηρηθούν οι προσφορές που ακολουθούν την αρχή "πρώτα εκπαίδευση και ύστερα τοποθέτηση''. Αυτό καθίσταται απαραίτητο, κυρίως, για την υποομάδα των ψυχικά ασθενών, για τους οποίους η αγορά εργασίας δεν αποτελεί (ακόμα) ρεαλιστικό στόχο. Τα οικονομικά κίνητρα αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των αντίστοιχων προσφορών. Ο συνδυασμός ανάμεσα σε προσφορές και παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την αύξηση των κινήτρων ή στην ταχεία μεταφορά σε αμειβόμενη προσωρινή απασχόληση των συμμετεχόντων σε προγράμματα αυξάνει επίσης την αποτελεσματικότητα» (Brieger & Hoffman, 2012).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η υποστηριζόμενη απασχόληση δεν παίζει ρόλο αντικαταστάτη, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως επέκταση ως προς το επαγγελματικό τοπίο αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που υφίσταται στη Γερμανία. Δέον να σημειωθεί, είναι πως στο γερμανικό χώρο όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση ή τη συμμετοχή στην επαγγελματική ζωή, η διεθνής τάση για την υιοθέτηση του μοντέλου άμεσης τοποθέτησης στην πρωτογενή αγορά εργασίας, ξεκίνησε με προσεκτικό τρόπο και πραγματοποιήθηκε τουλάχιστον στο πλαίσιο των πρότυπων έργων (Stengler et al., 2013). Οι πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα της υποστηριζόμενης απασχόλησης είναι τεκμηριωμένες. Έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες, κριτικές καθώς και μετά-αναλύσεις που έχουν αποδείξει πως ο συγκεκριμένος τρόπος απασχόλησης βρίσκεται σε υψηλότερη κλίμακα από την βασική θεραπεία στην κοινότητα και την προ-επαγγελματική κατάρτιση. Επίσης, η υποστηριζόμενη απασχόληση μετά από διάστημα 4 μηνών, καθιστά πιο πιθανή την τοποθέτηση στην πρωτογενή αγορά εργασίας (Brieger & Hoffman, 2012).

4.5.3. Ιταλία

Τα προγράμματα απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ιταλία πρωτοεμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1960, με πρωτεργάτη τον Ιταλό ψυχίατρο Φράνκο Μπαζάλια, ενώ αποκορύφωμα όλων των ενεργειών, αποτέλεσε η ψήφιση του νόμου Μπαζάλια το 1978. Εκείνη την εποχή τα προγράμματα θεωρήθηκαν ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ορθής πρακτικής στην κοινοτική ψυχιατρική της Ιταλίας. Ο Νόμος 68/1999 περιελάμβανε διατάξεις, που αφορούσαν την κατανομή θέσεων εργασίας σε άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Αυτός ο νόμος προκάλεσε αρκετές αντιδράσεις σε σημείο, που οι εργοδότες προτιμούσαν

να υποστούν τις κυρώσεις, που επιβάλλονταν από τον νόμο, παρά να προσλάβουν έναν λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Fioritti et al., 2014).

Σύμφωνα με το Νόμο 381/91 υπάρχουν δύο μορφές Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Σε αυτές ανήκουν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί τύπου Α', οι οποίοι φροντίζουν για κοινωνικά, υγειονομικά και εκπαιδευτικά θέματα, ενώ οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί τύπου Β' βοηθούν στην επαγγελματική ένταξη ατόμων, που βρίσκονται σε μειονεκτικές ομάδες. Σε αυτές τις ομάδες ανήκουν τα ΑμεΑ, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα εξαρτημένα άτομα, οι ανήλικοι με παραβατική συμπεριφορά ή ανήλικοι, που αντιμετωπίζουν ενδοοικογενειακά προβλήματα (Schwarz, 2011).

Κατά το διάστημα 2002 – 2012, στο Τμήμα Ψυχικής Υγείας της Μπολόνια οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που πήραν μέρος σε προγράμματα απασχόλησης, έφθασαν τους 1.044 ετησίως. Συγκεκριμένα, το 80% του συνόλου έλαβε προσωρινή επιχορήγηση, το 1/3 είχε την ευκαιρία να παρακολουθήσει πως λειτουργούν οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις και το 1/10 είχε στην κατοχή του επίσημη κατάρτιση από εκπαιδευτικό ή εργασιακό οργανισμό. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός των ληπτών, που εργαζόταν στην ανταγωνιστική απασχόληση, μειώθηκε από το 10% στο 5% (Fioritti et al., 2014).

Έτσι, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υιοθέτησαν καινοτόμες παρεμβάσεις, όπως την Ατομική Τοποθέτηση και Υποστήριξη (IPS). Συγκεκριμένα, στο Ρίμινι της Ιταλίας, μέσα από έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί, το παραπάνω μοντέλο ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικό με το ποσοστό απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας να φθάνει το 45%. Ακόμα, το 2008 μία περιφερειακή ενότητα της Ιταλίας, όπου ονομάζεται Εμίλια-Ρομάνια, χρηματοδότησε πρόγραμμα για την εφαρμογή του μοντέλου IPS στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας. Απότοκος του προγράμματος ήταν, το 2010, τα 13 από τα 41 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας να εφαρμόζουν το μοντέλο IPS στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μόλις το 50% του συνόλου να εργάζεται, ενώ το 40% να εργάζεται κάθε τρίμηνο. Σήμερα, στην Εμίλια-Ρομάνια 15 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας εφαρμόζουν το μοντέλο της Ατομικής Τοποθέτησης και Υποστήριξης (Fioritti et al., 2014).

4.5.4. Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 79% του συνολικού αριθμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας επιθυμούν να εργαστούν, όπως αποδεικνύουν μελέτες. Το ποσοστό

ανεργίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας αγγίζει το 92% .Τα ποσοστά αυτά προκύπτουν από διακρίσεις που γίνονται σε βάρος των ατόμων με κάποια ψυχική ασθένεια. Η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρά ψυχικά προβλήματα είναι αρκετά ανεπτυγμένη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η σταδιακή κατάρτιση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας γίνεται με υπερωρίες, ενώ η προσωπική εξέλιξη και η απόκτηση δεξιοτήτων είναι απαραίτητη, για να εισαχθούν οι χρήστες μετέπειτα στην ανοιχτή απασχόληση των υπηρεσιών. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι πάνω από το 65% των επαγγελματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άτομα με σοβαρές ψυχικές παθήσεις είναι η προστατευόμενη απασχόληση και οι υπηρεσίες προ-επαγγελματικής κατάρτισης κι εκπαίδευσης (Rinaldi & Perkins, 2007).

Η καλύτερη ποιότητα ζωής και ευημερίας σχετίζεται με την απασχόληση των ατόμων με κάποια ψυχική πάθηση. Η ανεργία σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια σε ένα μεγάλο επίπεδο και θεωρείται σημαντικός λόγος που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι κοινωνικές επιχειρήσεις εξασφαλίζουν απασχόληση επί πληρωμή σε ανθρώπους με ψυχική ασθένεια, αλλά αυτό δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Το σχέδιο «Δρόμος προς την ανάκαμψη» των κοινωνικών υπηρεσιών στοχεύει στην περιγραφή της διαθεσιμότητας και της διάδοσής τους. Επίσης, προσπαθεί να περιγράψει το φάσμα των ευκαιριών που προσφέρουν οι κοινωνικές επιχειρήσεις. Το 40% των κοινωνικών επιχειρήσεων βρίσκονται στην Νότια Αγγλία, το 24% στο Βορρά και στα Μιντλαντς, το 18% στη Σκωτία και το 18% στην Ουαλία. Οι εμπορικές δραστηριότητες σχετίζονται κυρίως με την μεταποίηση, την βιομηχανία, την ανακύκλωση, την κηπουρική και την τροφοδοσία (Gilbert et al., 2013).

Το ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται σε κοινωνικές επιχειρήσεις και άλλες επιχειρήσεις είναι πολύ μικρό. Πάνω από το 50% του συνόλου των ατόμων με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή ήταν το ποσοστό που απασχολούνταν, κι ας είχε κατάθλιψη ή άγχος το μεγαλύτερο μέρος αυτών. Οι πιο πολλοί εργαζόμενοι με ψυχική πάθηση είχαν εργασθεί για περισσότερο από 2 χρόνια σε κάποια κοινωνική επιχείρηση (Gilbert et al., 2013).

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ»

5.1. Προσδιορισμός του ερευνητικού θέματος

Η παρούσα έρευνα έχει ως κύριο στόχο να αναδείξει τις ευκαιρίες, που υφίστανται στον ελλαδικό χώρο όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση, των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι απόψεις γύρω από το θέμα αυτό προέρχονται από α) λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που εργάζονται στον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης «Φάρος» ή στην Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ», από β) φροντιστές των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι ενταγμένοι στο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας. και τέλος από γ) επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται στο Κοι.Σ.Π.Ε. «Φάρος», στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης «Καφέ ΓΕΦΥΡΕΣ» ή στο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών. Να διευκρινιστεί πως οι φροντιστές, που είναι ενταγμένοι στο Σ.Ο.Ψ.Υ. δεν έχουν σχέση με τους συνεντευξιαζόμενους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

5.1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας έχει ως στόχο να εξετάσει την ύπαρξη προγραμμάτων απασχόλησης, τα οποία αφορούν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο τόπος του ενδιαφέροντος μας είναι η περιοχή της Πάτρας, όπου διαμένουν κι εργάζονται οι συνεντευξιαζόμενοι. Ο στόχος αυτός, αποτελεί συγχρόνως και το ερευνητικό ερώτημα της πτυχιακής μας εργασίας.

Ακόμα, κύριο μέλημα είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει απορρόφηση των ατόμων αυτών από τις παραπάνω θέσεις κι όχι μόνο. Από την μεριά των ληπτών επιθυμούμε να μάθουμε για την εμπειρία τους από τη συγκεκριμένη εργασία, αν έχουν εργασθεί πάλι στο παρελθόν, αλλά και γενικότερα ζητήματα κι απόψεις, που σχετίζονται με την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Από τους φροντιστές, αναζητούμε την άποψη, για παράδειγμα ενός γονέα που το παιδί του εργάζεται ή εργαζόταν στο παρελθόν και κατά πόσο αυτό βοήθησε τη ψυχική του κατάσταση. Από την άλλη, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικότερα οι

Κοινωνικοί Λειτουργοί, που εργάζονται σε έναν ανάλογο φορέα κι ασχολούνται με την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι σε θέση να μας πληροφορήσουν εκτενέστερα για τις παροχές των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τον ρόλο, που έχουν αναλάβει. Τέλος, το τελευταίο σκέλος των ερωτήσεων της έρευνας αφορά τις γενικότερες απόψεις, τις οποίες ενστερνίζονται οι τρεις ομάδες στόχου σχετικά με την επαγγελματική ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

5.1.2. Πλαίσιο της μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε τόσο στο χώρο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας «Άγιος Ανδρέας» της Πάτρας, όσο και στο χώρο του Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών. Αξίζει να σημειωθεί, πως ορισμένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσω υπηρεσιών τηλεδιάσκεψης, όπως είναι το Zoom και το Skype, εξαιτίας της αδυναμίας πραγματοποίησης μιας δια ζώσης συνέντευξης, λόγω της πανδημίας του Covid-19.

5.2. Ερευνητικό σχέδιο μελέτης

Όσον αφορά τη συγκέντρωση των παραπάνω απόψεων και ζητημάτων επιλέχθηκε να γίνει εφαρμογή ποιοτικής έρευνας, έχοντας ως κύριο εργαλείο ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Οι ερευνητές καλούνται να κάνουν χρήση της ποιοτικής έρευνας, ώστε να μελετήσουν σε βάθος, να αντιληφθούν και να επεξηγήσουν εκτενέστερα τις ανθρώπινες πεποιθήσεις, συμπεριφορές, στάσεις, αντιλήψεις, εμπειρίες, αξίες, απόψεις, σκέψεις και τις γνώσεις (Γαλάνης, 2018).

Μια ημιδομημένη συνέντευξη απαρτίζεται από συγκεκριμένες ερωτήσεις, ωστόσο η εφαρμογή τους είναι δυνατόν να αλλάξει, αν ο συνεντευκτής θεωρήσει, ότι η αλλαγή τους είναι κατάλληλη για τη διεξαγωγή της έρευνας. Το πώς είναι διαμορφωμένη η ερώτηση είναι δυνατόν να τροποποιηθεί και παρέχονται οι ανάλογες επεξηγήσεις (Robson, 2010). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων είναι η μαγνητοφώνηση της συνέντευξης και η μεταγραφή των συνεντεύξεων σε κείμενο. Για την διεξαγωγή των συγκεκριμένων συνεντεύξεων, αρχικά, έγινε ενημέρωση μέσω τηλεφώνου κάποιων επαγγελματιών, που απασχολούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Μέσω των επαγγελματιών,

μπορέσαμε και ήρθαμε σε επαφή και με τους υπόλοιπους συνεντευξιαζόμενους, τόσο με τους λήπτες όσο και με τους φροντιστές. Η ενημέρωση, πρωτίστως, αφορούσε το λόγο, που πραγματοποιούμε τις συνεντεύξεις, δηλαδή για την διεξαγωγή της πτυχιακή μας εργασίας. Επίσης, έγινε η ανάλογη αναφορά σε αρχές δεοντολογίας, οι οποίες σχετίζονται με την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα όσων στοιχείων συγκεντρώσουμε. Τέλος, οι συνεντευξιαζόμενοι πληροφορήθηκαν για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, καθώς και τη μετέπειτα καταστροφή των στοιχείων και όλοι τους ήταν σύμφωνοι.

5.2.1. Θεματική Ανάλυση

Προκειμένου να ακολουθήσουμε την προσέγγιση της Θεματικής Ανάλυσης, μαγνητοφωνήσαμε και ύστερα απομαγνητοφωνήσαμε τις συνεντεύξεις, μεταφέροντάς τες σε γραπτό κείμενο. Η θεματική ανάλυση αποτελεί την διαδικασία, που ακολουθείται για την ανάλυση των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. Όσα γραπτά δεδομένα αντλούνται από τους συμμετέχοντες, προσφέρουν μια περιγραφή της μελέτης, ωστόσο δεν προκύπτουν από αυτά ερμηνείες και εξηγήσεις. Οι ερευνητές καλούνται να αντιληφθούν τα δεδομένα, που προέκυψαν και να στραφούν σε κωδικοποίηση κι ερμηνεία αυτών, προκειμένου να αιτιολογήσουν το ερευνητικό τους ερώτημα στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Ο σκοπός της θεματικής ανάλυσης είναι η λεπτομερής και η οργανωμένη καταγραφή των κωδικοποιήσεων και των θεμάτων, που εξάγονται μέσα από τις συνεντεύξεις (Γαλάνης, 2018).

5.3. Περιγραφή του πληθυσμού - στόχου

Ως κριτήριο για την επιλογή των ατόμων ορίσαμε πως οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας χρειάζεται να εργάζονται, οι φροντιστές να μας παρέχουν πληροφορίες για την εργασιακή περίοδο του λήπτη και τέλος, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να έχουν ασχοληθεί σε κάποιο βαθμό με την εργασιακή αποκατάσταση της πρώτης ομάδας στόχου.

5.3.1. Δειγματοληψία

Η συμμετοχή στις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε κάτω από εθελοντικές συνθήκες. Την ημέρα που διεξήχθησαν οι συνεντεύξεις, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ νέου για την πτυχιακή μας εργασία και το σκοπό της παρούσας έρευνας, καθώς και πως ότι ειπωθεί και αναφερθεί είναι εμπιστευτικό. Όσον αφορά την μαγνητοφώνηση της εκάστοτε συνέντευξης διευκρινίστηκε πως αυτό πραγματοποιείται για την ευχέρεια μας στην καταγραφή των δεδομένων, που θα συλλέξουμε και πως ύστερα θα καταστραφούν. Αριθμητικά οι συνεντεύξεις αγγίζουν τις 12, όπου οι 4 αφορούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι 3 φροντιστές και τέλος οι άλλες 5 είναι από Κοινωνικούς Λειτουργούς. Οι συνεντευξιαζόμενοι παρουσιάζονται ως εξής : Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας παραθέτονται ως «Λ», π,χ, «Λ1» κι ούτω καθεξής, οι φροντιστές ως «Φ» και οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί ως «Κ.Λ.», για την αποφυγή της αποκάλυψης της ταυτότητας του καθενός.

Στον πίνακα 1, 2 και 3 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα κοινωνικοδημογραφικά κι εκπαιδευτικά στοιχεία των συνεντευξιαζόμενων αντίστοιχα (λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, φροντιστές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας).

Πίνακας 1 : Παρουσίαση των κοινωνικοδημογραφικών και εκπαιδευτικών στοιχείων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

	Λ1	**Λ2**	**Λ3**	**Λ4**
Φύλο	Θήλυ	Άρρεν	Άρρεν	Άρρεν
Ηλικία	38-43	40-45	45-50	45-50
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμη	Άγαμος	Άγαμος	Έγγαμος
Βαθμίδα εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση (ΤΕΕ) β' κύκλου σπουδών	Ολοκλήρωση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και παρακολούθηση σεμιναρίων για υπολογιστές	Ολοκλήρωση σπουδών σε Σχολή για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
Ιθαγένεια	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική
Επαγγελματική κατάσταση	Καθαρισμός ιματισμού σε Νοσοκομείο	Ιδιωτικός υπάλληλος σε κατάστημα εστίασης	Ιδιωτικός υπάλληλος σε κατάστημα εστίασης	Συνταξιούχος Οδοντοτεχνίτης και εθελοντική απασχόληση σε κατάστημα

				εστίασης

Πίνακας 2 : Παρουσίαση των κοινωνικοδημογραφικών και εκπαιδευτικών στοιχείων των Φροντιστών.

	Φ1	**Φ2**	**Φ3**
Φύλο	Θήλυ	Άρρεν	Θήλυ
Ηλικία	60-65	60-65	70-75
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	Χήρος	Έγγαμη
Ιθαγένεια	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική
Βαθμίδα εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Επαγγελματική κατάσταση	Συνταξιούχος	Συνταξιούχος	Συνταξιούχος

Πίνακας 3 : Παρουσίαση των κοινωνικοδημογραφικών και εκπαιδευτικών στοιχείων των Κοινωνικών Λειτουργών.

	ΚΛ1	**ΚΛ2**	**ΚΛ3**	**ΚΛ4**	**ΚΛ5**
Φύλο	Άρρεν	Άρρεν	Θήλυ	Θήλυ	Άρρεν
Ηλικία	45-55	28-38	-	35-45	35-45
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	Άγαμος	Έγγαμη	Έγγαμη	Έγγαμος
Ιθαγένεια	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική	Ελληνική
Βαθμίδα εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
Επαγγελματική κατάσταση	Κοινωνικός Λειτουργός σε Δομή Ψυχικής Υγείας	Κοινωνικός Λειτουργός σε Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας που ασχολείται με την επαγγελματική αποκατάσταση	Συνταξιούχος Κοινωνική Λειτουργός	Κοινωνική Λειτουργός σε Δομή Ψυχικής Υγείας	Κοινωνικός Λειτουργός σε Δομή Ψυχικής Υγείας

5.4. Περιγραφή διαδικασίας

Για την διεξαγωγή των συνεντεύξεων επιλέχθηκαν οι παρακάτω θεματικοί άξονες, που κληθήκαμε να καλύψουμε :

1) Καταγραφή του κοινωνιολογικού προφίλ
2) Καταγραφή του προβλήματος ψυχικής υγείας
3) Εργασιακή κατάσταση
4) Καταγραφή των απόψεων για την προώθηση στην απασχόληση.

Οι παραπάνω άξονες εστιάζουν κυρίως στην επαγγελματική αποκατάσταση, που αφορά τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στους παρακάτω πίνακες παρατίθενται οι άξονες με τις αντίστοιχες ερωτήσεις για την ομάδα Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Φροντιστές και επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Πίνακας 4 : Παρουσίαση των αξόνων και των αντίστοιχων ερωτήσεων του κάθε άξονα για τους Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Άξονες	**Ερωτήσεις**
1. Κοινωνιολογικό Προφίλ	Θα θέλατε να μας πείτε λίγα πράγματα για εσάς, π.χ. πόσο ετών είστε; Θα θέλατε να μας πείτε για την εκπαίδευση που έχετε λάβει; Έχετε σπουδάσει; Ποια είναι τα ενδιαφέροντά σας; Πως περνάτε τον ελεύθερό σας χρόνο;
2. Καταγραφή Προβλήματος Ψυχικής Υγείας	Υπήρξε κάποιο γεγονός που τυχόν επηρέασε την ψυχολογία σας; Πότε συνέβη; Υπήρξε κάποιο άτομο, το οποίο σας προέτρεψε να αναζητήσετε βοήθεια; Που απευθυνθήκατε; Ποια ήταν η διάγνωση που λάβατε και πότε; Υπήρξε αναγκαστική νοσηλεία; Και αν ναι, για πόσο καιρό; Είχε αυτό επιπτώσεις στη ψυχολογία σας;

	Λαμβάνετε κάποιου είδους φαρμακευτική αγωγή; Κι αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα; Επίσης, παρακολουθείστε από κάποιο επαγγελματία ψυχικής υγείας αυτό το διάστημα; Τέλος, με ποιο τρόπο έχει επηρεάσει η ψυχική σας κατάσταση την καθημερινότητά σας;
3. Εργασιακή Κατάσταση	Θα θέλατε να μας πείτε με τι ασχολείστε; Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Πόσο καιρό ασκείτε το συγκεκριμένο επάγγελμα; Έχετε εργαστεί πάλι στο παρελθόν; Όσον αφορά το επάγγελμά σας, ποια καθήκοντα έχετε αναλάβει / ποιες είναι οι αρμοδιότητές σας; Το ωράριο εργασίας σας είναι ευέλικτο ή είναι σταθερό; Θα μπορούσατε να μας πείτε πως πληροφορηθήκατε για τη συγκεκριμένη θέση; Πως ενημερώνεστε γενικότερα για εργασιακά ζητήματα και θέσεις; Ήσασταν προηγουμένως σε κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα, για παράδειγμα του ΟΑΕΔ; Και αν ναι, ποια ήταν η εμπειρία σας; Θα θέλατε να μας πείτε πως ήταν οι πρώτες μέρες στη νέα αυτή δουλειά και ποιες οι εντυπώσεις σας; Ήταν εύκολη η προσαρμογή σας; Υπήρξε κάποιου είδους καθοδήγηση ή εκπαίδευση πάνω στο νέο σας επάγγελμα από τους επαγγελματίες; Ποια είναι η σχέση σας με τους συναδέλφους σας και ποια με τους επαγγελματίες της υπηρεσίας; Πως θα χαρακτηρίζετε το κλίμα στο χώρο

	εργασίας σας; Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα, τα οποία τυχόν επηρέασαν την εργασιακή σας απόδοση; Μήπως προέκυψε κάποιου είδους υποτροπή την περίοδο της εργασίας σας; Αν ναι, πως το αντιμετωπίσατε; Είστε ικανοποιημένος/η από την εργασία σας; (Υπάρχει ενδεχομένως κάτι το οποίο θα θέλατε να αλλάξει;) Τέλος, θα ήθελα να μας αναφέρετε κατά πόσο η εργασία έχει βοηθήσει την καθημερινότητά σας, καθώς και την ψυχική σας υγεία.
4. Καταγραφή Απόψεων για τη Προώθηση στην Απασχόληση	Ήταν εύκολη η διαδικασία εύρεσης εργασίας; Στην αναζήτηση εργασίας, προέκυψαν κάποιου είδους εμπόδια; Και αν ναι, θα μπορούσατε να μου αναφέρετε ποια ήταν αυτά; Μήπως στάθηκε εμπόδιο στην αναζήτηση εργασίας το στίγμα που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια; Θεωρείτε πως οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι είναι προκατειλημμένοι απέναντι στην ψυχική ασθένεια και την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Πιστεύετε πως η επαγγελματική σας αποκατάσταση συνέβαλε στην κοινωνική σας ένταξη και στην αντίστοιχη μείωση του στίγματος; Θεωρείτε πως υπάρχουν ευκαιρίες εργασίας για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που καλύπτονται από το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα; Γνωρίζετε άλλου είδους υπηρεσίες που παρέχουν προγράμματα απασχόλησης που απευθύνονται σε λήπτες υπηρεσιών

	ψυχικής υγείας στη περιοχή της Πάτρας; Το γεγονός ότι εργάζεστε έχει βοηθήσει την ποιότητα ζωής σας; Είστε ευχαριστημένος με τις ευκαιρίες που σας έχουν δοθεί μέσα από το πρόγραμμα αυτό; Είστε ικανοποιημένος σχετικά με το ωράριο και τις απολαβές σας; Ποια ήταν η υποστήριξη που λάβατε από τη Μονάδα Ψυχικής Υγείας που σας παρακολουθεί πριν από την εύρεση εργασίας και αφότου βρήκατε εργασία; Ποια είναι η γνώμη σας για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας αρμόδιους για τη ψυχοκοινωνική σας υποστήριξη; Αναλαμβάνει η πολιτεία πρωτοβουλίες, ώστε να βοηθήσει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να εργαστούν; Αν όχι, τι θα προτείνατε/ έχετε κάτι να προτείνετε;

Πίνακας 5 : Παρουσίαση των αξόνων και των αντίστοιχων ερωτήσεων του κάθε άξονα για τους Φροντιστές.

Άξονες	**Ερωτήσεις**
1. Κοινωνιολογικό Προφίλ	Θα θέλατε να μας πείτε λίγα πράγματα για εσάς; (ηλικία, εκπαίδευση κ.λπ.) Με τι ασχολείστε; Πόσα χρόνια ασκείται αυτό το επάγγελμα; Εκτός από τον/την …, έχετε και άλλα παιδιά; Και ποια είναι η σχέση μεταξύ τους;
2. Καταγραφή Προβλήματος Ψυχικής Υγείας	Θα θέλατε να μας ενημερώσετε σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί σας σχετικά με την ψυχική του υγεία;

	Υπήρξε κάποιο γεγονός που τον/την επηρέασε, προκαλώντας αλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεσή του/της; Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα και ποια ήταν η πρώτη σας κίνηση; Τον/την συμβουλέψατε να επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή πήρε ο/η ίδιος/α την πρωτοβουλία; Υπήρξε κάποιο άτομο το οποίο σας προέτρεψε να αναζητήσετε βοήθεια (π.χ. κάποιος επαγγελματίας); Υπήρξε αναγκαστική νοσηλεία; Και αν ναι, για πόσο διάστημα; Λαμβάνει κάποιου είδους φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, έχουν τυχόν υπάρξει διαστήματα όπου δεν την λάμβανε, παρά την σύσταση του γιατρού; Έχουν προκύψει περιστατικά υποτροπών; Και αν ναι, πως αντιμετωπίστηκαν; Αυτό το διάστημα παρακολουθείται από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας; Και αν ναι, κατά πόσο τον/την έχει βοηθήσει;
3. Εργασιακή Κατάσταση	Ποιο είναι το επάγγελμα του/της …. ; Και πόσο καιρό ασκεί το συγκεκριμένο επάγγελμα; Έχει προηγούμενη εργασιακή εμπειρία; Και αν ναι, πάνω σε τι; Πως εντάχθηκε στη συγκεκριμένη εργασία; Ήταν εύκολη η εύρεση εργασίας; Πως ήταν οι πρώτες μέρες στην δουλειά; Ποιες ήταν οι εντυπώσεις του/της; Προσαρμόστηκε εύκολα; Ήταν ενταγμένος/η σε κάποιο πρόγραμμα του ΟΑΕΔ παλαιότερα;

	Λαμβάνει κάποιο προνοιακό επίδομα; Έχει αντιμετωπίσει καθόλου δυσκολίες στον επαγγελματικό χώρο; Είχε προκύψει τυχόν κάποιο περιστατικό υποτροπής εν ώρα εργασίας; Είναι ευχάριστο για εσάς το γεγονός ότι εργάζεται; Πιστεύετε ότι έχει συμβάλει στην αυτονομία του/της ίδιου/ας; Είναι ικανοποιημένος από την εργασία του; Σε τι βαθμό θεωρείται ότι έχει επηρεάσει την διάθεσή του/της το γεγονός ότι εργάζεται και τι αλλαγές έχετε διαπιστώσει σε σχέση με πριν, που δεν εργαζόταν; Θεωρείτε ότι έχει επηρεάσει το γεγονός αυτό την ποιότητα ζωής του και αν ναι, πως;
4. Καταγραφή Απόψεων για την Προώθηση στην Απασχόληση	Με ποιο τρόπο θεωρείτε πως συμβάλλει η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλει βαθμό στην κοινωνική ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Θεωρείτε πως στον ελλαδικό χώρο οι ευκαιρίες απασχόλησης των ληπτών είναι επαρκής; Γνωρίζετε άλλα προγράμματα απασχόλησης που να αφορούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Πάτρα; Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα πιο συχνά εμπόδια που συναντούν οι λήπτες κατά την αναζήτηση εργασίας; Θεωρείτε πως οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι είναι προκατειλημμένοι όσον αφορά την πρόσληψη ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Πιστεύετε πως ένας λόγος που οι εργοδότες δεν προσλαμβάνουν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί το γεγονός ότι ενδεχομένως τα άτομα αυτά θα επανεμφανίσουν συμπτωμάτα, με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάσει την

	εργασία τους γενικότερα (π.χ. απουσίες); Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που σχετίζεται με την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι επαρκές; Θεωρείτε πως η πολιτεία αναλαμβάνει δράσεις που αφορούν την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Και αν ναι, τι είδους δράσεις;

Πίνακας 6 : Παρουσίαση των αξόνων και των αντίστοιχων ερωτήσεων του κάθε άξονα για τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Άξονες	**Ερωτήσεις**
1. Κοινωνιολογικό Προφίλ	Θα θέλατε να μας πείτε δύο λόγια για εσάς; (ηλικία, εκπαίδευση, σπουδές κ.λπ.) Τι ήταν αυτό που σας ώθησε στο να επιλέξετε το συγκεκριμένο επάγγελμα;
2. Εργασιακή Κατάσταση	Πόσα χρόνια εργάζεστε ως Κοινωνικός Λειτουργός; Έχετε προηγούμενες εργασιακές εμπειρίες; Πόσα χρόνια εργάζεστε στο ΚΟΙΣΠΕ Φάρος / ΚΟΙΝΣΕΠ Γέφυρες/ ΣΟΨΥ/ … ; Η εκπαίδευση που έχετε λάβει ήταν επαρκής, ώστε να γνωρίζετε τις απαιτήσεις του εργασιακού αυτού χώρου ή χρειάστηκε κάποιου είδους εκπαίδευση; Θα θέλατε να μας μιλήσετε για τις αρμοδιότητες που έχετε αναλάβει στην υπηρεσία; Ποιος είναι ο ρόλος σας; Αναλαμβάνετε ατομικές συνεδρίες με τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας

	που εργάζονται; Ποιος αναλαμβάνει να κατευθύνει και να εκπαιδεύσει τους λήπτες πριν την ένταξη τους στο νέο επαγγελματικό πλαίσιο; Έρχεστε σε επαφή με τις/τους οικογένειες/φροντιστές των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να συζητήσετε ζητήματα που αφορούν τον εργαζόμενο; Τι είδους θέσεις απασχόλησης παρέχονται; Ποια είναι η διαδικασία ένταξης ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον επαγγελματικό χώρο; Πως κατανέμονται τα καθήκοντά τους; Τοποθετούνται σε κάποιο επάγγελμα με βάση τα ενδιαφέροντά τους; Έχετε έρθει αντιμέτωποι με κάποιο περιστατικό υποτροπής κάποιου λήπτη; Και αν ναι, πως το αντιμετωπίσατε; Θεωρείτε πως οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή είναι σε θέση να εργαστούν; Πιστεύετε πως η επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι δυνατόν να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους; Τέλος, ποιος είναι ο ρόλος ενός Κοινωνικού Λειτουργού στην επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας;
3. Καταγραφή Απόψεων για την Προώθηση στην Απασχόληση	Θεωρείτε πως στον ελλαδικό χώρο οι ευκαιρίες απασχόλησης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι επαρκείς; Τι είδους προγράμματα απασχόλησης για τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες υφίστανται στην Πάτρα;

	Ποια είναι τα πιο συχνά εμπόδια που μπορεί να συναντήσει ένας λήπτης κατά την αναζήτηση εργασίας; Θεωρείτε πως το στίγμα που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια είναι το κύριο εμπόδιο ως προς την επαγγελματική τους απασχόληση; Πιστεύετε πως ένας λόγος που οι εργοδότες δεν προσλαμβάνουν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί το γεγονός ότι ενδεχομένως στα άτομα αυτά θα επανεμφανιστούν συμπτώματα, με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάσει την εργασία τους γενικότερα (π.χ. απουσίες); Πιστεύετε ότι η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον όσον αφορά την επαγγελματική ένταξη των ληπτών παίζει σημαντικό ρόλο; Θεωρείτε πως το νομικό πλαίσιο στον ελλαδικό χώρο που αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες είναι επαρκές; Υπάρχει κάποιου είδους επιδοματική πολιτική που να μεριμνά για τους λήπτες που εργάζονται; Είναι οι χρηματικές απολαβές των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που εργάζονται ικανοποιητικές, ώστε να βιοπορίζονται; Αναλαμβάνει η πολιτεία δράσεις για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή αυτό πραγματοποιείται εξ ολοκλήρου από τις αντίστοιχες υπηρεσίες που έχουν τον συγκεκριμένο ρόλο; Πιστεύετε πως σε 10 χρόνια οι επαγγελματικές ευκαιρίες για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα είναι περισσότερες;

Στη παρούσα μελέτη ακολουθήσαμε σε αρχικό στάδιο ημιδομημένη συνέντευξη, με παράλληλη μαγνητοφώνηση της. Ύστερα, η κάθε μαγνητοφωνημένη συνέντευξη μεταφέρθηκε γραπτώς σε κείμενο με βάση τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις, που δόθηκαν. Τέλος, για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήσαμε την προσέγγιση της θεματικής ανάλυσης.

5.5. Αποτελέσματα Έρευνας

Στην συνέχεια αναπτύσσονται τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν αφότου πραγματοποιήθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις με τις τρεις ομάδες στόχου. Τα στοιχεία που παρατίθενται, αρχικά, αφορούν τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ύστερα παρουσιάζονται οι φροντιστές τους και τέλος οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι απασχολούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας.

5.5.1. Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας – Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν βασίζονται στους βασικούς άξονες, οι οποίοι παρουσιάστηκαν παραπάνω. Οι βασικοί άξονες αντικατοπτρίζουν τις θεματικές ενότητες και πιο συγκεκριμένα πρόκειται για α) τα στοιχεία του κοινωνιολογικού προφίλ, β) την καταγραφή του προβλήματος της ψυχικής υγείας, γ) την εργασιακή κατάσταση του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τέλος δ) την καταγραφή των γενικότερων απόψεων που επικρατούν, όσον αφορά την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών.

- **Στοιχεία από το Κοινωνιολογικό Προφίλ**

Η πρώτη ερώτηση είχε να κάνει με την άντληση πληροφοριών για τον λήπτη, που είχαν να κάνουν με την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, την εκπαίδευση, που έχουν λάβει και τα ενδιαφέροντα του ελεύθερού χρόνου τους. Όσον αφορά την ηλικία και οι τέσσερις ψυχικά ασθενείς κυμαίνονται στο ηλικιακό φάσμα μεταξύ τα 40 και τα 50 έτη. Οι δυο εκ των τεσσάρων είναι παντρεμένοι κι έχουν και παιδιά.

«Είμαι 40 ετών και έχω γεννηθεί στην Πάτρα. Είμαι παντρεμένη κι έχω δύο κόρες που είναι 12 και 9 ετών» (Λ1).

Σχετικά με την εκπαίδευση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δυο εξ' αυτών έχουν ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όπου ο Λ3 είχε προχωρήσει σε μια επιπλέον εκπαίδευση πάνω σε υπολογιστές. Οι υπόλοιποι ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση.

«*Ολοκλήρωσα τη φοίτηση μου σε Τεχνικό Λύκειο, ακολουθώντας την ειδικότητα της Βρεφονηπιοκόμου. Πρόκειται για μια ειδικότητα που με ενδιέφερε αρκετά. Ωστόσο, στις Πανελλαδικές εξετάσεις δεν πέτυχα αυτήν την Σχολή. Αποφάσισα να ξαναδώσω, πηγαίνοντας σε Νυχτερινό Σχολείο, όπου και πέρασα στη Σχολή Βοηθών Νοσηλευτών. Παρόλα αυτά, πρόκειται για μια Σχολή, που δεν με ενδιέφερε κι έτσι δεν συνέχισα με τις σπουδές μου»* (Λ1).

«*Έχω απολυτήριο από το Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο (ΤΕΕ) με κατεύθυνση τις Εσωτερικές Ηλεκτρικές Εγκαταστάσεις. Ωστόσο, δεν εξάσκησα το επάγγελμα του ηλεκτρολόγου*» (Λ2).

«*Έχω ολοκληρώσει την φοίτηση μου στο Γυμνάσιο και μετέπειτα σπούδασα σε Σχολή για ΑμεΑ ως Οδοντοτεχνίτης*» (Λ4).

Σχετικά με τις ενασχολήσεις στον ελεύθερο τους χρόνο γνωστοποιήθηκαν τα παρακάτω.

«*Πηγαίνω για περπάτημα, για καφέ, ενώ επίσης κάνω και τα ψώνια για το σπίτι*» (Λ2).

«*Μου αρέσει να διαβάζω βιβλία που και που. Επίσης, μου αρέσει ιδιαιτέρως η μουσική*» (Λ3).

- **Καταγραφή του Προβλήματος Ψυχικής Υγείας**

Στη παρούσα ενότητα πραγματοποιήθηκε συζήτηση γύρω από τη δυσκολία της ψυχικής υγείας του κάθε συνεντευξιαζόμενου. Ως πρώτο ερώτημα της ενότητας αυτής τέθηκε το ενδεχόμενο κάποιου πιθανού γεγονότος, που επηρέασε την ψυχολογία του λήπτη, καθώς και το πότε συνέβη αυτό. Παρακάτω παρατίθενται δύο από τις απαντήσεις των ληπτών.

«*Πρόκειται για διπολική διαταραχή με μανία. Εγώ είμαι υιοθετημένος από την οικογένεια μου και ζω με τη μητέρα μου, ενώ ο πατέρας μου έχει πεθάνει. Η βιολογική μου μητέρα αντιμετωπίζει προβλήματα με την ψυχική της υγεία, επομένως πιστεύω πως ήταν κληρονομικό*» (Λ2).

«*Θα ανατρέξω πολύ πίσω χρονικά για να σας διηγηθώ πως ξεκίνησε το ζήτημα που αφορά την ψυχική μου υγεία. Πάσχω από καταθλιπτική διαταραχή με αγχώδεις εκδηλώσεις. Αρχικά, αντιμετώπιζα κάποιες κρίσεις στην ηλικία των 17 ετών πριν το στρατό, λόγω του άγχους που διέθετα, διότι από μικρός αρνιόμουν και δεν ήθελα να πάω. Μόλις πήγα στον στρατό άρχισε να εκδηλώνεται το πρόβλημα ψυχικής υγείας μου. Στο στρατό πήγα τρεις φορές με συνεχείς αναβολές. Τελικά, την τελευταία φορά που πήγα έπαθα καρδιακή ανακοπή, με επανέφεραν και ύστερα από αυτή την περιπέτεια πήρα Ι5, που σήμανε την απαλλαγή της θητείας μου από τον στρατό. Να αναφέρω, επίσης, πως εντάσσομαι στη κατηγορία των ΑμεΑ, καθώς στην ηλικία των 15 ετών ύστερα από υψηλό πυρετό έχασα την ακοή μου, 100% από το ένα αυτί και 35% από το άλλο και την όραση από το ένα μάτι*» (Λ4).

Κατόπιν, η ερώτηση αφορούσε το πρόσωπο που τους προέτρεψε να αναζητήσουν βοήθεια, καθώς και το που απευθύνθηκαν για αυτήν. Διαπιστώσαμε πως το οικογενειακό περιβάλλον των δύο εξ' αυτών κινητοποιήθηκε, ώστε να λάβει το παιδί τους βοήθεια. Ωστόσο, ένας από τους λήπτες πήρε την πρωτοβουλία και απευθύνθηκε σε κάποιον ειδικό, ενώ υπήρχε μια περίπτωση ενός λήπτη, ο οποίος παραπέμφθηκε σε ειδικό ύστερα από προτροπή του οικογενειακού ιατρού. Ο ειδικός στον οποίον απευθύνθηκαν και οι τέσσερις περιπτώσεις ήταν ο Ψυχίατρος.

«*Όχι, δεν υπήρχε κάποιο άτομο, το οποίο με προέτρεψε να αναζητήσω οποιαδήποτε βοήθεια. Κάποια στιγμή, κατάλαβα εγώ η ίδια ότι χρειάζομαι βοήθεια και πήρα μόνη μου την πρωτοβουλία να την αναζητήσω*» (Λ1).

«*Ναι, η μητέρα μου με συμβούλεψε να επισκεφτώ κάποιον Ψυχίατρο. Αυτό πραγματοποιήθηκε γύρω στο 1990*» (Λ3).

Το επόμενο ερώτημα της συζήτησης είχε να κάνει με την πιθανή αναγκαστική νοσηλεία τους και το διάστημα που διήρκησε. Και στις τέσσερις περιπτώσεις, αξίζει να αναφερθεί πως προέκυψε νοσηλεία.

«Έχω νοσηλευτεί 3 φορές στην Ψυχιατρική Κλινική. Η πιο μεγάλη νοσηλεία μου διήρκησε έναν με ενάμιση μήνα. Θεωρώ ότι η νοσηλεία ήταν βοηθητική για την κατάστασή μου, καθώς εγώ η ίδια ήθελα να βοηθήσω τον εαυτό μου. Τέλος, νοσηλεύτηκα μια ακόμη φορά στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όταν δούλευα στο Δήμο. Στο εργασιακό αυτό περιβάλλον, δεν είχαν γνώση της κατάστασής μου κι όταν συνέβη ένα οικογενειακό ζήτημα και συγκεκριμένα ένα ατύχημα, αντιμετώπισα έντονες κρίσεις που με οδήγησαν στην Εντατική. Στην συνέχεια, παρέμεινα στη Νευρολογική Κλινική και ακολούθησε η ψυχιατρική νοσηλεία για κάποιο διάστημα» (Λ1).

«Ναι, υπήρξε αναγκαστική νοσηλεία, η οποία επηρέασε σημαντικά την ψυχολογία μου, όταν έγινε γνωστή στον περίγυρο μου. Η πρώτη αναγκαστική νοσηλεία έγινε το 2017 στην Ψυχιατρική του Νοσοκομείου του Ρίου για 1,5 μήνα και μετά ακολούθησε και η δεύτερη, όπου πραγματοποιήθηκε για 1 μήνα στην ‘‘Κλινική Κασταλία’’, ύστερα από δική μου πρωτοβουλία. Στην πρώτη νοσηλεία, δεν κοιμόμουν και είχα παραισθήσεις» (Λ2).

Η ερώτηση που ακολούθησε αφορούσε τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και το πόσο καιρό την λαμβάνουν. Και οι τέσσερις λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξακολουθούν να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ το χρονικό διάστημα ποικίλλει.

«Φαρμακευτική αγωγή άρχισα να λαμβάνω το 2000, η οποία προοριζόταν για την ψυχική μου πάθηση όπως και για τις επιληπτικές κρίσεις που βίωνα. Την παρούσα περίοδο, η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθώ είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με το προηγούμενο διάστημα» (Λ1).

«Ναι, λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, είχε υπάρξει ένα διάστημα διακοπής τους μετά από προτροπή του γιατρού, αλλά εδώ και 15 χρόνια συνεχίζω κανονικά την λήψη τους» (Λ3).

«*Εδώ και 29 χρόνια λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή. Είμαι πολύ υπάκουος και συνεργάσιμος όσον αφορά τις συστάσεις των γιατρών. Αξίζει να αναφερθεί, πως δεν έχει προκύψει διακοπή αυτής, αλλά μείωση και αλλαγή της, καθώς βρίσκομαι σε ένα πολύ καλό επίπεδο, το οποίο οφείλεται και στη βοήθεια που έχω δεχθεί από το Σ.Ο.Ψ.Υ.»* (Λ4).

Ένα από τα ερωτήματα είχε να κάνει με την ενδεχόμενη παρακολούθηση τους από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας το τρέχον διάστημα. Η πλειοψηφία αυτών παρακολουθείται από κάποιον ειδικό.

«Το διάστημα αυτό όχι» (Λ1).

«Αυτό το διάστημα παρακολουθούμαι από την Ψυχίατρο του Σ.Ο.Ψ.Υ. και ταυτοχρόνως λαμβάνω μέρος στην ομαδική ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται στο χώρο του Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Λ4).

Το τελευταίο ερώτημα της ενότητας σχετιζόταν με το κατά πόσο η ψυχική τους κατάσταση έχει επηρεάσει την καθημερινότητά τους.

«Πλέον οτιδήποτε βιώνω προσπαθώ να το παλέψω και να μην μένω στάσιμη. Δεν ακολουθώ το σκεπτικό του να καθίσω σπίτι εξαιτίας του προβλήματός μου, αλλά προσπαθώ, πλέον, να βρίσκω τα θετικά, ώστε να νιώθω εγώ καλά. Επιδιώκω να κάνω πράγματα για τον εαυτό μου, να αναζητώ μια φυγή από τα προβλήματα μου και να μην επηρεάζομαι από την ψυχική μου κατάσταση» (Λ1).

«Θεωρώ πως ναι έχει επηρεάσει, αλλά μόνο όσον αφορά τη δουλεία μου. Δηλαδή δεν μπορώ να δουλέψω ούτε οκτάωρο αλλά ούτε και παραπάνω, εξαιτίας της κατάστασης μου» (Λ2).

- **Εργασιακή Κατάσταση**

Πρόκειται για το κύριο θέμα της πτυχιακής εργασίας, που έχει να κάνει με την εργασιακή αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα τις περιπτώσεις των συνεντευξιαζόμενών μας. Αρχικά, οι λήπτες ερωτήθηκαν για το επάγγελμα που ασκούν, καθώς και το διάστημα που εργάζονται. Ο ένας εξ' αυτών εργάζεται στο Κοι.Σ.Π.Ε. «Φάρος», ενώ οι υπόλοιποι απασχολούνται στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ». Αξίζει να αναφερθεί, πως το διάστημα που πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις, το Καφέ παρέμενε κλειστό.

«Εργάζομαι εδώ και 8 χρόνια μέσω του Κοι.Σ.Π.Ε. στο Τμήμα για τον καθαρισμό των ιματισμών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Επίσης, ασχολούμαι με τον

Σύλλογο ''Σθένος'' τα τελευταία 2 χρόνια. Αρχικά, δεν γνώριζα για τον συγκεκριμένο Σύλλογο. Κάποιοι συνάδελφοι μου ασχολούνταν με το κομμάτι αυτό, έχοντας ως στόχο να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους. Όταν μου έγινε η πρόταση και μου ζήτησαν να συμμετάσχω σε αυτό το κομμάτι, διευκρίνισα πως θέλω να διεκδικήσω τα δικαιώματα των μελών του Συλλόγου καθώς και τα δικά μου, ενεργώντας, όμως, με ψύχραιμο τρόπο σκεπτόμενη το καλό όλων μας. Εγώ κυρίως αναλαμβάνω να μιλήσω σε διάφορες εκδηλώσεις, με σκοπό την ενημέρωση του κόσμου. Καθώς ο Σύλλογος έχει να κάνει με τα άτομα με ψυχικές αναπηρίες, έχω σκεφτεί να επισκεφτούμε χώρους που δραστηριοποιούνται άτομα με ψυχικές παθήσεις και να γνωριστούμε μεταξύ μας, έχοντας ως απώτερο σκοπό να βοηθήσουμε τους συνανθρώπους μας όσο το δυνατόν μπορούμε» (Λ1).

«Εργάζομαι στο ''Καφέ ΓΕΦΥΡΕΣ'' στην Πάτρα. Προσωπικά, ετοιμάζω τους καφέδες και οτιδήποτε μου ζητηθεί. Όταν υπάρχει ανάγκη, αναλαμβάνω και τις αρμοδιότητες του σερβιτόρου. Στο Καφέ εργάζομαι από το 2016, από τότε, δηλαδή, που ξεκίνησε τη λειτουργία του» (Λ3).

Η ακόλουθη ερώτηση αφορούσε την εργασιακή εμπειρία των ληπτών στο παρελθόν. Ο ένας εκ των τεσσάρων μας ενημέρωσε πως δεν έχει εργασθεί πάλι στο παρελθόν.

«Βεβαίως. Ξεκίνησα μοιράζοντας φυλλάδια για κάποιο διάστημα. Επίσης, έχω εργαστεί σε ένα παιδικό σταθμό. Καθώς είχα αναλάβει την φύλαξη των παιδιών κατά την μεταφορά με το σχολικό από και προς τον παιδικό σταθμό, δεν κατάφερα να συνεχίσω, διότι θεωρούσα πως η ευθύνη ήταν μεγάλη. Ακόμα, έχω δουλέψει ως σεκιούριτι σε γήπεδα και σε κάποιες συναυλίες. Αξίζει να αναφέρω, πως εξαιτίας της γνωριμίας με τον Διευθυντή του Σχολείου, όπου πήγαιναν τα παιδιά μου είχα αναλάβει κάποιες καλλιτεχνικές δημιουργίες που μου είχαν ζητηθεί. Τέλος, το 2007 με το 2010 εργάστηκα στον Δήμο Πατρών και συγκεκριμένα στο δημοτολόγιο. Ύστερα, ήμουν άνεργη για 3 χρόνια» (Λ1).

«Έχω εργασθεί σποραδικά. Πιο συγκεκριμένα, σε μια πιτσαρία» (Λ3).

«Είχα εργασθεί για κάποιο διάστημα ως Ηλεκτρολόγος Εγκαταστάσεων. Λόγω, όμως, των προβλημάτων υγείας που προέκυψαν χρειάστηκε να διακόψω. Ύστερα, εργάσθηκα ως Οδοντοτεχνίτης για 3 χρόνια μέσω προγράμματος του Ο.Α.Ε.Δ. Μετέπειτα, εργάσθηκα σε μια βιοτεχνία πλεκτών για έναν χρόνο. Τέλος, από μόνος μου είχα αναλάβει ελαιοχρωματισμούς,

κλάδεμα δέντρων και έφτιαχνα μικροέπιπλα. Το τελευταίο, θα έλεγα πως πρόκειται περισσότερο για χόμπι» (Λ4).

Εν συνεχεία, οι συνεντευξιαζόμενοι απάντησαν στο ερώτημα σχετικά με τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες, που έχουν αναλάβει στην εργασία τους.

«Στο χώρο που εργάζομαι διαθέτω, πλέον, τη θέση της υπεύθυνης και αξίζει να αναφέρω πως πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη δουλειά, στην οποία απαιτείται σωματική δύναμη, διότι το βάρος είναι μεγάλο» (Λ1).

«Στο Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ έφτιαχνα τους καφέδες. Ωστόσο, αν υπήρχε ανάγκη αναλάμβανα κι άλλου είδους εργασίες στο χώρο του Καφέ. Πλέον, στο Καφέ έχω αναλάβει χρέη ταμία» (Λ4).

Η ερώτηση σχετικά με το ωράριο εργασίας απαντήθηκε ως εξής.

«Το πρώτο διάστημα εργαζόμουν 4 ώρες. Ύστερα από παράκλησή μου ξεκίνησα να δουλεύω 8ώρο και το ωράριό μου παραμένει ως έχει, καθώς πλέον είμαι υπεύθυνη στο χώρο αυτό. Παρ’ όλα αυτά, τις Δευτέρες και τις Τρίτες εργάζομαι 9 ώρες, λόγω φόρτου εργασίας και πιο συγκεκριμένα από τις 7:30 έως τις 16:30. Ενώ τις υπόλοιπες ημέρες από τις 7:30 έως τις 15:30» (Λ1).

«Θα έλεγα πως είναι ευέλικτο» (Λ3).

Ένα ακόμα θέμα που τέθηκε υπό συζήτηση ήταν το πώς πληροφορήθηκαν τα άτομα για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας, αλλά κι εν γένει πως ενημερώνονται για εργασιακά ζητήματα και θέσεις.

«Όταν βρισκόμουν στο Νοσοκομείο Ημέρας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας πληροφορήθηκα για την δημιουργία του Κοι.Σ.Π.Ε., που προσφέρει θέσεις εργασίας σε ψυχικά ασθενείς και πιο συγκεκριμένα στο τμήμα για τον καθαρισμό ιματισμού στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου» (Λ1).

«Οσον αφορά την εργασία μου ως Οδοντοτεχνίτης, μέσα από το πρόγραμμα του Ο.Α.Ε.Δ. για ΑμεΑ που μας παρείχε εκπαίδευση, ενημερώθηκα πως ζητούσαν άτομα κι έτσι προσλήφθηκα.

Για την θέση στο Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ πληροφορήθηκα από το Σ.Ο.Ψ.Υ., καθώς ήμουν μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του συγκεκριμένου Συλλόγου. Πρόκειται για πρωτοβουλία του Συλλόγου, με σκοπό να δημιουργηθούν θέσεις για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Λ4).

Στη συνέχεια, ερωτήθηκαν σχετικά με το αν έχουν ενταχθεί σε κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα, για παράδειγμα του Ο.Α.Ε.Δ. κι αν είχαν ενταχθεί, ποια ήταν η εμπειρία τους.

«Ναι, ήμουν κάτοχος της κάρτας ανεργίας από τον Ο.Α.Ε.Δ. και επίσης είχα εργαστεί μέσα από το πρόγραμμα ‘‘Stage’’ στο Δήμο Πατρών» (Λ1).

«Ναι, είχα ενταχθεί προηγουμένως σε κάποια κοινωφελή προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. Θα έλεγα πως δεν ήταν ακριβώς εργασία, αλλά πρόκειται για σεμινάρια που είχαν να κάνουν με την εξειδίκευση στους υπολογιστές» (Λ3).

Ακολούθησε ερώτηση αναφορικά με τις πρώτες μέρες στο εργασιακό περιβάλλον και τις πρώτες εντυπώσεις τους.

«Τις πρώτες μέρες μου στην δουλειά θα τις χαρακτήριζα δύσκολες. Ωστόσο, επειδή ήθελα πολύ να εργαστώ, κατάφερα να προσαρμοστώ στη νέα αυτή πραγματικότητα. Στις αρχές μέχρι να συνηθίσω τον φόρτο εργασίας κουραζόμουν αρκετά, αλλά ήμουν αποφασισμένη και προσηλωμένη στο στόχο μου, θέλοντας να βοηθήσω την οικογένεια μου σε οικονομικό επίπεδο και τον εαυτό μου σε ψυχικό» (Λ1).

«Μου άρεσε πολύ, καθώς βρισκόμουν σε μία δουλειά, όπου όλοι αντιμετωπίζαμε το ίδιο πρόβλημα. Πιστεύω πως εάν ήμουν σε κάποια άλλη δουλειά, όπου εγώ θα ήμουν ο μοναδικός λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όλοι θα μου την ‘‘έλεγαν’’, για παράδειγμα πως δεν έφτιαξα καλό καφέ, δεν έκανα καλά αυτή τη δουλειά κ.ά.» (Λ2).

Ως προς την ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη καθοδήγησης και εκπαίδευσης πάνω στο νέο επάγγελμα προέκυψαν τα παρακάτω.

«*Οι εργαζόμενοι, που ήταν καιρό στον επαγγελματικό αυτό χώρο και διέθεταν την εμπειρία, είχαν αναλάβει να με καθοδηγήσουν το πρώτο διάστημα*» (Λ1).

«Τις πρώτες μέρες εκπαιδεύτηκα από τα άτομα, που δούλευαν ήδη εκεί, ενώ η Κοινωνική Λειτουργός του Σ.Ο.Ψ.Υ. μου έμαθε τρόπους συμπεριφοράς ως προς τους πελάτες. Ξέρω και για κάποια σεμινάρια καφέ που γίνονται, αλλά δεν έχω πάρει μέρος έως τώρα σε κάποιο από αυτά» (Λ2).

Αναφορικά με το ερώτημα για τις σχέσεις των ληπτών με τους συναδέλφους στο επαγγελματικό πλαίσιο, καθώς και το κλίμα, που επικρατούσε σε γενικές γραμμές, οι απαντήσεις ήταν θετικές.

«Το κλίμα ήταν ιδιαίτερα ευχάριστο στο νέο αυτό εργασιακό πλαίσιο. Εκεί εργάζονταν και άτομα που γνώριζα ήδη. Από την άλλη μεριά, με τους συναδέλφους που δεν γνώριζα, δεν αντιμετώπισα κάποια δυσκολία με την επικοινωνία μας, διότι είμαι ιδιαίτερα ανοιχτή σα χαρακτήρας. Ωστόσο, έχουν προκύψει και προβλήματα στον εργασιακό χώρο ανάμεσα σε εμένα και στους συναδέλφους όπως παρατηρείται σε όλα τα εργασιακά πλαίσια, καθώς διαφέρουμε οι άνθρωποι μεταξύ μας και ο καθένας έχει τις προσωπικές του ιδιαιτερότητες» (Λ1).

*«Σε γενικές γραμμές οι σχέσεις με τους συνάδελφους μου στο εργαστήριο Οδοντοτεχνικής ήταν καλές. Ωστόσο, οι συνάδελφοι μου με αμφισβητούσαν για κάποια πράγματα που έλεγα πως θέλω να κάνω στη ζωή μου και τους φαίνονταν αστεία. Ωστόσο, ότι είχα πει το έχω καταφέρει. Στο Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ ήταν πολύ πιο εύκολα τα πράγματα, καθώς όλοι γνωριζόμασταν μεταξύ μας μιας και ήμασταν ήδη μια οικογένεια» (*Λ4).

Το ερώτημα που ακολούθησε είχε να κάνει με τυχόν προβλήματα ή κάποιο περιστατικό υποτροπής εν ώρα εργασίας, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής του.

«Στη τωρινή μου εργασία μου δεν έχω αντιμετωπίσει κάποια δυσκολία που να με επηρέασε ψυχολογικά ούτε έχω βιώσει κάποιο περιστατικό υποτροπής, το οποίο να επηρέασε την εργασιακή μου απόδοση. Η μόνη κρίση που είχα αντιμετωπίσει εν ώρα εργασίας ήταν όταν δούλευα στο Δήμο» (Λ1).

«Όχι, όλα ήταν καλά και με τους πελάτες και με την ψυχική μου υγεία» (Λ2).

«Δεν προέκυψε κάποιου είδους υποτροπή κατά την εργασία μου. Απλώς λόγω του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνω, τα συναισθήματα αυτά έγιναν εντονότερα, μόλις βίωνα κάποιου είδους πίεση εν ώρα εργασίας» (Λ3).

Η ακόλουθη ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την εργασία τους.

«Ναι, είμαι ικανοποιημένη από την εργασία μου, ωστόσο έχω διαπιστώσει ότι ορισμένα πράγματα τα οποία είχα διευθετήσει στο χώρο αυτό ως υπεύθυνη έχουν αρχίσει να φθείρονται. Αυτό έχει προκύψει, κυρίως, διότι δεν έχουμε όλοι την ίδια οπτική για ορισμένα θέματα» (Λ1).

«Σαν Οδοντοτεχνίτης, καθώς επρόκειτο για βαριά ανθυγιεινή εργασία και καθώς πέρασα ορισμένες δύσκολες καταστάσεις για μένα, δεν θα επιχειρούσα να κάνω πάλι την συγκεκριμένη δουλειά. Στο Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ οι συνθήκες είναι διαφορετικές. Έχουν περάσει κάποια χρόνια και πλέον είμαι σε καλύτερη κατάσταση και πιο ικανοποιημένος γενικότερα» (Λ4).

Η τελευταία ερώτηση της ενότητας για την εργασιακή κατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είχε να κάνει με τον βαθμό, που βοήθησε η επαγγελματική τους αποκατάσταση την καθημερινότητά τους, καθώς και την ψυχική τους υγεία.

«Θεωρώ πως είναι καλύτερα να εργάζεται κάποιος από το να είναι στάσιμος και να κάθεται. Η ψυχική μου κατάσταση βελτιώθηκε, αφότου ξεκίνησα να ασχολούμαι με κάτι σε καθημερινή βάση» (Λ3).

«Σίγουρα η ψυχική υγεία μου έχει βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό. Μόνο και μόνο το γεγονός ότι έφευγα από το σπίτι και πήγαινα στην δουλειά και δεν έκανα συνεχώς τα ίδια. Επίσης, είχα τη δυνατότητα να αλλάζω παραστάσεις και εικόνες, ενώ βοηθούσε πολύ το γεγονός ότι επικοινωνούσα και με άλλους ανθρώπους. Όταν κάποιος βιώνει προβλήματα στο σπίτι του, με την εργασία έχει την ευκαιρία να ξεχαστεί και να ξεφύγει» (Λ4).

- **Καταγραφή Απόψεων σχετικά με την Προώθηση στην Απασχόληση των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

Η τελευταία αυτή ενότητα καλύπτει θέματα σχετικά με τις γενικότερες απόψεις, οι οποίες επικρατούν γύρω από την προώθηση στην απασχόληση που προορίζεται για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η πρώτη ερώτηση της ενότητας αυτής σχετίζεται με τον βαθμό ευκολίας εύρεσης εργασίας. Οι τρεις από τους λήπτες αποκάλυψαν πως δεν πρόκειται για εύκολη υπόθεση.

«Πριν κάποια χρόνια ίσως ήταν πιο εύκολη, σε σχέση με τα σημερινά δεδομένα που επικρατούν. Για εμένα, δεν ήταν εύκολο να βρω δουλειά, καθώς δεν είχα την ευκαιρία να αποκατασταθώ επαγγελματικά αμέσως μόλις έφυγα από την τελευταία μου εργασία στο Δήμο. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξα 3 χρόνια άνεργη, με συνεχείς προσπάθειες για εύρεση εργασίας» (Λ1).

«Έμενα απλά μου προτάθηκε αυτή η θέση μέσω του Σ.Ο.Ψ.Υ. Η ιδέα αυτή μου άρεσε κι έτσι δέχτηκα» (Λ2).

«Αν δεν υπήρχαν χρηματοδοτούμενα προγράμματα δύσκολα προσλαμβάνουν κάποιον για εργασία, ειδικότερα εάν το άτομο αυτό συγκαταλέγεται στη κατηγορία ΑμεΑ. Στις περιπτώσεις που προσλαμβάνονται συνήθως αυτό έχει διάρκεια ενός χρόνου, ενώ συχνά επιθυμούν το άτομο που προσλαμβάνουν να είναι μικρής ηλικίας» (Λ4).

Εν συνεχεία, οι λήπτες ερωτήθηκαν εάν υπήρξαν κάποια εμπόδια κατά την αναζήτηση εργασίας.

«Κατά τη γνώμη μου, το στίγμα αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην εύρεση εργασίας, καθώς όταν ακούνε πως πρόκειται για ψυχικά ασθενή, οι περισσότεροι διστάζουν. Δεν πιστεύω πως θα εξαλειφθεί ποτέ το στίγμα, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια» (Λ2).

Η ερώτηση που ακολούθησε αφορούσε το στίγμα, που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια, ως ένα από τα κυριότερα εμπόδια για την εύρεση εργασίας.

«Θεωρώ πως εμείς οι ίδιοι οι πάσχοντες αυτό-στιγματιζόμαστε για την ψυχική μας κατάσταση. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι εξαιτίας της ψυχικής τους δυσκολίας δεν είναι σε θέση να εργαστούν και αδυνατούν να παλέψουν για τον εαυτό τους. Δυστυχώς, όμως, και ο στιγματισμός από την κοινωνία είναι επιζήμιος, αλλά θεωρώ πως αν το άτομο έχει ξεκαθαρίσει μέσα του την

κατάστασή του και την έχει αποδεχτεί, δεν επιτρέπει να τον προσδιορίσει και να τον επηρεάσει αυτό που πιστεύει ο απέναντί του γι' αυτόν» (Λ1).

«Τουλάχιστον σε έμενα δεν στάθηκε εμπόδιο το στίγμα, καθώς δεν έχω έρθει αντιμέτωπος με κάτι ανάλογο. Στην πρώτη μου δουλειά δεν ήξεραν για την ψυχική μου κατάσταση, στην δεύτερη ήμουν μέσω του Ο.Α.Ε.Δ. και εργαζόμουν ως ΑμεΑ και τέλος στο Καφέ δεν συνάντησα κάποιο αντίστοιχο πρόβλημα» (Λ4).

Κατόπιν, ερωτήθηκαν εάν θεωρούν πως τόσο οι εργοδότες όσο και οι εργαζόμενοι είναι προκατειλημμένοι έναντι της ψυχικής ασθένειας ενός εργαζόμενου.

«Θεωρώ πως όταν κάποιος ψυχικά ασθενής αποφασίσει να εργαστεί βρίσκεται σε ένα καλό λειτουργικό επίπεδο. Ωστόσο, ακόμη κι έτσι, κάποιοι εργοδότες στο άκουσμα της ψυχικής ασθένειας του εργαζόμενου τον στιγματίζουν. Το άτομο αυτό, όμως, θα πρέπει να έχει το σθένος να υπερασπιστεί τον εαυτό του και τις δυνάμεις του και να ζητήσει από τον εργοδότη μια ευκαιρία. Στην περίπτωση, που κρίνει ο εργοδότης, ότι το άτομο αυτό δεν είναι ικανό για αυτήν την δουλεία, μπορεί να το αποδεσμεύσει, όχι όμως να τον απορρίψει κατευθείαν εξαιτίας της ψυχικής του δυσκολίας» (Λ1).

«Μερικές φορές οι εργοδότες είναι προκατειλημμένοι απέναντι σε ψυχικά ασθενείς, που αναζητούν εργασία. Απτό παράδειγμα, αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών δεν εργάζεται» (Λ3).

«Σίγουρα υπάρχει προκατάληψη. Στο άκουσμα της ψυχικής ασθένειας ένας εργοδότης δυσκολεύεται να προσλάβει έναν ψυχικά ασταθή, ειδικότερα όταν έχει προηγηθεί κάποιο γεγονός με κάποιον που προκάλεσε πρόβλημα και παρουσιάζουν πως αυτό ήταν απόρροια της ψυχικής του ασθένειας. Σε αυτό οφείλεται, όμως, και ο τρόπος που το παρουσιάζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, καθώς αναφέρουν μόνο την μια πλευρά. Ωστόσο, αξίζει να αναφέρω πως είναι και στο χέρι μας και στο χέρι των Συλλόγων, ώστε να αλλάξει το συγκεκριμένο τοπίο, πράγμα που έχει αλλάξει ήδη στο εξωτερικό» (Λ4).

Έπειτα, κλήθηκαν να απαντήσουν, σχετικά με το εάν πιστεύουν πως μέσα από την επαγγελματική τους αποκατάσταση μειώθηκε ο στιγματισμός, καθώς κι αν βοήθησε στην κοινωνική τους ένταξη.

«Κατά την γνώμη μου, αν κάποιος αισθάνεται αποκομμένος από την κοινωνία, η επαγγελματική αποκατάσταση του ανοίγει τον δρόμο προς την κοινότητα. Θεωρώ πως η εργασία συμβάλει σε πολλά κομμάτια. Την αντιμετωπίζουμε αρχικά ως εργοθεραπεία και ύστερα αποτελεί δουλειά για εμάς. Πιο συγκεκριμένα, εκεί που εργάζομαι μαζί με τους συνεργάτες μου πρώτα αντιμετωπίζουμε την δουλειά σαν εργοθεραπεία που μας βοηθάει, καθώς εκτελούμε έργο και έπειτα το βλέπουμε ως κάτι που μας προσφέρει μισθό. Όσον αφορά τη μείωση του στίγματος, όπως προείπα, αυτό ξεκινά από το αν αποβάλλουμε πρώτα οι ίδιοι τον στιγματισμό που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια» (Λ1).

«Πάρα πολύ. Ένα απτό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός πως όταν έρχονταν στο Καφέ κάποιοι με ρωτούσαν για ποιο λόγο εργάζομαι εκεί και αν έχω κάποιο πρόβλημα» (Λ4).

Στην ερώτηση που αφορούσε το θέμα της ύπαρξης ευκαιριών εργασίας στον ελλαδικό χώρο, οι οποίες καλύπτονται από το νομικό πλαίσιο, οι απαντήσεις δεν ήταν εκτενείς, καθώς οι σχετικοί νόμοι δεν είναι γνώριμοι στο ευρύ κοινό.

«Υπάρχουν ευκαιρίες, αλλά το ζήτημα είναι το ίδιο το άτομο να θέλει να εργαστεί και να το κυνηγήσει, γιατί από εκεί ξεκινάνε όλα» (Λ1).

«Νόμοι υπάρχουν, ωστόσο δεν εφαρμόζονται» (Λ4).

Ακολούθησε μια πιο ειδική ερώτηση, για το εάν είναι ενήμεροι σχετικά με άλλα προγράμματα απασχόλησης που απευθύνονται σε λήπτες στη περιοχή της Πάτρας. Και οι τέσσερις περιπτώσεις είχαν γνώσεις περί του θέματος.

«Πέρα από τις ευκαιρίες που παρέχει ο Κοι.Σ.Π.Ε., γνωρίζω και για το Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ που έχει δημιουργηθεί με πρωτοβουλία του Σ.Ο.Ψ.Υ., όπου εργάζονται άτομα με ψυχικές παθήσεις» (Λ1).
«Υπάρχει ο Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, όπου απ’ όσο γνωρίζω απασχολεί άτομα στο Νοσοκομείο του Ρίου στα πλυντήρια, στο κηροπλαστείο και τέλος είμαι ενήμερος για τα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ.» (Λ4).

Επιπροσθέτως, η επόμενη ερώτηση σχετιζόταν με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών μέσα από την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

«Ναι, σε σημαντικό βαθμό. Απτό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι έχω δημιουργήσει οικογένεια και δεν έχω αφήσει την ψυχική μου κατάσταση να με καθορίσει και να με κρατήσει πίσω, ενώ από την άλλη συνεχώς εξελίσσομαι» (Λ1).

«Ναι την βελτίωσε σημαντικά, καθώς με έκανε πιο αυτόνομο» (Λ2).

Τα άτομα ερωτήθηκαν εάν είναι ευχαριστημένα μέσα από τις ευκαιρίες, που τους έχουν δοθεί. Οι απαντήσεις δεν ήταν επαρκείς, καθώς μόνο ένας εκ των τεσσάρων απάντησε στο παραπάνω ερώτημα.

«Ναι είμαι ευχαριστημένος, αλλά τώρα που είναι κλειστές οι ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’, λυπάμαι πολύ» (Λ2).

Το ερώτημα σχετικά με την ικανοποίηση από το ωράριο και τις απολαβές των ληπτών από την εργασία τους απαντήθηκε ως εξής.

«Όσον αφορά τις απολαβές, το διάστημα αυτό που η καφετέρια είναι κλειστή δεν πληρωνόμαστε. Παράλληλα, όμως, λαμβάνω το ανάλογο προνοιακό επίδομα. Σχετικά με το ωράριο εργασίας, θα έλεγα ότι είναι μια χαρά» (Λ3).

«Όσον αφορά το ωράριο ήμουν ιδιαίτερα ευχαριστημένος. Ωστόσο, πλέον καθώς λαμβάνω αναπηρική σύνταξη στο Καφέ μπορώ να προσφέρω εθελοντική εργασία για 6 ώρες την εβδομάδα κι αυτό διότι είμαι μέλος του Σ.Ο.Ψ.Υ. Στην περίπτωση την δική μου λόγω του ότι είμαι συνταξιούχος αναπηρίας, δεν λαμβάνω το ανάλογο προνοιακό επίδομα, καθώς είμαι συνταξιούχος του Ι.Κ.Α. Όταν εισέπραττα το επίδομα του Ο.Α.Ε.Δ., το έδινα στο Ι.Κ.Α., ώστε να συμπληρωθούν τα ένσημα. Με τον τρόπο αυτό κατάφερα να συγκεντρώσω 1001 ένσημα, κάτι που μου εξασφάλισε την τωρινή αναπηρική σύνταξη» (Λ4).

Καθώς η συνέντευξη έφθανε στο τέλος της, μια από τις ερωτήσεις ήταν για την υποστήριξη, που είχαν λάβει οι συνεντευξιαζόμενοι από την Μονάδα Ψυχικής Υγείας, τόσο πριν όσο και ύστερα από την εύρεση εργασίας.

«Πριν βρω εργασία μέσα από το Κοι.Σ.Π.Ε. βρέθηκα στο Σ.Ο.Ψ.Υ., όπου είχα ιδιαίτερη υποστήριξη πριν βρεθώ στον επαγγελματικό αυτό στίβο. Αφότου εργάστηκα, με βοήθησε ιδιαίτερα και η ομάδα του Κοι.Σ.Π.Ε., όπως και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας» (Λ1).

«Αφότου εντάχθηκα στο συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είχαν αναλάβει την καθοδήγηση μας, καθώς και την υποστήριξή μας σε καθετί που μας προβλημάτιζε» (Λ3).

Οι παρακάτω απαντήσεις αντιστοιχούν στο ερώτημα σχετικά με την γνώμη των συνεντευξιαζόμενων για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αρμόδιους για την ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη.

«Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συμβάλλουν σε μέγιστο βαθμό. Αρχικά, μέσω της συζήτησης, καθώς σου προσφέρουν ιδέες, που τυχόν δεν έχεις φανταστεί. Επίσης, σου δίνουν την δυνατότητα να τους αντιμετωπίσεις ως φίλους που μπορείς να τους εμπιστευτείς κάποιους προβληματισμούς και συγχρόνως να σε βοηθήσουν να τους καταρρίψεις. Η Ψυχίατρος που με παρακολουθούσε πριν χρόνια με προέτρεψε να εμπιστευθώ και κάποιον Κοινωνικό Λειτουργό. Γενικότερα, θεωρώ πως αν δεν υπήρχαν Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι ψυχικά πάσχοντες δεν θα μπορούσαν να προχωρήσουν και να σημειώσουν βήματα και πρόοδο» (Λ1).

«Είναι μεγάλη η υποστήριξη, που έχω λάβει σχετικά με τη λήψη του επιδόματος, καθώς και στο κομμάτι της εργασίας» (Λ2).

«Ο Κοινωνικός Λειτουργός που είναι υπεύθυνος στο Καφέ, αρχικά, μας ενημέρωσε για το άνοιγμα της συγκεκριμένης καφετέριας και για την διεξαγωγή σεμιναρίου σχετικά με τη συγκεκριμένη δουλειά. Επίσης, ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικός, αλλά και παρεμβατικός σε θέματα που μας απασχολούν» (Λ3).

«Προσωπικά θεωρώ πως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κάνουν πολύ καλύτερα την δουλειά τους, ακόμα και από τους Ψυχιάτρους» (Λ4).

Το τελευταίο σκέλος της ενότητας αυτής πραγματεύεται για το αν η πολιτεία αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, ώστε να βοηθήσει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να βρουν εργασία, καθώς και τις προτάσεις των ληπτών πάνω στο θέμα αυτό.

«Θεωρώ πως οι αρμόδιοι φορείς και κυρίως ο Κοι.Σ.Π.Ε. ασχολούνται με το κομμάτι της προώθησης στην απασχόληση των ψυχικά ασθενών, όπως και οι Σύλλογοι για ΑμεΑ. Όσον αφορά την πολιτεία της Πάτρας δεν γνωρίζω αν αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για κάτι ανάλογο που να στοχεύει τους ψυχικά πάσχοντες. Προσωπικά, είχα σκεφτεί η ίδια ως μέλος στο Σωματείο ''Σθένος'' να προσεγγίσω τον Δήμαρχο, ώστε να μας γνωρίσει και να καταλάβει πως θέλουμε να ακουστεί η φωνή μας στην κοινωνία. Θεωρώ πως και τα ίδια τα άτομα χρειάζεται να λαμβάνουν πρωτοβουλίες, αλλά έχοντας και μια μικρή βοήθεια από τους ανώτερους για να πραγματοποιηθεί μια συλλογική προσπάθεια» (Λ1).

«Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία προσπαθεί να προωθήσει στην εργασία, αλλά επικεντρώνεται κυρίως στα Άτομα με Αναπηρία. Η πολιτεία εμάς του λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας μας αφήνουν απ' έξω κατά 80% και δεν αναλαμβάνει τέτοιου είδους πρωτοβουλίες. Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις, όπου δημιουργούνται ορισμένα προγράμματα όπως είναι τα voucher, δηλαδή τα προγράμματα εκπαιδευτικού χαρακτήρα, αλλά δεν επικεντρώνονται στην επαγγελματική αποκατάσταση» (Λ4).

5.5.2. Φροντιστές – Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν βασίζονται στους βασικούς άξονες, οι οποίοι παρουσιάστηκαν παραπάνω. Οι βασικοί άξονες αντικατοπτρίζουν τις θεματικές ενότητες και πιο συγκεκριμένα πρόκειται για α) τα στοιχεία του κοινωνιολογικού προφίλ, β) την καταγραφή του προβλήματος της ψυχικής υγείας, γ) την εργασιακή κατάσταση του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τέλος δ) την καταγραφή των γενικότερων απόψεων, που επικρατούν όσον αφορά την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αξίζει να σημειωθεί, πως ο Φ1 δεν έχει απαντήσει στη θεματική αυτή ενότητα για την εργασιακή κατάσταση, καθώς το παιδί του δεν εργάσθηκε σε κάποιο από τα προγράμματα, που απασχολούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το διάστημα εκείνο κατά το οποίο αντιμετώπιζε προβλήματα ψυχικής υγείας.

- **Στοιχεία από το Κοινωνιολογικό Προφίλ**

Το πρώτο σκέλος της ενότητας αυτής αφορούσε τα γενικότερα στοιχεία των φροντιστών, όπως είναι η ηλικία, η εκπαίδευσή τους κι άλλα.

«Είμαι 63 ετών και είμαι συνταξιούχος από το 1999. Είμαι απόφοιτος Λυκείου και μετέπειτα εργάσθηκα ως δημόσιος υπάλληλος σε τράπεζα. Το 2006 γνώρισα το Σ.Ο.Ψ.Υ., όπου και δραστηριοποιήθηκα μέσα στο Σύλλογο τόσο σε θέματα βοηθητικά όσο και σε θέματα διοικητικά. Έχω ασχοληθεί εκτενώς όσον αφορά τη ψυχική υγεία και συνεχίζω να ασχολούμαι με το συγκεκριμένο αντικείμενο αρκετά χρόνια, καθώς θέλω να προσφέρω την βοήθεια μου σε όσους μπορώ» (Φ1).

«Είμαι 63 ετών και πλέον είμαι συνταξιούχος εκπαιδευτικός από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Επίσης, είμαι ενταγμένος στο Σ.Ο.Ψ.Υ. τα τελευταία 7 χρόνια και πλέον ανήκω στο Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου» (Φ2).

«Είμαι 72 χρονών και είμαι απόφοιτος του εξατάξιου Γυμνασίου, που λειτουργούσε την εποχή που αποφοίτησα. Έχω δουλέψει ως δημόσιος υπάλληλος για 25 περίπου χρόνια και τώρα είμαι συνταξιούχος. Επίσης, τα τελευταία χρόνια ασχολούμαι εθελοντικά με τα διοικητικά ζητήματα που αφορούν το Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ3).

Ύστερα, ερωτήθηκαν σχετικά με το επάγγελμά τους και τις ασχολίες τους, καθώς και το πόσα χρόνια έχουν εργασθεί. Και οι τρεις φροντιστές πλέον είναι συνταξιούχοι, ενώ ασχολούνται σε διοικητικό βαθμό με το Σ.Ο.Ψ.Υ.

«Εργαζόμουν ως δημόσιος υπάλληλος σε τράπεζα για 25 χρόνια. Επίσης, όταν συνταξιοδοτήθηκα, ασχολήθηκα για πέντε χρόνια με το Άσυλο Ανιάτων Πατρών. Πλέον, στον ελεύθερο μου χρόνο απασχολούμαι με το ράψιμο και φυσικά με το Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ1).

Η τελευταία ερώτηση της ενότητας αυτής σχετιζόταν με το αν οι φροντιστές έχουν άλλα παιδιά, καθώς και ποια είναι η σχέση μεταξύ των αδελφών.

«Έχω 3 παιδιά, 2 κορίτσια κι ένα αγόρι. Έχουν πάρα πολύ καλές σχέσεις μεταξύ τους, θα έλεγα μία σχέση αλληλοβοήθειας. Συγκεκριμένα, η μία κόρη μου, που είναι επαγγελματίας ψυχικής υγείας, βοηθά πολύ στο ψυχολογικό κομμάτι τον αδερφό της» (Φ2).

«Έχω δυο παιδιά, ένα αγόρι 46 ετών και ένα κορίτσι 44 ετών. Η σχέση μεταξύ τους είναι σε γενικές γραμμές καλή, δεν λείπουν, όμως, οι μικροί διαπληκτισμοί, όπως εξάλλου και σε κάθε αδερφική σχέση» (Φ3).

- **Καταγραφή Προβλήματος Ψυχικής Υγείας**

Σε αυτή την ενότητα παραθέτονται τα στοιχεία, τα οποία δόθηκαν από τους φροντιστές σχετικά με το πρόβλημα ψυχικής υγείας του παιδιού τους. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζει το παιδί τους αναφορικά με την ψυχική του υγεία.

«Αντιμετώπισα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όλοι οι άνθρωποι μέχρι να καταλάβουν και να αισθανθούν ότι κάτι πρέπει να κάνουν, προκειμένου να βοηθήσουν τον άνθρωπο τους. Ξεκίνησε με αποχή από τα μαθήματα και το σχολείο, συνεχίστηκε με απομόνωση από τις παρέες και τέλος δημιουργήθηκε έντονος αυτό-στιγματισμός. Όλα αυτά αποτελούσαν αλυσιδωτά γεγονότα, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά τον εκάστοτε λήπτη. Αξίζει να αναφερθεί πως πρόκειται για μία συναισθηματική διαταραχή, η οποία ωστόσο δεν επηρέασε τη λειτουργικότητα του παιδιού. Παρ' όλα αυτά, είχε αρνητικό αντίκτυπο στην επικοινωνία με τον υπόλοιπο κόσμο» (Φ1).

«Αντιμετωπίζει δυσκολίες στο φάσμα της διπολικής διαταραχής και της υπομανίας» (Φ2).

«Εδώ και 24 χρόνια έχει ξεκινήσει η περιπέτεια με την ψυχική υγεία της κόρης μου. Αυτό ξεκίνησε κατά την φοιτητική περίοδο, όταν ήταν 20 ετών. Ήταν για μια αρκετά δύσκολη κατάσταση, κυρίως στις αρχές, καθώς η ίδια ξεκίνησε να έχει παραισθήσεις και νόμιζε πως κάποιος την κυνηγάει. Παρόλ' αυτά παίρνει την αγωγή της και έχει ισορροπήσει σε μεγάλο βαθμό, χωρίς να λείπουν βέβαια οι εξάρσεις και τα ξεσπάσματα. Ακόμα, διαθέτει κάποια ερωτήματα που την ταλανίζουν, όπως το ''γιατί να μου συμβεί αυτό''» (Φ3).

Μετέπειτα, ερωτήθηκαν για το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου γεγονότος, το οποίο τυχόν οδήγησε σε αλλαγές στη διάθεσή τους.

«Ακόμα και σήμερα δεν μπορώ να υποθέσω πως υπήρξε κάποιο συγκεκριμένο γεγονός, το οποίο τυχόν να τον επηρέασε. Αντιθέτως, μπορώ να πω πως ήταν ένα υπερδραστήριο παιδί, το οποίο δεν σου έδινε την εικόνα πως θα συμβεί κάτι. Η αλήθεια είναι πως δεν είχε φίλους. Μπορώ να πω πως πολλές φορές με την γυναίκα μου υπήρχαν κάποιες διαφορές, αναφορικά με

την διαπαιδαγώγησή του, αλλά δεν υπήρχε πίεση ούτε και τσακωμοί μέσα στο σπίτι, ώστε να τον επηρεάσουν σε αρνητικό βαθμό» (Φ2).

«Πρόκειται για μια κοπέλα με ιδιαίτερα δυνατό μυαλό. Θα την χαρακτήριζα πολύ έξυπνη και θεωρώ πως η ψυχική της περιπέτεια ίσως είναι απόρροια του υψηλού δείκτη νοημοσύνης που διαθέτει» (Φ3).

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την χρονική περίοδο, που εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα, καθώς και ποια ήταν η πρώτη τους κίνηση.

«Τα πρώτα σημάδια ξεκινήσαμε να τα παρατηρούμε στην ηλικία των 21 ετών. Στην αρχή πανικοβλήθηκα, καθώς είχα άγνοια των πραγμάτων. Ωστόσο, μετά τον πανικό πρέπει να αρχίσεις να ψάχνεις, διαφορετικά θα "χαθείς" μαζί με την υπόλοιπη οικογένεια, πράγμα επιζήμιο. Η πρώτη μας κίνηση ήταν να έρθουμε σε επαφή με την Ψυχίατρο μας, η οποία με την σειρά της μας οδήγησε στο Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ1).

«Τα πρώτα έντονα συμπτώματα εμφανίστηκαν στην ηλικία των 11 με 12 ετών, όταν πραγματοποιήθηκε η μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο. Τα συμπτώματα αυτά αφορούσαν, κυρίως, τις ιδεοληψίες, ανεπιθύμητες δηλαδή σκέψεις που προκαλούσαν εσωστρέφεια και δυσφορία. Ωστόσο, προϋπήρχαν κάποια άλλα συμπτώματα, όπως το ότι ίδρωναν τα χέρια του όταν έγραφε, ενώ παράλληλα υπήρχε μία ανασφάλεια και μία φοβία με τους συμμαθητές του. Με άλλα λόγια, ήταν αυτό που λέμε το λίγο ''μαζεμένο'' παιδί. Η πρώτη μας κίνηση ήταν να απευθυνθούμε σε ψυχολόγο, ενώ από τα 15 έτη του μπήκε στο πρόγραμμα ο Ψυχίατρος, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή» (Φ3).

Η συζήτηση συνεχίστηκε ρωτώντας σχετικά με το ποιος πήρε την πρωτοβουλία για αναζήτηση βοήθειας. Επίσης, ερωτήθηκαν, αν τυχόν υπήρξε κάποιος ειδικός ιατρός, ο οποίος του παρέπεμψε σε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Και στις τρεις περιπτώσεις, την πρωτοβουλία την ανέλαβε κάποιος από το οικογενειακό περιβάλλον.

«Προσωπικά, ο πανικός με οδήγησε στην κατάθλιψη και την απάθεια, αλλά ένα από τα παιδιά μου με προέτρεψε να πάμε στον γιατρό, ώστε να μάθουμε γι' αυτό εκτενέστερα. Έτσι, λοιπόν, πρώτη μας κίνηση ήταν να έρθουμε σε επαφή με την Ψυχίατρο μας, η οποία με την σειρά της μας οδήγησε στο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πρόκειται για μία κίνηση σωτήρια, η οποία μου έδωσε πάλι ζωή» (Φ1).

«Αρχικά απευθυνθήκαμε σε έναν Νευρολόγο, ο οποίος της συνέστησε ένα χάπι και την παρέπεμψε σε έναν Ψυχίατρο, ο οποίος της έδωσε αγωγή. Ο ίδιος την παρακολουθούσε για αρκετά χρόνια. Έπειτα, επισκεφτήκαμε μια άλλη γιατρό που την παρακολουθούσε για πάνω από δέκα χρόνια. Το τελευταίο διάστημα παρακολουθείται από την Ψυχίατρο του Σ.Ο.Ψ.Υ. Εγώ, ο πατέρας της και ο αδερφός της την προτρέψαμε στο να αναζητήσει βοήθεια» (Φ3).

Στην ερώτηση σχετικά με το αν χρειάστηκε να νοσηλευτούν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για πόσο χρονικό διάστημα, ενημερωθήκαμε πως οι δυο εξ' αυτών δεν χρειάστηκαν κάποιου είδους νοσηλεία.

«Νοσηλεύτηκε δύο φορές στο Νοσοκομείο. Την πρώτη φορά νοσηλεύτηκε για 6 μέρες, ενώ την δεύτερη φορά νοσηλεύτηκε για 10 με 11 μέρες, γιατί έπρεπε να της χορηγηθεί ένα φάρμακο. Η χορήγηση αυτή ήταν δυνατόν να γίνει μόνο στα πλαίσια του Νοσοκομείου» (Φ3).

Στο ερώτημα σχετικά με την τωρινή λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της ψυχικής τους κατάστασης ειπώθηκαν τα παρακάτω.

«Πλέον, δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, εκείνο το διάστημα του είχε χορηγηθεί η ανάλογη φαρμακευτική αγωγή» (Φ1).

«Ναι, από τα 15 έτη του λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συστηματικά, χωρίς να την παραλείπει» (Φ2).

Φθάνοντας προς το τέλος της συγκεκριμένης θεματικής ενότητας ζητήθηκε στους συνεντευξιαζόμενους να απαντήσουν, εάν είχε προκύψει κάποιο περιστατικό υποτροπής κι αν ναι πως αντιμετωπίστηκε.

«Όχι, δεν έχουν υπάρξει περιστατικά υποτροπών. Το 2018 ''χάσαμε'' τη μητέρα του, ωστόσο το αντιμετώπισε ψύχραιμα» (Φ2).

«Η υποτροπή που έχω διαπιστώσει κυμαίνεται σε φυσιολογικά πλαίσια, παραδείγματος χάρη μπορεί να παρατηρηθεί κάποιος εκνευρισμός ή κάποιου είδους μελαγχολία. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάει με την Ψυχίατρο, που την καθησυχάζει κι αν χρειαστεί ίσως της αυξήσει λίγο το αντικαταθλιπτικό» (Φ3).

Τέλος, η ερώτηση είχε να κάνει με το αν το τρέχον διάστημα παρακολουθείται το παιδί τους από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας και κατά πόσο έχει βοηθηθεί από αυτόν.

«Το διάστημα αυτό όχι. Όμως, όταν εμφανίστηκαν οι δυσκολίες, που προαναφέρθηκαν, υπήρχε παρακολούθηση και πιο συγκεκριμένα από Ψυχίατρο» (Φ1).

«Παρακολουθείται από την Ψυχίατρο του Σ.Ο.Ψ.Υ., όπως προανέφερα. Η ίδια την τονώνει, την καθησυχάζει και γενικότερα την ενισχύει σε πολλά κομμάτια» (Φ3).

- **Εργασιακή Κατάσταση**

Στη παρούσα ενότητα πραγματεύονται θέματα σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των παιδιών των φροντιστών. Αξίζει να αναφερθεί, πως στις παρακάτω ερωτήσεις ο Φ1 δεν προέβη σε απαντήσεις, καθώς το παιδί του δεν εργάσθηκε σε κάποιο από τα προαναφερθέντα προγράμματα το χρονικό διάστημα κατά το οποίο αντιμετώπιζε προβλήματα με την ψυχική του υγεία. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε στη διευκρίνιση του επαγγέλματος, καθώς και το πόσο καιρό το ασκεί/ασκούσε.

«Εργαζόταν για 1,5 με 2 μήνες στον καθαρισμό ιματισμού του Νοσοκομείου ‘‘Αγίου Ανδρέα’’, μέσω του Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’. Παρ’ όλα αυτά τα τελευταία 2 χρόνια πηγαίνει και βοηθά έναν γνωστό μας στο μαγαζί του. Όπως καταλαβαίνετε, μιλάμε για ένα παιδί δημιουργικό, που του αρέσει η επαφή με τον κόσμο, αλλά και να προσφέρει. Επίσης, αξίζει να αναφερθώ στο γεγονός ότι έχει αποφοιτήσει από Ι.Ε.Κ. Νοσηλευτικής και Ι.Ε.Κ. Συντήρησης Έργων Τέχνης» (Φ2).

«Έχει αποφοιτήσει από τη Σχολή της Λογοθεραπείας, όμως δεν εξάσκησε το επάγγελμα, λόγω της περιπέτειας που παρουσίασε η υγεία της. Πριν πέντε έτη εισήχθη σε ένα πεντάμηνο κοινωφελές πρόγραμμα στο Υπουργείο Συγκοινωνιών, όπου είχε αναλάβει την ταξινόμηση των φακέλων. Επιπρόσθετα, τον περασμένο Ιούνιο εισάχθηκε σε δεκάμηνο κοινωφελές πρόγραμμα του Δήμου, όπου αναλαμβάνουν το καθάρισμα κάποιων υπηρεσιών. Τέλος, ασχολείται εθελοντικά με διοικητικά ζητήματα του Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ3).

Το ακόλουθο ερώτημα είχε να κάνει με το εάν οι λήπτες είχαν κάποια προηγούμενη εργασιακή εμπειρία κι αν ναι, πάνω σε ποιο αντικείμενο.

«Όχι» (Φ2).

«Είχε δουλέψει για ένα διάστημα στο Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’, όπου της άρεσε πολύ» (Φ3).

Στην συνέχεια, ερωτήθηκαν οι φροντιστές σχετικά με το πώς ενημερώθηκαν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη συγκεκριμένη θέση, καθώς και για το αν ήταν εύκολη η εύρεση αυτής.

«Για τη συγκεκριμένη εργασία ενημερώθηκε από την Κοινωνική Λειτουργό του Σ.Ο.Ψ.Υ. Γενικά, η εύρεση εργασίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους λήπτες. Επίσης, αυτά τα παιδιά θεωρώ πως είναι απαραίτητο να έχουν μία ομπρέλα προστασίας, δηλαδή να υπάρχει ένας άνθρωπος που θα δείχνει αγάπη και θα τους μιλάει ήρεμα χωρίς να τους δημιουργεί άγχος. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, διότι οι λήπτες δεν μπορούν να διαχειριστούν πολλά πράγματα ταυτόχρονα και δεν είναι ικανοί στον να πραγματοποιούν σύνθετες δουλειές» (Φ2).

Ύστερα, η συζήτηση συνεχίστηκε με ερωτήσεις, που αφορούσαν τις πρώτες μέρες στην εργασία, καθώς και τις αρχικές τους εντυπώσεις.

«Ήταν ενθουσιασμένος και του άρεσε πάρα πολύ. Ωστόσο, υπήρχε μία υπεύθυνη στο χώρο εργασίας, η οποία ήταν ιδιαίτερα απαιτητική κι αυτό ήταν κάτι που δεν τον βοήθησε στην προσαρμογή του εκεί» (Φ2).

«Η ίδια έβλεπε την εργασία σαν μια ευκαιρία να απασχολείται με κάτι. Ήταν πολύ πειθαρχημένη, απασχολούνταν πλήρες ωράριο, χωρίς να προκύψουν κάποιες δυσκολίες. Το γεγονός ότι εργαζόταν, την βοήθησε να αλλάξει το περιβάλλον της, καθώς για πολλά χρόνια ήταν κλεισμένη στο σπίτι και φοβισμένη γενικότερα. Αργότερα απέβαλε αυτή την φοβία, σκεπτόμενη ότι πρέπει να φροντίσει το παιδί της. Με την δουλειά της είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένη, καθώς βγαίνει από το σπίτι της και επίσης επικοινωνεί και συναναστρέφεται με κόσμο, γεγονός που βοηθάει ιδιαίτερα την ψυχική της κατάσταση» (Φ3).

Στην ερώτηση που αφορούσε το ενδεχόμενο ένταξης του λήπτη σε κάποιο πρόγραμμα του Ο.Α.Ε.Δ. παλαιότερα, απαντήθηκε το παρακάτω. Αξίζει να σημειωθεί, πως κανένας από τους δύο λήπτες δεν διέθετε εμπειρία από κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα.

«Όχι, αλλά γενικά είναι ένα παιδί που ψάχνεται αρκετά» (Φ2).

Ακολούθησε ερώτηση σχετικά με την λήψη προνοιακού επιδόματος.

«*Λαμβάνει το ανάλογο χρηματικό ποσό του προνοιακού επιδόματος Κ.Ε.Π.Α.*» (Φ3).

Κατόπιν, τους ζητήθηκε να απαντήσουν για το ενδεχόμενο ύπαρξης δυσκολιών στον επαγγελματικό τους χώρο, καθώς κι αν είχε τύχει να έρθουν αντιμέτωποι με περιστατικό υποτροπής κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

«Όχι, δεν είχε υπάρξει κάποιο τέτοιο περιστατικό. Ωστόσο, αν έχει περάσει κάποιο, θα ήταν πολύ ήπιο όπως μία μικρή απομόνωση ή ένα εσωτερικό ‘‘πέσιμο’’, που δεν φανερώνεται αισθητά» (Φ2).

«Όχι, ανταπεξήλθε σε ικανοποιητικό βαθμό. Η ίδια αναστατώθηκε αρκετά μόνο όταν παρουσιάστηκε ένα περιστατικό ενός ατόμου με κορωνοϊό που ήρθε στην δουλειά της και φοβήθηκε πολύ. Τότε, την έπιασε τρέμουλο, ύστερα, όμως, την καθησύχασαν» (Φ3).

Στο ερώτημα για το αν οι φροντιστές χαίρονται με το γεγονός ότι το παιδί τους εργάζεται κι αν θεωρούν πως το γεγονός αυτό έχει συμβάλει στην αντίστοιχη αυτονομία τους, απαντήθηκε το εξής.

«Ναι, ήταν πάρα πολύ ευχάριστο. Έχει βοηθήσει σημαντικά στην ανεξαρτησία του. Συγκεκριμένα, τους τελευταίους 2 με 3 μήνες βρίσκεται σε μία φάση, όπου αυτονομείται, καθώς ζει μόνος του σε ένα σπίτι δίπλα από την αδερφή του. Η αλήθεια είναι πως αυτό είναι κάτι που το ζητάει, πράγμα που σημαίνει πως έχει βοηθηθεί μέσα από αυτό. Βέβαια, ξέρει πως από πάνω του υπάρχει μία ‘‘ομπρέλα’’ προστασίας είτε από μεριάς μου είτε από τις αδερφές του για το οτιδήποτε συμβεί» (Φ2).

Μετέπειτα, ερωτήθηκαν σχετικά με το αν οι λήπτες είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, καθώς κι αν έχουν διαπιστώσει διαφορά στη διάθεσή τους σε σχέση με πριν, που δεν εργάζονταν.

«Ναι, είναι ικανοποιημένη. Αρχικά, ήταν ευχαριστημένη από το γεγονός ότι άλλαζε περιβάλλον, πέραν του σπιτιού της. Έπειτα είναι η κοινωνικοποίηση, η συνδιαλλαγή και συναναστροφή με κόσμο, που την βοήθησε να τονώσει την αυτοπεποίθησή της» (Φ3).

Η τελευταία ερώτηση της ενότητας πραγματεύεται το κατά πόσο η εργασία έχει συμβάλλει στη ποιότητα ζωής του ατόμου.

«Πρόκειται για ένα παιδί με δυνατό χαρακτήρα όπου μέσα του πηγάζει μία εσωτερική δύναμη. Συγκεκριμένα, η γυναίκα μου διέθετε ένα κατάστημα, στο οποίο ο γιος μας πήγαινε από μικρός και υπήρχε από τότε η επαφή με τον κόσμο. Το λέω από την άποψη πως δεν ήταν ένα "παιδί του διαμερίσματος", το οποίο δεν είχε συναλλαγές με τον κόσμο. Αντίθετα, μιλάμε για ένα κοινωνικό και εύστροφο παιδί, του οποίου η ποιότητα ζωής δεν επηρεάστηκε σημαντικά» (Φ2).

«Εννοείται έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής της προς το καλύτερο, καθώς έχει ανεξαρτητοποιηθεί νοητικά και οικονομικά, ενώ παράλληλα έχει αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση» (Φ3).

- **Καταγραφή Απόψεων για την Προώθηση στην Απασχόληση**

Πρόκειται για τον τελευταίο άξονα των συνεντεύξεων, όπου καλύπτονται οι γενικότερες απόψεις των φροντιστών γύρω από την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το πρώτο ερώτημα είχε να κάνει με ποιο τρόπο η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλει στην κοινωνική ένταξη των ληπτών.

«Συμβάλει σε έναν πολύ σημαντικό βαθμό. Πρώτα απ' όλα, το άτομο έχει την δυνατότητα να ανεξαρτητοποιηθεί ακόμα και να ζήσει μόνο του κι έτσι να φτιάξει την ζωή του με τον δικό του τρόπο. Η εργασία είναι θεραπευτική για όλους τους ανθρώπους, όχι μόνο για τους λήπτες. Οι αλλαγές που προσφέρει η εργασία είναι τεράστιες. Αρχικά, αποδεικνύουν στον εαυτό τους και

μετέπειτα στους γύρω τους πως είναι ικανοί να εργαστούν. Επίσης, μέσα από την εργασία τα άτομα κοινωνικοποιούνται κι αισθάνονται ‘‘γεμάτοι’’» (Φ1).

«Η επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών είναι ένα πολύ δύσκολο κομμάτι όσον αφορά την απορρόφηση τους στον εργασιακό χώρο. Πρέπει οι εργοδότες να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένοι, ώστε να βοηθήσουν έναν ψυχικά ασθενή στην εργασιακή απασχόληση. Η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλει στην κοινωνική ένταξη μέσω της αυτοεκτίμησης, με την έννοια πως το άτομο είναι ικανό να προσφέρει στην κοινωνία. Επίσης, τους δίνεται η ευκαιρία να ‘‘σταθούν στα πόδια τους’’ και να αυτονομηθούν» (Φ2).

Ακολούθησε συζήτηση γύρω από την επάρκεια των ευκαιριών απασχόλησης για τους λήπτες, που υφίστανται γενικότερα στην Ελλάδα και ειδικότερα στη περιοχή της Πάτρας.

«Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετές ευκαιρίες απασχόλησης για τους λήπτες. Εν γένει, η εργασιακή αποκατάσταση των ανθρώπων μας είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Γίνονται βήματα για την αποκατάσταση τους, αλλά δυστυχώς με πολύ αργούς ρυθμούς. Η Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ είναι μία προσπάθεια που ξεκίνησε το 2015 και ξεκίνησε την λειτουργία της το 2016. Σκοπός της είναι η εργασιακή αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών του Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ1).

«Γενικά, για την Ελλάδα δεν γνωρίζω. Ειδικά, στην Πάτρα γνωρίζω για τα κοινωφελή προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ.» (Φ2).

«Δυστυχώς δεν είναι επαρκής, αν κρίνω από τα άμεσα περιστατικά του περιβάλλοντος μου, πόσο μάλλον από αυτά που ακούω καθημερινά από το Σ.Ο.Ψ.Υ.» (Φ3).

Κατόπιν οι συνεντευξιαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν για τα πιο συχνά εμπόδια, που συναντάει ένας λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την αναζήτηση εργασίας.

«Θεωρώ πως το πιο συχνό εμπόδιο είναι η ίδια η ασθένεια. Ένας εργοδότης δεν θα εμπιστευτεί εύκολα να έχει στον εργασιακό του χώρο ένα άτομο με κάποια ψυχική διαταραχή. Με αυτό τον τρόπο, γίνεται δυσκολότερη η απορρόφηση των ψυχικά ασθενών στην επαγγελματική απασχόληση» (Φ2).

«Το πιο συχνό εμπόδιο είναι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας» (Φ3).

Η συνέντευξη ακολούθησε ρωτώντας τους φροντιστές για το εάν θεωρούν πως οι εργοδότες, καθώς και οι εργαζόμενοι είναι προκατειλημμένοι έναντι της πρόσληψης ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

«Ναι, έχω διαπιστώσει πως υπάρχει ένας φόβος γύρω από την πρόσληψη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο φόβος αυτός σχετίζεται με το ότι ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στην "εικόνα" του εκάστοτε καταστήματος κι επομένως στον ίδιο τον εργοδότη» (Φ1).

«Ναι, πιστεύω πως ακόμα υπάρχει. Αν και μπορούμε να πούμε πως έχει "καλλιεργηθεί" λίγο το έδαφος σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Ωστόσο, κακά τα ψέματα η προκατάληψη γύρω από την ψυχική υγεία συνεχίζει να υπάρχει» (Φ2).

Εν συνεχεία, έγινε αναφορά στο εάν οι φροντιστές θεωρούν πως κάποιοι εργοδότες δεν προσλαμβάνουν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, φοβούμενοι πως θα παρουσιάσουν συμπτώματα και θα επηρεαστεί η εργασία τους, π.χ. με το να απουσιάσουν.

«Ναι, μπορεί να είναι κι αυτός ένας λόγος. Παρ' όλα αυτά τα πράγματα δεν είναι έτσι, καθώς αν ένα άτομο λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή και παρακολουθείται από ειδικό, μπορεί να τα καταφέρει και να βγάλει εις πέρας μία εργασία» (Φ2)

Ύστερα, τους ζητήθηκε να απαντήσουν εάν θεωρούν, πως το νομικό πλαίσιο στον ελλαδικό χώρο, που σχετίζεται με την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών, επαρκεί.

«Ναι, υφίσταται νομικό πλαίσιο, το οποίο όμως δεν τηρείται» (Φ1).

«Δεν το γνωρίζω καλά το νομικό πλαίσιο, αλλά πιστεύω πως είναι επαρκές σε ικανοποιητικό βαθμό» (Φ2).

«Όχι, δεν είναι επαρκές. Θεωρώ ότι από εκεί πηγάζουν όλα τα προβλήματα και πως οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα έπρεπε να έχουν επιπλέον παροχές, καθώς τα χρήματα που λαμβάνουν από το προνοιακό επίδομα δεν επαρκούν» (Φ3).

Το τελευταίο ερώτημα της συγκεκριμένης ενότητας αφορούσε το εάν η πολιτεία αναλαμβάνει δράσεις, που να προορίζονται στη προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, χρειάζεται να αναφερθεί, πως δεχθήκαμε μια μόνο

απάντηση γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα, καθώς οι υπόλοιποι δεν είχαν εμπεριστατωμένη άποψη σχετικά με τις δράσεις αυτές.

«Μπορώ να πω ότι η πολιτεία έχει αναλάβει να στηρίξει τους Συλλόγους σε όλη την Ελλάδα» (Φ3).

5.5.3. Κοινωνικοί Λειτουργοί σε Κοι.Σ.Π.Ε., Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης, Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας – Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν βασίζονται στους βασικούς άξονες, οι οποίοι παρουσιάστηκαν παραπάνω. Οι βασικοί άξονες αντικατοπτρίζουν τις θεματικές ενότητες και πιο συγκεκριμένα πρόκειται για α) τα στοιχεία του κοινωνιολογικού προφίλ, β) την καταγραφή του προβλήματος της ψυχικής υγείας, γ) την εργασιακή κατάσταση και τέλος δ) την καταγραφή των γενικότερων απόψεων, που επικρατούν όσον αφορά την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- **Κοινωνιολογικό Προφίλ**

Πρόκειται για την τελευταία ομάδα στόχου, η οποία απαρτίζεται από επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα πρόκειται για πέντε Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται είτε στο Κοι.Σ.Π.Ε. «Φάρος» είτε στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ» - Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών. Πρώτα οι επαγγελματίες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα σχετικά με την εκπαιδευτική τους πορεία και τις σπουδές τους.

«Αρχικά, φοίτησα στο τμήμα Φυσικοθεραπείας, με την οποία και ασχολήθηκα κάποια χρόνια πριν την Κοινωνική Εργασία. Στην συνέχεια αποφάσισα να ασχοληθώ με τις σπουδές της Κοινωνικής Εργασίας και εργάζομαι ως Κοινωνικός Λειτουργός τα τελευταία 14 χρόνια. Επιπλέον, έχω κάνει 5 χρόνια ψυχοθεραπεία και έχω εξειδικευτεί ως Γνωστικός Αναλυτικός Ψυχοθεραπευτής, ακολουθώντας το μοντέλο της Γνωστικής Αναλυτικής Θεραπείας (CAT). Έχω παρακολουθήσει ακόμα σεμινάρια, συνέδρια καθώς και ορισμένες εκπαιδεύσεις που έχουν να

κάνουν με την συμβουλευτική και το life coaching. Τέλος, την παρούσα περίοδο κάνω ένα μεταπτυχιακό του Πανεπιστημίου Πατρών και συγκεκριμένα του Τμήματος Επιστημών Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας που αφορά την ‘‘Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων, Εξαρτήσεις και Νέες Τεχνολογίες’’» (ΚΛ1).

«Έχω σπουδάσει στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ της Πάτρας και τώρα κάνω ένα μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοιχτού Πανεπιστημίου. Εργάζομαι ως Κοινωνικός Λειτουργός στο Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης ‘’Φάρος’’ της Πάτρας εδώ και 4 σχεδόν χρόνια. Επίσης, είχα εργασθεί στη ‘‘ΜΕΡΙΜΝΑ’’ της Πάτρας για άτομα με νοητική υστέρηση και αναπηρία. Εκεί εργάσθηκα για 7 μήνες, καθώς επρόκειτο για μια σύμβαση ορισμένου χρόνου» (ΚΛ2).

«Είμαι απόφοιτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Επίσης, έχω στην κατοχή μου πιστοποιήσεις για την Συμβουλευτική και την Εκπαίδευση Ενηλίκων από τον Εθνικό Οργανισμό Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού» (ΚΛ3).

«Οι βασικές μου σπουδές είναι στην Κοινωνική Εργασία στην Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Πατρών. Οι μεταπτυχιακές μου σπουδές έχουν πραγματοποιηθεί στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών στο Τμήμα Ιατρικής με κατεύθυνση την Κοινωνική Ιατρική. Ουσιαστικά έχω παρακολουθήσει και κάποια προγράμματα κατάρτισης όπως είναι η νοηματική γλώσσα, η ψυχοθεραπεία μέσω τέχνης και ο κώδικας Μπράιγ» (ΚΛ4).

«Είμαι απόφοιτος της Κοινωνικής εργασίας στην σχολή της Πάτρας. Έχω πραγματοποιήσει δύο μεταπτυχιακά ένα στο Health Management στην Ιταλία και ένα στην Διαχείριση Γήρανσης και στα Χρόνια Νοσήματα του Ελληνικού Ανοιχτού Πανεπιστημίου» (ΚΛ5).

Ύστερα, μας εκμυστηρεύτηκαν τους λόγους, για τους οποίους επέλεξαν την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας.

«*Ξεκινώντας με τις σπουδές της Κοινωνικής Εργασίας δεν είχα γνώση του περιεχομένου και των λειτουργιών που διαθέτει η συγκεκριμένη επιστήμη και πως η ίδια χρησιμοποιείται σε κοινωνικό επίπεδο. Καθώς άρχισα να μαθαίνω και να κατανοώ το αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας, τότε άρχισα να την ‘‘ερωτεύομαι’’, αλλά αυτό το διαπίστωσα κυρίως μετά τις σπουδές μου. Μέσα από την εφαρμογή της σε πρακτικό επίπεδο κατάφερα να κατανοήσω το*

εύρος της, Τέλος, θεωρώ πως υπάρχουν και ορισμένα προσωπικά κομμάτια, τα οποία ασυνείδητα μας ωθούν σε κάτι» (ΚΛ1).

«Αρχικά, το γεγονός ότι ο πατέρας μου επαγγέλλεται ως Ψυχίατρος. Για αυτό είχα άμεση επαφή και με την ψυχική υγεία, καθώς και με τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Επίσης, λόγω του χαρακτήρα μου, καθώς από πάντα ήμουν άτομο που του άρεσε να ασχολείται με τα κοινωνικά ζητήματα. Ωστόσο, η πρώτη μου επιλογή ήταν η Σχολή της Εργοθεραπείας και δεύτερη η Κοινωνική Εργασία, στην οποία και πέρασα» (ΚΛ2).

«Από μικρή προσανατολιζόμουν στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και νομίζω πως ήταν και λίγο έμφυτο» (ΚΛ4).

- **Εργασιακή Κατάσταση των Επαγγελματιών**

Το πρώτο ερώτημα της ενότητας αφορούσε τα χρόνια εργασίας τους ως Κοινωνικοί Λειτουργοί. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχει εργασθεί ένας από τους συνεντευξιαζόμενους είναι τα 35 έτη, ενώ το μικρότερο αγγίζει τα 4. Αξίζει να σημειωθεί, πως δυο εκ των πέντε Κοινωνικών Λειτουργών έχουν εργασιακή εμπειρία που ανέρχεται στα 14 χρόνια.

«Σε λίγο καιρό συμπληρώνω 4 χρόνια που εργάζομαι ως Κοινωνικός Λειτουργός» (ΚΛ2).

«Ως Κοινωνική Λειτουργός εργάζομαι τα τελευταία 35 χρόνια» (ΚΛ3).

«Διαθέτω εμπειρία 15 χρόνων στο επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού» (ΚΛ5).

Όσον αφορά την ερώτηση για την εργασιακή τους εμπειρία, αξίζει να σημειωθεί πως όλοι οι επαγγελματίες είχαν κάποιου είδους επαγγελματική προϋπηρεσία παλαιότερα πάνω στο αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας.

«Ναι, έχω εργασθεί μέσω σύμβασης ορισμένου χρόνου για 7 μήνες στη ‘’ΜΕΡΙΜΝΑ’’ της Πάτρας για άτομα με νοητική στέρηση και αναπηρία» (ΚΛ2).

«Ήμουν βασική συντονίστρια στο Κέντρο Κοινότητας – Κέντρο Ένταξης Μεταναστών του Δήμου Ανδραβίδας – Κυλλήνης. Επίσης, έχω εργαστεί ως εξωτερική συνεργάτης με Παιδοψυχίατρο, ενώ έχω δουλέψει και στην Πρόνοια» (ΚΛ4).

«Ήμουν σε διάφορες θέσεις και με ηλικιωμένους και με ψυχικά ασθενείς. Όταν ξεκίνησα την δουλειά ήταν κάπως υποχρεωτικό με την έννοια ότι αυτό βρήκα αυτό ξεκίνησα να κάνω να ασχολούμαι με τους ηλικιωμένους . Όχι ότι δεν μου άρεσε σαν πλαίσιο αλλά καταλαβαίνετε ότι στην αρχή δεν είχα και πολλές επιλογές, ασχολήθηκα με την άνοια, το Alzheimer και την γηριατρική. Ήταν μια πολύ ωραία συνεργασία, όπου είχαμε και απογευματινό κέντρο ημέρας» (ΚΛ5).

Στη συνέχεια, παρατίθενται τα χρόνια της τωρινής εργασίας των συνεντευξιαζόμενων τόσο στο Κοι.Σ.Π.Ε. «Φάρος» όσο και στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης «Γέφυρες» -Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών.

«Γενικότερα με τις δράσεις του Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’ ασχολούμαι τα τελευταία 7 με 8 χρόνια και τα τελευταία είμαι μέλος στο Διοικητικό Συμβούλιο του συγκεκριμένου φορέα» (ΚΛ1).

«Εργάζομαι 15 χρόνια στο Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’, από το 2006» (ΚΛ3).

Μετέπειτα, το ερώτημα που κλήθηκαν να απαντήσουν είχε να κάνει με την επάρκεια της εκπαίδευσης από την Σχολή τους, ώστε να γνωρίζουν τις απαιτήσεις του συγκεκριμένου εργασιακού πλαισίου, καθώς κι αν χρειάστηκε περαιτέρω εκπαίδευση.

«*Θεωρώ πως ως επαγγελματίες καθημερινά εκπαιδευόμαστε μέσα από την εργασία μας. Όσον αφορά τον Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’, ο πρόεδρος του είχε αναλάβει την ατομική εκπαίδευση όσων ασχολούνται με τον συγκεκριμένο χώρο. Επίσης, οι παλαιότεροι συνάδελφοι, όπως η Κοινωνική Λειτουργός του φορέα ως η πιο έμπειρη στο χώρο αυτό αναλάμβανε να εκπαιδεύσει τους νεότερους επαγγελματίες»* (ΚΛ1).

«Και ναι και όχι. Θα έλεγα πως είναι επαρκής, καθώς λαμβάνεις κάποια εφόδια από την Σχολή, ωστόσο η επιστήμη αυτή κυρίως κατανοείται στην πράξη. Θεωρώ πως είναι απαραίτητο να υφίσταται ένα καλό θεωρητικό και γνωστικό επίπεδο για τη συγκεκριμένη επιστήμη, αλλά με τα χρόνια αποκτάται η εμπειρία και τα εφόδια της Κοινωνικής Εργασίας» (ΚΛ2).

«Σίγουρα υπάρχει ένας ικανοποιητικός βαθμός κατάρτισης σε ότι αφορά την ψυχική υγεία από το χώρο της εκπαίδευσης, ωστόσο χρειάζεται να εμπλουτίσεις πράγματα, να διαβάσεις αρκετά και σίγουρα βοηθάει ιδιαίτερα η εμπειρία. Το γεγονός πως βρέθηκα σε χώρο με ψυχικά ασθενείς, αρχικά με παιδιά, συνέβαλε σημαντικά στην προσέγγιση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές» (ΚΛ4).

Οι αρμοδιότητες και ο ρόλος των επαγγελματιών στις υπηρεσίες που απασχολούνται παρατίθενται ως εξής.

«Ο ρόλος μου είναι πρωτίστως η αρχική εκτίμηση πιθανών υποψηφίων για εργασία, όσων βρίσκονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, όπου και εργάζομαι. Διαπιστώνουμε ποια άτομα διαθέτουν ζήλο και θέληση για εργασία, ετοιμότητα και πειθαρχία, ώστε να τα βγάλουν εις πέρας σε επαγγελματικό επίπεδο. Στην συνέχεια, τα άτομα αυτά εκτιμώνται από τον Πρόεδρο του Κοι.Σ.Π.Ε. και την ομάδα της προ-επαγγελματικής ετοιμασίας και με τον καιρό προωθούνται στις ανάλογες θέσεις. Η ομάδα αυτή συνήθως απαρτίζεται από έναν Κοινωνικό Λειτουργό και έναν Ψυχίατρο, ώστε να εκτιμήσουν όλες τις παραμέτρους του υποψηφίου» (ΚΛ1).

«Στο Κοι.Σ.Π.Ε. διαθέτω διττό ρόλο. Αρχικά, ως Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνω περιστατικά ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που έχουν λάβει διάγνωση από την Πρόνοια με ποσοστό 50% και άνω, τα οποία αναζητούν επαγγελματική αποκατάσταση. Έρχομαι σε επαφή μαζί τους και ύστερα επικοινωνώ με τον Ψυχίατρο, όπου και τους παραπέμπω, καθώς πρόκειται για τον αρμόδιο που μπορεί να αποφασίσει αν ο υποψήφιος είναι σε θέση να εργασθεί άμεσα ή σε μεταγενέστερο στάδιο. Ο άλλος ρόλος που έχω αναλάβει είναι στο φάσμα της διοίκησης, καθώς συμμετέχω στις πληρωμές και στα διοικητικά έγγραφα. Ακόμα, είμαι υπεύθυνος των υπαλλήλων ψυχικά ασθενών, ως επιβλέπων Κοινωνικός Λειτουργός κι όποτε προκύψουν προβλήματα συνεργασίας και συμπεριφοράς, είμαι αυτός που παρεμβαίνει» (ΚΛ2).

«Εγώ στο Σ.Ο.Ψ.Υ. ασχολούμαι με την εργασιακή επανένταξη των ψυχικά ασθενών και έχω αναλάβει το Καφέ ‘‘ΓΕΦΥΡΕΣ’’ όπου εκεί εργάζονται άτομα με ψυχικά προβλήματα και στην ουσία εγώ είμαι ο συνδετικός κρίκος και αυτός που προσπαθεί να μην δημιουργούνται προβλήματα στα άτομα αυτά. Δεν ασχολούμαι με το οικονομικό κομμάτι, αλλά ασχολούμαι με

το κοινωνικό κομμάτι. Δηλαδή τοποθετούμε κάποιον στην εργασιακή θέση και θέλουμε από αυτή την δουλειά να ευχαριστιέται αυτό που κάνει, γιατί πολλά από αυτά τα άτομα δεν έχουν δουλέψει ποτέ στην ζωή τους» (ΚΛ5).

Ακολούθησε συζήτηση σχετικά με το εάν οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν ατομικές συνεδρίες με τους εργαζόμενους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

«Αρχικά, ως Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνω να πραγματοποιήσω την αρχική συνέντευξη με τον υποψήφιο για εργασία. Η συνέντευξη αυτή περιλαμβάνει τον λόγο για τον οποίο έρχονται και ποιος τους παραπέμπει. Ύστερα, πραγματοποιείται η ενημέρωση για το τι είναι ο Κοι.Σ.Π.Ε. και τι δραστηριότητες περιλαμβάνει. Επίσης, συγκεντρώνω τα προσωπικά στοιχεία όσον αφορά την πάθησή τους, τα χαρτιά και τα δικαιολογητικά, που είναι απαραίτητα για τα επόμενα βήματα. Και τέλος, πραγματοποιείται η παραπομπή στον Ψυχίατρο. Ατομικές συνεδρίες με τους λήπτες αναλαμβάνω συνήθως όταν χρήζει παρέμβασης, είτε λόγω συμπεριφοράς είτε λόγω κάποιου προσωπικού προβλήματος. Αυτά αφορούν την ειδικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού. Ως υπεύθυνος από την άλλη, αν, για παράδειγμα, ένας υπάλληλος από τους λήπτες δημιουργήσει κάποιο ζήτημα σε ένα από τα Νοσοκομεία με τα οποία συνεργαζόμαστε, τότε θα πραγματοποιήσω μια συνάντηση με το άτομο στα πλαίσια της συμβουλευτικής, ώστε να βοηθηθεί και το ίδιο το άτομο και ώστε να μην δημιουργηθεί πρόβλημα στην λειτουργία της υπηρεσίας» (ΚΛ2).

«Ναι, ένας από τους ρόλους μου είναι οι ατομικές συνεδρίες με λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ατομικές συνεδρίες πραγματοποιούνται, όταν οι εργαζόμενοι λήπτες παρουσιάζουν δυσκολίες στην εργασία τους ή βιώνουν κάποια προσωπικά ζητήματα, τα οποία θα ήθελαν να συζητήσουν με έναν ειδικό» (ΚΛ3).

«Αναλαμβάνω ατομικές και ομαδικές συνεδρίες, εξαρτάται από τον καθένα τι ανάγκη έχει την κάθε στιγμή. Έχουμε μια ομάδα κάθε μήνα με σκοπό να διαπιστώσουμε πως τα πάει ο καθένας τους ξεχωριστά, καθώς και πως πάει το μαγαζί γιατί είναι μια επιχείρηση που έχει τα έξοδα της και τα χρέη της. Για τα μέλη του Σ.Ο.Ψ.Υ. επειδή έχουν πρόσωπο αναφοράς, κάποιο Ψυχολόγο ή Κοινωνικό Λειτουργό δεν παρεμβαίνω απαραίτητα αλλά στο κομμάτι της εργασίας μου γίνεται παραπομπή για να βοηθήσω είτε στο κομμάτι της εργασίας, είτε σε αιτήσεις, προκηρύξεις και οτιδήποτε μπορεί να χρειαστεί ο καθένας» (ΚΛ5).

Ύστερα, ζητήσαμε να μάθουμε σχετικά με το αν υπάρχει κάποιος, που αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει και να κατευθύνει τους νέους λήπτες εργαζόμενους.

«Κυρίως οι παλαιότεροι εργαζόμενοι, που είναι ψυχικά ασθενείς, έχουν αυτόν τον εκπαιδευτικό ρόλο του να μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους στους νεότερους υποψηφίους, καθώς και να τους βοηθήσουν στη προσαρμογή τους» (ΚΛ1).
«Την κατεύθυνση και την εκπαίδευση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν τα άτομα μέσα από την ομάδα εργασίας. Τα άτομα αυτά μέσα από την εμπειρία που έχουν προσκομίσει από την εργασία τους, βοηθούν τους νέους να προσαρμοστούν στη θέση εργασίας, που τους παρέχεται μέσα από το Σύλλογο μας» (ΚΛ3).

Οι παρακάτω απαντήσεις σχετίζονται με την ερώτηση για το αν οι ίδιοι οι επαγγελματίες έρχονται σε επικοινωνία με τους φροντιστές ή την οικογένεια των ληπτών, προκειμένου να συζητήσουν τυχόν θέματα, που αφορούν τους τελευταίους.

«Αν χρειαστεί θα επικοινωνήσω για παράδειγμα με τον σύντροφο ή κάποιο συγγενικό πρόσωπου κάποιου υπαλλήλου για κάποιο προσωπικό θέμα ή για κάποιο εργασιακό ζήτημα, ωστόσο αυτό γίνεται σπανίως. Καθώς τα άτομα αυτά έχουν περάσει από το στάδιο της κοινωνικής επανένταξης και βρίσκονται στο στάδιο της επαγγελματικής αποκατάστασης η συζήτηση περιορίζεται στο ίδιο το άτομο και δεν πραγματοποιείται π.χ. συμβουλευτική οικογένειας» (ΚΛ2).

«Ναι, ερχόμαστε σε επαφή. Γενικά, έχουμε μία σταθερή επικοινωνία και με την μορφή ομάδων. Οι ομάδες αυτές πραγματοποιούνται 1-2 φορές την εβδομάδα, όπου συζητάμε θέματα που τυχόν προκύπτουν είτε θέματα που μπορεί να έχουν να κάνουν με την εργασιακή ένταξη των ληπτών» (ΚΛ4).

«Εάν χρειαστεί ναι, αν και οι περισσότεροι είναι ενήλικες οπότε είναι σε θέση να διαχειριστούν τον εαυτό τους και βρίσκονται σε πολύ καλό επίπεδο» (ΚΛ5).

Κατόπιν οι συνεντευξιαζόμενοι μας ενημέρωσαν για τις θέσεις απασχόλησης, που παρέχονται από τους συλλόγους, στους οποίους εργάζονται και οι οποίες προορίζονται σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

«Αρχικά, υπάρχουν θέσεις απασχόλησης στο πλύσιμο ιματισμών στο Νοσοκομείο του Ρίου και στον ‘‘Άγιο Ανδρέα’’. Επίσης, τα τηλεφωνικά ραντεβού του ‘‘Αγίου Ανδρέα’’ έχουν αναλάβει άτομα της υπηρεσίας μας εδώ και κάποια χρόνια. Ακόμα, οι υπηρεσίες του Κοι.Σ.Π.Ε. αναλαμβάνουν την καθαριότητα όπως στο ‘‘Καραμανδάνειο’’, σε χώρους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., των Τοπικών Ομάδων Υγείας, όχι μόνο της Πάτρας αλλά και σε άλλες πόλεις της Δυτικής Ελλάδας (Καλαμάτα, Πύργος, Ζάκυνθος, Αργοστόλι). Ωστόσο, αυτή η ενέργεια γίνεται στα πλαίσια της συνεργασίας με άλλες Κοινωνικές Δομές των πόλεων αυτών. Τέλος, έχει δημιουργηθεί μια νέα θέση που έχει να κάνει με την χορτοκοπτική-συντήρηση πρασίνου στις νησίδες της Περιφέρειας» (ΚΛ2).

«Καθώς πρόκειται για κατάστημα εστίασης κάποιος που εργάζεται μόνος του θα κάνει τα πάντα, θα σερβίρει, θα μαζέψει, θα φτιάξει καφέ. Όταν υπάρχει πιο πολύ δουλειά, εκεί χωρίζουμε τις αρμοδιότητες, κάποιος είναι πίσω από την μπάρα, ο άλλος θα σερβίρει, ο άλλος θα πλένει πιάτα. Για παράδειγμα, υπάρχουν και δύο κοπέλες που ενδιαφέρονται μόνο για την λάντζα» (ΚΛ5).

Η διαδικασία ένταξης των ληπτών, η κατανομή των καθηκόντων, καθώς και το εάν τοποθετούνται σε επαγγελματικές θέσεις βάσει των ενδιαφερόντων τους, απαντήθηκε ως εξής.

«Αρχικά, αφότου πραγματοποιηθεί η συνέντευξη και γίνει η παραπομπή στον Ψυχίατρο, εκείνος εξετάζει τα κλινικά στοιχεία, αν δηλαδή τηρεί κάποια κριτήρια, όπως είναι η συμπεριφορά και η τήρηση της αγωγής του. Τότε ακολουθεί μια φάση πρακτικής μερικών ημερών για να διαπιστωθεί αν μπορεί να ανταπεξέλθει στη δουλειά αυτή και τέλος πραγματοποιείται η πρόσληψη. Όσον αφορά το πώς κατανέμονται στις θέσεις, υπάρχουν συγκεκριμένα πλαίσια, τα οποία ορίζονται από τις δομές που συνεργαζόμαστε. Για παράδειγμα, όσον αφορά την εργασία στα πλυντήρια, το άτομο που προσλαμβάνεται γνωρίζει πως θα αναλάβει συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Δυστυχώς, δεν υφίσταται ελευθερία στην επιλογή του ατόμου, στο να προτείνει πράγματα και να αναπτύξει δραστηριότητες, καθώς έτσι είναι διαμορφωμένη η κοινωνία και οι υπηρεσίες γενικότερα» (ΚΛ2).

«Σίγουρα θα πρέπει να τοποθετούνται με βάση τα ενδιαφέροντα τους, ωστόσο, πάντα κοιτάμε τις δυνατότητες και τις ικανότητες που έχει το κάθε άτομο» (ΚΛ4).

«Κάποιοι δηλώνουν ενδιαφέρον για εργασία, στη συνέχεια πραγματοποιείται ομάδα για περίπου 6 μήνες σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά και σχετικά με το βιογραφικό και τις συνεντεύξεις για να ενταχθούν στο Καφέ ''ΓΕΦΥΡΕΣ''. Διαπιστώνουμε τι ανάγκες έχει ο καθένας τι του αρέσει γιατί δεν αρέσει σε όλους η εστίαση και από εκεί και πέρα κάποιοι προωθούνται στο Καφέ και ακολουθούν εκπαίδευση σε πρακτικό επίπεδο, όποιος το επιθυμεί, γιατί μπορεί κάποιος να αλλάξει γνώμη για το αν του αρέσει. Όσον αφορά την προώθηση σε άλλου είδους επαγγέλματα λόγω της πανδημίας χάθηκε μια θέση απασχόλησης ενός ατόμου σε μια άλλη καφετέρια» (ΚΛ5).

Η συνέντευξη συνεχίστηκε και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μας ενημέρωσαν σχετικά με το εάν ήταν παρόντες σε κάποιο περιστατικό υποτροπής κάποιου λήπτη εν ώρα εργασίας, καθώς και με ποιον τρόπο το αντιμετώπισαν.

«Μια εξήγηση για την υποτροπή αποτελεί αρχικά η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, που αποτελεί ένα συχνό και το κυρίαρχο φαινόμενο. Επίσης, ορισμένες φορές διαπιστώνονται κάποιες οικογενειακές καταστάσεις που τυχόν διαιωνίζουν κάποιες κρίσεις και εμπλοκές, που διαδραματίζονται στο σπίτι. Η ενδοοικογενειακή βία και οι συγκρούσεις, ακόμα και ορισμένα χαρακτηριστικά όχι μόνο των ίδιων των ασθενών, αλλά και των φροντιστών, μπορεί να συμβάλουν στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Ακόμα και ορισμένοι εξωτερικοί παράγοντες όπως η απώλεια εργασίας, ένας χωρισμός και ο θάνατος μπορεί προκαλέσουν μια υποτροπή. Αξίζει να αναφερθεί, πως ακόμα και αν το άτομο συμβαδίζει με τις υποδείξεις και ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή του είναι δυνατόν να υποτροπιάσει. Όσον αφορά την ερώτηση για το αν έχω έρθει αντιμέτωπος με κάποιο περιστατικό υποτροπής, ναι αρκετές φορές και το αντιμετωπίζω με ψυχραιμία. Συνήθως σε ανάλογες καταστάσεις χρειάζεται να πραγματοποιηθεί νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική και αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, θεωρώ πως είναι βασικό να υπάρχει ένα πλαίσιο γύρω από τον ασθενή, καθώς είναι καλύτερο και για τον ίδιο, αλλά και για μια πιθανή υποτροπή» (ΚΛ1).

«Ναι, έχω έρθει αντιμέτωπη με τέτοιου είδος περιστατικό. Αυτό που έκανα ήταν να έρθω σε επαφή, αρχικά, με το ίδιο το άτομο και εν συνεχεία να συνεργαστώ τόσο με την οικογένεια του όσο και με τον αρμόδιο γιατρό του» (ΚΛ3).

«Ναι, έχω έρθει αντιμέτωπη με περιστατικό υποτροπής. Ωστόσο, ο τρόπος που το αντιμετωπίζεις είναι κάθε φορά διαφορετικός με την έννοια του ποιος είναι ο λήπτης και τι μορφή υποτροπής μπορεί να έχει. Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης» (ΚΛ4).

«Όχι, γιατί έχει γίνει αρκετά καλή επιλογή εργαζομένων και παράλληλα με την εποπτεία μου και την συνεχόμενη επαφή με τους ασθενείς μπορώ να δω και μπορώ να κρίνω αν θα υπάρξει κάποια αλλαγή στην συμπεριφορά, ώστε να τους παραπέμψω στον γιατρό» (ΚΛ5).

Ύστερα κλήθηκαν να μας απαντήσουν για το εάν θεωρούν πως όλοι οι λήπτες, οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, είναι σε θέση να εργασθούν.

«Η πλειοψηφία τους ναι. Δεν θα έλεγα όλοι, διότι η απώλεια της λειτουργικότητας ορισμένες φορές είναι επιζήμια, καθώς δεν βρίσκονται σε θέση να εργαστούν για κάποιο διάστημα. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να συμβεί εξαιτίας μιας δυσκολίας στον χαρακτήρα ενός ασθενή, κάποια εμμονή ή ακόμα και μια σωματική κατάσταση που μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην επαγγελματική του αποκατάσταση. Επίσης, είναι συχνό φαινόμενο κάποιος ψυχικά ασθενής να παρουσιάζει γνωστικό έλλειμμα, πράγμα που δεν επιτρέπει την συνεργασία που απαιτεί ένα επάγγελμα» (ΚΛ1).

«Όταν πρόκειται για έναν ψυχικά ασθενή που επιθυμεί να εργαστεί, είναι σημαντικό να πληροί τα κριτήρια της κοινωνικής ένταξης, καθώς πολλοί διαθέτουν ζήλο για εργασία, αλλά είναι απαραίτητο να τηρούν, όμως, ορισμένες προϋποθέσεις. Το κριτήριο για την επαγγελματική απασχόληση ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αρχικά να ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί. Αν για παράδειγμα ένας καινούριος υποψήφιος στην αρχική συνέντευξη αναφέρει πως πραγματοποιεί εναλλαγές στη φαρμακευτική του αγωγή, αυτό αποτελεί προσωρινό εμπόδιο σχετικά με τη πρόσληψή του. Όσον αφορά την ερώτηση, θεωρώ πως δεν έχουν όλοι άμεση πρόσβαση στον επαγγελματικό τομέα, εκτός αν τηρείται η αγωγή τους και οι όποιες οδηγίες τους έχουν δοθεί για την ασθένειά τους» (ΚΛ2).

«Δεν είναι όλοι οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε θέση να εργαστούν, κυρίως, γιατί η αγωγή τους μπορεί να είναι πολύ βαριά και να μην μπορούν να ξυπνήσουν ή να μην είναι αρκετά λειτουργικοί» (ΚΛ4).

Φθάνοντας στο τέλος της συγκεκριμένης ενότητας, ζητήσαμε να μάθουμε τη γνώμη των επαγγελματιών σχετικά με τη συμβολή της επαγγελματικής αποκατάστασης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

«Είναι τεράστια η συμβολή της εργασίας στη ποιότητα ζωής ενός ψυχικά ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, έχω έρθει αντιμέτωπος με ανθρώπους που μέσα από την εργασία, άλλαξε η ζωή τους. Και σε οικονομικό επίπεδο, καθώς ήταν σε θέση να βγουν μια βόλτα, ακόμη και να βοηθήσουν τους γονείς τους μέσα από τον μισθό τους, που πριν την ένταξή τους στον επαγγελματικό τομέα δεν είχαν αυτήν την ευκαιρία. Επίσης, το συναίσθημα της ικανοποίησης και της χαράς που βιώνουν, πως είναι χρήσιμοι και πως ασχολούνται με κάτι και δεν είναι άπραγοι, όπως συνέβαινε τα παλαιότερα χρόνια, καθώς η ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζονταν με διαφορετικό τρόπο. Με λίγα λόγια, τα οφέλη της εργασίας είναι η κοινωνικοποίηση, η αυτοπεποίθηση, η ανεξαρτησία, η αυτονομία και τέλος το συναίσθημα της χαράς» (ΚΛ1).

«Ξεκάθαρα ναι. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου λόγω της πίεσης από την δουλειά είναι δυνατόν να γίνει πιο έντονο σε κάποιο άτομο ένα προσωπικό ζήτημα ή προβλήματα, τα οποία τυχόν είχε προσπαθήσει να κρύψει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει το άτομο να είναι σε θέση να διαχειριστεί κάτι ανάλογο» (ΚΛ2).

«Όλα τα παιδιά έχουν αλλάξει προς το καλύτερο. Ένα παράδειγμα, αποτελεί ένας λήπτης, ο οποίος ήταν όλη μέρα σπίτι, έπινε καφέ, έκανε τσιγάρο και καμιά βόλτα και τίποτα άλλο. Από την στιγμή που ξεκίνησε να εργάζεται στο Καφέ, κατάφερε να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα σύμφωνα με το οποίο σηκώνεται το πρωί και ανοίγει το μαγαζί και εργάζεται μέχρι τη 13:00. Πρόκειται για μια τεράστια αλλαγή, καθώς του αρέσει πάρα πολύ η εργασία του» (ΚΛ5).

Εν κατακλείδι, οι επαγγελματίες ερωτήθηκαν για τον ρόλο ενός Κοινωνικού Λειτουργού αναφορικά με την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την εμπειρία τους.

«Αρχικά, ένας Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να εκτιμήσει τον υποψήφιο εργαζόμενο, να πιστέψει σε αυτόν και στις δυνατότητές του. Επίσης, είναι σε θέση να προετοιμάσει κάποιον ψυχικά ασθενή μέσα από την θεραπεία, με σκοπό να βρεθεί σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο ούτως ώστε να εργαστεί. Μέσα από ορισμένα σημεία μπορούμε να καταλάβουμε αν ένα άτομο είναι έτοιμο να εργαστεί, όπως είναι η ευθύνη του στο καθημερινό πρόγραμμα, ο τρόπος

επικοινωνίας του στις ομάδες και μέσα από το αν είναι κάποιος πρόθυμος να κάνει κάτι που θα του ζητηθεί» (ΚΛ1).

«Στον συγκεκριμένο τομέα, είναι πολλαπλός ο ρόλος ενός Κοινωνικού Λειτουργού. Αρχικά, είναι υποστηρικτικός και παρεμβατικός, καθώς πρόκειται για τον πρώτο που παρεμβαίνει σε οτιδήποτε προκύψει. Επίσης, ο ρόλος του είναι και συμβουλευτικός, εφόσον τηρεί τα απαραίτητα γνωστικά κριτήρια» (ΚΛ2).

«Αρχικά, στο Κοι.Σ.Π.Ε. ‘‘Φάρος’’ ως Κοινωνικοί Λειτουργοί ο ρόλος μας είναι πολύπλευρος. Αναλαμβάνει, πρωτίστως, να συμβουλεύει τους υποψήφιους εργαζόμενους μας, καθώς και να υποστηρίζει σε οποιοδήποτε εμπόδιο συναντήσουν» (ΚΛ3).

«Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι σύνθετος. Με την έννοια, ότι αναλαμβάνει να διερευνήσει ποιος είναι ο ψυχικά ασθενής, τι μπορεί να χρειάζεται αναφορικά με την εργασιακή του αποκατάσταση, πως να τον κατευθύνει, καθώς με ποιες υπηρεσίες μπορεί να έρθει σε επαφή, ώστε να δικτυώσει έναν λήπτη. Αργότερα, αν θα βρει κάποιο επάγγελμα το άτομο, ο επαγγελματίας παρέχει ενίσχυση πάνω στις δεξιότητες και στην εργασιακή του αποκατάσταση» (ΚΛ4).

«Στον τομέα αυτό, αρχικά, ένας Κοινωνικός Λειτουργός ασχολείται με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, όπου δουλεύει με το άτομο σε κοινωνικό επίπεδο. Παραδείγματος χάρη, ώστε να είναι σε θέση το άτομο να απευθυνθεί μόνο του για κάποια αίτηση στον Ο.Α.Ε.Δ. και όχι να το πραγματοποιήσει ο ίδιος ο επαγγελματίας. Το θέμα είναι να το κάνει ο ίδιος και να απαγκιστρωθεί από εμάς τους επαγγελματίες. Με την σειρά μας εμείς καλούμαστε να τον στηρίξουμε σε αυτό το κομμάτι, ώστε να μη βιώσει άγχος για την καινούρια του δουλειά. Καθώς πρόκειται για άτομα που δεν έχουν ξαναδουλέψει, για παράδειγμα, ένας απαιτητικός πελάτης μπορεί να τους αγχώσει, ή αν τυχόν δουλεύουν παραπάνω ώρες, μπορεί να ξεχάσουν τα φάρμακα τους, οπότε εγώ καλούμαι να τους το υπενθυμίζω και να τους προτρέπω να κάνουν ένα διάλειμμα, για να ξεκουραστούν» (ΚΛ5).

- **Καταγραφή των Απόψεων για την Προώθηση στην Απασχόληση των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

Το πρώτο ερώτημα της τελευταίας ενότητας στοχεύει στην κατανόηση σχετικά με το εάν οι επαγγελματίες θεωρούν πως οι θέσεις εργασίας για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι επαρκείς, εν γένει στην Ελλάδα και ειδικότερα στη περιοχή της Πάτρας. Πιο συγκεκριμένα, ζητήσαμε να μάθουμε για άλλα προγράμματα απασχόλησης, που αφορούν λήπτες, τα οποία υφίστανται στην Πάτρα.

«*Αρκετές, κυρίως μέσω των Κοι.Σ.Π.Ε. και των Κοιν.Σ.Επ. Την τελευταία δεκαετία έχουν σημειωθεί αξιόλογες προσπάθειες, αλλά υπάρχουν ακόμα περιθώρια για βελτίωση. Πέρα από το Κοι.Σ.Π.Ε. ''Φάρος'' στην Πάτρα υφίσταται και το Καφέ ''ΓΕΦΥΡΕΣ'' που πρόκειται για μια Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση, που δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Σ.Ο.Ψ.Υ., καθώς και κάποιες σποραδικές προσπάθειες. Ένας από τους βασικότερους φορέας που ασχολείται εξ ολοκλήρου με την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών στη περιοχή της Πάτρας είναι ο Κοι.Σ.Π.Ε., καθώς μέσα από τις θέσεις που έχει δημιουργήσει, απασχολείται επαγγελματικά ένας σημαντικός αριθμός ψυχικά ασθενών. Στην Πάτρα, υπάρχει ένα σημαντικό δίκτυο υποστήριξης και φροντίδας των ψυχικά ασθενών, καθώς η πόλη διαθέτει ένα καλό τμήμα Ψυχιατρικής και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως ενδιάμεσο πλαίσιο. Στη συνέχεια, προωθούνται στο Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό την εύρεση εργασίας*» (ΚΛ1).

«*Θεωρώ πως δεν είναι επαρκείς οι ευκαιρίες απασχόλησης στην Ελλάδα για τους ψυχικά ασθενείς. Αν δεν υπήρχε ο Κοι.Σ.Π.Ε. στην Ελλάδα, δεν θα υπήρχε κάποια άλλη δομή που να απασχολούνται ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης υφίστανται στην Ελλάδα τυπικά από το 2006, ενώ στην Πάτρα αναπτύχθηκαν οι υπηρεσίες των Κοι.Σ.Π.Ε. από το 2012 και μετά. Επίσης, υπάρχει μεγάλη ζήτηση στον τομέα αυτό, ωστόσο χρειάζονται ακόμα να αναπτυχθούν περαιτέρω πρωτοβουλίες*» (ΚΛ2).

«*Πέραν του Κοι.Σ.Π.Ε. ''Φάρος'', γνωρίζω για τα προγράμματα απασχόλησης που παρέχει το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ''Ο Άγιος Ανδρέας'', το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και ο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας*» (ΚΛ3).

«*Όχι. Τρέχει ένα πρόγραμμα του Ο.Α.Ε.Δ. εδώ και δύο χρόνια το οποίο επιδοτεί 90% ώστε να προσλάβουν ένα άτομο ΑμΕΑ και παρόλα αυτά δεν υπάρχει κανείς για να το προσλάβει. Τρέχουν και κάποια προγράμματα voucher κοινωφελείς, όπου πραγματοποιείται κατάρτιση για ανέργους ΑμΕΑ. Επίσης, κοινωφελείς για ΑμΕΑ για τον Δήμο που είναι με οχτάμηνη σύμβαση,*

καθώς και προκηρύξεις για ΑμΕΑ, όπου κάνουν αιτήσεις άτομα τα οποία ενδιαφέρονται για μόνιμες θέσεις εργασίας, που αγγίζουν τις 500 πανελλαδικώς» (ΚΛ5).

Οι απαντήσεις που αφορούν το ζήτημα για τα πιο συχνά εμπόδια που μπορεί να συναντήσει ένας λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την αναζήτηση εργασίας είναι οι ακόλουθες.

«Αρχικά, οι θέσεις δεν είναι αρκετές, δεν έχει δηλαδή κάποιος να διαλέξει ανάμεσα σε πολλά είδη εργασιών. Δεύτερον, το πιο συχνό εμπόδιο αποτελεί ο στιγματισμός, καθώς οι εργοδότες φοβούνται την ψυχική ασθένεια, δηλαδή πως οι ψυχικά ασθενείς δεν θα είναι συνεπείς αλλά επικίνδυνοι και πως θα προκαλέσουν προβλήματα στον εργασιακό χώρο. Επίσης, οι εργοδότες αγχώνονται πως τα άτομα αυτά δεν θα αποδώσουν ικανοποιητικά στη συγκεκριμένη εργασία. Ακόμα, η υπάρχουσα νομοθεσία κάποιες φορές στέκεται εμπόδιο για να βρουν τα άτομα αυτά μια κατάλληλη θέση. Τέλος, θα έλεγα πως και το ίδιο το άτομο μπορεί να δυσκολέψει τον εαυτό του όσον αφορά την προσέγγιση εργασίας, καθώς ο αυτό-στιγματισμός, δηλαδή το στίγμα που το ίδιο το άτομο προσδίδει στον εαυτό του είναι ακόμα πιο επιζήμιο. Το άτομο, μόλις αυτό-στιγματιστεί, βλέπει τον εαυτό του ως ασθενή που δεν μπορεί να βγάλει εις πέρας τίποτα κι αυτό ίσως είναι πιο επώδυνο κι από την ίδια την ασθένεια» (ΚΛ1).

«Ως πρώτο εμπόδιο θα έλεγα πως είναι το στίγμα, δηλαδή η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής και του προβλήματός του και της ικανότητάς του. Επίσης, ο αυτό-στιγματισμός του ίδιου του ατόμου, λόγω της κοινωνικής αδιαφορίας και της μη αποδοχής. Δυστυχώς, ένα από τα εμπόδια είναι και η έλλειψη της οργάνωσης σε αυτά τα πλαίσια, καθώς δεν υφίστανται άλλες δομές που να μεριμνούν για την επαγγελματική αποκατάσταση για αυτή την πληθυσμιακή ομάδα» (ΚΛ2).

«Αρχικά, οι λήπτες δεν έχουν μάθει να αναζητούν εργασία. Μετέπειτα, το στίγμα και ακολούθως η προκατάληψη αποτελούν δύο από τα πιο συχνά εμπόδια, που συναντούν τα άτομα αυτά κατά τη διαδικασία εύρεσης εργασίας. Επίσης, τα ποσοστά ανεργίας στην χώρα μας είναι ούτως ή άλλως υψηλά, γεγονός που δεν βοηθάει στο να προωθηθούν οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον τομέα της εργασιακής απασχόλησης» (ΚΛ3).

Το επόμενο ερώτημα είχε να κάνει με την σημασία του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, ως εμπόδιο στην επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών. Και οι πέντε επαγγελματίες, ανεξαιρέτως, συμφώνησαν πως το στίγμα αποτελεί πρωτεύον εμπόδιο.

«Ναι, μαζί με τον αυτό-στιγματισμό. Έχουμε συναντήσει πολλές φορές άτομα που επιθυμούν να εργαστούν, τα οποία, ενδεχομένως, δεν αποδέχονται ή κρύβουν το πρόβλημά τους» (ΚΛ2).

«Σίγουρα το στίγμα, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια, παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Παρ' όλα αυτά, θεωρώ πως μέσα από την εργασία των ληπτών, αμβλύνεται η προκατάληψη και το στίγμα, που τους διακατέχει» (ΚΛ3).

«Θα σας παραθέσω ένα απλό παράδειγμα. Πέρυσι που πραγματοποιούσα μαθήματα σε Λ.Α.Ε.Κ. (Πρόγραμμα Επαγγελματικής Κατάρτισης Ιδιωτικών Εργαζομένων) και όταν ανέφερα πως εργάζομαι στο Καφέ ''ΓΕΦΥΡΕΣ'', σε μια συζήτηση για την εξυπηρέτηση πελατών, όταν πρότεινα στους παρευρισκόμενους να πάμε εκεί για καφέ, ακούστηκαν διάφορα σχόλια όπως ότι σε ένα τέτοιου είδους Καφέ, όπου εργάζονται ψυχικά ασθενείς η εξυπηρέτηση δεν θα ήταν επαρκής κάθε άλλο παρά επικίνδυνη. Έτσι, διαπιστώνουμε πως το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτελεί τροχοπέδη στην επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ένα ακόμη παράδειγμα αποτελεί ένας εργοδότης, ο οποίος στο άκουσμα πως ο υποψήφιος εργαζόμενος είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη εξέφρασε την άρνησή του» (ΚΛ5).

Κατόπιν, οι συνεντευξιαζόμενοι μας μίλησαν για τους εργοδότες. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση αφορούσε στο εάν θεωρούν πως ένας λόγος, που οι τελευταίοι δεν προσλαμβάνουν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είναι το γεγονός πως πιθανόν θα εμφανίσουν ξανά συμπτώματα, τα οποία θα επηρεάσουν την εργασία τους.

«Ναι, θεωρώ πως ο στιγματισμός που επικρατεί στην κοινωνία γενικότερα στέκεται εμπόδιο στους ψυχικά ασθενείς και στη προσέγγιση εργασίας, καθώς οι εργοδότες φοβούνται την ψυχική ασθένεια. Θεωρούν πως οι ψυχικά ασθενείς δεν θα είναι συνεπείς, αλλά επικίνδυνοι και πως θα προκαλέσουν προβλήματα στον εργασιακό τους χώρο. Επίσης, οι εργοδότες αγχώνονται πως τα άτομα αυτά δεν θα αποδώσουν ικανοποιητικά στη συγκεκριμένη εργασία. Ωστόσο, υπάρχουν και εξαιρέσεις» (ΚΛ1).

«Αν ένας πιθανός εργοδότης γνωρίζει πως ο υποψήφιος εργαζόμενος πάσχει από κάποια διαταραχή, ο οποίος εργοδότης, ενδεχομένως, δεν είναι ενήμερος και δεν γνωρίζει πράγματα για την συγκεκριμένη διαταραχή, απευθείας θα εμποδίσει το άτομο αυτό απ' το να εργασθεί,

εξαιτίας της ψυχικής του κατάστασης. Και σε αυτήν την περίπτωση, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας λειτουργεί κατασταλτικά. Όταν, λοιπόν, ένα άτομο επιθυμεί να εργασθεί με την ομπρέλα της ψυχικής ασθένειας δύσκολα θα μπορέσει να αποκατασταθεί επαγγελματικά, καθώς έτσι είναι η κοινωνία και το στίγμα είναι το κύριο πρόβλημα. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. υφίστανται με σκοπό να υποστηρίξουν και την ικανότητα και το δικαίωμά των ψυχικά ασθενών στην εργασία. Πλέον, υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που αρχικά εργάσθηκαν μέσω του Κοι.Σ.Π.Ε. και τώρα εργάζονται σε άλλες δομές. Οι δομές αυτές είχαν λάβει και τις ανάλογες συστατικές επιστολές, πως δηλαδή ο υποψήφιος είναι σε θέση να εργασθεί και μπορεί να ανταπεξέλθει» (ΚΛ2).

«Ναι, θεωρώ πως τους δυσκολεύει και δεν το προτιμούν, επειδή εν γένει υπάρχει το στίγμα κι επειδή οι άνθρωποι μη γνωρίζοντας πως ένας ψυχικά ασθενής μπορεί να απασχοληθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, δύσκολα θα τον προσλάβουν» (ΚΛ4).

Η συζήτηση συνεχίστηκε αναφέροντας την υποστήριξη, που αντλούν οι λήπτες από την οικογένειά τους, όσον αφορά την επαγγελματική τους ένταξη, καθώς και τη σημασία αυτής.

«Σαφώς και είναι. Όταν υπάρχει υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας του εκάστοτε λήπτη, η αποδοτικότητα του στο χώρο εργασία είναι σημαντική. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει μόνο για την επαγγελματική ένταξη των ατόμων αυτών, αλλά και γενικότερα στην καθημερινότητα τους» (ΚΛ3).

«Σίγουρα. Πάντα το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο αναφορικά με τους ψυχικά ασθενείς, ειδικά όταν είναι υποστηρικτικό. Αυτό ισχύει όχι μόνο για θέματα επαγγελματικής αποκατάστασης αλλά και για θέματα γενικά που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς» (ΚΛ4).

«Παίζει σημαντικό ρόλο η υποστήριξη, καθώς δεν πρόκειται για παιδιά, αλλά για ενήλικες που πρέπει να πάρουν την ζωή στα χέρια τους. Όταν το καταλάβουν αυτό τα πράγματα γίνονται πολύ πιο εύκολα. Επιδιώκουμε να φθάσουν σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο αυτονομίας και να μην εξαρτώνται από τους γονείς και τους οικείους τους. Είναι σημαντικό και οι ίδιοι οι γονείς να μην εξαρτώνται από τα παιδιά τους» (ΚΛ5).

Εν συνεχεία, ζητήσαμε να μάθουμε από τους επαγγελματίες, εάν θεωρούν πως το νομικό πλαίσιο για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο υφίσταται στην Ελλάδα, είναι ικανοποιητικό.

«Γενικότερα στην Ελλάδα υφίσταται ένα καλό νομοθετικό πλαίσιο, αλλά δεν γνωρίζω αν τηρείται πλήρως και σίγουρα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης όσον αφορά την εφαρμογή τους. Ωστόσο, υπάρχει νομοθετική ρύθμιση που υποστηρίζει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης στους διαγωνισμούς, ώστε να προωθούνται οι ψυχικά ασθενείς στην εργασία» (ΚΛ1).

«Καθώς δεν γνωρίζω το νομικό πλαίσιο άλλων χωρών που έχει να κάνει με την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, δεν μπορώ να πω αν είναι επαρκές ή ανεπαρκές το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας. Παρόλα αυτά, θεωρώ πως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Αξίζει να αναφερθώ σε κάτι ευχάριστο με βάση την υπάρχουσα νομοθεσία, πως δηλαδή ένας λήπτης προνοιακού επιδόματος λόγω ψυχικής αναπηρίας, το επίδομα του δεν το κόβεται, επειδή εργάζεται σε Κοι.Σ.Π.Ε. Δημιουργείται, δηλαδή, ένα καλό νομικό υπόβαθρο, αλλά χρειάζεται κάτι παραπάνω, όπως για παράδειγμα την απουσία προστασίας των ατόμων αυτών στην εργασία λόγω της ιδιαιτερότητάς τους. Θεωρώ, λοιπόν, πως οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες θα έπρεπε να λαμβάνουν περαιτέρω υποστήριξη γενικότερα» (ΚΛ2).

«Πιστεύω πως το νομικό πλαίσιο θα έπρεπε να ήταν πιο συγκεκριμένο αναφορικά με την ψυχική υγεία. Το αναφέρω αυτό, διότι στις ίδιες προκηρύξεις που γίνονται για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, μπαίνουν κι άλλες κατηγορίες ανθρώπων, οι οποίες κατατάσσονται στα ΑμεΑ» (ΚΛ3).

Το επόμενο ερώτημα είχε να κάνει με το εάν υφίσταται κάποιου είδους επιδοματική πολιτική, που να μεριμνά για τα άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και παράλληλα εργάζονται.

«Υπάρχει το επίδομα αναπηρίας που καλύπτει άτομα που η σωματική, νοητική, ψυχική ασθένεια ή αναπηρία είναι σε ποσοστό από 67% και πάνω. Εξαιτίας, όμως, των συνθηκών και της κρίσης που επικρατεί, τα επιδοματικά ποσά είναι χαμηλά και δυστυχώς ένα άτομο δεν μπορεί να βιοποριστεί μόνο μέσα από το επίδομα αναπηρίας» (ΚΛ1).

«Αν εξαιρέσουμε το επίδομα Κ.Ε.Π.Α., όπου είναι το επίδομα που συνοδεύει την αναπηρία, νομίζω, πως δεν υπάρχει κάποια άλλη επιδοματική πολιτική. Ωστόσο, εάν κάποιος από τους λήπτες που λαμβάνει το επίδομα Κ.Ε.Π.Α., σε περίπτωση που εργάζεται, δεν κόβεται» (ΚΛ4).

«Ναι υφίσταται επιδοματική πολιτική για τους λήπτες. Συγκεκριμένα, είναι το Κ.Ε.Π.Α., το οποίο λαμβάνουν τα άτομα με 67% αναπηρία. Οι περισσότεροι αποζητούν το επίδομα αυτό και προσωπικά θα ήθελα να έχουν την θέληση να εργαστούν, ώστε προσκομίσουν το επίδομα εργασίας. Έτσι, τα άτομα αυτά αντί να λαμβάνουν το ποσό του πρώτου επιδόματος θα έχουν την ευκαιρία να εργαστούν και να ασχολούνται με κάτι ουσιώδες, που προσδίδει και αυτοπεποίθηση» (ΚΛ5).

Οι συνεντευξιαζόμενοι ερωτήθηκαν στη συνέχεια, σχετικά με το βιοπορισμό των εργαζόμενων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, το εάν οι χρηματικές απολαβές είναι επαρκείς, ώστε να ανταπεξέλθουν οικονομικά.

«Αν το άτομο εργάζεται και προσκομίζει το ανάλογο επίδομα μπορεί να βιοποριστεί. Ο καινούριος Νόμος του 2016 που επιτρέπει στο άτομο να προσληφθεί σε μια θέση εργασίας και να λαμβάνει παράλληλα το επίδομα του, είναι κάτι ιδιαίτερα καινοτόμο, καθώς αυτό δεν ίσχυε τα προηγούμενα χρόνια» (ΚΛ1).

«Δυστυχώς οι χρηματικές απολαβές γενικότερα είναι χαμηλές. Το καλό είναι πως, όπως είπαμε, το προνοιακό επίδομα δεν κόβεται σε αυτές τις περιπτώσεις και το λαμβάνουν παράλληλα με την εργασία τους στο Κοι.Σ.Π.Ε. Αλλά θεωρώ πως είναι μείζον πρόβλημα, όταν ένα άτομο έχει χαμηλό μισθό και παράλληλα έχει να αντιμετωπίσει την ψυχική του ασθένεια» (ΚΛ2).

«Εάν κάποιος εργάζεται ένα τετράωρο και παράλληλα λαμβάνει το επίδομα μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του. Το γεγονός πως εργάζεται σε Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης, του επιτρέπει να λαμβάνει συγχρόνως το επίδομα» (ΚΛ5).

Καθώς η συνέντευξη έφθανε στην ολοκλήρωσή της, οι επαγγελματίες μας εξέφρασαν τη γνώμη σχετικά με το εάν θεωρούν, πως η πολιτεία αναλαμβάνει δράσεις, που να στοχεύουν στην επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή εάν αυτό πραγματοποιείται εξ' ολοκλήρου από τις υπηρεσίες, που έχουμε προαναφέρει. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών πιστεύει, πως η πολιτεία και οι υπηρεσίες είναι αλληλένδετες και

αναλαμβάνουν μαζί δράσεις για το παραπάνω στόχο. Αξίζει να σημειωθεί, πως ένας εκ των συνεντευξιαζόμενων θεωρεί πως σε μεγαλύτερο βαθμό οι υπηρεσίες είναι αυτές, που βοηθούν τα άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες να αποκατασταθούν επαγγελματικά.

«Ο Κοι.Σ.Π.Ε. αποτελεί ένα από τα εργαλεία, μια Δομή Ψυχικής Υγείας που πραγματοποιεί ένα κομμάτι για να εργαστεί ένας ψυχικά ασθενής. Ωστόσο, δεν υφίσταται μόνο η παραπάνω δομή για να πραγματοποιηθεί αυτό. Υπάρχει και ο Ο.Α.Ε.Δ. που παρέχει προγράμματα για αναπήρους, καθώς αποτελεί τον βασικό κρατικό πυλώνα που προσπαθεί να εξαλείψει την ανεργία και να προωθήσει τα άτομα στον επαγγελματικό στίβο» (ΚΛ1).

«Σιγά-σιγά χτίζονται πρωτοβουλίες. Πιο συγκεκριμένα, η Περιφέρεια προσπαθεί να προωθεί τον Κοι.Σ.Π.Ε., ώστε να αναπτύσσει επιπλέον δραστηριότητες. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας δίνει προτεραιότητα στους Κοι.Σ.Π.Ε. στους διαγωνισμούς. Γενικότερα, η Περιφέρεια και ο Δήμος προωθούν σε συμβάσεις και σε διαγωνισμούς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης. Θα έλεγα πως υπάρχει στήριξη και προώθηση της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ωστόσο αυτό πραγματοποιείται υπό την ομπρέλα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν δεν υπήρχε η συγκεκριμένη υπηρεσία, ούτε η Πολιτεία θα γνώριζε για τις συγκεκριμένες πρωτοβουλίες» (ΚΛ2).

«Η πολιτεία δεν νομίζω ότι ασχολείται με το θέμα αυτό. Ο Σ.Ο.Ψ.Υ., από την άλλη, αναλαμβάνει να ενημερώσει τον κόσμο και είχε αναλάβει ένα πρόγραμμα για 2 χρόνια σχετικά την επαγγελματική αποκατάσταση του γενικού πληθυσμού κι όχι μόνο για ψυχικά ασθενείς. Δυστυχώς οι ενέργειες αυτές δεν είναι εύκολες, η χρηματοδότηση είναι πενιχρή, αλλά γενικότερα προσπαθούμε σαν Σύλλογος για το καλύτερο» (ΚΛ5).

Εν κατακλείδι, η συνέντευξη έκλεισε με μια γενικότερη ερώτηση, η οποία αφορούσε την άποψη των επαγγελματιών σχετικά με το εάν θεωρούν, πως οι επαγγελματικές ευκαιρίες για τους λήπτες θα έχουν αυξηθεί σε 10 χρόνια.

«Μέσα από την πορεία των τελευταίων 10 με 20 χρόνων μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι έχουν αυξηθεί οι θέσεις εργασίας και στους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, καθώς και σε δομές εκτός αυτών. Η επόμενη δεκαετία θα μπορούσε να είναι καλύτερη, με την προϋπόθεση ότι θα συνεχιστεί η ανοδική αυτή πορεία. Τώρα, δυστυχώς, με την

πανδημία και την νέα αυτή κανονικότητα που βιώνουμε, επικρατεί μια ανασφάλεια, μια διακινδύνευση και δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τι θα μας φέρει η επόμενη ημέρα» (ΚΛ1).

«Αυτό ποικίλλει, καθώς έχει να κάνει με το πώς θα πάει η οικονομική κατάσταση στη χώρα. Ευελπιστώ, πως όσο γίνεται αξιόλογη δουλειά και το μαθαίνει ο κόσμος, οι ευκαιρίες κι οι συνεργασίες θα αυξάνονται, ενώ η κοινωνία θα δίνει μεγαλύτερη ώθηση και σημασία στη συγκεκριμένη ομάδα, ανεξαρτήτως της κατάστασης, που επικρατεί στη χώρα μας» (ΚΛ2).

«Θέλω να πιστεύω πως θα υπάρξει βελτίωση, με την έννοια ότι δουλεύοντας πάνω σε όλα αυτά εμείς οι επαγγελματίες θα βοηθήσουμε, ώστε να εξαλειφθεί το στίγμα και ό,τι άλλο συνοδεύει την ψυχική υγεία» (ΚΛ4).

«Ευελπιστώ πως ναι. Είναι υποχρέωσή μας να τους αφυπνίσουμε, ώστε και οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς να αναλάβουν δράση, να μην μένουν στάσιμοι και προσηλωμένοι μόνο στο πρόβλημά τους αλλά και να κοινωνικοποιούνται» (ΚΛ5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ»

6.1. Συμπεράσματα και Συζήτηση Αποτελεσμάτων Έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε, προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη προγραμμάτων απασχόλησης, που να αφορούν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη περιοχή της Πάτρας, καθώς και τις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων για εργασιακά ζητήματα γενικότερα στην Ελλάδα. Ακόμα, κύριο μέλημα είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει απορρόφηση των ατόμων αυτών από τις παραπάνω θέσεις κι όχι μόνο. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την ερευνητική μελέτη έδειξαν πως σε ορισμένα σημεία συνάδουν, ενώ σε άλλα διαφέρουν από την διεθνή βιβλιογραφία, την οποία χρησιμοποιήσαμε στο θεωρητικό κομμάτι. Οι ομοιότητες και οι διαφορές που διαπιστώσαμε παρουσιάζονται παρακάτω.

Σε πρώτο στάδιο συμπεράναμε, πως οι περισσότεροι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν την θέληση να αποκατασταθούν επαγγελματικά. Το συμπέρασμα αυτό αναφέρεται τόσο μέσα από τις συνεντεύξεις των τριών ομάδων στόχου, όσο και στις βιβλιογραφικές αναφορές. Πιο συγκεκριμένα, οι Drosos & Theodoroulakis (2019) αναφέρουν, πως οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιθυμούν να αποκατασταθούν επαγγελματικά, καθώς δεν επιθυμούν η νόσος τους να παίζει καθοριστικό ρόλο στη ζωή και στην ατομική τους ταυτότητα. Όπως ανέφερε ένας από τους λήπτες, δεν έχει επιτρέψει να καθορίσει τη ζωή του η ψυχική του ασθένεια, φέρνοντας ως παράδειγμα πως έχει δημιουργήσει τη δική του οικογένεια, ενώ παράλληλα συνεχίζει να εξελίσσεται με κάθε τρόπο.

Στη μελέτη μας τόσο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί όσο και οι Ψυχίατροι είναι αρμόδιοι για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσα από την συνέντευξη ενός από τους επαγγελματίες διαπιστώσαμε, πως τόσο ένας Κοινωνικός Λειτουργός όσο κι ένας Ψυχίατρος αναλαμβάνουν δράση για την αποκατάσταση ψυχοκοινωνικού τύπου. Με τον πρώτο να αναλαμβάνει την αρχική συνέντευξη του υποψηφίου εργαζόμενου και τον δεύτερο να αναλαμβάνει την ψυχιατρική εκτίμηση του πιθανού εργαζόμενου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και πιο συγκεκριμένα με βάση τους Harnois et al. (2000), οι Ψυχίατροι, οι Ψυχολόγοι, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Εργοθεραπευτές και οι Νοσηλευτές συμβάλουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ληπτών. Επίσης, με βάση τους Rinaldi & Perkins (2007) σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο να προωθούν ευκαιρίες απασχόλησης για άτομα με

προβλήματα ψυχικής υγείας, ενισχύοντας τους να βρουν και να διατηρήσουν την απασχόληση.

Σχετικά με την επάρκεια της εκπαίδευσης πάνω σε εργασιακά ζητήματα, που απευθύνονται σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μας γνωστοποίησαν, πως εν μέρει το Πανεπιστήμιο προσφέρει κάποιου είδους εκπαίδευση, ωστόσο η εμπειρία είναι αυτή, που διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στη κατανόηση αυτών των ζητημάτων. Με βάση τους Harnois et al. (2000), οι επαγγελματίες, όπως Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές και Νοσηλευτές, καθώς και όσοι έχουν εξειδικευτεί πάνω στην ψυχική αποκατάσταση, έχουν αποκτήσει τις ανάλογες δεξιότητες μέσα από πανεπιστημιακά προγράμματα. Όπως διαπιστώσαμε, αυτή η βιβλιογραφική αναφορά έρχεται σε κάποιο βαθμό σε αντίθεση με όσα μας γνωστοποίησαν οι συνεντευξιαζόμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Μέσα από το βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχει αποδειχθεί πως η ουσιαστική επανένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινωνικό σύνολο, ενισχύεται από την πρόσβαση στην κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, από την συμμετοχή σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και από την πρόσβαση σε ικανοποιητική και ουσιαστική εργασία (Τριβυζά & Κουλιεράκης, 2014). Αντίθετα, μέσα από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήσαμε, διαπιστώσαμε πως δεν είναι σε θέση να εργαστούν όλοι οι λήπτες που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα φάρμακα είναι πιθανό να τους προκαλούν παρενέργειες, οι οποίες θα δυσκολέψουν το επαγγελματικό τους έργο, ενώ συνδυαστικά με την ψυχική ασθένεια η εργασιακή τους απόδοση μειώνεται.

Όσον αφορά την ανάρρωση από τις ψυχικές παθήσεις το μεγαλύτερο ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο περνάει ο καιρός παρουσιάζουν μια ουσιαστική ανάρρωση, πράγμα που συμβάλλει στην προαγωγή μιας σταθερής και λειτουργικής ζωής (Harnois et al., 2000). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της παραπάνω πρότασης αποτελεί το γεγονός, πως ένας από τους φροντιστές μας επιβεβαίωσε πως το παιδί του έχει αναρρώσει σε σημαντικό βαθμό, καθώς και πως δεν λαμβάνει πλέον φαρμακευτική αγωγή.

Σχετικά με την συνεισφορά της εργασίας στη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των ληπτών η βιβλιογραφία αποκαλύπτει το παρακάτω. Η επαγγελματική αποκατάσταση ορίζεται για τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή ως ένα σπουδαίο μέσο, που οδηγεί στην ανάρρωσή τους (Stuart, 2006). Αυτό συνάδει με ένα παράδειγμα, που μας ανέφερε ένας Κοινωνικός Λειτουργός, σύμφωνα με το οποίο, ένας λήπτης αφότου ξεκίνησε να εργάζεται, άλλαξε τις καθημερινές του συνήθειες, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η ψυχική του κατάσταση.

Ένα ακόμη κοινό σημείο της βιβλιογραφικής και της ερευνητικής μελέτης αποτελεί το γεγονός, πως η ποιότητα ζωής των ληπτών βελτιώνεται μέσω της εργασιακής απασχόλησης. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν στην παραπάνω πρόταση, προσθέτοντας πως μέσα από την εργασία τα άτομα έχουν την ευκαιρία να ανεξαρτητοποιηθούν, να αυτονομηθούν, καθώς και να κοινωνικοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό και να βιώσουν ευχάριστα συναισθήματα για αυτήν τους την εξέλιξη. Λόγου χάρη, ένας Κοινωνικός Λειτουργός μας έθεσε ως παράδειγμα έναν λήπτη, ο οποίος μέσω της εργασίας του κατάφερε να συνεισφέρει στα έξοδα της οικογένειάς του. Σύμφωνα με τον Κυζιρίδη (χ.χ.) και τους Gilbert et al. (2013), η απασχόληση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελεί μια διαδικασία, που ενδυναμώνει τα άτομα αυτά και τα οδηγεί στο μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας. Αυτό έχει ως απότοκο την εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής και ευημερίας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος, όπως αναφέρει και ο Stuart (2006), η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλει σε οικονομικό επίπεδο, μειώνοντας την ανέχεια, διευρύνοντας τις κοινωνικές επαφές και αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής γενικότερα.

Και οι τρεις ομάδες στόχου συμφώνησαν στο ότι η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλει στην κοινωνικοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, μια εκ των φροντιστών μας επιβεβαίωσε πως η κόρη της κατάφερε να περνά την καθημερινότητά της δημιουργικά μέσω της εργασίας, αυξάνοντας παράλληλα τις κοινωνικές συναναστροφές της. Με βάση τον Stuart (2006), η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί ένα μέσο το οποίο βοηθά στην ανάρρωση των ληπτών. Ταυτόχρονα, λειτουργεί ως συντελεστής εξισορρόπησης, προσφέροντας στο άτομο καθημερινή δομή, ρουτίνα και πραγματικούς στόχους. Η επαγγελματική αποκατάσταση, με βάση τους Biggs et al. (2010), συμβάλλει στη διεύρυνση των κοινωνικών επαφών.

Το γεγονός ότι κάποιος βρίσκεται σε μια θετική και αισιόδοξη συναισθηματική κατάσταση, η οποία αποπνέεται από την αναγνώριση που εισπράττει κάποιος από την εργασία ονομάζεται επαγγελματική ικανοποίηση. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετίζεται με το αίσθημα πληρότητας και εσωτερικής ισορροπίας, ενώ έχει αποδειχθεί ότι όσα άτομα από αυτά ζουν παραγωγικά, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους, όπως την κατάσταση της υγείας τους, τις συνθήκες εργασίας και εν γένει την διαβίωση, τον ελεύθερο χρόνο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Τριβυζά & Κουλιεράκης, 2014). Από τις συνεντεύξεις, συμπεράναμε πως και οι τρεις ομάδες στόχου συμφωνούν, πως μέσα από την επαγγελματική αποκατάσταση ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κι όχι μόνο, επέρχεται ικανοποίηση κι ότι αυτή συνεπάγεται.

Σύμφωνα με αναφορές του Κυζιρίδη (χ.χ.), η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, που συνεπάγεται την επαγγελματική ενσωμάτωση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έχει ως στόχο να ισχυροποιήσει τις θέσεις αυτών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί κι ένας από τους λήπτες, που μας παραχώρησε συνέντευξη. Πιο συγκεκριμένα, μας επισήμανε πως εκεί που εργάζεται διαθέτει τη θέση της υπεύθυνης, η οποία θέση έχει πολλές απαιτήσεις. Παράλληλα, κατέχει σημαντική θέση στο Σύλλογο «Σθένος» της Πάτρας.

Μια ακόμη κοινή γραμμή αποτελεί η συνένωση του εξυπηρετούμενου με τις υπηρεσίες απασχόλησης (Cherry, 2020). Όπως μας επιβεβαίωσε ένας από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, στο Κέντρο που εργάζεται, αναλαμβάνει τις αρχικές εκτιμήσεις των υποψηφίων εργαζόμενων κι αν τηρούν τις προϋποθέσεις, τους παραπέμπει στην ανάλογη δομή, που ασχολείται με την επαγγελματική του ενσωμάτωση.

Ένα σημείο, όπου αντικρούεται η βιβλιογραφία με την ερευνητική μελέτη, είναι η τακτική που ακολουθούν οι υπηρεσίες για τη πρόσληψη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την πρώτη, οι υπηρεσίες κατά κύριο λόγο περιλαμβάνουν τα εξής. Αρχικά, καθορίζονται οι δεξιότητες, τα ενδιαφέροντα και οι στόχοι καριέρας για τα άτομα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η αντιστοίχιση τους στην εργασία (Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law, 2014). Μέσα από τις συνεντεύξεις πληροφορηθήκαμε, πως παρόλο που προσλαμβάνονται οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις δυνατότητες και τις ικανότητές τους, δεν έχουν την ευκαιρία να επιλέξουν επάγγελμα, με βάση την αρέσκειά τους. Αυτό συμβαίνει λόγω της πολυπλοκότητας, που παρουσιάζουν οι αρμόδιες υπηρεσίες.

Στο θεωρητικό μέρος γίνεται αναφορά στην υποστηριζόμενη απασχόληση, η οποία αποτελεί μέθοδο ένταξης των ατόμων με αναπηρία στον εργασιακό χώρο υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση επαγγελματιών συμβούλων απασχόλησης (Marrone, 1993). Θα μπορούσαμε να πούμε πως κάτι αντίστοιχο συμβαίνει με την επαγγελματική καθοδήγηση των ληπτών από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Ειδικότερα, στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ» ο αρμόδιος Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσον αφορά τις αρμοδιότητες, που καλούνται να αναλάβουν. Επίσης, στην εκπαίδευση των εργαζόμενων ληπτών εμπλέκονται και οι παλαιότεροι εργαζόμενοι, οι οποίοι τους καθοδηγούν σύμφωνα με την εμπειρία, που έχουν λάβει. Ωστόσο, κάτι ανάλογο δεν εντοπίσαμε στις βιβλιογραφικές μας πηγές.

Όπως παρατίθεται στις βιβλιογραφικές αναφορές, ένα από τα εμπόδια που συναντά ένα άτομο με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες κατά την αναζήτηση εργασίας έχει να κάνει με την επιδοματική πολιτική. Συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά αποφεύγουν να αναζητήσουν εργασία,

καθώς θεωρούν πως με το να εργασθούν, θα χάσουν τα προνόμια, που τους παρέχει το επίδομα αναπηρίας (Drosos & Theodoroulakis, 2019). Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο δεν ευσταθεί, καθώς με βάση τα αποτελέσματα από την έρευνα, που πραγματοποιήσαμε, οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί, μας πληροφόρησαν πως σύμφωνα με νομοθετική ρύθμιση του 2016, τα άτομα μπορούν να εργάζονται και παράλληλα να λαμβάνουν το προνοιακό επίδομα.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, όταν η διαταραχή ξεκινάει να γίνεται εμφανής (συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή) η βασική εκπαιδευτική διαδικασία ή η μάθηση είναι πιθανό να κλονιστεί. Επίσης, σημαντικά σπάνιο φαινόμενο είναι το να ολοκληρωθεί η εκπαίδευση ή η επιστροφή στον εργασιακό χώρο ύστερα από την παρουσία έντονων συμπτωμάτων (Drosos & Theodoroulakis, 2019). Κάτι παρόμοιο μας ανέφερε μια εκ των φροντιστών, όπου το παιδί της άρχισε να απέχει από τα εκπαιδευτικά του καθήκοντα. Ωστόσο, κατάφερε να ολοκληρώσει τις σπουδές του και να ασκήσει το επάγγελμά του. Όπως η ίδια μας ανέφερε τα συμπτώματα της διαταραχής, που εμφάνισε τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο δεν επηρέασαν τη λειτουργικότητα του παιδιού.

Όσον αφορά τα εμπόδια που συναντάει ένας λήπτης κατά την αναζήτηση εργασίας, γίνεται εκτενής αναφορά στο στίγμα, που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια. Όπως διαπιστώσαμε μέσα από την ερευνητική μελέτη και οι τρεις ομάδες στόχου συμφωνούν πως το στίγμα της ψυχικής ασθένειας διαδραματίζει κύριο ρόλο κατά την διαδικασία εύρεσης εργασίας. Σύμφωνα με τους Corrigan & Watson (2002), οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας καλούνται από τη μια να αντιμετωπίσουν τις ιδιαιτερότητες που συνεπάγονται της διαταραχής, ενώ από την άλλη δέχονται κριτική, εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων και των προκαταλήψεων, που υπάρχουν γύρω από την ψυχική ασθένεια. Επίσης, το στίγμα έχει να κάνει με την αρνητική μεταχείριση, αποκλειστικά και μόνο επειδή κάποιος διαθέτει ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ή μειονέκτημα (Drosos & Theodoroulakis, 2019).

Ένα ακόμη κοινό σημείο της έρευνας και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτελεί το φαινόμενο του αυτό-στιγματισμού. Οι Drosos & Theodoroulakis (2019), επισημαίνουν πως μια από τις εκδηλώσεις του στίγματος έναντι των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι και ο αυτό-στιγματισμός. Ειδικότερα στο ερευνητικό κομμάτι, ένας εκ των ληπτών κι ένας φροντιστής, καθώς και δυο επαγγελματίες μας επιβεβαίωσαν πως ο αυτό-στιγματισμός είναι επιζήμιος, όσον αφορά την προσέγγιση εργασίας.

Σύμφωνα με στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (2004), τα οικογενειακά μέλη αναλαμβάνουν ένα βαρύ συναισθηματικό φορτίο, λόγω της ασθένειας του συγγενή τους. Πέρα από τη συναισθηματική επιβάρυνση που δέχονται, παράλληλα χρειάζεται να φροντίσουν και να υποστηρίξουν τον λήπτη υπηρεσιών

ψυχικής υγείας. Ένας από τους φροντιστές μας εκμυστηρεύτηκε, πως όταν παρουσιάστηκε το πρόβλημα ψυχικής υγείας στο παιδί της, αρχικά πανικοβλήθηκε και οδηγήθηκε στη κατάθλιψη και στην απάθεια. Ωστόσο, μέσα από την στήριξη των μελών της οικογένειες κατάφερε να το ξεπεράσει και να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Μέσα από αυτό διαπιστώσαμε, πως η ψυχική ασθένεια είναι δυνατόν να επηρεάσει σε συναισθηματικό επίπεδο όλη την οικογένεια.

Οφείλουμε να αναφέρουμε, πως στη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν περιγράφεται ο ρόλος των φροντιστών των ατόμων, που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Ωστόσο, κρίνουμε απαραίτητη την αναφορά του ρόλου, μέσω των στοιχείων που συγκεντρώσαμε από τις συνεντεύξεις. Εκείνοι που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή, τις περισσότερες φορές είναι η οικογένεια ή άτομα του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι φροντιστές έχουν σημαντική θέση στη ζωή των ληπτών, διότι είναι εκείνοι που έχουν τον πρώτο ρόλο στη φροντίδα και υποστήριξή τους. Παράλληλα, πρόκειται για εκείνους που κατά κύριο λόγο προτρέπουν τα άτομα που έχουν κάποιου είδους ψυχική δυσκολία, να αναζητήσουν βοήθεια. Κατ' επέκταση παρέχουν αρωγή, ώστε τα άτομα αυτά να αποκατασταθούν ψυχολογικά και εκτενέστερα σε επαγγελματικό επίπεδο, οδηγώντας τους στην κοινωνική (επαν)ένταξη. Παρόλα αυτά, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα ήταν να καλό να μην εξαρτώνται από τον εν λόγω φροντιστή τους σε υπερβολικό βαθμό, καθώς αυτό είναι δυνατόν να εμποδίσει την απόκτηση αυτονομίας και ανεξαρτησίας σε επαγγελματικό κι όχι μόνο επίπεδο.

Ένα ακόμη σημείο, στο οποίο συνάδουν οι βιβλιογραφικές πηγές και τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στη διαστρέβλωση της εικόνας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι Overton & Medina (2008) κάνουν λόγο για το ότι τα Μ.Μ.Ε. παρουσιάζουν τους παραπάνω με αρνητικό τρόπο. Στη παρούσα μελέτη, ένας εκ των ληπτών μας πληροφόρησε για το ότι τα Μ.Μ.Ε. δεν συμβάλουν στην κατάσταση, καθώς τείνουν να παρουσιάζουν μόνο την αρνητική πλευρά αυτών.

Με βάση τους Τριβυζά & Κουλιεράκη (2014) οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται να δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για το εργασιακό τους αντικείμενο και υποστηρίζονται από τους διοικητικούς ανωτέρους και από τους συναδέλφους τους, ενώ παράλληλα γίνεται ορατή η αίσθηση της εργασιακής ικανότητας. Ωστόσο, κάτι αντίστοιχο στην έρευνα που ακολουθήσαμε δεν διαπιστώθηκε, ενώ αντίθετα τόσο οι λήπτες όσο και οι φροντιστές έκαναν λόγο για προκατειλημμένους εργοδότες, ενώ αναφέρθηκε πως υπάρχουν κι εξαιρέσεις. Αξίζει να σημειωθεί, πως στην Ιταλία θεσπίστηκε ο Νόμος 68/1999, ο οποίος περιελάμβανε διατάξεις, που αφορούσαν την κατανομή θέσεων εργασίας σε λήπτες

υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Αυτός ο νόμος προκάλεσε αρκετές αντιδράσεις σε σημείο, που οι εργοδότες προτιμούσαν να υποστούν τις κυρώσεις, που επιβάλλονταν από τον νόμο, παρά να προσλάβουν ένα άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας (Fioritti et al., 2014).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, είναι μικρό το ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο έχει καταφέρει να αποκατασταθεί επαγγελματικά, εξαιτίας της αρνητικότητας που επικρατεί στους εργοδότες. Ωστόσο, αρκετοί από τους λήπτες είναι σε θέση να εργαστούν, ακόμη και σε περιπτώσεις που έχουν ενεργή συμπτωματολογία, καθώς πολλοί από αυτούς κατέχουν δημιουργικές δεξιότητες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004). Οι Drosos & Theodoroulakis (2019) επισημαίνουν πως οι διακρίσεις από τη μεριά των εργοδοτών τις περισσότερες φορές περιλαμβάνουν την αποφυγή της πρόσληψης ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την σκέψη πως παρόλο που διαθέτουν τις κατάλληλες προδιαγραφές, ενδεχομένως θα εμφανίσουν απρόοπτη, βίαιη ή και επικίνδυνη συμπεριφορά. Ακόμα, οι εργοδότες μπορεί να έχουν υιοθετήσει αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η κρισιμότητα της νόσου ή η πιθανή επανεμφάνιση των συμπτωμάτων και σχετικά με πτυχές που έχουν να κάνουν με την εργασία, όπως είναι οι απουσίες ή η χαμηλή αποδοτικότητα. Οι συνεντευξιαζόμενοι φροντιστές και οι επαγγελματίες Κοινωνικοί Λειτουργοί μας πληροφόρησαν πως η επανεμφάνιση συμπτωμάτων ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένας από τους λόγους μη πρόσληψής του. Επίσης, ένας εκ των Κοινωνικών Λειτουργών μίλησε για την άγνοια που διακατέχει τους εργοδότες, οι οποίοι θεωρούν πως οι λήπτες θα παρουσιάσουν επικίνδυνη ή βίαιη στάση, η οποία θα σταθεί εμπόδιο στην διεκπεραίωση των εργασιακών τους αρμοδιοτήτων.

Τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή εντάσσονται στην υποομάδα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων και των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ), της οποίας τα ποσοστά απασχόλησης είναι ιδιαίτερα μειωμένα στις ανεπτυγμένες χώρες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Τα χαμηλά επίπεδα της απασχόλησης των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές θεωρούνται πως αντιπροσωπεύουν έναν συσχετισμό ανάμεσα στις κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, καθώς και τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά εργασίας, τις ψυχολογικές και κοινωνικές δυσκολίες μαζί με την απουσία επαγγελματικής υποστήριξης (Koletsi et al., 2009). Μέσω της παρούσας μελέτης συμπεράναμε, πως οι ευκαιρίες απασχόλησης για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα λιγοστές. Όπως μας περιέγραψε μια Κοινωνική Λειτουργός, το νομικό πλαίσιο θα έπρεπε να είναι πιο συγκεκριμένο αναφορικά με την ψυχική ασθένεια, διότι στις ίδιες

προκηρύξεις, που γίνονται για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εντάσσονται κι άλλες κατηγορίες ανθρώπων, οι οποίες κατατάσσονται στα ΑμεΑ.

Σύμφωνα με στοιχεία που μας δόθηκαν από έναν λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πολλοί δυσκολεύονται να διακρίνουν ένα άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας με έναν ψυχικά υγιή, όπως έγινε με τον ίδιο στο χώρο εργασίας του. Στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζεται ένα από τα μοντέλα απασχόλησης, το οποίο ονομάζεται «Clubhouses». Πρόκειται για κέντρα, που βασίζονται στην κοινότητα, και απευθύνονται σε άτομα με ψυχικές παθήσεις (NAMI, 2014). Πολλές φορές ορισμένοι επισκέπτες δυσκολεύονται να διακρίνουν τους λήπτες με το προσωπικό, διότι το κλίμα που επικρατεί εκεί δεν αφήνει περιθώρια διαχωρισμού (Agner et al., 2020).

Επίσης, ενημερωθήκαμε μέσα από την έρευνα πως οι υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, όπως είναι ο Σ.Ο.Ψ.Υ., έρχονται σε επαφή με τους φροντιστές των ληπτών με τη μορφή ομάδων. Κάτι αντίστοιχο, θα μπορούσαμε να πούμε, πως υφίσταται στην Ινδία με ένα πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο συγκεκριμένος οργανισμός παρέχει αποτελεσματικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε άτομα, που αναρρώνουν από σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Ακόμη, η οικογένεια κάθε οικότροφου μία φορά στους τρεις μήνες παρακολουθεί τη συνεδρία οικογενειακής θεραπείας και παραμένει εντός της δομής για τουλάχιστον 2-3 ημέρες. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του εκεί συμμετέχουν στις δραστηριότητες της κοινότητας και αλληλεπιδρούν με τα μέλη. Μέσα από αυτήν την διαδικασία οι οικογένειες εκπαιδεύονται σε δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους, αφότου φύγουν από την δομή (Kalyanasundaram et al., 2011). Ωστόσο, στον ελλαδικό χώρο δεν υπάρχει κάποιο ανάλογο πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης, που να συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση των φροντιστών των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μόνο υπό τη μορφή ομαδικών συνεδριών.

Στο Σ.Ο.Ψ.Υ. Πατρών έχει δημιουργηθεί ομάδα, η οποία καλύπτει θεωρητικές γνώσεις, με σκοπό να προετοιμάσει τους ενδιαφερόμενους λήπτες για την απασχόλησή τους στο Κοιν.Σ.Επ. Ένταξης Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ». Η ομάδα αυτή έχει εξάμηνη διάρκεια και πραγματοποιείται από τον υπεύθυνο Κοινωνικό Λειτουργό. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα έχουν δημιουργήσει οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις της Αυστραλίας, το οποίο ονομάζεται «Πρόγραμμα Βελτιστοποίησης της Υγείας για την Απασχόληση». Το πρόγραμμα αυτό πραγματοποιείται μέσα σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες των 10 συνεδριών, στις οποίες συμμετέχουν λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που επιθυμούν να εργαστούν (Contreras et al., 2012).

Μέσα από τις συνεντεύξεις προέκυψε, πως υφίσταται νομικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία, παρόλα αυτά δεν τηρείται επαρκώς. Όπως μας ενημέρωσε ένας Κοινωνικός Λειτουργός, οι ενέργειες για την δημιουργία προγραμμάτων δεν είναι εύκολα εφαρμόσιμες, καθώς η χρηματοδότηση αυτών είναι πενιχρή. Επίσης, όσον αφορά το νομικό πλαίσιο, κρίνουμε απαραίτητο να αναφέρουμε, πως οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι δεν είχαν περαιτέρω γνώση πάνω στο ζήτημα αυτό, πέρα από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι είναι αρμόδιοι για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2005), η σχετική νομοθεσία οφείλει να διαφυλάττει τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τυχόν διακρίσεις, χειραγώγηση και από την άδικη απώλεια της εργασίας, η οποία προκύπτει εξαιτίας της ψυχικής τους διαταραχής. Καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη νομικού πλαισίου, το οποίο θα συμβάλει στην προώθηση της ανάπτυξης και της χρηματοδότησης προγραμμάτων, που θα σχετίζονται με την επαγγελματική αποκατάσταση. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών να πραγματοποιείται με βάση ποιο από τα προγράμματα προηγείται και την παράλληλη εκτίμηση των προγραμμάτων, που έχουν θετική απήχηση. Αξίζει να αναφέρουμε, πως ένα από τα ερωτήματα που θέσαμε και στις τρεις ομάδες στόχου, αποτελούσε την επάρκεια του νομικού πλαισίου στην Ελλάδα, που να μεριμνά την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, διαπιστώσαμε πως υφίσταται ανάλογο νομικό πλαίσιο, ωστόσο αυτό δεν εφαρμόζεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Ένας από τους επαγγελματίες μας επιβεβαίωσε πως υπάρχει νομοθετική ρύθμιση, η οποία υποστηρίζει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης στους διαγωνισμούς, ώστε να προωθούνται οι λήπτες σε εργασιακές θέσεις.

Οδεύοντας προς την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, κληθήκαμε να απαντήσουμε στο ερευνητικό ερώτημα αυτής, το οποίο αφορά την ύπαρξη προγραμμάτων απασχόλησης, τα οποία απευθύνονται στους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη περιοχή της Πάτρας.

Το δικαίωμα της εργασίας για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί από τα κράτη να περιέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για την παροχή ενίσχυσης και υποστήριξης στα άτομα, ώστε να μπορούν να ανακαλύψουν και να βρίσκουν διαθέσιμη εργασία (Amnesty International & Mental Health Reform, 2012). Πιο συγκεκριμένα, ένα από τα προγράμματα απασχόλησης που παραθέσαμε στο θεωρητικό κομμάτι, καθώς και στην ερευνητική μας εργασία είναι οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία οι Κοι.Σ.Π.Ε. έχουν διπλή λειτουργία, καθώς

υφίστανται και ως μονάδα ψυχικής υγείας, αλλά και παράλληλα ως κοινωνική επιχείρηση (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2004). Σύμφωνα με στοιχεία από τις βιβλιογραφικές πηγές, στην Ιταλία σύμφωνα με το Νόμο 381/91 υπάρχουν δύο μορφές Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί τύπου Β' βοηθούν στην επαγγελματική ένταξη ατόμων, που βρίσκονται σε μειονεκτικές ομάδες, στις οποίες κατατάσσονται τα ΑμεΑ, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κι άλλοι (Schwarz, 2011). Θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε του Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς τύπου Β' της Ιταλίας με τους Κοι.Σ.Π.Ε. που υφίστανται στην Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί, πως οι συνεντευξιαζόμενοι μας γνωστοποίησαν το διακεκριμένο έργο του Κοι.Σ.Π.Ε. «Φάρος» και τη αξιοσημείωτη προσφορά αυτού, καθώς έχει ως κύριο μέλημα, οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας να αποκατασταθούν επαγγελματικά και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, μας ενημέρωσαν και για άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως είναι το Σ.Ο.Ψ.Υ. Πάτρας, το Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε., το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ''Άγιος Ανδρέας'' και τέλος τα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ.

Στην Πάτρα, μέσω της πρωτοβουλίας του Σ.Ο.Ψ.Υ. δημιουργήθηκε το Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ», όπως αναφέρεται στην αντίστοιχη βιβλιογραφική αναφορά. Πρόκειται για μια Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση, η οποία προσφέρει εργασία σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσα από τις συνεντεύξεις, που μας παραχωρήθηκαν, συμπεράναμε τη μεγάλη συμβολή και την αξιόλογη προσπάθεια του Συλλόγου για την προώθηση στην απασχόληση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τρεις εκ των ληπτών εργάζονταν στο Καφέ «ΓΕΦΥΡΕΣ» και με βάση την εμπειρία τους εκεί μας εξέφρασαν το πόσο ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι ήταν από τις ευκαιρίες, που τους δόθηκαν.

Συμπερασματικά, μέσα από την παρούσα έρευνα, παρόλη την τεράστια συμβολή των παραπάνω προγραμμάτων/υπηρεσιών για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διαπιστώσαμε πως πρόκειται για μια δύσκολη διαδικασία με πολλά εμπόδια για το άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτός ο δύσβατος δρόμος, εμπεριέχει το φαινόμενο του στίγματος, τις κοινωνικές προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που επικρατούν, ενώ παράλληλα η έλλειψη κατάλληλων δομών και η ίδια η ψυχική ασθένεια μερικές φορές δεν συμβάλουν στην εργασιακή του ένταξη. Η αβεβαιότητα σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, που μαστίζει την κοινωνία μας, είναι δυο συνέπειες που δυσχεραίνουν το έργο της επαγγελματικής αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Αρχικά, είναι δέον να αναφερθεί, πως το συγκεκριμένο Κεφάλαιο στηρίζεται, κυρίως, στα όσα συμπεράναμε μέσα από τις συνεντεύξεις, που πραγματοποιήθηκαν για την εκπόνηση της έρευνας.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν εκπαιδευτεί δεόντως, ώστε να συνεργάζονται με λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και τις οικογένειες και τους φροντιστές αυτών, έχοντας ως απώτερο σκοπό την βελτιστοποίηση της καθημερινότητάς τους. Επιπλέον πρόκειται για τους επαγγελματίες, που διαχειρίζονται δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ λαμβάνουν αποφάσεις για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στη προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Όπως όλοι οι επαγγελματίες συμφώνησαν, ο ρόλος ενός Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύπλευρος και σύνθετος. Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα οποία αντλήσαμε από τους συνεντευξιαζόμενους, ένας Κοινωνικός Λειτουργός, που εργάζεται στο τομέα της ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα μεριμνά για την επαγγελματική αποκατάσταση των ληπτών, αναλαμβάνει τις εξής αρμοδιότητες. Σε πρώτο στάδιο, συντελεί στην πραγματοποίηση της αρχικής συνέντευξης του υποψήφιου εργαζόμενου. Επίσης, πρόκειται για τον επαγγελματία, που εκτιμά την ψυχική κατάσταση του ατόμου, όπως και τη διάθεση, την ετοιμότητα, την πειθαρχία και τέλος τη θέλησή του για εργασία. Πρόκειται για απαραίτητες προϋποθέσεις, οι οποίες εξετάζονται, πριν προσληφθεί το άτομο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ειδήμων στη καθοδήγηση του λήπτη σχετικά με εργασιακά ζητήματα, ενώ παράλληλα λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος με τις υπηρεσίες, που ενδέχεται να έρθει σε επαφή. Επιπροσθέτως, καλείται να αναλάβει την προετοιμασία διαμέσου θεραπείας, εφόσον ο ίδιος πληροί τα απαραίτητα γνωστικά κριτήρια, ώστε να βοηθήσει τον λήπτη να αποκατασταθεί επαγγελματικά. Ένας επιπλέον ρόλος, που αναλαμβάνει ένας Κοινωνικός Λειτουργός, είναι αυτός του υπεύθυνου των υπαλλήλων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αφού παρεμβαίνει σε τυχόν προβλήματα συνεργασίας και συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να υλοποιηθεί με τη μορφή ομάδων ή σεμιναρίων.

Ταυτόχρονα, λειτουργεί υποστηρικτικά προς τους εξυπηρετούμενούς του, βοηθώντας τους να πιστέψουν στον εαυτό και στις ικανότητές τους. Ακόμη, οφείλουμε να αναφέρουμε, πως η υποτροπή ενός λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένα συχνό φαινόμενο, το οποίο

καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας.

Κλείνοντας, μέσα από τα μάτια των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας η προσφορά ενός Κοινωνικού Λειτουργού και της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας, αντίστοιχα, φαντάζει πολύτιμη, καθώς όπως αναφέρουν, δεν θα μπορούσαν οι ίδιοι να σημειώσουν βήματα προόδου χωρίς τη συμβολή τους.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσσες

Γαλάνης, Π. (2018). Μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,* 35(2).

Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα : Θεματική ανάλυση. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,* 35(3).

Γιαννουλόπουλος, Γ. (2007). Εργασία – εύρεση εργασίας, εργασιακή υποστήριξη, ανεργία, απραξία. *ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ψυχική ΥΓΕΙΑ,* 2ο τεύχος, 20-21. Ανακτήθηκε 25 Ιανουαρίου, 2022, από https://www.selfhelp.gr/wp-content/uploads/vol2.pdf

Δεπάστας, Χ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 17*(2).

Δρακάκη, Ε. (2020). Το σύνδρομο της ιδρυματοποίησης : τι είναι και πώς επηρεάζει τον σύγχρονο άνθρωπο. *Your e-articles.* Ανακτήθηκε 3 Μαρτίου, 2021, από https://yourearticles.com/koinwniologia/to-syndromo-tis-idrymatopoiisis-ti-einai-kai-pws-epireazei-ton-sygxrono-anthrwpo/

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - Υπουργείο Υγείας (2011). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα : Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Ανακτήθηκε 14 Ιανουαρίου, 2021, από https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/programma-quot-psyxargws-quot/83-h-psyxiatrikh-metarrythmish-sthn-ellada

Καρύδη, Μ. Β. (2010). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και το βίωμα της νόσου των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. Ανακτήθηκε 22 Ιανουαρίου, 2021, από http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8252/1/psychokinitiki_karidi.pdf

Κυζιρίδης, Θ. (χ.χ.). Έννοιες, περιεχόμενο και παραδείγματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανά τον κόσμο. Ανακτήθηκε 12 Φεβρουαρίου, 2021, από http://www.isth.gr/images/uploads/1-2-KYZYRIDH.pdf

Μητροσύλη, Μ. (2007). Μελέτη του θεσμικού και νομικού πλαισίου του τομέα της Κοινωνικής Οικονομίας. Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.

Μπότσιου, Μ. & Παπαβασιλείου, Ι. (2011). Το κοινωνικό στίγμα και η επίδρασή του στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Στο Π. Γιαβρίμης, Ε. Παπάνης, Α. Βίκη (επιμ.), *Έρευνα Εκπαιδευτική Πολιτική και Πράξη στην Ειδική Αγωγή*, Τόμος ΄Β, Επιλεγμένες Εργασίες, Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Νόμος 2716/1999, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 96/Α/ 17-05-1999).

Νόμος 4430/2016, Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 205/Α/31-10-2016)

Παρασκευοπούλου, Σ. (2020). Ανθρώπινα δικαιώματα και ψυχική ασθένεια: τα όρια της ελευθερίας του ψυχικά ασθενούς. *Ηθική Περιοδικό φιλοσοφίας, 0(12)*.

Σαραφίδου, Σ. (2020). Ιδρυματοποίηση και ψυχική ασθένεια. Ψυχο-γραφήματα. Ανακτήθηκε 15 Ιανουαρίου, 2021, από https://www.psychografimata.com/%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1/

Τριβυζάς, Σ. & Κουλιεράκη, Γ. (2014). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων, ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης Κέρκυρας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ,* 31(3).

Υπουργείο Υγείας (2011). *Παγκόσμια μέρα ψυχικής υγείας*. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου, 2021, από https://www.moh.gov.gr/articles/news/760-pagkosmia-hmera-psyxikhs-ygeias

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (2004). Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006». *Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων.* Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Β' Φάση», Αθήνα, Δεκέμβριος.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (2004). Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006». *Μεθοδολογία Κοινωνικής Ευαισθητοποίησης & και καταπολέμησης των Προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο*. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Β' Φάση», Αθήνα, Μάρτιος.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2005). *Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα.*

Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2001). *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία*.

Χριστοφόρου, Α. (2014). Όσα χρειάζεται να γνωρίζετε για τις κοινωνικές επιχειρήσεις και την Κοινωνική Οικονομία στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Μονάδα Καινοτομίας και Επιχειρηματικότητας Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Ξενόγλωσσες

Aagaard, J., Tuszewski, B., & Kølbæk, P. (2017). Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Archives of Psychiatric Nursing*. doi :10.1016/j.apnu.2017.07.008

Agner, J., Barile, J. P., Botero, A., Cha, T., Herrera, N., Kakau, T. M., Nakamura, L., Inada, M., Hawaii Clubhouse Coalition (2020). Understanding the Role of Mental Health

Clubhouses in Promoting Wellness and Health Equity Using Pilinahā—An Indigenous Framework for Health. *American Journal of Community Psychology*.
doi :10.1002/ajcp.12457

Amnesty International & Mental Health Reform (2012). Employment and Mental Health: A Briefing Paper.

Antai-Otong, D. (2003). Psychosocial rehabilitation. *Nursing Clinics of North America*, 38(1).
doi : https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00068-3

Bathje, G.J. & Pryor, J.B. (2011). The Relationships of Public and Self-Stigma to Seeking Mental Health Services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2).

Biggs, D.M., Hovey, N., Tyson, P.J. & Macdonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *Journal of Mental Health*, 19(6).
doi : https://doi.org/10.3109/09638237.2010.507683

Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2).
doi :10.1002/wps.20234

Brieger, P. & Hoffmann, H. (2012). Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? *Der Nervenarzt*, 83(7).
doi : 10.1007/s00115-011-3470-9

Cherry, K. (2020). What Is Psychosocial Rehabilitation. Ανακτήθηκε 13 Απριλίου, 2021, από https://www.verywellmind.com/psychosocial-rehabilitation-4589796

Christodoulou, G. (2009). Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry*, 8(2).
doi : https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00227.x

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

doi : https://doi.org/10.1192/S1749367600005877

Christodoulou, N.G. & Kollias, K. (2019). Current challenges for psychiatry in Greece. *BJPsych International*, 16(3).

Chow, W.S. & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization : a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1).
doi : https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169

Contreras, N., Rossell, S. L., Castle, D. J., Fossey, E., Morgan, D., Crosse, C., & Harvey, C. (2012). Enhancing Work-Focused Supports for People with Severe Mental Illnesses in Australia. *Rehabilitation Research and Practice*.
doi :10.1155/2012/863203

Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1).

Corry, O. (2010). Defining and Theorizing the Third Sector. Third Sector Reasearch.
doi: 10.1007/978-1-4419-5707-8_2

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R. & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi : https://doi.org/10.1002/14651858.cd003080

Drosos, N. & Theodoroulakis, M. (2019). Employment as an Integral Part of Social Inclusion : The Case of Mental Health Patients in Greece. International Perspectives on Inclusive Education, 13.
doi : http://dx.doi.org/10.1108/S1479-363620190000013017

Dudley, J.R. (2000). Confronting Stigma within the Services System. *Social Work*, 45(4).
doi : https://doi.org/10.1093/sw/45.5.449

European Comission (2014). A map of social enterprises and their eco-systems in Europe. Country Report : Greece.

European Union of Supported Employment (EUSE) (2010). European Union of Supported Employment Toolkit. European Union of Support Employment/Leonardo Partnership. Dundee, UK.

Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Suñol, R., & Otto, E. (2014). Individual placement and support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 37(2).
doi :10.1037/prj0000065

Fitzpatrick, M. (2008). Stigma. *British Journal of General Practice*, 58(549).

Gilbert, E., Marwaha, S., Milton, A., Johnson, S., Morant, N., Parsons, N., Fisher, A., Singh, S. & Cunliffe, D. (2013). Social firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: a UK survey. *BMC Health Services Research*, 13(1).
doi : 10.1186/1472-6963-13-270

Grove, B. (2015). International employment services schemes for people with mental health problems. *BJPsych International*, 12(4).

Harnois, G., Gabriel, P., World Health Organization & International Labour Organisation (2000). Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices.

Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law (2014). Getting to Work : Promoting Employment of People with Mental Illness.

Kalogeraki, S., Papadaki, M. & Pera Ros, M. (2018). Exploring the Social and Solidarity Economy Sector in Greece, Spain and Switzerland in Times of Crisis. *American Behavioral Scientist*, 62(6).

Kalyanasundaram, S., Suryanarayana Rao, N., Chowdur, R., & Dharitri, R. (2011). Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1).
doi :10.4103/0019-5545.75563

Khalema, N.E. & Shankar, J. (2014). Persectives on Employment Integration Mental Illness and Disability, and Workplace Health. *Advances in Public Health*, 2014(3).

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G. R., Huxley, P., Amano, N. & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi :10.1002/14651858.cd008297.pub2

Koletsi, M., Niersman, A., van Busschbach, J.T., Catty, J., Becker, T., Burns, T., Fioritti, A., Kalkan, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T. & Wiersma, D. (2009). Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11).
doi : https://doi.org/10.1007/s00127-009-0017-5

Landesbeauftragte Landesbeauftragter für Psychiatrie (n.d.). Arbeit und Beschäftigung. Ανακτήθηκε 11 Απριλίου, 2021, από https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/versorgungssystem/arbeit-und-beschaeftigung/

Madianos, M. G. (2019). The adventures of psychiatric reform in Greece : 1999-2019. *BJPsych International*, 17(2).
doi : https://doi.org/10.1192/bji.2019.30

Marrone, J. (1993). Creating positive vocational outcomes for people with severe mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2).
doi :10.1037/h0095600

Michaels, P.J., López, M., Rüsch, N. & Corrigan, W.P. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2).

Moll, S., Huff, J. & Detwiler, L. (2003). Supported Employment : Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(5).
doi : https://doi.org/10.1177/000841740307000506

Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'Encéphale*.
doi :10.1016/j.encep.2014.04.008

NAMI (2014). Road to recovery: Employment and mental illness. Virginia: National Alliance on Mental Illness (NAMI). Ανακτήθηκε 22 Φεβρουαρίου, 2021, από https://www.nami.org/work

Nasioulas, I. (2012). Social Cooperatives in Greece. Introducing New Forms of Social Economy and Entrepreneurship. *International Review of Social Research*, 2(2).

Ostrow, L., Nemec, P. B., & Smith, C. (2018). Self-Employment for People with Psychiatric Disabilities: Advantages and Strategies. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.*
doi :10.1007/s11414-018-9625-8

Overton, S.L. & Medina, S.L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2).
doi : https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x

Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Vocational rehabilitation for people with mental health problems. *Psychiatry*, 6(9).
doi:10.1016/j.mppsy.2007.06.002

Robson, C. (2010). *Η ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ : Ένα μέσον για Κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές* (2η έκδ.). Αθήνα : Gutenberg.

Schwarz, G. (2011). Social Firms in Europe. Disability Information Resources. Ανακτήθηκε 2 Απριλίου, 2021, από
https://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/employment/Social_Firms_in_Europe.html

Strengler, K., Riedel-Heller, S.G. & Becker, T. (2013). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen . *Der Nervenarzt*, 85(1).
doi : 10.1007/s00115-013-3846-0

Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5).
doi : https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d

Waghorn, G & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2).
doi : https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.129

WERKSTÄTTEN FÜR MENSCHEN MIT EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG (2019). Arbeiten mit psychischer Erkrankung NRW. Ανακτήθηκε 11 Απριλίου, 2021, από https://arbeiten-mit-psychischer-erkrankung.de/werkstaetten-fuer-menschen-mit-einer-psychischen-erkrankung-wfbm/

World Health Organization (n.d.). Mental health, human rights and legislation. Ανακτήθηκε 5 Φεβρουαρίου, 2021, από
https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/

World Health Organization (2003). Mental Health Legislation & Human Rights. Mental Health Policy and Service Guidance Package, Geneva.

WHO (2013). Stigma and discrimination. Ανακτήθηκε 19 Ιανουαρίου, 2021, από https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination

Διαδικτυακές πηγές

Ψυχαργώς. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου, 2020, από
https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1

Ψυχαργώς. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου, 2020, από https://www.psychargos.gov.gr/

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ. Ανακτήθηκε 27 Φεβρουαρίου, 2021, από https://kalo.gov.gr/syxnes-erotiseis/

Διάπλους - Κοινωνικός Συνεταιρισμός. Ανακτήθηκε 9 Μαρτίου, 2021, από https://www.diaplous.eu/koispe/

ΚοιΣΠΕ ΊΡΙΣ. Ανακτήθηκε 11 Απριλίου, 2021, από https://www.koispeiris.gr/

Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης - Τομέας Ψυχικής Υγείας Δωδεκανήσου. Ανακτήθηκε 3 Απριλίου, 2021, από http://www.koispe.gr/

Ψυχαργώς - ΚοιΣΠΕ ΤΟ.Ψ.Υ. Πιερίας. Ανακτήθηκε 12 Μαρτίου, 2021, από http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=25432&nt=156

Κοινωνικός Συνεταιρισμός «Νέοι Ορίζοντες». Ανακτήθηκε 12 Μαρτίου, 2021, από http://www.koispekerk.gr/koispe/neoi-orizontes/o-koinonikos-sunetairismos-periorismenis-euthunis-koispe.html

Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης Χανίων. Ανακτήθηκε 12 Μαρτίου, 2021, από http://www.koispechania.gr/index.php/2010-11-22-10-57-10

ΚοιΣΠΕ Φάρος. Ανακτήθηκε 13 Μαρτίου, 2021, από https://koispe-faros.gr/faros/

ΚοιΣΠΕ «Ηλιοτρόπιο». Ανακτήθηκε 14 Μαρτίου, 2021, από https://koispeiliotropio.gr/

Ψυχαργώς - ΚοιΣΠΕ Ωρίων Το.Ψ.Υ. Χίου «Ωρίων». Ανακτήθηκε 28 Μαρτίου, 2021, από https://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=3264&nt=156

ΠΕΨΑΕΕ – Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη. Ανακτήθηκε 14 Μαρτίου, 2021, από http://www.pepsaee.gr/

Καφέ Γέφυρες. Ανακτήθηκε 13 Μαρτίου, 2021, από https://cafegefyres.gr/kafe-gefyres/#contact

Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού - Πρόγραμμα Απασχόλησης Ανέργων από Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες (ΕΚΟ). Ανακτήθηκε 9 Απριλίου, 2021, από https://www.oaed.gr/programma-epichoregeses-epicheireseon-kai-ergodoton-gia-ten-apascholese-2-000-anergon-atomon-me-anaperies-amea-apexartemenon-apo-exartesiogones-ousi-1

Πρόγραμμα απασχόλησης 800 ανέργων από Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες. Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου, 2021 από https://www.oaed.gr/storage/eko/programma-eko/syntomo-enhmerotiko-29-06-2021.pdf