

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΔΟΜΕΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ. ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ «CLUBHOUSE» ΣΤΗ ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

των

ΚΟΥΤΣΟΥΠΙΑΚΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΡΙΖΟΥΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΥΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΡΑΤΣΙΚΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΜΑΡΤΙΟΣ 2020

Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

<http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Ο/Η/Οι υπογράφων/οντες φοιτητής/τές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ
Κρήτης

_____ΚΟΥΤΣΟΥΠΙΑΚΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ_____

_____ΡΙΖΟΥΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ_____

δηλώνω/νουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ:ΔΟΜΕΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ. ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ «CLUBHOUSE» ΣΤΗ ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου/μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω/νουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

ΡΙΖΟΥΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Όνοματεπώνυμο

(Υπογραφή)

ΚΟΥΤΣΟΥΠΙΑΚΗ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Όνοματεπώνυμο

Περιεχόμενα

Περίληψη:	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο :ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	9
1.1 Η ψυχική υγεία.....	9
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία.....	10
1.3 Κοινωνικό στίγμα.....	11
1.4 Ψυχική και σωματική υγεία	12
1.5 Ορισμοί ψυχικής υγείας	13
1.6 Ψυχικές Παθήσεις	15
1.7 Πολιτικές για την ψυχική υγεία	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο :ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	20
2.1.Ιστορική αναδρομή των υπηρεσιών υγείας.....	20
2.1.2.Από τα άσυλα στην κοινότητα:	23
2.2.Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	30
3.1. Η ιστορική Αναδρομή της ψυχικής υγείας στη Φινλανδίας	30
3.2. Η διαδικασία αποϊδρυματοποίησης.....	34
3.2.1. Ο ρόλος των εθνικών προγραμμάτων	36
3.2.2 Η νέα κυβερνητική στρατηγική.....	41
3.3.Το φαινόμενο Clubhouse	47

3.3.1. Το φαινόμενο Clubhouse στη Φινλανδία.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	51
4.1. Σκοπός της έρευνας.....	51
4.2. Επιλογή της ερευνητικής μεθόδου:.....	52
4.3. Ερευνητικά ερωτήματα:.....	53
4.4 Φάσεις έρευνας:.....	53
4.5. Δείγμα και δειγματοληψία:.....	54
4.6. Μέθοδος δειγματοληψίας.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
5.1. Ανάλυση περιεχομένου.....	55
5.1.1. Εργαζόμενοι.....	56
5.1.2. Μέλη.....	62
5.2. Αποτελέσματα.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	67
6.1. Τελική Συζήτηση.....	67
6.1.1. Το σύστημα Ψυχικής Υγείας στη Φινλανδία.....	68
6.1.2. Το φαινόμενο του Clubhouse.....	69
6.2. Συμπεράσματα.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
7.1 .Ξένη Βιβλιογραφία:.....	73
7.2. Ελληνική βιβλιογραφία:.....	76
7.3. Διαδικτυακή Βιβλιογραφία :.....	77

Περίληψη:

Σκοπός της παρούσας ερευνητική εργασίας είναι η ανάδειξη του συστήματος ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας της Φινλανδίας και συγκεκριμένα του μοντέλου του Clubhouse.

Η μελέτη περιλαμβάνει δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος η οποία παρουσιάζεται στα τρία πρώτα κεφάλαια της εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται η προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια καθώς και η συνοπτική περιγραφή κάποιων ψυχικών διαταραχών. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη αναφέρεται στο δεύτερο κεφάλαιο. Το Θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με την βιβλιογραφική ανασκόπηση να εστιάζει στο Φινλανδικό σύστημα ψυχικής υγείας και στη παρουσίαση της ανοιχτής δομής ψυχικής υγείας, Clubhouse. Στη συνέχεια καταγράφεται η ανάλυση του ερευνητικού μέρους, το οποίο περιλαμβάνει τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στη δομή του Clubhouse της Φινλανδίας. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η ποιοτική έρευνα πολλαπλών περιπτώσεων με δείγμα της μελέτης μέλη και εργαζόμενοι της δομής.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν την εύρυθμη λειτουργία της δομής στη οποία εστιάστηκε η μελέτη, με τις ανάγκες των μελών να είναι προτεραιότητα των επαγγελματιών υγείας, εστιάζοντας στην ενδυνάμωση τους και δημιουργώντας μονοπάτια για την αυτοεξάρτησή τους. Με την οργάνωση και το υλικοτεχνικό κομμάτι να μην αποπροσανατολίζει τους εργαζόμενους, καθώς και οι υποχρεώσεις αυτών να είναι μοιρασμένες σε ικανοποιητικό αριθμό απασχολούμενων στη δομή.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κοινωνική Εργασία, Ανοιχτή δομή Ψυχικής Υγείας, Φινλανδία

Abstract

The purpose of the present research is to highlight Finland's open mental health system, especially the Clubhouse model.

The study consists of two parts, theoretical and research. In the first stage a bibliographical review of the topic was presented, which is presented in the first three chapters of the thesis. The first chapter attempts to define the concept of mental health, mental illness, and a brief description of some mental disorders. Psychiatric reform in both Greece and the rest of Europe is mentioned in chapter two. The theoretical part concludes with a bibliographic review focusing on the Finnish mental health system and the presentation of the open mental health structure, Clubhouse. The following is an analysis of the research part, which includes the methodology and results of the research carried out in the Clubhouse structure of Finland. The method followed was a qualitative multi-case study with a sample of study members and structure workers.

In summary, the results of the research showed the proper functioning of the structure of the study, with the needs of members being a priority for health professionals, focusing on empowering them and creating paths for self-reliance. The organization and the logistical part should not disorient employees, as well as oblige them to be distributed to an enough employees.

WORD KEYS: Social Work, Open Structure of Mental Health, Finland

Εισαγωγή

Το Clubhouse είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο δομών ανοιχτής φροντίδας με ειδίκευση στις ψυχικές ασθένειες. Το εγχείρημα αυτό ξεκίνησε το 1948 στην Νέα Υόρκη με την ονομασία Fountain house και πλέον στεγάζονται σε περισσότερες από 30 χώρες στον κόσμο. Στόχος όλων των Clubhouse ανά τον κόσμο είναι να βοηθήσουν άτομα με ψυχικές παθήσεις στην βελτίωση της ζωής τους, να ζήσουν δηλαδή μια παραγωγική και χαρούμενη ζωή. Για τη επίτευξη αυτού του στόχου η δομή του Clubhouse απευθύνεται τόσο στα ίδια τα άτομα αλλά και στην κοινωνία για την προώθηση της ισότητας. Η συμμετοχή στην δομή, αλλά και στις δράσεις της δεν είναι εξαναγκαστική και το κάθε άτομο έχει την ευχέρεια να αποφασίσει αν θέλει να συμμετάσχει αλλά και για πόσο καιρό.

Σε αυτή την εργασία, θα εξηγήσουμε τι εννοούμε με τους όρους "ψυχική υγεία" και "ψυχική ασθένεια". Θα περιγράψουμε επίσης τα πιο κοινά είδη ψυχικών παθήσεων και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Το έργο θα καλύπτει επίσης κάποια ιστορική αναδρομή στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην αποιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών, τόσο στην Ελλάδα αλλά με μεγαλύτερη επικέντρωση στην Φινλανδία. Μέσω τις συλλογής πληροφοριών στο πεδίο όλα αυτά θα παρουσιαστούν με βάση τις δομές ψυχικής υγείας και το φαινόμενο του Clubhouse στη Φινλανδία, όπως αναφέρεται παραπάνω.

Η επιλογή του θέματος έγινε εξ αιτίας της συμμετοχής των σπουδαστών, στο πλαίσιο της εξάμηνης πρακτικής άσκησης στο επάγγελμα, στην δομή του Clubhouse στην πόλη της Κότα στην Φινλανδία. Το ενδιαφέρον για την ανάλυση της δομής πηγάζει από τον τρόπο λειτουργίας της και την παρατήρηση της θετικής ανταπόκρισης που έχει η δομή στα μέλη της αλλά και των πρακτικών των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

1.1 Η ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή, τις σχέσεις, ακόμα και τη σωματική υγεία. Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει επίσης την ικανότητα του ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή - να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων ζωής και των προσπαθειών για την επίτευξη ψυχολογικής ανθεκτικότητας.

Συναισθηματική συμπεριφορά και κοινωνική ωριμότητα ή κανονικότητα είναι η απουσία ψυχικής ή συμπεριφορικής διαταραχής. Μια κατάσταση ψυχολογικής ευημερίας στην οποία έχει επιτευχθεί ικανοποιητική ενσωμάτωση των ενστικτώδους κινήσεων που είναι αποδεκτές τόσο από τον εαυτό του ατόμου όσο και από το κοινωνικό του περιβάλλον. Μια κατάλληλη ισορροπία αγάπης, εργασίας και ψυχαγωγίας.

Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει τη συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική μας ευεξία. Επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης. Βοηθά επίσης να καθορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο χειριζόμαστε το άγχος, σχετιζόμαστε με άλλους και κάνουμε επιλογές. Η ψυχική υγεία είναι σημαντική σε κάθε στάδιο της ζωής, από την παιδική ηλικία και την εφηβεία μέχρι την ενηλικίωση.

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Κατά τη διάρκεια της ζωής, εάν κάποιος αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής υγείας, θα μπορούσε να επηρεαστεί η σκέψη, η διάθεση και η συμπεριφορά του . Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως:

- **Βιολογικοί παράγοντες** οι οποίοι σχετίζονται με το γενετικό υλικό του ατόμου και δημιουργούν προδιάθεση ή ευαλωτότητα να νοσήσει.
- **Ψυχικοί παράγοντες** οι οποίοι σχετίζονται με την προσωπικότητα και την ατομική εμπειρία του ατόμου.
- **Κοινωνικοί παράγοντες** οι οποίοι προέρχονται από το περιβάλλον και επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το άτομο.

Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει έναν ζωντανό ανθρώπινο οργανισμό ή, πιο συγκεκριμένα, την κατάσταση ενός ανθρώπινου νου. Ένα κοινωνικό περιβάλλον ή ένας πολιτισμός μπορεί να ευνοεί είτε την ασθένεια είτε την υγεία, αλλά η ποιότητα που παράγεται είναι χαρακτηριστική μόνο ενός ατόμου. Επομένως, δεν είναι σωστό να μιλάμε για μια "άρρωστη κοινωνία" ή μια "άρρωστη κοινότητα". Αναφορικά με την ψυχική υγεία ενός ατόμου, είναι σκόπιμο να γίνει διάκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών και των ενεργειών του. Το άτομο μπορεί να ταξινομηθεί ως περισσότερο ή λιγότερο υγιές σε μια μακροπρόθεσμη άποψη της συμπεριφοράς του ή, με άλλα λόγια, σύμφωνα με τις διαρκείς ιδιότητές του. Η, οι ενέργειές του μπορεί να θεωρηθούν ως περισσότερο ή λιγότερο υγιείς από την άποψη μιας ενιαίας, άμεσης, βραχυπρόθεσμης κατάστασης. Τα πρότυπα της διανοητικά υγιούς συμπεριφοράς ποικίλλουν ανάλογα με τον χρόνο, τον τόπο, τον πολιτισμό και τις προσδοκίες της κοινωνικής ομάδας. Εν ολίγοις, διαφορετικοί λαοί έχουν διαφορετικά πρότυπα. Η ψυχική υγεία είναι μια από τις πολλές ανθρώπινες αξίες. δεν πρέπει να θεωρείται ως το απόλυτο αγαθό από μόνο του. Δεν υπάρχει εντελώς αποδεκτή, ολοκληρωμένη αντίληψη για τη σωματική υγεία ή τη σωματική ασθένεια και, επίσης, δεν υπάρχει κανένας για ψυχική υγεία ή ψυχική ασθένεια. Ένα εθνικό πρόγραμμα κατά των

ψυχικών ασθενειών και της ψυχικής υγείας δεν εξαρτάται από την αποδοχή ενός ενιαίου ορισμού και δεν χρειάζεται να το περιμένει.

Η ψυχική υγεία δεν είναι απλώς μια έννοια που αναφέρεται στην ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία ενός ατόμου. Μάλλον είναι μια κατάσταση ψυχολογικής και συναισθηματικής ευημερίας, όπου ένα άτομο είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει τις γνωστικές και συναισθηματικές δυνατότητές του και να ανταποκριθεί στις συνηθισμένες λειτουργίες της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι η κατάσταση συναισθηματικής ευεξία, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλοί παράγοντες όπως οι πολιτισμικές διαφορές, οι ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες και οι υποκειμενικές εκτιμήσεις που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται η ψυχική υγεία. Επίσης, υπάρχουν πολλοί ειδικοί που συμφωνούν ότι οι ψυχικές ασθένειες και η ψυχική υγεία δεν είναι αντωνύμες. Έτσι, με άλλα λόγια, όταν η αναγνωρισμένη ψυχική διαταραχή απουσιάζει, δεν είναι απαραίτητα ένα σημάδι της ψυχικής υγείας.

Ένας τρόπος να σκεφτούμε την ψυχική υγεία είναι να δούμε πόσο αποτελεσματικά και επιτυχώς το άτομο ενεργεί. Έτσι εξετάζουμε παράγοντες όπως η αίσθηση ικανότητας του ατόμου να χειριστεί τα κανονικά επίπεδα άγχους, διατηρώντας ικανοποιητικές σχέσεις και βιώνοντας μια ανεξάρτητη ζωή. Επίσης, παράγοντας αυτού είναι το άτομο να έχει την δυνατότητα ανάκτησης της ψυχολογικής ευημερίας από δύσκολες καταστάσεις αλλά και τη δυνατότητα αναπήδησης από μια αρνητική σε μια θετική ή ουδέτερη κατάσταση.

1.3 Κοινωνικό στίγμα

Περισσότεροι από τους μισούς Αμερικανούς θα διαγνωσθούν με ψυχική ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αλλά δεν είναι όλοι που θα λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται. Σύμφωνα με την Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια, μόνο το

σαράντα τοις εκατό των ενηλίκων και το πενήντα τοις εκατό των νέων λαμβάνουν την ιατρική βοήθεια που χρειάζονται. Παρόλο που η ψυχικές ασθένειες μπορεί να είναι ή όχι σπάνιες και μπορούν να επηρεάσουν οποιονδήποτε, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλο στίγμα. Αυτό το στίγμα δημιουργεί απροθυμία και ντροπή στην αναζήτηση βοήθειας. Η αποδοχή και η κατανόηση των ψυχικών ασθενειών έχουν ενισχυθεί με το πέρασμα των χρόνων, αλλά βελτιώσεις στην εξάλειψη του στίγματος μπορούν και πρέπει να γίνουν ακόμα.

Το στίγμα που περιβάλλει τις ψυχικές ασθένειες καθιστά συχνά τους ανθρώπους ανίκανους να αναζητήσουν τη βοήθεια που χρειάζονται με σκοπό την βελτίωση της κατάστασής τους. Οι ψυχικές ασθένειες πρέπει να αντιμετωπίζονται ισάξια με τις φυσικές ασθένειες.

1.4 Ψυχική και σωματική υγεία

Όταν ο εγκέφαλος νοσεί, επηρεάζει το σώμα και την ευεξία του ατόμου. Η κατάχρηση ουσιών, ο αυτοτραυματισμός και η αυτοκτονία είναι πολύ συχνά φαινόμενα στη ζωή των ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ υπάρχει μια σύνθετη και αμφίδρομη σχέση των σωματικών και των ψυχικών διαταραχών. Τα άτομα τα οποία δεν αντιμετωπίζουν την ψυχική διαταραχή τους μπορεί να έχουν κακή έκβαση σε σωματικά νοσήματα τα οποία τυχόν συνυπάρχουν. Ακόμη, λόγω μειωμένης λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, της κακής υγιεινής συμπεριφοράς, της μη συμμόρφωσης με την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και των εμποδίων που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα άτομο με ψυχική διαταραχή ως προς την πρόσβαση του στα συστήματα υγείας, τα άτομα αυτά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν σωματικά νοσήματα. Τέλος, τα άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003)

1.5 Ορισμοί ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας όρος που περιλαμβάνει μια σειρά από εμπειρίες και καταστάσεις που ένα άτομο μπορεί να νιώσει τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Πρόκειται για έναν όρο “ομπρέλα” που περιλαμβάνει τις πιο σοβαρές διαταραχές σε διάφορα και κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας με ήπια συμπτώματα διαφορετικής έντασης και διάρκειας. (Barry M. Jenkins R. 2006)

Ένας ορισμός της ψυχικής υγείας είναι προσωπικός και βασίζεται σε αυτές τις προσωπικές εμπειρίες ζωής και το περιβάλλον ζωής. «Η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεαστεί από το φύλο μας, τη φυλετική κοινωνική τάξη, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και την εμπειρία της οικογενειακής ζωής». "Η ψυχική υγεία περιγράφεται ως πολύπλευρη με έξι διαστάσεις συμπεριφοριστική, συναισθηματική, πνευματική, γνωστική, ψυχολογική και κοινωνικοπολιτική". Η Υπηρεσία Εκπαίδευσης για την Υγεία όρισε την ψυχική υγεία το 1997 ως "τη συναισθηματική και πνευματική ανθεκτικότητα που μας επιτρέπει να επιβιώσουμε από τον πόνο, την απογοήτευση και τη θλίψη". "Είναι μια θεμελιώδης πίστη στη δική μας αξιοπρέπεια και την αξία των άλλων". (Creek J. Lougher L. 2006)

Το Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας έχει ορίσει ένα διανοητικά υγιές άτομο ως ένα άτομο που μπορεί να «είναι σίγουρο και δυναμικό». Αναπτύσσεται συναισθηματικά, δημιουργικά, διανοητικά και πνευματικά. Ξεκινάει, αναπτύσσει και διατηρεί ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις. Είναι ενήμερος για τους γύρω του και συνειδητοποιημένος. Αντιμετωπίζει τα προβλήματα, τα επιλύει και μαθαίνει από αυτά. Απολαμβάνει τη μοναξιά. Παίζει, διασκεδάζει και γελά, τόσο με τον εαυτό του όσο και με κόσμο.

Τα άτομα που έχουν καλή υγεία μπορούν ακόμα να υποφέρουν από συναισθηματικά και ψυχικά προβλήματα. Αυτό μπορεί να προκληθεί από μια φυσική

ανισορροπία στον εγκέφαλο αλλά το άγχος, τα οικογενειακά προβλήματα και η αγχωτική εργασία / εκπαίδευση μπορεί να τα επιδεινώσει.

Αυτά τα ψυχικά και σωματικά συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν τη διάσπαση του ατόμου από την κοινωνία. Η αρνητικότητα ενός προβλήματος ψυχικής υγείας μπορεί να γίνει εμπόδιο για τα άτομα στις φυσικές δυνατότητες στη ζωή τους, όπως στην έγκαιρη εκπαίδευση, στην εργασία και στις σχέσεις με τα άτομα που τους περιβάλλουν (Guntrip H. 1964) Πολλοί άνθρωποι που είναι συναισθηματικά υγιείς έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τα άγχη τους και τα προβλήματα αναζητώντας βοήθεια στους επαγγελματίες υγείας.

Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί το άγχος είναι η ικανότητα μάθησης και θετικής αλλαγής στον τρόπο ζωής και η ικανότητα διατήρησης μιας ικανοποιητικής ευτυχισμένης σχέσης αποκτώντας έτσι αυτοπεποίθηση (Beck AT1987). Για τη βελτίωση και διατήρηση μιας ισορροπημένης ψυχικής υγείας χρειάζεται καθημερινή φροντίδα και προσπάθεια να ακολουθηθεί ένα καθεστώς ηρεμίας, καλής διατροφής και άσκησης, περιορισμού του αλκοόλ και μη χρήσης τσιγάρων ή ναρκωτικών. Τα βασικά σημεία που μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση κάποιου που αντιμετωπίζει μια ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι η λήψη κακών ειδήσεων, όπως η απόλυση, το διαζύγιο, το πένθος ή οι αρνητικές οικονομικές καταστάσεις (Holmes και Rahe 1967).

Η ψυχική υγεία δεν είναι μια εξασθενητική κατάσταση και με τη σωστή βοήθεια και στήριξη ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί έναν πλήρη ευτυχισμένο και ουσιαστικό τρόπο ζωής (Eaton 1951: 88)

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας το οποίο μπορεί να πάρει τη διάγνωση ως ψυχική ασθένεια, η οποία θα περιλαμβάνει τις υπηρεσίες και την υποστήριξη μιας εξειδικευμένης ομάδας ψυχικής υγείας. Πρέπει να θυμόμαστε ότι η ψυχική ασθένεια είναι επιρρεπής σε παρερμηνείες, καθώς συχνά οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν ασυνήθιστη συμπεριφορά, έχουν ανακριβή αντίληψη της

πραγματικότητας ή εκφράζουν απόψεις που διαφέρουν από την πλειονότητα της υπόλοιπης κοινωνίας, (Hart 2004) Μπορεί να είναι μια συνεχιζόμενη εμπειρία από την ψυχική ευεξία μέχρι μια σοβαρή και διαρκή ψυχική ασθένεια που επηρεάζει τη συνολική συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου. Κατά συνέπεια, μερικοί άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες δεν χρειάζονται καμιά υποστήριξη, άλλοι ίσως χρειαστούν μόνο περιστασιακά και άλλοι μπορεί να χρειαστούν πιο ουσιαστική, συνεχή υποστήριξη για να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους. «Η κατανόηση της διαφοράς ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια σχετίζεται συγκεκριμένα τόσο με το χρόνο όσο και με τη σοβαρότητα των αλλαγών στον τρόπο με τον οποίο το άτομο συμπεριφέρεται με βάση τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Όσο πιο σοβαρές και μακροσκελείς είναι οι επιπτώσεις αυτών των αλλαγών, τόσο περισσότερο μπορεί κάποιος να αγωνιστεί για να διαχειριστεί την καθημερινή του ζωή και τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να αναπτυχθεί μια ψυχική ασθένεια.». (Wong 2006)

1.6 Ψυχικές Παθήσεις

Σε αυτό το σημείο θεωρείται σκόπιμο να αναλυθούν σύντομα σε διάφορες ψυχικές παθήσεις οι οποίες διακρίνονται σε έξι ομάδες.

Ψυχική Πάθηση είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει. (Γιαννοπούλου,1992)

1. Νευρώσεις:

- Υστερική νεύρωση (επιληψία)
- Αγχώδης νεύρωση
- Φοβική νεύρωση
- Μετατραυματική νεύρωση
- Διαταραχές πανικού

- Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση κ.α

2. Ψυρώσεις:

- Σχιζοφρένεια
- Βαρύ ψυχωτικό επεισόδιο
- Χρόνιο παραλήρημα

3. Ολιγοφρένειες και άνοιες:

- Νόσος Alzheimer
- Νόσος Pick
- Γεροντική άνοια
- Σύνδρομο Jacob- Creutzfeldt

4. Οργανοψυχικές ασθένειες ή οργανικά ψυχοσύνδρομα:

- Διανοητική σύγχυση
- Σύφιλη

5. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

- Επιληψίες

6. Θυμικές (συναισθηματικές) διαταραχές

- Κατάθλιψη
- Μανία
- Μανιοκατάθλιψη

7. Ψυχοσωματικές διαταραχές

- Ψυχογενής ανορεξία – βουλιμία
- Κλεπτομανία
- Καρδιοσπασμός
- Ημικρανία- κεφαλαλγία
- Βρογχικό άσθμα

- Ψυχογενείς εμετοί
- Σπαστική κολίτιδα κ.α

Σε αυτό το σημείο θεωρούμε σημαντικό να αναλύσουμε λίγο περισσότερο δύο από τις, κατά την γνώμη μας, σημαντικότερες παθήσεις.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την έντονη αλλοίωση της εξωτερικής πραγματικότητας και κατά την οποία παραβλάπτεται σημαντικά η λειτουργία του ατόμου. Η αλλοίωση της πραγματικότητας παρουσιάζεται με διάφορες μορφές συμπτωμάτων και χωρίζεται σε τέσσερις αναπτυξιακούς τομείς. Τον ψυχοκινητικό, τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον ψυχοκοινωνικό τομέα. (Σικελλιανού, 2010)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύμφωνα με τις θεωρίες διαπροσωπικών σχέσεων η κατάθλιψη είναι μια αρνητική απάντηση, μια αντίδραση προς τις δυσκολίες του ατόμου οι οποίες προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον και κυρίως από το οικογενειακό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της κατάθλιψης ως διαταραχή, η οποία παγιώνει αυτές τις δυσκολίες και έτσι δημιουργείται ένας «φαύλος κύκλος», όπου οι δυσκολίες προκαλούν την κατάθλιψη και η κατάθλιψη προκαλεί τις δυσκολίες του ατόμου στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. (Σικελλιανού, 2010)

Ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας που οδηγεί στην κατάθλιψη που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο μπορεί να είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Είναι πιθανό ότι οποιοσδήποτε άλλος έχει υποστεί την απώλεια ενός γονέα στην πρώιμη παιδική ηλικία, καθιστώντας τα ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη (Carpeliez P. & Flynn R.J. 1993)

Οι άνθρωποι που υποφέρουν ήδη από ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας πρόκειται να διαπιστώσουν ότι το τραύμα της ανακάλυψης ότι κάποιος που αγαπούσε έχει πεθάνει θα είναι ακόμα μεγαλύτερο βάρος για την ήδη ψυχική αστάθεια τους. Αυτά τα συναισθήματα που κάποιος θα βιώσει μετά από να μιλήσει για το θάνατο μιας στενής σχέσης μπορεί να κυμαίνεται από την κατάθλιψη, τις αυτοκτονικές σκέψεις, τα αισθήματα απελπισίας, τη μοναξιά, την έλλειψη ύπνου, τη συναισθηματική δυσφορία και την αδυναμία αντιμετώπισης της καθημερινής ζωής (Melnick, Vijaya L., Dubler, Nancy N 1985)

Τα βασικά σημεία που τίθενται είναι ότι η ψυχική υγεία είναι ευρύτερα διαδεδομένη και ότι αποδεικνύεται ότι μπορεί να εκδηλωθεί σε μια ευρεία ποικιλία διαφορετικών καταστάσεων τόσο ψυχικής όσο και σωματικής. Η ψυχική υγεία σε κάποια μορφή μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε τόσο στην απλή της όσο και στην πιο σύνθετη μορφή της.

Αυτό οφείλεται εν μέρει στον τρόπο με τον οποίο ο κόσμος / ο τρόπος ζωής εξελίσσεται με έναν ταχύτερο ρυθμό. Με τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και τον έλεγχο του κλίματος στις καθημερινές ειδήσεις και φαινομενικά εκτός ελέγχου δεν είναι περίεργο ότι οι άνθρωποι υποφέρουν από περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από ότι παλιά. Σε αυτόν τον τεχνολογικό και γρήγορο κόσμο που ζούμε σε ζωές των ανθρώπων, τίθεται σε μεγάλο βαθμό άγχος και άγχος οδηγώντας έτσι σε κατάσταση κατάθλιψης και άλλων φυσικών προβλημάτων.

1.7 Πολιτικές για την ψυχική υγεία

Τα τελευταία 15 χρόνια, οι προσπάθειες της διπλωματικής πολιτικής συνέβαλαν στη μείωση του στιγματισμού γύρω από την ψυχική διαταραχές της υγείας και της χρήσης ουσιών (MH / SUDs) και μειωμένα εμπόδια στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Τα εμπόδια αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη κάλυψης των ασθενών, τα κενά στη θεραπεία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το κατακερματισμένο ψυχικό σύστημα υγείας.

Αυτά τα επιτεύγματα περιλαμβάνουν:

- την ίδρυση της νέας Επιτροπής Ελευθερίας του Προέδρου για την Ψυχική Υγεία το 2002,
- Μετάβαση του νόμου για την ισοτιμία για την ψυχική υγεία και την εξάρτηση από τον εθισμό (ΜΗΡΑΕΑ) του 2008,
- επέκταση του ΜΗΡΑΕΑ και κάλυψη για την ΜΗ / SUD ως μέρος του ACA το 2010, και
- Μετάβαση του νόμου περί θεραπείας του 21ου αιώνα το 2016, που περιλαμβάνει μεταρρυθμίσεις ψυχικής υγείας.

Η πολιτική της νοσηλείας που συζητήθηκε στο προηγούμενο τμήμα ήταν υποστηριζόμενη από αρνητικές εικόνες ψυχιατρικής θεραπείας και ιδιαίτερα από την ιδέα ότι η ψυχιατρική χρησιμοποίησε την εξουσία με κατασταλτικό ή άλλως ακατάλληλο τρόπο. Με βάση τα στοιχεία που είναι γνωστά για την εξέλιξη της ευημερίας κατάσταση κατά τις τελευταίες δεκαετίες και σχετικά με την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, θα μπορούσε κανείς να αναμένει ότι η χρήση του οι ψυχιατρικές υπηρεσίες θα μειώνονταν μαζί με την απομυθοποίηση.

Κάπως παράδοξα, η ζήτηση για φροντίδα ψυχικής υγείας έχει αυξηθεί. Όπως και ο αριθμός των νοσοκομειακών κρεβατιών έχει μειωθεί, η κατανάλωση άλλων οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν αυξηθεί (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011; Järvelin 2016; Wahlbeck 2007).

Οι πολιτικές για την ψυχική υγεία σήμερα συχνά υποστηρίζουν την επέκταση της εστίασης από την αντιμετώπιση της ασθένειας ή της διαταραχής στην συμπερίληψη της προαγωγής της ψυχικής υγείας (Helén, Hämäläinen & Metteri

2011, cf. Markström 2014; Bergmark, Bejerholm&Markström 2015; cf. Conrad&Schneider 1992, 66-67).

Η επέκταση σημαίνει ότι η χρήση και η ζήτηση για εξωτερική περίθαλψη για τη ποικιλία των ασθενειών, ιδιαίτερα η καταθλιπτική διαταραχή, έχει αυξηθεί, και η γενικότερη ζήτηση για εξωτερική περίθαλψη ψυχικής υγείας έχει αυξηθεί σε ένα ευρύτερο μερίδιο του πληθυσμού, πολλοί από τους οποίους δεν είχαν ποτέ επαφή με το ψυχιατρικό νοσοκομειακό σύστημα (Helén 2011 b, Wahlbeck 2007). Η αυξημένη ζήτηση για ψυχική φροντίδα έχει αναγνωριστεί και στη Φινλανδία και διεθνώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

2.1.Ιστορική αναδρομή των υπηρεσιών υγείας

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που παρατηρήθηκαν με το πέρασμα των χρόνων οφείλονται κατά κύριο λόγο στην αποκάλυψη κάποιου σκανδάλου που αφορούσε είτε την κακομεταχείριση των ασθενών , είτε την ελλιπή οργάνωση και εκπαίδευση του προσωπικού ή ακόμα και σε κακές πρακτικές με βάση τις ανάγκες των ασθενών. Χρονολογικά οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις έχουν άμεση σχέση με τις τρεις περιόδους οικονομικής ανέλιξης των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών. Η πρώτη περίοδος χρονολογείται από το 1880 έως το 1950 με την άνοδο των ασύλων να είναι ασταμάτητη. Η δεύτερη περίοδος έρχεται με τη παρακμή των ασύλων από το 1950 και με διάρκεια τριάντα χρόνων περίπου. Τέλος από το 1980 κι έπειτα γίνεται λόγος για την ανάπτυξη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών με βάση τη κοινότητα.

Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως οι ημερομηνίες που παρουσιάζονται παραπάνω διαφέρουν από χώρα σε χώρα . Επιπλέον αν και οι περίοδοι φαίνεται να ήταν διαδοχικές οι εξελίξεις που πραγματοποιήθηκαν έγιναν με διαφορετικά βήματα .

1^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Εκείνη την περίοδο τα άσυλα μεγάλη έκτασης που απομόνωναν τους ασθενείς από τις οικείες τους, τους συγγενείς τους, την κοινότητα και η ελευθερία τους περιοριζόταν έχοντας πρόσβαση μόνο στα βασικά για την επιβίωσή τους. Η περιοχές που επιλέγονταν ήταν κυρίως απομονωόμενες, ήσυχες κοντά στη φύση ιδανικά. Το γεγονός αυτό δημιουργούσε έναν φαύλο κύκλο σχετικά με την καχυποψία και τον ρατσισμό για τους ψυχικά πάσχοντες αφού θεωρούνταν απειλή για τη δημόσια ασφάλεια. Απόδειξη μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός ότι στην Ιταλία οι ψυχικά ασθενείς που εισάγονταν σε κάποιο άσυλο, αυτομάτως καταγράφονταν και σε ένα εθνικό δικαστικό μητρώο εφ' όρου ζωής ακόμα και μετά το εξιτήριό τους από αυτά, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Ένα μεγάλο οικογενειακό και ατομικό στίγμα, τη στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων ή ακόμα και τη απαγόρευση άσκησης εκλογικού κλήρου. Σαν αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας αποκόπτονταν από την κλινική πρακτική και τα κέντρα επαγγελματικής εκπαίδευσης και πρακτικής (TransellaM. GrahamThorhicroft).

2^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Την περίοδο αυτή σημειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό κοινωνιολογικές, νομικές και διοικητικές αλλαγές, γεγονός στο οποίο βρέθηκε πάτημα να ξεκινήσουν και οι πρώτες προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης. Η κοινωνιολογική κριτική άσκησε έντονη κριτική στις δυσμενείς συνέπειες της μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών στα άσυλα. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αν κι είχαν σημαντικό ρόλο στην ψυχιατρική κλινική έρευνες αποδείκνυαν ότι η βελτίωση της εικόνας των ασθενών οφειλόταν και

σε άλλους παράγοντες όπως η αύξηση του προσωπικού και η σχέση των ασθενών με τους συγγενείς τους.

3^Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Είναι η αρχή της ανάπτυξης της κοινοτικής φροντίδας, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς για κάθε χώρα . Στη δυτική Ευρώπη είχε ολοκληρωθεί σύντομά αυτή η διαδικασία ενώ στην ανατολική άρχισε πολύ αργότερα. Τα χαμηλά κονδύλια και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ήταν κατά κύριο λόγο οι αιτίες της ετερόχρονης ανάπτυξης της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας. Συγκεκριμένα στις σκανδιναβικές χώρες και στη βόρεια Ευρώπη από τα μεταπολεμικά κιάλας χρόνια δεν εκλείπει η ανάπτυξη οργανωμένων μονάδων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, και στεγαστικά προγράμματα ως εναλλακτικές λύσεις για την απουσία της οικογενειακής φροντίδας. Στην Γαλλία , Ισπανία και την Ιταλία αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό υπηρεσίες με βασικό στοιχείο τη αυτοδιαχείριση της παραγωγής της εργασίας και την αυτόνομη στεγαστική διανομή.

Παρά τη βάση τεκμηρίωσης που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα του τομέα προσέγγισης στην περίθαλψη ψυχικής υγείας, στην κοινότητα ή σε εξωτερικούς ασθενείς, οι υπηρεσίες παραμένουν ανεπαρκείς και οι ψυχοκοινωνικές (μη βιολογικές) υπηρεσίες συχνά δεν είναι διαθέσιμες. Τα ζητήματα αυτά συμβάλλουν στην έλλειψη εναλλακτικών υπηρεσιών, την έλλειψη ρυθμιστικών μηχανισμών για ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις – παραδείγματος χάριν, πολλές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης δεν διαθέτουν σύστημα πιστοποίησης και αδειοδότησης για τους θεραπευτές.

Ο προσανατολισμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε πολλές χώρες ενισχύει αυτό το εμπόδιο. Οι μαθητές δεν έχουν επαφή με τους χρήστες, υπηρεσίες και έχουν ελάχιστη ή καμία έκθεση σε τομείς όπως η κοινωνική επιστήμη, η οικονομία ή η δημόσια υγεία..

Η δομή της θεσμικής φροντίδας με βάση τον διαχωρισμό οδηγεί στην μυστικοποίηση των ψυχικών ασθενειών με υψηλά επίπεδα στιγματισμού. Με τα ΜΜΕ και την κάλυψη ακραίων περιπτώσεων να ενισχύουν τον στιγματισμό δημιουργώντας φόβους βίας, παρά τα αποδεικτικά στοιχεία ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι ψυχοκοινωνικές αναπηρίες είναι πιθανότερο να είναι θύματα, μάλλον από τους δράστες, της κακοποίησης.

2.1.2. Από τα άσυλα στην κοινότητα:

Η περίθαλψη των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία τους αντιμετωπίζει. Στο πέρασμα των αιώνων οι αντιμετώπιση αλλάζει. Στην αρχή τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν , έπειτα τους κλείδωναν σε ένα ίδρυμα και γίνονταν αντικείμενο έρευνας για την ανάπτυξη της επιστήμης. Όταν η ψυχιατρική θεωρήθηκε ιατρικός κλάδος αυτομάτως οι ψυχικές ασθένειες ήταν ιατρικό νόσημα. Τα άτομα με ανεπιθύμητη κοινωνικά συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές περιορίζονταν σε ιδρύματα, κρατικά ψυχιατρεία (WHO, 2011)

Στη δεκαετία του 1950, τα ΜΜΕ και η κοινωνία άρχισαν να εκδηλώνουν ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς. Άρχισε ο αναστοχασμός σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, και η αναγνώριση της κοινωνίας για την ανεπάρκεια των ιδρυματικών θεραπειών ,τις συνέπειες του στίγματος και το ζήτημα των διακρίσεων.(Taniya 2003)

Τότε, τις δεκαετίες του 1960 με 1970 έρχεται στο προσκήνιο η μεγάλη άνθιση της κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες και προσέφερε ένα πρακτικό και αξιακό μοντέλο για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών έξω από τα ψυχιατρεία. (Μαδιανός 2002) μέχρι τότε όμως δεν πρέπει να παραληφθεί πως η κοινότητα θεωρούνταν ακατάλληλο και απειλητικό περιβάλλον για τους ψυχικά ασθενείς . Στόχος της ψυχιατρικής αποτέλεσε η φροντίδα στη κοινότητα, η κοινωνική ενσωμάτωση των ασθενών και η κατανόηση πως η φροντίδα στο ψυχιατρείο είναι

άμεσα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό αποκλεισμό , τον διαχωρισμό και την αποτρόπαια μεταχείριση.

Τα επόμενα χρόνια πολλές χώρες της δυτικής Ευρώπης θεωρούν απαραίτητη τη διαδικασία αναδιοργάνωσης των θεσμικών και δομικών στοιχείων που αφορούν τα ψυχιατρικά συστήματα, γνωστές ως «ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις» . Η εγκατάλειψη της ιδρυματικής ψυχιατρικής είχε ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση μεγάλου αριθμού ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά άσυλα. Η ιστορία της ψυχιατρικής φτάνει στο σημείο της αποασυλοποίησης.

Οι λόγοι που οδήγησαν στη μεταρρύθμιση:

- Σημαντική πρόοδος στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, κυρίως νευροληπτικών και αντικαταθλιπτικών, με αποτέλεσμα η εικόνα των πασχόντων να οδηγεί στη έξοδό τους από τα άσυλα.
- Ο αναστοχασμός και η υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών και η παραδοχή του αρνητικού ρόλου του ασύλου.
- Η ανάπτυξη των νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και η ομαλότερη προσαρμογή των ασθενών εκτός ψυχιατρείου.

Αποασυλοποίηση δεν θεωρείται απλά το εξιτήριο των ασθενών από τις κλειστές δομές. Θεωρείται η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους στη κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική τού δηλαδή αποκατάσταση και η επανένταξή του στους ρυθμούς της εκάστοτε κοινότητας (Υφαντής 2005). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που αναφέρεται και ως θεραπεία αποκατάστασης, περιλαμβάνει επιστημονικά τεκμηρίωνες τεχνικές που βοηθούν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες ,αυτόνομα, να ανταπεξέρχονται στις απαιτούμενες κοινωνικά, διανοητικά και ψυχικά δεξιότητες(Rossler 2006).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των ζητούμενων της αποασυλοποίησης είναι δύο μορφών. Η πρώτη είναι σε το ατομικό επίπεδο και αφορά

στην ανάδειξη δεξιοτήτων στον ψυχικά ασθενή, εστιαζόμενη στα υγιή μέρη του ατόμου του. Αυτό επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση σε δεξιότητες διαβίωσης που έχουν άμεση σχέση με βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι το σύνολο όλων εκείνων των μεθόδων που χρησιμοποιούν όλες εκείνες τις ειδικές αρχές της θεωρίας της μάθησης που προάγουν την απόκτηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται σε κοινωνικές διαπροσωπικές καταστάσεις. Επιπλέον δίνεται έμφαση στη ψυχοεκπαίδευση του ασθενή, το τρόπο δηλαδή με τον οποίο θα διαχειρίζεται τα συμπτώματά της ασθένειας του, ή τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Η ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους δεν μπορεί να είναι αμελητέα, έτσι με ομάδες αυτοβοήθειας για τους συγγενείς μπορεί να αποφέρει αποτελεσματικότητα της ΨΚΑ σε ατομικό επίπεδο. Τέλος η απόκτηση και η διατήρηση επαγγέλματος συμβάλλει στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων προάγοντας τη λειτουργικότητα του ασθενή με θετικά αποτελέσματα στην αυτοπεποίθησή του και την ποιότητα της ζωής τους. Για να θεωρηθεί αποκαταστασιακή η παρέμβαση, βασικός γνώμονας θα πρέπει να είναι η καλύτερευση της λειτουργικότητας που το ίδιο το άτομο θεωρεί σημαντική (Farkas 2006). Η δεύτερη στρατηγική είναι οικολογική και στοχεύει στην ανάπτυξη υποστηρικτικών δικτύων στο περιβάλλον του ασθενούς για την αποφυγή στρεσογόνων ερεθισμάτων. Στο στόχαστρό αυτής της στρατηγικής βρίσκονται η βελτίωση της στάσης της κοινής γνώμης σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, τη σχετικής νομοθεσίας και η ένταξη της ΨΚΑ σε κάθε πολιτική υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ανάλογη κατανομή των πόρων.

Έτσι εδραιώθηκε σταδιακά μία καινούργια πραγματικότητα που βρίσκει τις χώρες με την πιο ανεπτυγμένη κοινωνική και οικονομική συγκρότηση να θεωρούν στενά και περιορισμένα τα όρια της ψυχιατρικής του 19^{ου} αιώνα και να αναζητούν νέους θεσμούς να απαντήσουν στις ανάγκες των ασθενών.

2.2. Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στη χώρα ιδρύθηκε το 1834 στην Κέρκυρα κατά τη διάρκεια της βρετανικής κατοχής των Ιονίων Νήσων. Τρεις δεκαετίες αργότερα, το 1862 ψηφίστηκε η νομοθεσία για την ψυχική υγεία επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την αντίστοιχη γαλλική νομοθεσία του 1838. Στην περιοχή των Αθηνών ιδρύθηκε το Ψυχικό Νοσοκομείο το 1887, ακολουθούμενο από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών 12 χρόνια αργότερα. Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε το μεγαλύτερο κρατικό νοσοκομειακό κέντρο της Αθήνας, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δαφνί, το οποίο, μαζί με οκτώ άλλα περιφερειακά ψυχιατρικά νοσοκομεία, παρείχε και νοσηλευτική ψυχιατρική περίθαλψη. Ονομαστικά τα εννέα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα ,μέχρι και το 1983 ήταν το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Δαφνί, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής –Δρομοκαΐτειο, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Νταού Πεντέλης ,το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου ,το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου και τέλος το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Όλες αυτές οι εγκαταστάσεις εξυπηρετούν ασθενείς που πάσχουν κυρίως από ψυχώσεις και οργανικά ψυχοσύνδρομα με τα περισσότερα νοσοκομεία να είναι σχετικά μικρά μέχρι το πρώτο μισό του 20ου αιώνα. Στις επόμενες δεκαετίες, λόγω της αστικοποίησης και των μεγάλων κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών αλλαγών (συμπεριλαμβανομένου του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, που οδήγησε στη γερμανική κατοχή και στον εμφύλιο πόλεμο), ο πληθυσμός των ασθενών αυξήθηκε δραματικά και ορισμένα μικρά ιδρύματα μετατράπηκαν σε μεγάλα.

Μετά την πτώση της στρατιωτικής δικτατορίας στην Ελλάδα το 1974, η κοινωνικοπολιτική ατμόσφαιρα άλλαξε. Επηρέασε φανερά τον εκδημοκρατισμό των πολιτικών ελευθεριών και στην εκπαίδευση, τις συνθήκες εργασίας και την ιδιωτική

ασφάλιση υγείας, αλλά οι αλλαγές αυτές δεν είχαν το ανάλογο αντίκτυπο και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το σύστημα παράδοσης ψυχιατρικής περίθαλψης παρέμεινε βασισμένο σε μεγάλο βαθμό σε εννέα υπερπληθωρισμένα άσυλα, τα οποία ήταν ανεπαρκώς στελεχωμένα και περιείχαν συνολικά 9260 κρεβάτια. Ωστόσο εκείνη τη περίοδο κάνουν τη εμφάνισή τους ορισμένες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, χωρίς όμως να φαίνεται πως υπάρχει δυνατότητα επίλυσης της κατάστασης.

Το σύστημα ψυχικής υγείας στις αρχές της δεκαετίας του 1980 χαρακτηρίστηκε κυρίως από τη συγκέντρωση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Υπήρξε έλλειψη οποιασδήποτε κοινοτικής δομής και ανισοκατανομή των ψυχιάτρων ανά αριθμό κλινών. Υπήρξε επίσης άνιση κατανομή προσωπικού μεταξύ των εγκαταστάσεων, κακή ποιότητα της θεραπείας και ανεπαρκής κατανομή των κονδυλίων.

Ενώ η Ελλάδα αντιμετώπιζε αυτό το ανεπαρκές σύστημα ψυχικής υγείας, η κοινοτική ψυχιατρική και ο μετασχηματισμός των ψυχιατρικών υπηρεσιών είχαν ήδη εισαχθεί σε αρκετές χώρες της βορειοδυτικής Ευρώπης, με το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων και την αποϊδρυματοποίηση πολυάριθμων ασθενών μακράς διάρκειας. Στη Νότια Ευρώπη, υπήρξαν ελάχιστες αλλαγές, με εξαίρεση το ιταλικό ψυχιατρικό κίνημα που ξεκίνησε ο Franco Basaglia (καθηγητής ψυχιατρικής και νευρολογίας) και οι συνάδελφοί του, το «Κίνημα της δημοκρατικής ψυχιατρικής» (*psichiatria democratica*). Πιστεύουν ότι μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς που συνδέεται με την ψυχική υγεία προέκυψε από το θεσμικό περιορισμό, άποψη που έρχεται σε αντίθεση με την ιδεολογία του αντιψυχιατρικού κινήματος, στις αρχές του '60. Όταν ψυχιατρικές ομάδες με τον Ronald Laing και τον Cooper David να πρωτοστατούν τόσο στη αποκατάσταση της διαλεκτικής σχέσης μεταξύ εμπειρίας και συμπεριφοράς όσο και αναδόμηση του δικτύου των διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Οι ενέργειές τους οδήγησαν στην αποξήλωση ψυχιατρικών νοσοκομείων σε όλη την Ιταλία στα τέλη της δεκαετίας του '70. Έναυσμα αποτέλεσε η καθιέρωση του όρου «αντιψυχιατρική» από τον David Cooper. Στην Ελλάδα,

αντιθέτως, στα τέλη της δεκαετίας του 1970 εφαρμόστηκαν μόνο μερικά πρωτοποριακά πιλοτικά έργα ψυχικής υγείας από εμπνευσμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Το 1983 η σοσιαλιστική κυβέρνηση εισήγαγε το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα (νόμος 1397/83). Η μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης έγινε επιτακτική και παρείχε τη βάση για την αποκέντρωση της ψυχικής περίθαλψης. «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» όπως αναφέρει ο κ. Δεπάστας Χ. είναι το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να είναι ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, στο οικογενειακό του περιβάλλον, να είναι αυτόνομος, με οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Η δυνατότητα δηλαδή για μια ζωή εντελώς διαφορετική από εκείνη που θα είχε ένας μακροχρόνια έγκλειστος σε ένα ψυχιατρικό άσυλο. Με την ένταξη της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1981, τέθηκε ως στόχος από τους Ευρωπαίους ετέρους η μεταρρύθμιση της χώρας στον τομέα της ψυχικής υγείας. Κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η αποϊδρυματοποίηση και η κοινωνικοοικονομική (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Αυτό θα πραγματοποιείτο με τη δημιουργία κατάλληλων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών, με την ενεργοποίηση και υποστήριξη από καταρτισμένο προσωπικό και με την χρήση νέων μοντέλων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ως αποτέλεσμα των διεθνών πιέσεων προς την Ελλάδα από την Ευρωπαϊκή Tribune στο Στρασβούργο, η ΕΟΚ προσέφερε επιχορήγηση αρκετών εκατομμυρίων, προκειμένου η Ελλάδα να πραγματοποιήσει σημαντική μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της. Η ελληνική κυβέρνηση ανέλαβε την αναθεώρηση του συστήματος ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη ενός πενταετούς σχεδίου (1984-89).

Οι στόχοι αυτού του σχεδίου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα και η αποϊδρυματοποίηση των ασθενών με μακροχρόνια διαμονή και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε όλα τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1984-1995 αναπτύχθηκαν συνολικά 140 νέες καινοτόμες υποδομές και έργα παρέμβασης και μεταξύ τους απορρόφησαν σχεδόν πλήρως τους κανονισμούς ΕΟΚ 815/84

Ένα δεκαετές Εθνικό Σχέδιο Ψυχικής Υγείας, «Ψυχαργός», εγκαινιάστηκε και εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) το 1997 και χρηματοδοτήθηκε με 700 εκατομμύρια ευρώ. Οι στόχοι του επικεντρώθηκαν κυρίως στην αποϊδρυματοποίηση των εναπομενόντων ασθενών μακράς παραμονής και στο κλείσιμο των δημόσιων ψυχιατρείων. Επίσης, στόχευε στη θέσπιση νομοθεσίας για την ψυχική υγεία που θα εξασφάλιζε την τοποθέτηση του συστήματος ψυχικής υγείας, την περαιτέρω ανάπτυξη κοινοτικής ψυχικής υγείας και υπηρεσίες αποκατάστασης, την εκτόξευση ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία, καθώς και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Τέλος, θεσπίστηκαν λεπτομερείς εγγυήσεις και διαδικασίες για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Σύμφωνα με το νέο Σχέδιο Ψυχικής Υγείας, το 1999 θεσπίστηκε νομοθεσία (νόμος 2716/99), η οποία αποτελούσε μια εμπειριστατωμένη και ολοκληρωμένη πολιτική για την ψυχική υγεία. Επικεντρώθηκε στην τομεακή οργάνωση της χώρας, στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και τόνισε τη σημασία της ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που κάλυπταν τη χώρα.

Το πρόγραμμα «Ψυχάργος I και II» διήρκεσε από το 1997 έως το 2010 και οδήγησε σε βελτίωση των υποδομών και της μεταφοράς ασθενών με μακροχρόνια διαμονή σε εναλλακτικές δομές που βασίζονται στην κοινότητα, καθώς και στην κατάρτιση του προσωπικού. Επιπλέον σηματοδοτήθηκε από το κλείσιμο έξι δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Με το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός» δημιουργήθηκαν συνολικά 452 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης εντός του αστικού ιστού των πόλεων όλης της επικράτειας. Οι Μονάδες αυτές, ανήκουν σε Νοσοκομεία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε), Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α).

Πλέον οι ασθενείς μακράς διαμονής νοσηλεύονται στα υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία και εξωνοσοκομειακά – κοινοτικά, λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας και Κινητές Μονάδες. Επιτυγχάνεται και για την Ελλάδα, η έγκαιρη

παρακολούθηση και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων σε υπηρεσίες που είναι κοντά στην οικία τους, η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων για την πρόληψη υποτροπής τους και η προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Ο κύριος στόχος λοιπόν της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, που ήταν η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων, έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό. Μέχρι σήμερα, πέντε από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν κλείσει τα ασυλικά τους τμήματα, ενώ τα εναπομείναντα τρία (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαϊτείο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης), έχουν μειώσει κατά πολύ τον αριθμό των κλινών του τμήματος ασύλου. Παράλληλα όμως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν θα πρέπει να πάψει να απασχολεί τη δημόσια διοίκηση, ακόμα και σε ένα κράτος που υστερεί, και η προσήλωση στις ανάγκες των ασθενών θα είναι αυτή που θα δώσει την απάντηση στις μεταρρυθμίσεις που θα ακολουθήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

3.1. Η ιστορική Αναδρομή της ψυχικής υγείας στη Φινλανδία

Η Φινλανδία προσχώρησε στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1995. Αυτή η τεράστια χώρα, με έκταση 330.000 km² και σύνορα 1000 χιλιομέτρων με τη Ρωσία, κατοικείται μόνο από 5 εκατομμύρια κατοίκους. Χαρακτηρίζεται από μια ομοιογενή κουλτούρα, μια παράξενη γλώσσα, μια μελαγχολική νοοτροπία και την εφαρμογή του σκανδιναβικού πρότυπου κράτους πρόνοιας. Οι περισσότερες φινλανδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι δημόσιες και το κύριο μέρος της χρηματοδότησης βασίζεται στη γενική φορολογία. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, σημειώθηκαν ορισμένες

σημαντικές εξελίξεις στο φινλανδικό σύστημα υγείας και στην κοινωνία γενικά, η οποία είχε βαθιά επίδραση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της χώρας. Η σημαντικότερη από αυτές τις εξελίξεις ήταν οι εξής:

- Το πρώην διοικητικά διαχωρισμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενσωματώθηκε στην σωματική υγειονομική περίθαλψη με την ανανέωση της νομοθεσίας περί υγειονομικής περίθαλψης,
- το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης και της χρηματοδότησής του, ήταν ριζικά αποκεντρωμένο μεταφέροντας την ευθύνη διευθέτησης της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας μόνο στους 450 μόνο δήμους,
- το κράτος εγκατέλειψε σχεδόν όλο τον διοικητικό έλεγχο της παροχής υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών
- κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 πραγματοποιήθηκε ριζική μείωση του αριθμού ψυχιατρικών νοσοκομειακών κλινών
- το Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης Πρόνοιας και Υγείας, STAKES, ιδρύθηκε για να υποστηρίξει και να καθοδηγήσει τους δήμους με μέσα αναπτυξιακής δραστηριότητας
- Η Φινλανδία αντιμετώπισε τη βαθύτερη οικονομική ύφεση των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, με ποσοστό ανεργίας που αυξάνεται μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έως 20%. Η χρηματοδότηση λοιπόν, των υπηρεσιών υγείας έπρεπε να μειωθεί.

Πριν από το 1991 οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας χορηγήθηκαν στη Φινλανδία εντελώς διαχωρισμένες από τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Για το σκοπό αυτό η χώρα χωρίστηκε σε Περιφέρειες Ψυχικής Υγείας, αποτελούμενη από

ομοσπονδίες δήμων. Το φινλανδικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν ήταν μόνο ξεχωριστό από τους άλλους τομείς της υγείας, ήταν επίσης απομακρυσμένο από την κοινοτική / δημοτική πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη λόγω του νοσοκομειακού του χαρακτήρα.

Ωστόσο, λόγω της νέας νομοθεσίας για την υγεία στις αρχές της δεκαετίας του 1990, σημειώθηκαν ριζικές αλλαγές. Οι σημαντικότεροι νόμοι από την άποψη αυτή ήταν ο νόμος για την ψυχική υγεία, ο νόμος ειδικής υγειονομικής περίθαλψης, ο νόμος περί δημόσιας υγείας, ο νόμος περί κοινωνικής πρόνοιας και ο νόμος περί δικαιωμάτων του ασθενούς. Σύμφωνα με το νόμο ειδικής υγειονομικής περίθαλψης, οι πρώην Περιφέρειες Ψυχικής Υγείας διαλύθηκαν και η ψυχιατρική και σωματική εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη συγχωνεύθηκαν σε νέες διοικητικές μονάδες, αποκαλούμενες Περιφέρειες Υγείας. Η συμμετοχή κάθε δήμου σε κάποιες από τις 22 Περιφέρειες Υγείας είναι υποχρεωτική.

Ένας νέος ευρύς ορισμός της εργασίας για την ψυχική υγεία, που ορίζεται από τον νόμο για την ψυχική υγεία, άνοιξε το δρόμο για καλύτερη ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των διαφόρων τμημάτων του συστήματος υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Ο ορισμός αυτός έχει ως εξής: «Η εργασία ψυχικής υγείας αναφέρεται στην προώθηση της ψυχολογικής ευημερίας, της λειτουργικής ικανότητας και της προσωπικής ανάπτυξης του ατόμου, καθώς και στην πρόληψη, θεραπεία και ανακούφιση των ψυχικών διαταραχών. Περιλαμβάνει επίσης την ανάπτυξη των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού έτσι ώστε να αποτρέπεται η συρρίκνωση των ψυχικών διαταραχών, να ενισχυθεί η ψυχική υγεία και να υποστηριχθεί η οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας».

Η φινλανδική νομοθεσία για την ψυχική υγεία υπογραμμίζει τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ των τομέων. Η νομοθεσία περιλαμβάνει ρητές απαιτήσεις για την από κοινού εργασία μεταξύ της εξειδικευμένης και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας με σκοπό δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος υπηρεσιών

ψυχικής υγείας. Από την άλλη πλευρά, ο νέος νόμος για τα δικαιώματα των ασθενών καθώς και ο νόμος για την ψυχική υγεία εξασφαλίζουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή των ασθενών και την ένταξη της οικογένειάς του στη διαδικασία θεραπείας.

Προς το παρόν, τα μοντέλα και ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας διαφέρουν μεταξύ των δήμων. Σε ορισμένους δήμους (υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης) εντάσσονται τόσο σε διοικητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Σε άλλους δήμους εξακολουθούν να εργάζονται ξεχωριστά ο ένας από τον άλλο, παρόλο που, ειδικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, παρατηρείται αυξανόμενη τάση να επιδιώκεται ισχυρότερη ενσωμάτωση.

Το φινλανδικό σύστημα υγείας είναι κυρίως δημόσιο και χρηματοδοτείται από φόρους που συλλέγονται τόσο από το κράτος όσο και από τους δήμους. Ένας νέος νόμος για την κρατική επιχορήγηση ψηφίστηκε το 1993 στη Φινλανδία. Αυτό σήμαινε ριζική αλλαγή στο χρηματοπιστωτικό σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης. Παλαιότερα η κρατική επιδότηση, η οποία ήταν περίπου το ήμισυ των συνολικών δαπανών για το σύστημα ψυχικής υγείας, μεταφέρθηκε απευθείας στους παρόχους δημόσιας υγείας ανάλογα με το κόστος λειτουργίας τους. Μετά τη μεταρρύθμιση, η ευθύνη για την παροχή ή την αγορά των απαραίτητων (πρωτοβάθμιων και εξειδικευμένων) υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δόθηκε αποκλειστικά στους δήμους. Μετά το 1993, η κρατική επιχορήγηση είναι μια επιχορήγηση κατά κατηγορία, υπολογιζόμενη κατά κεφάλαιο, και πηγαίνει στους δήμους χωρίς κανένα προορισμό. Αυτό σημαίνει ότι οι δήμοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα κεφάλαια σύμφωνα με ό,τι αυτοί πιστεύουν πως είναι καλύτεροί. Το σκεπτικό πίσω από αυτό είναι ότι οι αποφάσεις για το σύστημα υγείας πρέπει να επικεντρώνονται στις ανάγκες των ανθρώπων και ότι οι δήμοι, ούτως ή άλλως, πρέπει να γνωρίζουν τις γνωρίζουν καλύτερα από όλους.

Αυτή η ριζική μεταρρύθμιση μετέτρεψε τη Φινλανδία σε χώρα ίσως με το πιο αποκεντρωμένο σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο.

Όπως προαναφέρθηκε, οι χρηματοπιστωτικές μονάδες είναι οι δήμοι, Ο μεγαλύτερος δήμος είναι το Ελσίνκι με μισό εκατομμύριο κατοίκους, αλλά οι μικρότεροι δήμοι έχουν μόνο μερικές εκατοντάδες κατοίκους. Παρόλα αυτά, κάθε δήμος έχει την ευθύνη να παρέχει όλες τις υπηρεσίες στους κατοίκους του, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, της βασικής εκπαίδευσης και της υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένης της πιο εξειδικευμένης περίθαλψης). Οι δήμοι μπορούν να ανταποκριθούν στην ευθύνη αυτή με την οργάνωση της ίδιας της περίθαλψης ή με την αγορά της από τις Περιφέρειες Υγείας, άλλους δήμους ή παρόχους ιδιωτικής φροντίδας. Ο ιδιωτικός τομέας έχει κάποια σημασία στην παροχή ψυχοθεραπείας (κυρίως στις μεγαλύτερες πόλεις), και υποστηρικτικών υπηρεσιών στέγασης. Οι εξωτερικές επισκέψεις στον ιδιωτικό τομέα καλύπτονται επίσης εν μέρει από το εθνικό σύστημα ασφάλισης ασθενείας.

3.2. Η διαδικασία αποϊδρυματοποίησης

Παραδοσιακά, το φινλανδικό σύστημα ψυχικής υγείας βασίζεται σε νοσοκομεία και η διαδικασία αποϊδρυματοποίησης ξεκίνησε αργότερα από ό, τι σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η Φινλανδία είχε ακόμα περίπου 20.000 ψυχιατρικά κρεβάτια, τα οποία σχεδόν όλα βρίσκονται σε περισσότερα από 100 ξεχωριστά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα τελευταία 20 χρόνια υπήρξε ριζική και προγραμματισμένη αλλαγή στη δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Φινλανδία: οι κλινικές ψυχιατρικής κλινικής μειώθηκαν από 20.000 σε 6.000. Επιπλέον, όλο και περισσότερα κρεβάτια τοποθετούνται σε γενικά νοσοκομεία ως μικρές μονάδες εντατικής θεραπείας ψυχιατρικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, οι εγκαταστάσεις φροντίδας της κοινότητας έχουν αυξηθεί σε όλη τη χώρα, όπως είχε προγραμματιστεί σε εθνικό επίπεδο.

Η αποϊδρυματοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών ήταν δυνατή με την ανάπτυξη της περίθαλψης για εξωτερικούς ασθενείς και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

με βάση την κοινότητα.(Schizophr Bull,1998) Η εξέλιξη αυτή αποτέλεσε επίσης μέρος της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδίως με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Μια αυξανόμενη τάση, η οποία υποστήριξε την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ήταν η μεταφορά του συστήματος ψυχικής υγείας στα κέντρα υγείας ως δράση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η διαδικασία αποϊδρυματοποίησης γίνονταν με σταθερούς ρυθμούς κατά τη δεκαετία του 1980, όταν η μείωση του αριθμού των ψυχιατρικών κλινών αντισταθμίστηκε με την αύξηση των εξωτερικών ιατρείων και με την ανάπτυξη κοινοτικής φροντίδας.(Acta Psychiatr Scand. 1998)Για παράδειγμα, το προσωπικό στην εξωτερική περίθαλψη διπλασιάστηκε από το 1982 έως το 1992 από 2,6 σε 5,1 άτομα ανά 10.000 κατοίκους.

Ωστόσο, η οικονομική ύφεση στις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρεμπόδισε σοβαρά αυτή τη θετική εξέλιξη και η ψυχιατρική μεταρρύθμιση αντιμετώπισε κρίση στη Φινλανδία: παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών συνέχισε να μειώνεται, το απασχολούμενο προσωπικό μειώθηκε μεταξύ το 1992 και το 1995. Στη συνέχεια, αυξήθηκε και πάλι ελαφρά, αλλά το 1999 εξακολουθεί να βρίσκεται κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε το 1992 .(Tuori T, Kiikkala I, Lehtinen V,1990)Καθώς ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών μειώθηκε ριζικά κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, οι συνολικοί πόροι στην εξειδικευμένη ψυχιατρική υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν κατά περίπου 30% στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990.

Στην αξιολόγηση που έγινε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αποϊδρυματοποίησης της Φινλανδίας στις αρχές της δεκαετίας του 1990 (Acta Psychiatr Scand. 1998), συνήχθη το συμπέρασμα ότι, παρά την ταχεία αποϊδρυματοποίηση των υπηρεσιών ψυχιατρικών νοσοκομείων στη Φινλανδία, η κατάσταση είναι ικανοποιητική . Η πίεση στην ψυχιατρική φροντίδα της κοινότητας έχει αυξηθεί δραματικά, αλλά οι χρήστες των υπηρεσιών είναι ικανοποιημένοι από

την προσβασιμότητα των υπηρεσιών (Kiikkala I, 2000) . Ωστόσο, οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται να έχουν προβλήματα με τη συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ως εκ τούτου, για τις υπηρεσίες στο σύνολό τους, είναι απαραίτητη η καλή σχέση ανάμεσα στις εξειδικευμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας , κοινωνικής πρόνοιας, είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα στη Φινλανδία (Kiikkala I, Immonen T, Sohlman B, Ahonen J, Siitonen J)

3.2.1. Ο ρόλος των εθνικών προγραμμάτων

Η διεξαγωγή εκτεταμένων εθνικών προγραμμάτων έρευνας και ανάπτυξης στον τομέα της ψυχικής υγείας ήταν χαρακτηριστική για την ανάπτυξη υπηρεσιών της φινλανδικής ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος αυτών των προγραμμάτων ήταν να υποστηρίξουν τους φορείς παροχής υπηρεσιών, κυρίως τους δήμους, να αναπτύξουν τις υπηρεσίες ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του πληθυσμού, της κοινωνίας. Τα βασικά εθνικά προγράμματα στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι τα εξής το Πρόγραμμα Σχιζοφρένειας, το Πρόγραμμα Πρόληψης Αυτοκτονίας, το Πρόγραμμα Κατάθλιψης και, πιο πρόσφατα, το συνεχιζόμενο Πρόγραμμα Ζωή Γεμάτη Νοήμα

Το Εθνικό Έργο Σχιζοφρένειας

Η βάση για το Εθνικό Σχέδιο Σχιζοφρένειας στη δεκαετία του '80 ήταν ο υψηλός αριθμός των σχιζοφρενικών ασθενών μακράς διαμονής στα φινλανδικά ψυχιατρεία .Αυτό το εθνικό πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από το δημόσιο κι είχε ως κύριους στόχους του την ανάπτυξη της θεραπείας και την αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Ειδικότερα τη μείωση της συχνότητας

εμφάνιση νέων ασθενών μακράς διάρκειας και του επιπολασμού παλαιών ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά 50% για την επόμενη δεκαετή περίοδο, από 1982.

Το έργο είχε χαρακτηριστικά έρευνας και ανάπτυξης. Η βασική στρατηγική ήταν η εκτεταμένη και εντατική συνεργασία με τις Περιφέρειες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες ήταν υπεύθυνες για την παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών την εποχή εκείνη. Μια σημαντική προσπάθεια του έργου ήταν να ξεκινήσει σε ολόκληρη τη χώρα ένα ολοκληρωμένο μοντέλο θεραπείας που έδινε μεγάλη έμφαση στην ενοποιητική προσέγγιση, με ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς τρόπους θεραπείας. (Alanen YO, Anttinen EE, Kokkola A, Lehtinen K, Ojanen M, Pylkkänen K, et al.) Τα κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου ήταν η συμμετοχή των ασθενών αλλά και της οικογένειας, η ψυχοθεραπευτική βασική στάση, η ομαδική εργασία και η επικεντρωμένη σε στόχους θεραπευτική προσέγγιση. Ένα συγκεκριμένο στοιχείο σε αυτό το μοντέλο ήταν η δημιουργία πολυεπιστημονικών ομάδων για την παροχή εντατικής φροντίδας πρώτων βοηθειών σε όλες τις περιπτώσεις ψύχωσης στην κοινότητα.

Η δεκαετής αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Σχιζοφρένειας πραγματοποιήθηκε το 1992 (Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, Pylkkänen K, Salokangas R, Solantaus J, Alanen Y Acta Psychiatr Scand. 1998) Έδειξε ότι οι στόχοι του σχεδίου επιτεύχθηκαν πλήρως. Ο αριθμός των νέων σχιζοφρενικών ασθενών με μακροχρόνια διαμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώθηκε κατά 60% μεταξύ του 1982 και του 1992 και ο αριθμός των παλαιών ασθενών κατά 68%. Τόσο η θεραπεία των σχιζοφρενικών ασθενών όσο και η δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν αλλάξει σημαντικά κατά τη διάρκεια και μετά την υλοποίηση του έργου. Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι ψυχοκοινωνικής θεραπείας είχαν αναπτυχθεί λόγω της κατάρτισης του προσωπικού ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο. Η σημαντική καινοτομία του έργου ήταν πως οι δημόσιες ομάδες οξείας ψύχωσης (Alanen YO, Anttinen EE, Kokkola A, Lehtinen K, Ojanen M, Pylkkänen K, et al, 1990), εξυπηρετούσαν περισσότερο από το 50% των ψυχιατρικών περιοχών της χώρας. Το γενικό συμπέρασμα από την αξιολόγηση ήταν ότι είναι

δυνατόν να διεξαχθούν επιτυχώς εθνικά σχέδια για την ανάπτυξη της θεραπείας των σχιζοφρενικών ασθενών και των ψυχιατρικών πρακτικών σε ολόκληρη τη χώρα. Είναι σαφές ότι το έργο ήταν ο κύριος διευκολυντής για να καταστεί δυνατή η ταχεία διαδικασία αποϊδρυματοποίησης, που περιγράφεται παραπάνω

Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Αυτοκτονιών

Το υπόβαθρο για την έναρξη του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης Αυτοκτονίας ήταν το υψηλό ποσοστό φινλανδικών αυτοκτονιών, το οποίο στη δεκαετία του 1980 θεωρήθηκε ότι είναι το δεύτερο υψηλότερο στον κόσμο (33 ετήσιες αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους το 1986). Το θέμα αυτό αποτέλεσε το επίκεντρο της συζήτησης για την πολιτική υγείας στη Φινλανδία από τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Το 1985 το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας διατύπωσε τους πρώτους στόχους για την πρόληψη της αυτοκτονίας:

- η αντιμετώπιση του ζητήματος ως περίπλοκο πρόβλημα
- η έναρξη μια αναπτυξιακής διαδικασίας σε ολόκληρη τη χώρα
- η ενσωμάτωση του έργου στο σύστημα δημόσιας υπηρεσίας · και
- η χρήση δραστηριοτήτων με άμεση επιρροή ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας.

Το πρόγραμμα καθόρισε ένα πολύ συγκεκριμένο στόχο, τη μείωση του φινλανδικού ποσοστού αυτοκτονιών κατά 20% για τα επόμενα 10 χρόνια. Το πρόγραμμα, το οποίο χρηματοδοτήθηκε κυρίως από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας, συμπεριλήφθηκε επίσης στο εθνικό πρόγραμμα για την πολιτική υγείας που βασίζεται στο πρόγραμμα WHO «Υγεία για όλους 2000» (The Finnish National Strategy. Helsinki: 1997)

Το έργο ξεκίνησε με φάση έρευνας, συντονισμένο από το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και διεξαγόταν κυρίως από περιφερειακές ομάδες εμπειρογνομώνων. Με βάση τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν από τη φάση της έρευνας, αναπτύχθηκε εθνικός στόχος και στρατηγική δράσης εκτεταμένης υλοποίησης, συντονισμένη από το Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης για την Πρόνοια και την Υγεία.

Κατά τη διάρκεια της φάσης υλοποίησης αναπτύχθηκε πολυτομεακή συνεργασία με τουλάχιστον 30 διαφορετικούς οργανισμούς και υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό, δημοτικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, της αστυνομίας, της εκκλησίας, των αμυντικών δυνάμεων, του Υπουργείου Παιδείας, του Υπουργείου της εργασίας και των διαφόρων οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών. Το έργο ανέπτυξε δικούς του δίαυλους πληροφόρησης, φυλλάδια ακόμα και συνεργασία με εξειδικευμένους δημοσιογράφους σε θέματα ψυχικής υγείας, οικογενειακών κρίσεων και αυτοκτονίας (Upanne M, Hakanen J, Rantanen M., 1999)

Η εξωτερική αξιολόγηση του σχεδίου, που έγινε από μια διεθνή ομάδα ομοτίμων, κατέληξε στο συμπέρασμα αυτό «Η υλοποίηση ήταν επιτυχής στην πρόληψη της αυτοκτονίας και γενικά στην προώθηση της ανάπτυξης σε επιλεγμένες περιοχές.» Έδωσε εμπειρίες ενός διαδραστικού μοντέλου συμμετοχής και παράγαγε πρακτικούς οδηγούς για την πρόληψη αυτοκτονιών.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Κατάθλιψης

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η κατάθλιψη έγινε ολοένα και περισσότερο βασικό θέμα συζήτησης της δημόσιας υγείας στη Φινλανδία. Βασικός λόγος ήταν το γεγονός πως Σχέδιο Πρόληψης Αυτοκτονίας ανέδειξε τη στενή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. Υπήρχαν επίσης σαφή ενδείξεις ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης στον πληθυσμό αυξανόταν στη Φινλανδία. Για παράδειγμα, η χρήση

αντι-καταθλιπτικών φαρμάκων και ο αριθμός των συντάξεων αναπηρίας αυξήθηκε ραγδαία λόγω της κατάθλιψης. Ένας σημαντικός λόγος για την αύξηση αυτή θεωρήθηκε η βαθιά οικονομική ύφεση που αντιμετώπισε η Φινλανδία στις αρχές της δεκαετίας του 1990.(Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK,1997)

Το έργο επικεντρώθηκε σε τέσσερις τομείς, το κοινό , τα παιδιά και τους εφήβους, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε όλους αυτούς τους τομείς διεξήχθησαν δράσεις έρευνας και ανάπτυξης. Η κατάθλιψη προσεγγίστηκε ως ευρεία έννοια και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ευαισθητοποίηση και την πολυτομεακή συνεργασία (Lehtinen V, Kiikkala I., 1998) Επιμορφώσεις επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, δημόσιες εκστρατείες και ομάδες αυτοβοήθειας ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη ήταν οι πρώτοι στόχοι .

Από την εσωτερική αξιολόγηση είναι προφανές ότι το έργο συνέβαλε στη σαφώς αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού για την κατάθλιψη κατά τη δεκαετία του 1990. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη προβαλλόταν τακτικά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι επαγγελματίες υγείας άρχισαν να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην κατάθλιψη από ό, τι νωρίτερα.

Το Πρόγραμμα Ζωή Γεμάτη Νόημα

Ένα πρακτικό παράδειγμα αύξησης της πολυτομεακής συνεργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας στη Φινλανδία είναι το νεοσύστατο αναπτυξιακό πρόγραμμα με τίτλο «Ζωή γεμάτη νόημα!». Αυτό το πανευρωπαϊκό πρόγραμμα, στόχος του οποίου είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που υποφέρουν ή ζουν με απειλή ψυχικών διαταραχών, λειτουργεί τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Έχει πραγματικά μια πολυτομεακή προσέγγιση καθώς σχεδόν όλα τα υπουργεία έχουν συμμετέχοντες στην ομάδα καθοδήγησης, όπως το Υπουργείο

Περιβάλλοντος, το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Εργασίας, το Υπουργείο Άμυνας, το Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Οικονομικών, καθώς και τους δημόσιους φορείς.

Το πρόγραμμα ασχολείται με το γεγονός ότι η ψυχική υγεία δεν είναι μόνο θέμα των αρχών κοινωνικής πρόνοιας και υγείας. Οι άνθρωποι με ή χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας, χρειάζονται σπίτια, εκπαίδευση, εργασία, δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο τους .

Το Πρόγραμμα Ζωή γεμάτη Νόημα είναι ένα καθαρό αναπτυξιακό έργο όπου η κύρια έμφαση της δίνεται σε τοπικό επίπεδο. Οι κύριες δραστηριότητές της περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των φινλανδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την ενίσχυση και την υποστήριξη διαφόρων τοπικών δράσεων ,την κατάρτιση των επαγγελματιών σε διάφορους τομείς σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας, την ευαισθητοποίηση μέσω δημόσιων εκστρατειών κλπ. Το πρόγραμμα έχει το δίκτυό του, βασισμένο σε εθελοντές που ενδιαφέρονται για την ψυχική υγεία.

3.2.2 Η νέα κυβερνητική στρατηγική

Μία προσπάθεια της κυβέρνησης να ενισχύσει την καθοδήγησή της στους δήμους μέσω της πληροφόρησης είναι ο νέος κυβερνητικός στόχος και η δημιουργία προγράμματος δράσης για την κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική περίθαλψη. Η ψυχική υγεία έχει επιλεγεί ως ένας από τους οκτώ τομείς προτεραιότητας αυτού του εγγράφου στρατηγικής. Οι σημαντικότερες ενέργειες που υποδεικνύει το έγγραφο στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι οι εξής:

- κάθε δήμος πρέπει να καταρτίσει ένα σχέδιο για ολοκληρωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας στην οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης και της πρόληψης των αυτοκτονιών

- η ανάπτυξη ποιοτικών κριτηρίων
- ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ψυχική φροντίδα για τα παιδιά και τους νέους
- οι δήμοι πρέπει να αναπτύξουν 24ωρη υπηρεσία παροχής υπηρεσιών για τους σοβαρά ψυχικά ασθενείς
- οι δήμοι και οι ΟΚΠ πρέπει να αναπτύξουν εγκαταστάσεις συμβουλευτικής μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας

Για την επιτυχή υλοποίηση αυτών των στόχων, απαιτείται ιδιαίτερη έμφαση στην πολυτομεακή συνεργασία, καθώς και σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάθε δήμο και σε περιφερειακό επίπεδο.

Σύμφωνα με αυτά τα παραδείγματα, τα ψυχιατρικά προβλήματα θεωρήθηκαν ως ουσιαστικά κοινωνικά παρά ατομικά. Η θεραπεία ατόμων σε ιδρύματα ήταν κατανοητή ως επιβλαβές, όπως και το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς επηρεάζονταν από την κοινωνία και ιδιαίτερα από τη θεραπεία ψυχικής υγείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αυτή η συζήτηση εξακολουθεί να συνεχίζεται σήμερα (Moncrieff και Middleton 2015) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς θα ήταν καλύτερα χωρίς ψυχιατρικές διαγνώσεις, ιδιαίτερα τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, η οποία φαίνεται να στερείται οφέλους από την άποψη της καθοδήγησης της αιτιολογίας ή τη θεραπεία, αλλά υποστηρίζουν ότι τέτοιες διαγνώσεις προκαλούν στιγματισμό. Πιστεύεται γενικά ότι η σκέψη αυτής της ριζοσπαστικής κίνησης είχε εξομαλυνθεί στο σημείο που θα μπορούσε να συνεχιστεί ως μέρος της δημόσιας διοίκησης μετά τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Ως αποτέλεσμα, οι εκφραστές των πολιτικών πρόνοιας άρχισαν να αντικατοπτρίζουν τις ριζοσπαστικές ρεφορμιστικές απόψεις (Niemelä 2003; Honkala 2011; Salo 1996.)

Αντί να θεωρείται η ψυχική ασθένεια ως μακροπρόθεσμη διαδικασία ή ακόμα και δια βίου μοίρα, η στάση απέναντι στους ασθενείς πρέπει να επαναπροσδιοριστεί .

Αυτή η αλλαγή στη σκέψη επηρέασε το περιεχόμενο και το μήκος της ψυχιατρικής θεραπείας, καθώς και στο πόρισμα πως τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν διαρκούν μια ζωή.

Το σχέδιο δράσης που προβλέπεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι το 2020 έχει τους ακόλουθους στόχους:

1. την αποτελεσματική ενίσχυση της ηγεσίας και της κυβέρνησης για την ψυχική υγεία ·
2. τη παροχή ολοκληρωμένων, ανταποκρινόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε κοινότητες
3. την εφαρμογή στρατηγικών προώθησης και πρόληψης στην ψυχική υγεία · και
4. την ενίσχυση των συστημάτων πληροφοριών, τα αποδεικτικών στοιχείων και των ερευνών για την ψυχική υγεία. Αναλυτικότερα:

Αποτελεσματική ενίσχυση της ηγεσία και της κυβέρνησης για την ψυχική

Ενίσχυση και ενδυνάμωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και των οργανώσεών αυτών. Στόχος είναι να εξασφαλίζεται ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες θα έχουν επίσημο και σημαντικό ρόλο και εξουσία ώστε να επηρεάζουν τη διαδικασία σχεδιασμού, και εφαρμογής πολιτικών, νόμων και υπηρεσιών σχετικά με το σύστημα ψυχικής υγείας.

Παροχή ολοκληρωμένων, ανταποκρινόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε κοινότητες

Η ψυχική υγεία σε έκτακτες ανθρωπιστικές καταστάσεις ,συμπεριλαμβανομένων των απομονωμένων, επαναλαμβανόμενων ή συνεχιζόμενων συγκρούσεων, βίας όσον αφορά το τρόπο λειτουργίας της ψυχικής υγείας, το

σύστημα καλείται να δώσει έμφαση στη συνεργασία με τις εθνικές επιτροπές έκτακτης ανάγκης και τους παρόχους τους.

Εφαρμογή στρατηγικών προώθησης και πρόληψης στην ψυχική υγεία

Στο πλαίσιο των εθνικών προσπαθειών για την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών στον τομέα της υγείας, είναι ζωτικής σημασίας η έμφαση όχι μόνο στις ανάγκες των ατόμων με καθορισμένες ψυχικές διαταραχές αλλά και στην προστασία και την προώθηση της ψυχικής ευημερίας όλων των πολιτών. Η ψυχική υγεία εξελίσσεται καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής. Επομένως, οι κυβερνήσεις έχουν σημαντικό ρόλο στη χρήση πληροφοριών και σχεδιασμό δράσεων σχετικά με τον κίνδυνο και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την προστασία και την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε όλα τα στάδια της ζωής. Τα αρχικά στάδια της ζωής αποτελούν μια ιδιαίτερα σημαντική ευκαιρία για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών, καθώς έως και το 50% των ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες αρχίζουν πριν από την ηλικία των 14 ετών. Σε παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να παρέχεται έγκαιρη παρέμβαση μέσω ψυχοκοινωνικών και άλλων μη φαρμακολογικών επεμβάσεων που βασίζονται στην κοινότητα, αποφεύγοντας τη θεσμοθέτηση και την ιατρική. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις πρέπει να σέβονται τα δικαιώματα των παιδιών σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού.

Η ευθύνη για την προώθηση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών εκτείνεται σε όλους τους τομείς και σε όλες τις κυβερνητικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται έντονα από μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων όπως το επίπεδο εισοδήματος, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης, το υλικοτεχνικό επίπεδο, η σωματική υγεία, η οικογενειακή συνοχή, οι διακρίσεις, οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η έκθεση σε δυσμενείς συνθήκες ζωής. Οι ανάγκες της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων που εκτίθενται σε φυσικές καταστροφές ή πολιτικές συγκρούσεις και αναταραχές, είναι πολύ υψηλές και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή.

Οι ευρείες στρατηγικές για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της πορείας ζωής μπορούν να επικεντρωθούν: Στους νόμους κατά των διακρίσεων και στις ενημερωτικές εκστρατείες που αποκαθιστούν τον στιγματισμό και τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που συνδέονται πάρα πολύ με τις ψυχικές διαταραχές, στην προώθηση των δικαιωμάτων, των ευκαιριών και στην φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στη καλλιέργεια βασικών ατομικών χαρακτηριστικών στα διαμορφωτικά στάδια της ζωής του ανθρώπου (όπως προγράμματα πρώιμης παιδικής ηλικίας, δεξιότητες ζωής και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, προγράμματα για τη στήριξη της ανάπτυξης ασφαλών, σταθερών και καλλιεργητικών σχέσεων μεταξύ παιδιών, γονέων και των φροντιστών) παροχή συνθηκών διαβίωσης και εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της οργανωτικής βελτίωσης της εργασίας και των συστημάτων διαχείρισης του άγχους) · προγράμματα προστασίας ή δίκτυα προστασίας της κοινότητας που ασχολούνται με την καταπολέμηση της κακοποίησης παιδιών καθώς και άλλες μορφές βίας σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο και την κοινωνική προστασία των φτωχών.

Τέλος η πρόληψη των αυτοκτονιών αποτελεί σημαντική προτεραιότητα. Πολλοί άνθρωποι που επιχειρούν αυτοκτονία προέρχονται από ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες. Επιπλέον, οι νέοι και οι ηλικιωμένοι είναι από τις πιο ευαίσθητες ηλικιακές ομάδες σε αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοτραυματισμό. Τα ποσοστά αυτοκτονίας τείνουν να μην αναγγέλλονται εξαιτίας αδύναμων συστημάτων επιτήρησης, παράλειψης αυτοκτονίας σε τυχαίους θανάτους, καθώς και της ποινικοποίησης σε ορισμένες χώρες. Δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την αυτοκτονία πέραν της ψυχικής διαταραχής, όπως ο χρόνιος πόνος ή η οξεία συναισθηματική δυσφορία, οι ενέργειες για την πρόληψη της αυτοκτονίας δεν πρέπει να προέρχονται μόνο από τον τομέα της υγείας αλλά και από άλλους τομείς ταυτόχρονα.

Δράσεις: καθοδήγηση και συντονισμός μίας πολυτομεακής στρατηγικής που συνδυάζει καθολικές και στοχοθετημένες παρεμβάσεις για: την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. μειώνοντας τον

στιγματισμό, τις διακρίσεις και τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων · και η οποία ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και ενσωματώνεται στο πλαίσιο του προγράμματος εθνικές στρατηγικές για την ψυχική υγεία και την προαγωγή της υγείας. Ανάπτυξη και εφαρμογή συνολικών εθνικών στρατηγικών για την πρόληψη της αυτοκτονίας, με ιδιαίτερη προσοχή σε ομάδες με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένων των ομοφυλόφιλων, αμφιφυλόφιλων και τρανσέξουαλ, της νεολαίας και άλλων ευάλωτων ομάδων κάθε ηλικίας με βάση το τοπικό πλαίσιο.

Ενίσχυση των συστημάτων πληροφοριών, τα αποδεικτικών στοιχείων και των ερευνών για την ψυχική υγεία.

Οι πληροφορίες, τα αποδεικτικά στοιχεία και η έρευνα είναι κρίσιμα συστατικά για την κατάλληλη πολιτική ψυχικής υγείας, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση. Η δημιουργία νέων γνώσεων μέσω της έρευνας επιτρέπει να βασίζονται οι πολιτικές και οι δράσεις σε αποδεικτικά στοιχεία και βέλτιστες πρακτικές και η ύπαρξη έγκαιρων και σχετικών πλαισίων ενημέρωσης ή εποπτείας επιτρέπει την παρακολούθηση των εφαρμοζόμενων δράσεων και την ανίχνευση βελτιώσεων στην παροχή υπηρεσιών.

Αν και τα περιληπτικά προφίλ ψυχικής υγείας είναι διαθέσιμα μέσω περιοδικών αξιολογήσεων, όπως το Πρόγραμμα ATLAS του ΠΟΥ, τα συνηθισμένα συστήματα πληροφοριών για την ψυχική υγεία στις περισσότερες χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος είναι στοιχειώδη ή απόντα, καθιστώντας δύσκολη την κατανόηση των αναγκών των τοπικών πληθυσμών και το σχεδιασμό αναλόγως.

Δράσεις: Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στο συνηθισμένο σύστημα πληροφοριών για την υγεία και εντοπισμός, ταξινόμηση και υποβολή τακτικών αναφορών με τη χρήση βασικών δεδομένων για την ψυχική υγεία κατανεμημένα ανά φύλο και ηλικία, προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας, οι στρατηγικές προώθησης και πρόληψης και να παρέχονται στοιχεία για το Παγκόσμιο

Παρατηρητήριο Ψυχικής Υγείας. Βελτίωση της ερευνητικής ικανότητας και της ακαδημαϊκής συνεργασίας στις εθνικές προτεραιότητες για την έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας.

3.3. Το φαινόμενο Clubhouse

Η ιστορία των Clubhouse ξεκινάει αρκετά χρόνια πίσω, όταν έκαναν την εμφάνισή τους τα πρώτα Fountain House, στις αρχές του 1940 στη Νέα Υόρκη. Ένας μικρός αριθμός ασθενών, ύστερα από την απομάκρυνσή τους από το νοσοκομείο που στεγάζονταν, μέσω διερεύνησης των δικών τους αναγκών και αναζητώντας τρόπο επίλυσης, δημιούργησαν μία ομάδα. Η ομάδα αυτή ονομαζόταν WANA (WeAreNotAlone). Μία υποστηρικτική ομάδα που θα αλλάξει σταδιακά την κοινωνική αντίληψη των ανθρώπων που ζουν με ψυχικές ασθένειες, οδηγώντας σε ευρύτερη κατανόηση και μείωση του στίγματος. Στόχος τους ήταν η ενσωμάτωση των ανθρώπων που ζουν με σοβαρή ψυχική ασθένεια σήμερα και κοινωνική απομόνωση. Έτσι, το 1948, με τη βοήθεια των υποστηρικτών τους, αγόρασαν ένα κτίριο στη Νέα Υόρκη. Η βρύση που κοσμούσε τον κήπο του "Clubhouse" αντιπροσώπευε τόσο την ελπίδα όσο και την αναζωογόνηση και ενέπνευσε το όνομα "House of Fountain" (Mary Flannery, Mark Glickman, 1996)

Το Fountain House βελτιώνει τη ζωή των ανθρώπων που ζουν με σοβαρή ψυχική ασθένεια με :

- Λειτουργικά κοινοτικά προγράμματα ψυχικής υγείας στην πόλη ,βασισμένα στο πρωτοποριακό μοντέλο της κοινότητας της Fountain House που βασίζεται στην εθελοντική συμμετοχή των μελών της,
- Ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων, έρευνας και κοινής γνώσης σχετικά με την αποκατάσταση από ψυχικές ασθένειες,
- Συνεργάζεται με άλλους για να εμπνεύσει και να διδάξει σε οργανισμούς σε όλο τον κόσμο να χρησιμοποιήσουν το μοντέλο Fountain House, και

- Υποστήριξη ατόμων που ζουν με σοβαρή ψυχική ασθένεια ώστε να βελτιώσουν τις αντιλήψεις και τις πρακτικές

Η συμμετοχή σε μια λέσχη είναι ανοιχτή σε όσους έχουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες, είναι εθελοντική και δεν λήγει ποτέ. Σε αντίθεση με τα παραδοσιακά μοντέλα ημερήσιας θεραπείας και άλλων ημερήσιων προγραμμάτων, οι συμμετέχοντες στο Clubhouse ονομάζονται «μέλη» (σε αντίθεση με τους «ασθενείς» ή τους «πελάτες» ή ακόμα τους « εξυπηρετούμενους») και οι δραστηριότητες αποκατάστασης επικεντρώνονται στις δυνάμεις και τις ικανότητές τους, όχι στην ασθένειά τους. Ο σκοπός των ημερήσιων δραστηριοτήτων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ψυχική υγεία και η διατήρηση της ανεξάρτητης πρωτοβουλίας και δραστηριότητάς τους. Οι δραστηριότητες ημέρας συχνά περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τις ευκαιρίες μαγειρικής, την άσκηση, το κάμπινγκ και την ευκαιρία να μιλήσετε με άλλους ασθενείς ψυχικής υγείας και τους εκπαιδευτές. Οι σύλλογοι βασίζονται στην κοινότητα και προσπαθούν να βοηθήσουν τα μέλη να ενταχθούν και να παραμείνουν στην κοινωνία, με εκπαιδευτική, προ-επαγγελματική, υγειονομική και ψυχική υγεία. Τα μέλη και το προσωπικό συνεργάζονται για την εκτέλεση προγραμμάτων ημερών δομής που ακολουθούν την εργάσιμη ημέρα της κοινότητας όπου βρίσκεται ένα συγκεκριμένο σύλλογο. Τα προγράμματα βασίζονται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι έχουν ξεχωριστά πλεονεκτήματα που μπορούν να οικοδομηθούν και ότι ουσιαστικές σχέσεις και η εργασία είναι απαραίτητες. Τα μέλη έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν το είδος της εργασίας τους.

3.3.1. Το φαινόμενο Clubhouse στη Φινλανδία.

Στην Φινλανδία έχουν δημιουργηθεί 23 σε αριθμό, Clubhouses. Το μοντέλο Clubhouse λειτουργεί περισσότερα από εξήντα πέντε χρόνια. Τα clubhouses αποτελούν σκόπιμα σχηματισμένες, μη κλινικές, ολοκληρωμένες ομάδες θεραπευτικής εργασίας αποτελούμενες από ενήλικες και νεαρούς ενήλικες με

διαγνωσμένες ψυχικές ασθένειες. Η Kakspro, όπως αναφέρει ο διευθυντής του οργανισμού Markku Kärmeniemi, είναι μια κοινωνική ψυχιατρική ένωση της Νοτιοανατολικής Φινλανδίας, είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός με έδρα το Kotka που εργάζεται για την προώθηση της ψυχικής ευημερίας, της ισότητας και της ένταξης. Σκοπός του συλλόγου είναι η προώθηση και στήριξη της ψυχικής υγείας και η ανάπτυξη της ψυχικής υγείας..

Οι κύριες δραστηριότητες του συλλόγου η ενεργός υπεράσπιση της ομάδας στόχου, ο εντοπισμός και η ανταλλαγή ορθών πρακτικών, οι δραστηριότητες μελών και οι εθνικές και διεθνείς αναπτυξιακές δραστηριότητες. Για την εκπλήρωση της αποστολής του, συνεργάζεται με οργανώσεις κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης, διατηρεί και αναπτύσσει ενεργά νέες μορφές ένταξης και ασχολείται με την εκπαίδευση, την ενημέρωση, την υπεράσπιση και την επανένταξη. Η ένωση δραστηριοποιείται σε δημοτικό και επαρχιακό επίπεδο τόσο σε εθνικά όσο και σε διεθνή δίκτυα. Τα γραφεία της ένωσης χρησιμεύουν ως πρακτικές τοποθετήσεις για τους φοιτητές στον τομέα της κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η ένωση προσφέρει ευκαιρίες πειραματισμού εργασίας, πρακτική εξάσκηση και θέσεις εργασίας αποκατάστασης για άτομα με ειδικές ανάγκες

Οι υπηρεσίες στέγασης χωρίζονται σε τρία επίπεδα σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές για την ανάπτυξη υπηρεσιών στέγασης για αποκατάσταση της ψυχικής υγείας που εκδίδονται από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας:

- Supported housing: Η συγκεκριμένη κατοικία είναι σχεδιασμένη για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών, άτομα με ειδικές ανάγκες και άλλα άτομα με ειδικές ανάγκες που ζουν στο σπίτι τους. Στους πελάτες προσφέρεται μια εξατομικευμένη υπηρεσία που προάγει την αποκατάσταση και την ευημερία
- Service housing: Η στέγαση υπηρεσιών προορίζεται για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών, άτομα με ειδικές ανάγκες και άλλα άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι πελάτες προσφέρονται

καθημερινά υπηρεσίες εντατικής και μακροπρόθεσμης αποκατάστασης ή λειτουργικής στέγασης.

- Enhanced service housing: Η «ενισχυμένη» Στέγαση Υπηρεσιών έχει σχεδιαστεί για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών, άτομα με αναπηρία και άλλα άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι πελάτες προσφέρονται αποκατάσταση και 24ωρη υποστήριξη για καθημερινές δραστηριότητες

Στα Clubhouses περιλαμβάνονται και οι ψυχιατρικές δομές. Οι ψυχιατρικές δομές δημιουργήθηκαν ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού ως προς την ψυχική τους υγεία. Οι ψυχιατρικές δομές στην σημερινή εποχή συναντώνται σε :

- Μονάδες κλειστής ή ανοιχτής νοσηλείας.
- Ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Εξωτερικά ιατρεία.
- Κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγείας.
- Ειδικές μονάδες και εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης.
- Ψυχογηριατρικές μονάδες.
- Ειδικές στεγαστικές κοινοτικές δομές, όπως οικοτροφεία , ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα.

Στις χώρες όπου είναι αναπτυσσόμενες και δεν υπάρχει σημαντικός προβλεπόμενος προϋπολογισμός για την υγεία, γίνεται έμφαση στις ψυχιατρικές δομές ιδρυματικού τύπου. Σε πιο ανεπτυγμένες χώρες διαμορφώνεται πολιτική για την υγεία. Ουσιαστικά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στοχεύει στην αποιδρυματοποίηση , την ανάπτυξη των κοινοτικών ψυχιατρικών δομών και τον αποστιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Βέβαια για την επίτευξη του παραπάνω στόχου είναι απαραίτητη η οργάνωση. (Μυζήθρα Ευδοκία Παρασκευή 2013)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1.Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη του συστήματος ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας στη Φινλανδία και συγκεκριμένα το μοντέλου του Clubhouse. Είναι κοινά αποδεκτό πως ψυχική υγεία, όπως και οι μέθοδοι προαγωγής της, είναι αυτόματα συνδεδεμένα με την ανθρώπινη ύπαρξη, καθιστώντας το θέμα αδιαμφισβήτητα διαχρονικό ,με ιδιαίτερη σημασία. Ακόμη, η φροντίδα στην κοινότητα των ψυχιατρικά ασθενών σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής θεωρείται σήμερα ο καλύτερος τρόπος παροχής ψυχικών υπηρεσιών υγείας.

Πιο αναλυτικά η μελέτη θέτει ως στόχους την απάντηση σε ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν μελετώντας το σύστημα ψυχικής υγείας στη Φινλανδία, κυρίως όμως τη Δομή του Clubhouse. Η μελέτη και η έρευνά μας θα επικεντρωθεί, στο τρόπο λειτουργίας της δομής, στην ιστορική της εξέλιξη, στους σκοπούς της, στη μέθοδο αξιολόγησης των εργαζομένων, στα κριτήρια εισαγωγής των μελών, στον τρόπο χρηματοδότησης και τέλος στη αποτελεσματικότητα παροχής υπηρεσιών με βάση την κάλυψη των αναγκών των μελών.

4.2.Επιλογή της ερευνητικής μεθόδου:

Στη παρούσα μελέτη η έρευνα που θα χρησιμοποιηθεί είναι η ποιοτική με τη μέθοδο της συνέντευξης. Συνέντευξη είναι η τεχνική που έχει σκοπό να οργανώσει μια σχέση προφορικής επικοινωνίας ανάμεσα σε δύο πρόσωπα, το συνεντευκτή και τον ερωτώμενο, με σκοπό τη συλλογή ορισμένων πληροφοριών σχετικά με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης. Ωστόσο η ποιοτική έρευνα στοχεύει και στη διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους ορισμένα τμήματα του πληθυσμού αντιλαμβάνονται ιδέες και ζητήματα ή για την επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ορισμένα τμήματα του πληθυσμού κάνουν κάποιες επιλογές ή ακόμα και πώς οι σκέψεις και οι ιδέες ποικίλλουν μεταξύ των διαφόρων τμημάτων.

Στη προκειμένη περίπτωση και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η επιλογή της μορφής της συνέντευξης είναι σημαντική θα παρουσιαστεί συνοπτικά η μη δομημένη συνέντευξη η οποία διακρίνεται σε ελεύθερη και εντοπισμένη/εστιασμένη συνέντευξη, καθώς η τελευταία είναι κι αυτή που ακολουθήθηκε. Μελετήθηκε ιδιαίτερα από τον Merton. Μια εντοπισμένη συνέντευξη έχει ως στόχο να στρέψει τη προσοχή της σε μια συγκεκριμένη εμπειρία, από τα αποτελέσματα της οποίας προκλήθηκαν ορισμένα ερεθίσματα. Σε σχέση με τις ελεύθερες συνεντεύξεις το ύφος των εντοπισμένων συνεντεύξεων είναι πιο αυστηρό. Ακόμα και αν η ελευθερία των συνδιαλεγόμενων είναι περιορισμένη από το πλαίσιο της έρευνας, επιτρέπει στον συνεντευκτή να θέσει τις ερωτήσεις με τη σειρά που θέλει, το ύφος και τη σύνταξη που τον εξυπηρετεί. Παρόλα αυτά είναι υποχρεωμένος να συγκεντρώσει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για το θέμα που έχει τεθεί προς μελέτη. ο συνεντευξιαζόμενος έχει τη δυνατότητα να μοιραστεί την εμπειρία του με τον τρόπο που θέλει, βοηθώντας τον συνεντευκτή να συγκεντρώσει τις πληροφορίες που χρειάζεται. Οι υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα φτιάχνονται πριν ερωτηθούν στα πρόσωπα. Με τον τρόπο αυτό η ανάλυση παραμένει ποιοτική, αλλά τα αποτελέσματα δεν οριοθετούνται πια στο άτομο. Στόχος πλέον είναι να δημιουργηθούν οι τύποι των πιθανών αντιδράσεων σε ένα θέμα, σε μία υπόθεση. ένα

στοιχείο δηλαδή ποσοτικό και στατιστικό που δίνει μια ένδειξη για το πού πρέπει να τοποθετηθούν οι παράγοντες.

4.3.Ερευνητικά ερωτήματα:

Τα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται αυτή η μελέτη να ερευνήσει και στα οποία βασίστηκε για την διεξαγωγή συμπερασμάτων, είχαν επίκεντρο τη δομή του Clubhouse. πιο συγκεκριμένα:

- Ποιος είναι ο τρόπος λειτουργίας του και οι πρακτικές του;
- Ποια είναι η ιστορική του εξέλιξη;
- Ποιος είναι ο σκοπός του;
- Ποια προγράμματα λειτουργούν;
- Ποια είναι η μέθοδος αξιολόγησης του;
- Ποια είναι τα καθήκοντα των εργαζομένων;
- Ποια είναι η πηγή χρηματοδότησης;
- Ποια είναι τα κριτήρια εισαγωγής των μελών;
- Ποιες είναι οι επιδράσεις στα μέλη;
- Πόσο αποτελεσματικό είναι και ποιες ανάγκες καλύπτει;

4.4 Φάσεις έρευνας:

Η παρούσα έρευνα χωρίστηκε σε τρεις φάσεις

Πρώτη φάση:

Αποτελείται από τη οριστικοποίηση και τη συγκεκριμενοποίηση του ερευνητικού στόχου, από τον ορισμό των ερευνητικών ερωτημάτων καθώς και τη

βιβλιογραφική ανασκόπηση. Εμπεριείχε τον εντοπισμό του πληθυσμού-στόχου , την αναζήτηση του δείγματος και την διαμόρφωση των ερωτήσεων της συνέντευξης.

Δεύτερη φάση:

Πραγματοποιήθηκε η συλλογή πληροφοριών με τη μέθοδο της μη δομημένης συνέντευξης.

Τρίτη φάση:

Τέλος παρουσιάζεται η κωδικοποίηση και η ανάλυση των ποιοτικών αποτελεσμάτων και η καταγραφή συμπερασμάτων.

4.5. Δείγμα και δειγματοληψία:

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα Clubhouse της Φινλανδίας, συγκεκριμένα στη περιοχή της Kotka. Το συγκεκριμένο Clubhouse επιλέχθηκε καθώς αποτέλεσε το πλαίσιο πρακτικής άσκησης για το εαρινό εξάμηνο του 2018-2019 των φοιτητριών-ερευνητριών. Αναφορικά με το δείγμα που επιλέχθηκε από το πλήθος των 20 περίπου ατόμων που επισκέπτονται το Clubhouse καθημερινώς, οι συνεντεύξεις επικεντρώθηκαν σε 3 εργαζόμενους και 3 μέλη. Από το σύνολο των ατόμων που καλέστηκαν να απαντήσουν τρεις από αυτούς ήταν άντρες και τρεις γυναίκες ώστε να αντιπροσωπεύονται επαρκώς και τα δύο φύλλα. Τέλος σημαντικό να σημειωθεί πως το περιεχόμενο των ερωτήσεων δεν είχε αποκαλυφθεί στους συνεντευξιαζόμενους, στοιχείο που αποδεικνύει τον αυθορμητισμό των απαντήσεων.

4.6. Μέθοδος δειγματοληψίας

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την συλλογή του δείγματος ήταν η βολική δειγματοληψία. Όσον αφορά στο δείγμα, ο Γαλάνης (2017) υποστήριξε ότι η δειγματοληψία της ποιοτικής έρευνας επικεντρώνεται κυρίως στην δειγματοληψία ευκολίας- βολική δειγματοληψία, τη σκόπιμη δειγματοληψία, τη δειγματοληψία με προκαθορισμένα ποσοστά και τη δειγματοληψία με μορφή χιονοστιβάδας. Η βολική δειγματοληψία σύμφωνα με τον Cohen και Manion, βασίζεται στην επιλογή των ατόμων που βρίσκονται κοντινότερα στους ερευνητές και λειτουργούν ως υποκείμενα που συμμετέχουν και βοηθούν στη συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Τα άτομα-μέλη συναποφάσισαν για το ποια επιθυμούν να συμμετέχουν στη συνέντευξη, εφόσον δεν έχουν συγκεκριμένους εκπροσώπους. Η δομή που έχει επιλεγεί δεν υποστηρίζεται από θεσμό των εκλογών μέσα σε αυτές με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ιεράρχηση μεταξύ τους και εκλεγμένα μέλη (πρόεδρος, Δ.Σ.) προκειμένου να εκπροσωπούνται όταν χρειάζεται. Τέλος βασικό μέλημα κατά την επιλογή των συνεντευξιζόμενων, ήταν η γνώση της αγγλικής γλώσσα ώστε να μην επηρεαστεί η διαδικασία με κάποιο άλλο μέλος να έχει το ρόλο του μεταφραστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Ανάλυση περιεχομένου

Η ανάλυση περιεχομένου είναι μία τυποποιημένη μέθοδος που οδηγεί στη συστηματική κωδικοποίηση του γραπτού και του προφορικού λόγου. Με την

ανάλυση περιεχομένου είναι αναπόφευκτη η ποσοτικοποίηση των απαντήσεων σε ανοιχτές ερωτήσεις (Κυριαζή, 2011). Έτσι η συγκεκριμένη μέθοδος επιτρέπει τη συστηματική διεύρυνση του κειμένου και αυτό συνεπάγεται ότι το σύνολο πληροφοριών εξετάζεται στην ολότητά του κι όχι επιλεκτικά, οι κατηγορίες που χρησιμοποιούνται για τη ταξινόμηση των δεδομένων, ορίζονται με σαφήνεια ώστε να η περίπτωση επανεξέτασης της διαδικασίας από άλλους ερευνητές να είναι δυνατή. Τέλος τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στο κείμενο ποσοτικοποιούνται για να δοθεί έμφαση τόσο στη σημασία που φέρουν στη ίδια τη μελέτη όσο και σε σύγκριση με άλλες. (C. Selltitz, L.S. Wrightsman S.W. Cook, 1976)

Η ανάλυση υλικού της συγκεκριμένης μελέτης βασίζεται στη μέθοδο που προαναφέρθηκε. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες με βάση την ιδιότητα των υποκειμένων που ερωτήθηκαν. Σε μία κατηγορία συνοψίστηκαν οι πληροφορίες που δόθηκαν από τα μέλη και στη άλλη οι πληροφορίες που δόθηκαν από τους εργαζόμενους της δομής. Οι αναλυτικές σημειώσεις των συνεντεύξεων κωδικοποιήθηκαν σε κατηγορίες όπως α) τον τρόπο λειτουργίας, β) τον τρόπο χρηματοδότησης γ) τη προσφορά και τη κάλυψη αναγκών των μελών, δ) την υποστήριξη της κοινωνίας στις δράσεις τη δομής και το κοινωνικό στίγμα ε) ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στ) προτάσεις για αλλαγές.

5.1.1 Εργαζόμενοι

Παρουσίαση των εργαζομένων-, συνεντευξιαζόμενων του Clubhouse

Οι εργαζόμενοι από τους οποίους συλλέξαμε τις απαραίτητες πληροφορίες για την διεξαγωγή των συμπερασμάτων μας, ήταν τρεις. Η διευθύντρια του Clubhouse και κοινωνικός λειτουργός όπου εργάζεται στη δομή δεκατρία χρόνια. Η σύμβουλος νέων και lifecoacher. Τέλος ο εργαζόμενος που ηγείται την εκπαίδευση μιας ομάδας υποστήριξης λειτουργικών ομότιμων ατόμων (GuidedFunctionalPeerSupport), ένα μοντέλο εργασίας που παρέχει στους εξυπηρετούμενους, μεθόδους για την εξεύρεση κατάλληλων τρόπων διαχείρισης της ζωής και για τη βελτίωση των κοινωνικών

δεξιοτήτων τους. Οι δύο από τους τρεις εργαζόμενους ασχολούνται κατά κύριο λόγο με τις ομάδες νέων και εργάζονται στο Clubhouse τα τελευταία περίπου δύο χρόνια, ενώ ο τρίτος εργαζόμενος, περίπου δεκατέσσερα χρόνια.

Είναι κάτοικοι της περιοχής Kotka, περίπου δέκα χρόνια. Λεπτομέρεια που θα μας βοηθήσει στις ανασκόπηση πληροφοριών για την διαχρονική πορεία του Clubhouse και την αντιμετώπιση της κοινωνίας στους ψυχικά ασθενείς.

Τί είναι το Clubhouse και πως λειτουργεί.

Το Clubhouse είναι ένας παγκόσμιος οργανισμός με στόχο τη βοήθεια των μελών να επαναταχθούν στη κοινωνία, κάνοντας πράγματα απλά, καθημερινά. Είναι μια υποστηρικτική κοινότητα για άτομα που το χρειάζονται. Μέσω του Clubhouse τα άτομα προσαρμόζονται στη κοινωνία κι αυτή παράλληλα αφουγκράζεται τις ανάγκες αυτών. Επιπλέον δίνεται η δυνατότητα στους νέους ανθρώπους να ανακαλύψουν πτυχές των εαυτών τους που δεν γνώριζαν.

Το Clubhouse είναι δομημένο σε τμήματα, μονάδες. Έχει το τμήμα «κουζίνας» το οποίο περιλαμβάνει την προετοιμασία του μεσημεριανού, κάποιων γλυκών και τη διατήρηση της καθαριότητας της «μικρή καφετέρια» όπως αυτοί ονομάζουν. Εκεί μπορούν να αγοράσουν τον καφέ τους τα μέλη ή κάποιο μικρό γεύμα. Στη συνέχεια υπάρχει το τμήμα «γραφείου», το οποίο σχετίζεται με την διαχείριση του οικονομικού τομέα, τις ανακοινώσεις σχετικά με το Clubhouse και όποια γραφειοκρατική δουλειά προκύπτει. Σε αυτό το τμήμα επίσης καταγράφεται οτιδήποτε έχει ειπωθεί στις συνελεύσεις τους κι τις τελικές αποφάσεις από αυτές. Τέλος είναι το τμήμα «συντήρησης» στο οποίο ανήκει η καθαριότητα του χώρου, οι προετοιμασίες για εκδηλώσεις, οι επισκευές κάποιων ζημιών. Σε όλα τα τμήματα-δουλειές συμμετέχουν μέλη του Clubhouse.

Τέλος στη δομή συντονίζονται ομάδες διαφορετικού τύπου ,ανάλογα με τις ανάγκες των μελών. Όπως για παράδειγμα η αθλητική ομάδα, ομάδα τέχνης που τα μέλη ζωγραφίζουν μαζί με τον επαγγελματία που επισκέπτεται το Clubhouse, η ομάδα γυναικών επίσης, που τίθενται γυναικεία ζητήματα, οι ομάδες ταξιδιών, που οργανώνουν εκδρομές τόσο τη Φινλανδία όσο και στο εξωτερικό. Τέλος πραγματοποιούνται και οι ομάδες νέων στις οποίες αφού επικοινωνήσουν τις ανάγκες, στους επαγγελματίες, προσπαθούν μαζί να ανακαλύψουν τρόπους λύσης.

Ποια είναι η διαδικασία και τα κριτήρια εισαγωγής των μελών στη κοινότητα του Clubhouse;

Τα μέλη επισκέπτονται το χώρο έχοντας κάποιες πληροφορίες από τη προηγούμενη δομή που βρίσκονταν, νοσοκομείο, κοινωνική υπηρεσία ή ακόμα υπηρεσία ψυχικής υγείας. Αφού παρουσιαστεί κι από τους εργαζόμενους, δίνοντας περαιτέρω πληροφορίες, η απόφαση για το αν επιθυμούν να συμμετέχουν είναι δική τους.

Αν αποφασίσουν να γίνουν μέλος της κοινότητας τότε πρέπει να συμπληρώσουν μόνο ένα έγγραφο με πληροφορίες επικοινωνίας, σε περίπτωση που χρειαστούν. Η συμμετοχή δεν έχει περιορισμούς, ούτε οικονομική επιβάρυνση, πέρα από το μικρό ποσό για το μεσημεριανό . Οι επαγγελματίες δεν ζητούν διαγνώσεις ψυχικής ασθένειας από τα μέλη ,δίνοντας τους όμως χώρο αν το επιθυμούν οι ίδιοι, να μιλήσουν για αυτό.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ο μόνος παραβίαστος περιορισμός της συμμετοχής των μελών , είναι το αλκοόλ. Σε ανάλογες περιπτώσεις οι επαγγελματίες πρέπει να ζητήσουν ευγενικά από το άτομο να αποχωρήσει από το χώρο, εξηγώντας του πάντα τους λόγους. Η διαδικασία αυτή όμως δεν απαγορεύει στο άτομο να επισκεφτεί ξανά τη δομή όποτε επιθυμεί, αρκεί να είναι νηφάλιο από αλκοόλ.

Τι προσφέρει το Clubhouse στα μέλη του ;

Βασικό μέλημα των ανθρώπων που εργάζονται στο Clubhouse είναι να δημιουργηθεί μία κοινότητα στην οποία τα άτομα θα αισθάνονται πως ανήκουν σε μία ομάδα που οι ίδιοι θα έχουν επιλέξει. Μαθαίνουν να ζουν μία λειτουργική ζωή, όσο αυτόνομοι μπορούν να είναι, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να ενδυναμώσουν όχι μόνο τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες αλλά και απλές καθημερινές διαδικασίες όπως το μαγείρεμα. Τους βοηθάει να εκφράσουν τις ανάγκες τους και μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, να βρουν λύσεις. Βασικό μέλημα της δομής είναι να καταλάβουν τόσο τα άτομα όσο και η κοινωνία πως όλοι είναι ίσοι. Το Clubhouse όντας και μία δομή ενσωματωμένη σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας, τους βοηθάει σε οποιοδήποτε κώλυμα αντιμετωπίσουν με γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Το Clubhouse μπορεί να προσφέρει θέσεις εργασίας σε κάποια μέλη. Για παράδειγμα την καθαριότητα του οικήματος την έχει αναλάβει κάποιο μέλος, κάποιες μέρες τη εβδομάδα έρχεται μάγειρας. Όλοι αυτοί εργάζονται για το Kaksry αλλά είναι και μέλη του Clubhouse.

Με ποιες δομές και υπηρεσίες συνεργάζεται το Clubhouse ;

Η δομή του Clubhouse συνεργάζεται με οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υγείας θεωρεί ότι εξυπηρετεί τα μέλη. Συνεργάζεται με το Kela (ο κρατικός μηχανισμός κοινωνικών ασφαλίσεων της Φινλανδίας)σε οποιαδήποτε περίπτωση ανάγκης κάποιου επιδόματος. Ακόμα με το Stea (Το Κέντρο Χρηματοδότησης των Οργανισμών Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείας διαχειρίζεται τη χρηματοδότηση που χορηγείται για έργα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και για την προώθηση της υγείας και της ευημερίας, από τα έσοδα τυχερών παιχνιδιών.)Έρχεται σε επαφή με το Hamk(το πανεπιστήμιο εφαρμοσμένων επιστημών στη Φινλανδία) στο οποίο πραγματοποιούνται ανοιχτά σε όλους τους νέους καλέσματα με στόχο είτε την ενημέρωση για τις ομάδες ενδυνάμωση των νέων, που στεγάζονται στο Clubhouse είτε την συλλογή πληροφοριών που μπορεί να βοηθήσουν τους νέους στη επιλογή σχολής. Ακόμα το Clubhouse είναι μέρος πρακτικής άσκησης για τους φοιτητές

επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον συνεργάζεται με πολλά σχολεία εκμάθησής της Φινλανδικής γλώσσας, στα οποία φοιτούν μετανάστες και πρόσφυγες. Οι μαθητές για κάποιο διάστημα της φοίτησής τους επισκέπτονται το χώρο με σκοπό την εξάσκηση της γλώσσας στη καθημερινή ζωή.

Πόσο υποστηρικτική ήταν η κοινωνία στις δράσεις του Clubhouse και πόσο είναι τώρα;

Στο παρελθόν η κοινωνία της Kotka δεν γνώριζε την ύπαρξη της δομής , και ένας από τους πιθανούς λόγους ήταν η θέση του οικήματος εκτός της πόλης. Πλέον που βρίσκεται στο κέντρο αυτής και με την πληθώρα εκδρομών στις πόλεις της Φινλανδίας ο κόσμος έρχεται πιο εύκολα και άμεσα σε επαφή με αυτό που πρεσβεύει το Clubhouse. Παρόλα αυτά το στίγμα υπάρχει πάντα και ο τρόπος που το διαχειρίζονται τόσο τα μέλη όσο και οι επαγγελματίες είναι η ενημέρωση και η εξοικείωση με τη ψυχική υγεία.

Με ποιους τρόπους αξιολογείται η δομή;

Κάθε μήνα καταγράφεται ο αριθμός ατόμων που επισκέπτονται τη δομή , τέλος του χρόνου παραδίδεται ένας οικονομικός υπολογισμός με αναλυτική παρουσίαση των εξόδων και των εσόδων. Επιπρόσθετα δημιουργείται κάθε χρόνο ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο καταγράφονται οι ανάγκες των μελών το πρώτο εξάμηνο και το δεύτερο εξάμηνο ελέγχεται αν πραγματοποιήθηκε η υλοποίηση αυτών. Τέλος οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν τα μαθήματα επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια του χρόνου.

Πως χρηματοδοτείται το Clubhouse ;

Η δομή αυτή ,το Clubhouse, είναι υπό την αιγίδα το Kakspsy , Μη Κυβερνητική Οργάνωση. Αυτή αποφασίζει από πού θα χρηματοδοτείται κάθε δομή

και αφού θεωρείται ΜΚΟ πρέπει πάντα να έχει μηδέν απολαβές και μηδέν έξοδα. Όταν γίνεται λόγος για χρηματοδότηση εννοείται ενοίκιο του χώρου, ο μισθός των εργαζομένων και ο εξοπλισμός του χώρου. Το Clubhouse χρηματοδοτείται από ένα ποσοστό των φόρων που παρακρατούνται από τα παιχνίδια τύχης, όπως ονομάζονται «moneylottery» τα οποία βρίσκονται παντού στη χώρα της Φινλανδίας. Το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από το δήμο της πόλης.

Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη δομή;

Αυτό που προωθείται κατά κύριο λόγο στη δομή είναι πως τα μέλη με τους εργαζόμενους είναι ίσα. Για αυτό το λόγο ο κοινωνικός λειτουργός, δεν έχει τον ιδιωτικό του χώρο-γραφείο και συμμετέχει κι ο ίδιος σε οποιαδήποτε μορφή δουλειάς κατά τη διάρκεια της μέρας. Αν υπάρχει κάποιος ρόλος που θέλει να ισοπεδώσει είναι αυτός του επαγγελματία – του αυθεντία. Παρόλα αυτά είναι ο συνδυαστικός κριτικός με δομές που μπορεί να φανούν χρήσιμες σε κάποιο μέλος. Ακούει και διερευνά και προσπαθούν να τις φέρουν εις πέρας με γνώμονα πάντα την επιθυμία του ατόμου.

Δεν παραλείπει ποτέ να ενθαρρύνει τα μέλη της κοινότητας του Clubhouse. Βασικό μέλημα τους είναι τα μέλη να μπορέσουν να επανενταχθούν στη κοινωνία ως άτομα λειτουργικά. Και καθώς η κοινωνία πρέπει να μάθει να αντιμετωπίσει ως ίσους τους ψυχικά ασθενείς, η ενημέρωση στη κοινότητα δεν μπορεί να είναι αμελητέα.

Αλλαγές που θα πρότειναν στην λειτουργία του Clubhouse

Σε γενικές γραμμές θεωρούν πως το συγκεκριμένο Clubhouse απαντάει στις ανάγκες της πόλης της Κότκα. Χωρίς αυτό να σημαίνει πως η προσπάθεια για δημιουργία νέων προγράμματα, όπως αυτό που απευθύνεται στους νέους της Κότκα, δεν είναι αναγκαία. Παιδιά που δεν ξέρουν ακόμα με τι θέλουν να ασχοληθούν στη ζωή τους, ή δεν αισθάνονται τόσο επιτυχημένα όπως η κοινωνία θα προάγει. Κι όπως συμπληρώνει και η Ε. : «Αυτό είναι κάτι που αγαπώ στη δουλειά μου στο Clubhouse ,ότι μπορούμε να αλλάξουμε τον τρόπο που δουλεύουμε, το κοινό στο οποίο

απευθυνόμαστε ανάλογα με το ποια κοινωνική ομάδα κρίνουμε ότι χρήζει ενδυνάμωση τη δεδομένη περίοδο» .

5.1.2.Μέλη

Ανάλυση Συνεντεύξεων των Μελών του Clubhouse.

Μέλος στο Clubhouse μπορεί να γίνει όποιος νιώθει την ανάγκη για κοινωνικοποίηση χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσει τους λόγους, ή την όποια ψυχική ασθένεια έχει. Η μόνη προϋπόθεση είναι να έχει ενηλικιωθεί και να συμπληρώσει μια φόρμα με τα στοιχεία του. Η συχνότητα των επισκέψεων τους στο Clubhouse εξαρτάται από τα ίδια τα μέλη.

Δημογραφικό προφίλ συνεντευξιζόμενων.

Τα μέλη από τα οποία συλλέξαμε πληροφορίες μέσω συνεντεύξεων είναι ο S., η Η και ο T. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων γεννήθηκε και ζει στην πόλη Κότα της Φινλανδίας. Οι ηλικίες κυμαίνονται από εικοσι-τέσσερα με τριάντα εννέα χρονών και η περίοδος κατά την οποία είναι ενεργά μέλη στην δομή από οκτώ μήνες μέχρι δέκα εννιά χρόνια. Δυο από τις ψυχικές ασθένειες που αναφέρθηκαν είναι η Ιδεοχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας- ΔΕΠΥ (ADHD).

Λόγοι συμμετοχής στο Clubhouse

Οι λόγοι στους οποίους τα συγκεκριμένα μέλη αποδίδουν την συμμετοχή τους είναι, ότι στο Clubhouse οι άνθρωποι (εργαζόμενοι και μέλη) είναι πολύ φιλικόι, ότι το κλίμα είναι πολύ χαλαρό και κανείς δεν σε αναγκάζει να κάνεις κάτι που δεν θέλεις αλλά και ότι μπορείς να είσαι ο εαυτός σου χωρίς κάποιος να σε κρίνει. Γενικότερα νιώθουν ένα κλίμα ασφάλειας και οικειότητας στον συγκεκριμένο χώρο.

Τα μέλη μας απάντησαν αρχικά πως η κοινότητα του Clubhouse τους βοηθάει να κοινωνικοποιούνται με άλλα άτομα με ή χωρίς ψυχικές ασθένειες κάτι που δεν θα κατάφεραν να κάνουν έξω από την κοινότητα αυτή. Επίσης, αναφέρθηκε πως νιώθουν μέλη μιας ομάδας η οποία λαμβάνει συλλογικά αποφάσεις μέσω συνελεύσεων και αισθάνονται χρήσιμοι μέσω των καθημερινών εργασιών που γίνονται στον χώρο, όπως για παράδειγμα το μαγείρεμα, η καθαριότητα, το κυλικείο αλλά και διάφορων γκρουπ στα οποία συμμετέχουν. Ξεπερνούν την μοναξιά τους έχοντας μια αφορμή να βγαίνουν από το σπίτι τους.

Ακόμη αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην κοινωνική τους ζωή και δεν φοβούνται να έρθουν αντιμέτωποι με τις καθημερινές τους δυσκολίες. Ακόμη, στις απαντήσεις αναφέρεται συχνά πως δημιουργούνται σχέσεις με ανθρώπους από διαφορετικές χώρες με διαφορετικές κουλτούρες κάτι που ανοίγει τους ορίζοντες των ατόμων.

Αλλαγές που θα πρότειναν στην λειτουργία του Clubhouse

Η πλειοψηφία των μελών που ερωτήθηκαν δεν θα άλλαζαν κάτι στην λειτουργία του Clubhouse σε αντίθεση με ένα μέλος που απάντησε πως θα ήθελε να ήταν πιο χαλαρό το κλίμα χωρίς τόσες –μη υποχρεωτικές- αλλά αναγκαίες δουλειές, μια ισορροπία δηλαδή στις δουλειές και την χαλάρωση.

Το σύστημα ψυχικής υγείας της Φινλανδίας από την οπτική των εξυπηρετούμενων.

Όσον αφορά το σύστημα ψυχικής υγείας στην Φινλανδία δυο από τα μέλη που ερωτήθηκαν μας ανέφεραν μια αρνητική εμπειρία από κάποιον επαγγελματία που κλόνισε την εμπιστοσύνη τους δημιουργώντας δύσκολες συνθήκες για να ανακάμψουν ψυχολογικά και να μπορέσουν αναζητήσουν βοήθεια. Επίσης ένα από τα μέλη ανέφερε πως το σύστημα ψυχικής υγείας στην χώρα του, του φαίνεται αρκετά περίπλοκο. Παρόλα αυτά λόγω αρκετών δομών σαν το Clubhouse τα άτομα μπορούν να βοηθηθούν .

Κοινωνικός στιγματισμός βάση εμπειριών των ατόμων

Ερωτώμενοι για το αν θεωρούν πως υπάρχει στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στην Φινλανδία, ένα άτομο απάντησε πως έχει δεχτεί περίεργα βλέμματα στο σχολείο και στην δουλειά και μέσω των ερωτήσεων πάνω στην ψυχική ασθένεια τους, δημιουργείται περισσότερο άγχος και δεν βοηθάει στην διαταραχή. Το δεύτερο άτομο απάντησε επίσης πως έχει βρεθεί αντιμέτωπος με το κοινωνικό στίγμα αφού δεν τον προσέλαβαν σε μια δουλειά θεωρώντας τον ασταθή, παρόλα αυτά έχει μάθει να το αντιμετωπίζει και να συμβιβάζεται. Τέλος το τρίτο άτομο δεν έχει αντιμετωπίσει κάποια μορφή στίγματος αφού μας είπε πως όλοι του οι φίλοι και ο κοινωνικός του περίγυρος είναι μέλη του Clubhouse.

Προτάσεις για επίσκεψη στο Clubhouse

Τέλος, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι θα πρότειναν σε κάποιον να επισκεφτεί την δομή του Clubhouse αναμφίβολα, αφού είναι ένα μέρος που γνωρίζεις πολύ κόσμο, κάνεις νέους φίλους και ενεργοποιείς τον εαυτό σου. Μας απάντησαν πως είναι πολύ εποικοδομητικό να μαθαίνει ο ένας από τον άλλον και τα ενδιαφέροντα του καθενός να μπορούν να προσφερθούν και σε άλλα άτομα. Εν κατακλείδι, όλα τα μέλη έχουν πολύ όμορφες αναμνήσεις και εμπειρίες τις οποίες αξίζει να έχουν όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτως της ψυχικής τους υγείας, αλλά και τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να μπορούν να ενταχθούν και να νιώσουν μέρος ενός κοινωνικού συνόλου.

5.2.Αποτελέσματα

Βασικός στόχος στην εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η κατανόηση και η παρουσίαση του τρόπου δράσης της ανοιχτής δομής ψυχικής υγείας «Clubhouse».

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε μας φέρνει στα παρακάτω αποτελέσματα.

- Τρόπος λειτουργίας και πρακτικές

Το Clubhouse λειτουργεί με βάση τις ανάγκες των μελών του αλλά και τις ανάγκες για καλή λειτουργία της κοινότητας. Είναι χωρισμένο σε τμήματα στα οποία το κάθε μέλος και ο κάθε εργαζόμενος έχει συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Λειτουργεί με βάση την ισότιμη συμμετοχή όλων και οι αποφάσεις για απλά καθημερινά ζητήματα λαμβάνονται μέσω συνελεύσεων στις οποίες συμμετέχουν οι άμεσα εμπλεκόμενοι δηλαδή τα μέλη και οι εργαζόμενοι. Υπάρχουν ακόμη ομάδες ενδιαφέροντος ανάλογα τα χόμπι και τις επιθυμίες των μελών.

- Ιστορική εξέλιξη

Το μοντέλο Clubhouse λειτουργεί περισσότερο από εξήντα πέντε χρόνια. Η ιστορία των Clubhouse ξεκινάει στις αρχές του 1948 στη Νέα Υόρκη, όπου εμφανιστήκαν τα πρώτα Fountain Houses με σκοπό την ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικές παθήσεις και την μείωση του στίγματος. Στην Φιλανδία έχουν δημιουργηθεί 23 σε αριθμό.

- Σκοπός

Σκοπός του Clubhouse είναι τα μέλη να ζουν μια λειτουργική ζωή ανεξαρτήτως της ψυχικής τους υγείας. Για να είναι αυτό δυνατό, η δομή του Clubhouse βοηθάει τα μέλη να αναπτύξουν δεξιότητες και λειτουργίες απαραίτητες για την επιβίωση τους αλλά και για την εύρεση εργασίας και για οποιοδήποτε γραφειοκρατικό κώλυμα μπορεί να αντιμετωπίσουν.

- Ποια προγράμματα λειτουργούν;

Πέρα από τις δραστηριότητες μέσα στην δομή, το Clubhouse συνεργάζεται με οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υγείας θεωρεί ότι εξυπηρετεί τα μέλη, τόσο για οικονομική βοήθεια και επαγγελματικό προσανατολισμό όσο για υπηρεσίες υγείας. Πραγματοποιούνται καλέσματα στους νέους μέσω του Πανεπιστημίου αλλά λειτουργεί και ως μέρος πρακτικής άσκησης για τους φοιτητές επαγγελματιών υγείας. Τέλος, συνεργάζεται με πολλά σχολεία εκμάθησής της Φινλανδικής γλώσσας, στα οποία φοιτούν μετανάστες και πρόσφυγες.

- Μέθοδος αξιολόγησης

Η καλή λειτουργία της δομής αξιολογείται με ένα ερωτηματολόγιο τον χρόνο ελέγχοντας τις ανάγκες των μελών και κατά πόσο αυτές πραγματοποιήθηκαν. Η οικονομική αξιολόγηση γίνεται με έναν οικονομικό απολογισμό με βάση τα έξοδα και τα έσοδα αλλά και τον αριθμό ατόμων που επισκέφτηκαν την δομή.

- Καθήκοντα των εργαζομένων

Στην δομή του Clubhouse τα καθήκοντα των εργαζομένων δεν διαφέρουν από αυτά των μελών σε πρώτο επίπεδο. Συμμετέχουν εξίσου στις καθημερινές λειτουργίες της δομής. Αυτό που οι εργαζόμενοι κάνουν επιπλέον είναι να βοηθάν τα μέλη να έρθουν σε επαφή με άλλες δομές και βρίσκονται εκεί για τις ανάγκες των μελών, τόσο σε λειτουργικό όσο και σε επικοινωνιακό επίπεδο.

- Πηγές χρηματοδότησης

Το Clubhouse, θεωρείται ΜΚΟ χρηματοδοτείται για τις ανάγκες της στέγασης του από ένα ποσοστό των φόρων που παρακρατούνται από τα παιχνίδια τύχης, όπως ονομάζονται «moneylottery» τα οποία βρίσκονται παντού στη χώρα της Φινλανδίας. Το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από το δήμο της πόλης.

- Κριτήρια εισαγωγής των μελών

Τα μέλη, η μόνη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσουν για να συμμετέχουν στην δομή του Clubhouse είναι να συμπληρώσουν μια φόρμα με τα στοιχεία τους, χωρίς να είναι απαραίτητο να επικοινωνήσουν τον λόγο για τον οποίο επισκέπτονται το Clubhouse. Κανείς δεν αναγκάζει τα άτομα αυτά να γίνουν μέλος της κοινότητας αντιθέτως είναι στην δική τους ευχέρεια αν και για πόσο θα επισκέπτονται την δομή.

- Επιδράσεις στα μέλη, αποτελεσματικότητα είναι και ποιες ανάγκες καλύπτει;

Το Clubhouse βοηθάει τα μέλη να κοινωνικοποιούνται με άλλα άτομα με ή χωρίς ψυχικές ασθένειες, ακόμη αναπτύσσουν το αίσθημα του ανήκειν αλλά και της χρησιμότητας στην κοινωνία. Ξεπερνούν την μοναξιά τους και αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην κοινωνική τους ζωή. Τέλος, τους βοηθά να δημιουργήσουν σχέσεις με ανθρώπους από διαφορετικές χώρες με διαφορετικές κουλτούρες κάτι που ανοίγει τους ορίζοντες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Τελική Συζήτηση

Μετά από την βιβλιογραφική έρευνα όσον αφορά το σύστημα ψυχικής υγείας στην Φινλανδία και τις αλλαγές από την ιδρυματοποίηση στην ανοιχτή φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει και το μοντέλο του Clubhouse, η έρευνα καταλήγει στα παρακάτω συμπεράσματα.

6.1.1. Το σύστημα Ψυχικής Υγείας στη Φινλανδία

Αφού έγινε κατανοητό στην Φινλανδία, πως η ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών είναι τόσο επιβλαβής για τα άτομα όσο και ανώφελη για την κοινωνία τέθηκε σε εφαρμογή η έννοια της αποκατάστασης των ατόμων με βάση το σκανδιναβικό μοντέλο. Αυτό, μαθαίνουμε κι από τη Στατιστική «Yearbook» στη Φινλανδία το 2016, (Karlsson&Wahlbeck 2011, Korkeila 1998) πως είχε θετικά αποτελέσματα με την μείωση του ποσοστού που χρησιμοποιούσε ψυχιατρική νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και με την μείωση της περιόδου θεραπείας των ατόμων.

Με αυτό το σύστημα, καταλαβαίνουμε πως στόχος είναι η βελτίωση της ζωής των ατόμων τόσο μέσω της βελτίωσης των κοινωνικών συνθηκών αλλά και της προσωπικής βελτίωσης της ψυχικής υγείας του ατόμου. Στόχοι είναι η αύξηση του αισθήματος ισότητας μεταξύ των ανθρώπων, της οικουμενικότητας και της δημόσιας χρηματοδότησης για τους πόρους που χρειάζονται για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα τις έρευνας αυτά, ερχόμαστε να συγκρίνουμε με τις πληροφορίες που λάβαμε πραγματοποιώντας ποιοτική έρευνα μέσω μη δομημένων συνεντεύξεων στον πληθυσμό- δείγμα που επιλέξαμε με βάση την βολική δειγματοληψία (μέλη και εργαζόμενοι του Clubhouse)

Αρχικά, η πληροφορίες που λαμβάνουμε μελετώντας τις απαντήσεις των εργαζομένων του Clubhouse είναι πως δομές ανοιχτής ψυχικής φροντίδας στην Φινλανδία, όπως το Clubhouse, λειτουργούν μέσω χρηματοδότησης από διάφορους κρατικούς φορείς (φόροι- moneylottery, δήμος) και τα άτομα δεν είναι αναγκασμένα να πληρώνουν κάποιο ποσό για την συμμετοχή τους.

Μας αναφέρουν, πως η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες με μεγαλύτερη αποδοχή τα τελευταία χρόνια, αφού γίνονται προσπάθειες για δράσεις και επικοινωνία με την κοινότητα. Παρόλα αυτά, το κοινωνικό στίγμα

υπάρχει ακόμη, και είναι χρέος των επαγγελματιών αλλά και των μελών να ενημερώνουν κι να εξοικειώνουν την κοινωνία με τις παθήσεις των ψυχικά ασθενών με στόχο την ομαλή ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Οι πληροφορίες που λάβαμε από τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πως, αφού δυο στους τρεις, είχαν μια αρνητική εμπειρία από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, η ευαισθητοποίηση και η μεγαλύτερη και συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών είναι απαραίτητη ακόμη και στην Φινλανδία, της οποίας τα μοντέλα αποκατάστασης των ατόμων, φαίνεται να είναι αρκετά πιο εξελιγμένα σε σχέση με άλλες χώρες τις Δύσης.

Όσο για το αν υπάρχει ακόμη κοινωνικός στιγματισμός των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, τα μέλη του Clubhouse μας πληροφορούν πως στη ζωή τους έχουν νιώσει τουλάχιστον μια φορά κοινωνικό στιγματισμό είτε στην εργασία τους είτε στην δουλειά τους.

Συμπεραίνουμε πως, στην βελτίωση της ζωής των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, η αποιδρυματοποίηση βοήθησε ώστε να γίνεται δυνατή η επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο αλλά και στο να δημιουργηθούν δομές ανοιχτής φροντίδας στις οποίες τα άτομα μπορούν να απευθύνονται, χωρίς κάποιο κόστος. Παρόλα αυτά, χρειάζεται αρκετός χρόνος και προσπάθεια από όλα τα μέλη της κοινωνίας, για να εξαλειφθεί οποιαδήποτε μορφή κοινωνικού στίγματος και να ευαισθητοποιηθεί η κοινωνία για θέματα ψυχικής υγείας.

6.1.2. Το φαινόμενο του Clubhouse

Βιβλιογραφικά μαθαίνουμε πως στόχοι του Clubhouse είναι η προώθηση της ψυχικής ευημερίας, της ισότητας και της ομαλής επανένταξης των μελών της δομής

στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της καθημερινής επαφής με τα μέλη, της κοινωνικοποίησής τους σε ένα πλαίσιο στο οποίο νιώθουν ασφάλεια αλλά και της άτυπης- καθημερινής εκπαίδευσης τους σε προσόντα που βελτιώνουν την ζωή τους (π.χ μαγείρεμα)

Το Clubhouse συνεργάζεται με οργανισμούς κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργεί νέες μορφές ένταξης και εκπαίδευσης για τα μέλη, ενημερώνει την κοινωνία και τα μέλη και υπερασπίζεται τα μέλη όταν αυτά το έχουν ανάγκη για την κοινωνική δικαιοσύνη. Βοηθάει τέλος τα μέλη να είναι ικανά να αναλάβουν κάποια θέση εργασίας.

Οι πληροφορίες των εργαζομένων του Clubhouse τονίζουν πως για να επαληθεύσουν την επιτυχία στους στόχους τους, καταγράφουν στο πρώτο εξάμηνο του έτους τις ανάγκες των μελών και επιβεβαιώνουν ποιες από αυτές καλύφθηκαν στο δεύτερο εξάμηνο. Για την προάσπιση της ισότητας, δεν υπάρχει κανείς που να τους επιβάλει τι να κάνουν και οι αποφάσεις λαμβάνονται από όλη την κοινότητα του Clubhouse και τα μέλη δεν νιώθουν αδικημένα.

Παρόλα αυτά η προσπάθεια των εργαζομένων δεν θα πρέπει να σταματάει, έτσι μας ενημερώνουν πως υπάρχει ανάγκη για περισσότερα προγράμματα, τα οποία θα έχουν στόχο την εξάλειψη του στιγματισμού μέσω της κοινωνικής απεύθυνσης και την ομαλή επανένταξη των μελών.

Οι συνεντεύξεις των μελών μας επιβεβαιώνουν πως το Clubhouse είναι μια δομή στην οποία δεν αισθάνονται αδικία και μπορούν να εκφράζονται ελεύθερα. Η προάσπιση της ισότητας μέσα στο οικείο κλίμα της δομής βοηθάει τα άτομα να νιώθουν μέλη ενός κοινωνικού συνόλου στο οποίο μπορούν να ενεργούν. Υπό άλλες συνθήκες τα άτομα αυτά θα είχαν προβλήματα στην κοινωνικοποίηση τους και η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο δεν θα ήταν εφικτή.

Συμπερασματικά, αναλύοντας τους στόχους του Clubhouse, και λαμβάνοντας τις απαραίτητες πληροφορίες από εργαζόμενους και μέλη της δομής, φαίνεται πως η

επανένταξη των ατόμων λειτουργεί στα πλαίσια της δομής. Το κλίμα ισότητας επιτυγχάνεται ανάμεσα στα μέλη αλλά και στα μέλη με τους εργαζόμενους και προωθείται η ψυχική ευημερία. Τα άτομα έχουν την ευκαιρία να κοινωνικοποιηθούν με άλλους ψυχικά ασθενείς και μη, και να νιώσουν άνετα με τον εαυτό τους σε ένα κλίμα άνεσης και ελευθερίας. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στην δομή καταλαβαίνουν τις ανάγκες για μεγαλύτερη αποδοχή από την κοινωνία προσπαθούν να προασπίζουν την ισότητα και με δράσεις έξω από το Clubhouse.

6.2. Συμπεράσματα

Βασισμένοι στη μορφή της ποιοτικής έρευνας που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας με σκοπό την ανάδειξη του συστήματος ανοιχτών δομών ψυχικής υγείας της Φινλανδίας και συγκεκριμένα του μοντέλου του Clubhouse, τα συμπεράσματα δεν θα μπορούσαν να γενικευτούν αφού η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στις υποκειμενικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες των συνεντευξιζόμενων.

Αναφορικά με το τρόπο λειτουργίας του Clubhouse φαίνεται να ακολουθεί ένα μοντέλο-πρότυπο που καλύπτει αρκετές από τις ανάγκες τόσο των μελών όσο και των εργαζομένων. Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι έχουν τη δυνατότητα να ελίσσονται στο πληθυσμό-στόχο που εξυπηρετούν κάθε φορά, ανάλογα με το ποια κοινωνική ομάδα χρήζει τη βοήθεια των ειδικών. Οι πρακτικές βασίζονται στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, στη υποστηρικτική εκπαίδευση των μελών για την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής τους. Στη δυνατότητα εργασίας και την πρόσληψη, στις υποστηρικτικές σχέσεις και την προσωπική βοήθεια όπου κρίνεται απαραίτητο (πχ. δικαιοσύνη), στη διαχείριση χρηματοδότησης και πολιτικής επιρροής αλλά και στη συνεργασία με άλλα ενδιαφερόμενα άτομα. Οι εργαζόμενοι επιμορφώνονται και εξελίσσουν της δεξιότητες τους συστηματικά,

καθώς είναι υποχρεωμένοι από το Σύστημα Ψυχικής Υγείας της Φινλανδίας. Εκτός από συναντήσεις με ειδικούς δύο φορές το χρόνο, είναι υποχρεωμένοι να γνωρίζουν καθολικά τον τρόπο λειτουργίας τους συστήματος Ψυχικής Υγείας καθώς εναλλάσσονται, διατηρώντας πάντα τη ταυτότητα τους ως εργαζόμενοι, σε όλες τις δομές είτε κλειστές είτε ανοιχτές.

Η χρηματοδότηση της δομής δεν είναι κάτι που φαίνεται να αντλεί πολύ ενέργεια από τους εργαζόμενους καθώς είναι ένα σύστημα εξαιρετικά οργανωμένο με την κίνηση των απαιτούμενων χρηματικών ποσών να μην κωλύει ποτέ τις δράσεις των κοινωνικών λειτουργών. Οποιαδήποτε δραστηριότητα συναποφασίζεται μαζί με τα μέλη της δομής, κι έχει ως στόχο την ενδυνάμωση ή την αποκατάσταση αυτών είναι προτεραιότητα τους να βρεθεί τρόπος να χρηματοδοτηθεί και να υλοποιηθεί, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δε έχει προηγηθεί η κατάλληλη αξιολόγηση από τους υπεύθυνους αυτής της διαδικασίας. Επιπρόσθετα έχουν θεσπιστεί και μέτρα αξιολόγησης και ελέγχου της αποδοτικότητας της συγκεκριμένης υπηρεσίας ψυχικής υγείας με γνώμονα την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών. Η συχνή αξιολόγηση της μονάδας αναδύει τα προβλήματα που υπάρχουν μέσα στο χώρο και αφού αναγνωριστούν γίνεται προσπάθεια επίλυσής τους.

Μεγάλη σημασία έχει δοθεί και στη πρόληψη με τη προαγωγή και την υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας στα σχολεία και στα ευρύτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Είναι πλέον κεκτημένο πως η ψυχική υγεία αφορά όλον τον πληθυσμό και όχι μόνο μία μερίδα των πιο «ευάλωτων» συναισθηματικά ομάδων, με αποτέλεσμα η απομάκρυνση του στίγματος από το κοινωνικό περίγυρο. Έτσι το άτομο μπορεί να αναζητήσει βοήθεια όταν το πρόβλημα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Επιπλέον τόσο η δομή του Clubhouse όσο και άλλες δομές προαγωγής της ψυχικής υγείας και της κοινοτικής μέριμνας στη Φινλανδία φαίνεται να απασχολούν μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας με τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες να είναι η προτεραιότητά τους.

Οι εργαζόμενοι και τα μέλη της δομής του clubhouse δεν φέρουν ταυτότητες αυθεντίας- επαγγελματία ή εξυπηρετούμενου μέσα στο χώρο. Ο αλληλοσεβασμός είναι η βάση της σχέσης των ατόμων που απαρτίζουν αυτή τη δομή. Τα μέλη δεν είναι υποχρεωμένα να επικοινωνήσουν τον λόγο για τον οποίο επισκέπτονται το Clubhouse και το μόνο που χρειάζεται για να συμμετέχουν είναι η συμπλήρωση μίας φόρμας με τα βασικά τους στοιχεία. Αυτό τους δίνει τη ευκαιρία να είναι ενεργά μέλη χωρίς να υπάρχει ο φόβος του στίγματος. Γεγονός που κάποιοι είτε το βιώνουν ακόμα είτε κάποιοι ήρθαν αντιμέτωποι στο παρελθόν. Τα μέλη δεν παύουν να μαθαίνουν κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων να αισθάνονται λειτουργικοί και αυτόνομοι. Βασίζονται ο ένας στον άλλον κι αν για κάποια μέλη είχε κλονιστεί η εμπιστοσύνη τους σε άλλες δομές, το Clubhouse τους προσφέρει ό,τι επιθυμεί ο καθένας κι εν κατακλείδι μπορούμε να πούμε πως οι σκοποί της δομής επιτυγχάνονται τόσο για τα μέλη όσο και για τους εργαζόμενους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7.1. Ξένη Βιβλιογραφία:

1. Ahonen J, Kiikkala I. Rehabilitation course for depressed people. Peer support-helping people. Knowledge development: clinicians and researchers in partnership. In: Proceedings. Workgroup of European Nurse Researchers. 9th biannual conference. Helsinki: 1998. [Google Scholar]
2. Alanen YO, Anttinen EE, Kokkola A, Lehtinen K, Ojanen M, Pylkkänen K, et al. Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1990;44(suppl. 22):1-65. [Google Scholar]
3. Alanen YO, Salokangas RKR, Ojanen M, Rökköläinen V, Pylkkänen K. Tertiary prevention: treatment and rehabilitation of schizophrenic patients.

- Results of the Finnish national programme. In: Goldberg D, Tantam D, editors. The public health impact of mental disorders. Toronto: Hogrefe and Huber; 1990. pp. 176–91. [Google Scholar]
4. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Lönnqvist JK. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1993 Jun;150(6):935–40. [PubMed] [Google Scholar]
 5. Kiikkala I. Care for depressed people. A preliminary model for nursing. Knowledge development: clinicians and researchers in partnership. In: Proceedings. Workgroup of European Nurse Researchers. 9th biannual conference; Helsinki. 1998. [Google Scholar]
 6. Kiikkala I. How to care for depressed people in nursing practice? NetLink. NPNR Quarterly Newsletter. 2000;nro 14:3–6. [Google Scholar]
 7. Kiikkala I, Immonen T, Sohlman B, Ahonen J, Siitonen J. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä muutosten pyörteissä Dialogi. 2000;10(6):4–7. [Google Scholar]
 8. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. A national case-register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998;33(11):528–34. [PubMed] [Google Scholar]
 9. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Patterns of psychiatric hospital service use in Finland. A national register study of hospital discharges in the early 1990s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998 May;33(5):218–23. [PubMed] [Google Scholar]
 10. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Regional differences in the use of psychiatric hospital beds in Finland: a national case-register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998;98:193–9. [PubMed] [Google Scholar]
 11. Korkeila JA, Lehtinen V, Sohlman B, Tuori T. Patients' expectations of their psychiatric community care in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1998;52:513–7. [Google Scholar]

12. Lehtinen V, Kiikkala I. Keep your chin up! The National Depression Programme 1994–1998. *Dialogi, English Supplement*; 1996. pp. 16–19. [Google Scholar]
13. Lönnqvist J. National suicide prevention project in Finland. A research phase of the project. *Psychiatria Fennica*. 1988;19:133–42. [Google Scholar]
14. Ministry of Social Affairs and Health. Suicide prevention in Finland 1986–1996. External evaluation by an international peer group. Helsinki: 1999. [Google Scholar]
15. Ministry of Social Affairs and Health. Health for all by the year 2000. The Finnish National Strategy. Helsinki: 1987. [Google Scholar]
16. Munk-Jorgensen P, Lehtinen V, Helgason T, Dalgard OS, Wetsrin CG. Psychiatry in the five Nordic countries. *European Psychiatry*. 1995;10:197–206. [Google Scholar]
17. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Suicide can be prevented. A target and action strategy for suicide prevention. Helsinki: 1993. [Google Scholar]
18. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Statistical report 3/2000. Helsinki: 2000. Treatment of mental disorders in Finland 1978–1998. [Google Scholar]
19. Pylkkänen K. The Finnish national schizophrenia project 1982–1992. Is a balanced de-institutionalisation process possible? *Psychiatria Fennica*. 1994;25:185–94. [Google Scholar]
20. Salokangas RKR, Saarinen S. De-institutionalisation and schizophrenia in Finland I: discharged patients and their care. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24:457–67. [PubMed] [Google Scholar]
21. Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, et al. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1998 Jan;97(1):10–7. [PubMed] [Google Scholar]

22. Tuori T, Kiikkala I, Lehtinen V. Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen lääkirlehti. 2000;44:4533–8. [Google Scholar]
23. Upanne M, Hakanen J, Rantanen M. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1999. Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992–1996: Goals, implementation and evaluation. [Google Scholar]
24. Flannery M., Glickman M. (1996) Fountain House: Portraits of Lives Reclaimed from Mental Illness

7.2. Ελληνική βιβλιογραφία:

25. Mason J «Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας» εκδ. ελληνικά γράμματα,. 2009 μετ. Δημητριάδου Ε.
26. Ιωσηφίδης Θ. « Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες» εκδ. Κριτική 2008
27. Ιωσηφίδης Θ. Σπυριδάκης Μ. «Ποιοτική κοινωνική έρευνα- μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων» επιμέλεια Κονταξάκης
28. Β. Χριστοδούλου Γ. «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών» Προληπτική ψυχιατρική εκδ. Βήτα , Αθήνα 2000 170-176
29. Μ. Μαδιανός «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση» εκδ. ελληνικά γράμματα 1994
30. Μ. Μαδιανός « Ψυχιατρική και αποκατάσταση» εκδ. Καστανιώτης 2005
31. Μαδιανός Μ. «Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης από την περίπτωση της Λέρου στο Ψυχαργός» Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη Ελλάδα- ανάγκες προτάσεις λύσεις» εκδ. Σακκουλά Αθήνα 2009
32. Μυζήθρα Ευδοκία Παρασκευή (2013) «Ο ρόλος της ψυχιατρικής δομής στην ικανοποίηση και απόδοση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας» Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Σελ. 9-11
33. Νόμος 1397/83 Εθνικό σύστημα Υγείας , ΦΕΚ Α΄ 07/10/83

34. Νόμος 2071/92 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του συστήματος Υγείας , ΦΕΚ 123 Α' 15/07/92
35. Τσιώλης Γ. «Μεθοδοί και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα» εκδ. Κρητική 2014 5:156-159
36. Υφαντής Θ. « Αποασυλοποίηση» , αποιδρυματοποίηση» και ετερότητα , Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής ,2005 22:521-528
37. Cooper N. «Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική» ,μετ. Χατζηδήμου Κ., Ραλλή Ι. Κέδρος- Ράππα 1990, 142-149

7.3. Διαδικτυακή Βιβλιογραφία :

38. www.koispe.gr Διαδικτυακός τόπος ΚοιΣΠΕ ΤοΨΥ Δωδεκανήσου
39. WHO (2015) Mental Health Atlas 2014 http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/En/ Williams, S. J., Martin P. and Gabe J. (2009) “The pharmaceuticalisation of society “A framework for analysis”. *Sociology of Health and Illness*, 33, 710–725. (Accessed 9 Feb 2020)
40. Vihreä Lanka (2017) 'Mielenterveyskuntoutujan rajattu elämä' available at <http://www.vihrealanka.fi/reportaasit/kaikki-kielletty>
41. Health, 31.10–1.11.2011, House of Science and Letters in Helsinki. Summary available at <http://ncbio.org/nordisk/arkiv/mental-health-web.pdf> (Accessed 23 Jun 2019)
42. Järvelin, J. (2016) Psychiatric specialised health care 2014. Finnish official statistics. Helsinki: Institute for Health and Welfare. At <https://www.thl.fi/en/tilastot/tilastotaiheittain/erikoissairaanhoidonpalvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito> (Accessed 8 August 2019)
43. Wallcraft, J. & Bryant, M. (2003) The mental health service user movement in England. Sainsbury Centre for Mental Health. http://studymore.org.uk/policy_2.pdf (Accessed 8 Jan 2020)
44. (<http://www.vn.fi/stm/english/>)

7.3. Φιλμογραφία:

45. Ανοιχτός Διάλογος: Μια εναλλακτική Φινλανδική προσέγγιση στη Θεραπεία της Ψύχωσης από το Daniel Mackler.