



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΑΚΟΥΣΙΑ ΜΕΤΟΙΚΗΣΗ:
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΚΑΙ
ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ
ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2017-2025**

ΑΓΓΕΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗΣ

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ
ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΦΛΩΡΑ**

**ΠΑΤΡΑ
ΜΑΙΟΣ, 2026**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προς πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2017–2025. Η μελέτη εστιάζει στα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, συνδυάζοντας ανάλυση επίσημων προγραμματικών εγγράφων με ποιοτική διερεύνηση των εμπειριών επαγγελματιών πεδίου, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών. Η εργασία τοποθετείται στο πεδίο της Διοίκησης Μονάδων Υγείας, με έμφαση στην οργάνωση υπηρεσιών, τη στελέχωση, την εκπαίδευση, την εποπτεία, τις παραπομπές, τη συνέχεια φροντίδας και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχική υγεία και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αναγνωρίστηκαν θεσμικά στα εξεταζόμενα προγράμματα, μέσω της πρόβλεψης ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών. Ωστόσο, η θεσμική αυτή αναγνώριση δεν μεταφράστηκε πάντοτε σε σταθερό, συνεκτικό και ποιοτικά ελεγχόμενο μοντέλο υπηρεσίας. Τα επίσημα έγγραφα αποτυπώνουν κυρίως θέσεις, προϋπολογισμούς και εκροές, αλλά παρέχουν περιορισμένη εικόνα για την πραγματική κάλυψη θέσεων, τη συνέχεια φροντίδας, την εποπτεία, την εκπαίδευση, τη διερμηνεία και την ολοκλήρωση των παραπομπών.

Οι συνεντεύξεις ανέδειξαν το χάσμα ανάμεσα στον προγραμματικό σχεδιασμό και την καθημερινή εφαρμογή στο πεδίο. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν περιορισμένη προετοιμασία, ασάφεια ρόλων, ανεπαρκείς υποδομές, δυσκολίες παραπομπών, έλλειψη συστηματικής εποπτείας και επαγγελματική κόπωση. Η εργασία καταλήγει ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο με βάση την ύπαρξη θέσεων ή καταγεγραμμένων δράσεων, αλλά ως λειτουργικό σύστημα φροντίδας.

Προτείνεται ο μελλοντικός σχεδιασμός να βασίζεται σε δυναμική στελέχωση, οργανωμένη εκπαίδευση, εποπτεία, πολιτισμικά κατάλληλη διερμηνεία, σαφές case management και δείκτες ποιότητας που αποτυπώνουν τη συνέχεια και την ουσιαστική πρόσβαση στη φροντίδα.

Λέξεις-κλειδιά: ακούσια μετοίκηση, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, ψυχική υγεία, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, PHILOS, ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ, ποιότητα υπηρεσιών, επαγγελματίες πεδίου

ABSTRACT

The dissertation examines the provision of mental health and psychosocial support services to populations experiencing involuntary displacement in Greece during the period 2017–2025. Focusing on the PHILOS I, PHILOS II and HIPPOCRATES I programmes, the study combines analysis of official programme documents with qualitative interviews with psychologists and social workers who worked in the field. The research is framed through Healthcare Management, with particular emphasis on service organization, staffing, supervision, referrals, continuity of care and quality, while also drawing on psychosocial theory.

The findings show that psychosocial support was formally recognized within the Greek refugee-response system. Professionals were included in programme planning, and official documents reflect a genuine effort to provide health and psychosocial coverage to asylum seekers and refugees. The analysis reveals, however, that this formal recognition did not always translate into a stable, coherent and quality-controlled service model. Programme documents tend to describe positions, budgets and outputs, but offer limited evidence on actual staffing continuity, supervision, training, referral completion, interpretation quality or long-term follow-up.

The interviews deepen this picture by capturing how professionals experienced the gap between programme design and field reality. Participants described insufficient preparation, unclear roles, limited onboarding, weak supervision, inadequate infrastructure, difficulties in referrals and professional fatigue. Psychosocial care, the study argues, cannot be evaluated solely by the existence of posts or recorded activities. It must be assessed as a functioning system of care.

The paper concludes that future refugee-response programmes in Greece should move beyond emergency or project-based models, establishing instead dynamic staffing, structured training, systematic supervision, culturally appropriate interpretation, clear case-management procedures and quality indicators focused on continuity and meaningful access to care.

Keywords: involuntary dislocation, refugees, asylum seekers, mental health, psychosocial support, Healthcare Management, PHILOS, HIPPOCRATES, service quality, field professionals

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	5
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	14
2.1. Ψυχική υγεία - εκτοπισμός - πρόσβαση στις υπηρεσίες.....	14
2.2. Αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας - ποιότητα φροντίδας.....	16
2.3. Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)	19
2.4. Εφαρμογή και βιωσιμότητα προγραμμάτων.....	22
2.5. Θεωρητικές προσεγγίσεις της ακούσιας μετοικεσίας: από το τραύμα στην ανάπτυξη μέσω αντιξοότητας (AAD).....	26
2.6. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην Ελλάδα 29	
2.7. Σύνοψη και εννοιολογικό πλαίσιο	31
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33
3.1. Εισαγωγή	33
3.2. Θεωρητική θεμελίωση	34
3.3. Ερευνητικός σχεδιασμός.....	35
3.4. Ερευνητικά ερωτήματα.....	38
3.5. Στρατηγική δειγματοληψίας (συνεντεύξεις).....	39
3.6. Συμμετέχοντες	41
3.7. Συλλογή δεδομένων	42
3.8. Ανάλυση Δεδομένων	43
3.9. Ηθικά ζητήματα - προστασία δεδομένων	44
3.10. Περιορισμοί της Έρευνας	45
3.11. Σύνοψη μεθοδολογίας.....	46
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ.....	47
4.1. Έγγραφα που χρησιμοποιήθηκαν	47
4.2. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα εντάχθηκε στα προγράμματα ως πρόβλεψη, χωρίς πλήρως τεκμηριωμένο μοντέλο υπηρεσίας	48
4.3. Το PHILOS I παρέχει την πιο αναλυτική εικόνα προγραμματισμένης στελέχωσης ανά νησί.....	48
4.4. Το PHILOS II αυξάνει τη συνολική κλίμακα, αλλά περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης ανά νησί.....	50

4.5.	Η επιχειρησιακή πίεση κατά την περίοδο PHILOS II ήταν έντονη και ανομοιόμορφα κατανεμημένη.....	50
4.6.	Το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι παρουσιάζεται ως πιο θεσμοποιημένο μοντέλο, χωρίς ισοδύναμη διαφάνεια στελέχωσης ανά ειδικότητα και τοποθεσία.....	51
4.7.	Η περίοδος εφαρμογής του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι δεν αντιστοιχεί σε χαμηλή επιχειρησιακή πίεση.....	52
4.8.	Η μετάβαση από PHILOS σε ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ αντανακλά κυρίως αλλαγή διακυβέρνησης και όχι αποδεδειγμένη ποιοτική βελτίωση.....	52
5.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	54
5.1.	Συνολική εικόνα των ευρημάτων	55
5.2.	Επαγγελματική προετοιμασία - είσοδος στο πεδίο.....	55
5.3.	Κριτήρια πρόσληψης και καταλληλότητα προσωπικού	56
5.4.	Εκπαίδευση, άτυπη μάθηση και απουσία συστηματικού onboarding	57
5.5.	Ρόλοι ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών	58
5.6.	Παραπομπές και συνέχεια φροντίδας	59
5.7.	Στελέχωση, ροές και πραγματική λειτουργική επάρκεια	59
5.8.	Υποδομές, εξοπλισμός, ιδιωτικότητα και διερμηνεία	60
5.9.	Εποπτεία, υποστήριξη προσωπικού και επαγγελματική κόπωση.....	61
5.10.	Θεωρητικό πλαίσιο, ακούσια μετοίκηση και κατανόηση των αναγκών	62
5.11.	Διοικητικός σχεδιασμός, δεδομένα και πραγματικές ανάγκες	63
5.12.	Σύγκριση των τριών προγραμμάτων.....	63
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	65
6.1.	Σύνδεση των ευρημάτων με τη βιβλιογραφία	65
6.2.	Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ως θεσμική πρόβλεψη και όχι πάντοτε ως πλήρες μοντέλο υπηρεσίας	68
6.3.	Η απόσταση ανάμεσα στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή.....	68
6.4.	Στελέχωση, φόρτος και πραγματική λειτουργική επάρκεια	70
6.5.	Εκπαίδευση, εποπτεία και διατήρηση γνώσης.....	71
6.6.	Ρόλοι, παραπομπές και συνέχεια φροντίδας.....	72
6.7.	Υποδομές, διερμηνεία και υλικές προϋποθέσεις ποιότητας	72
6.8.	Το θεωρητικό πλαίσιο ως πρακτικό εργαλείο υπηρεσίας.....	73
6.9.	Η κεντρική ερμηνεία της μελέτης.....	74
6.10.	Προτάσεις για μελλοντικό σχεδιασμό προγραμμάτων	75
7.	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	76
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ.....	77
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.....	81
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	84
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ – ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	87

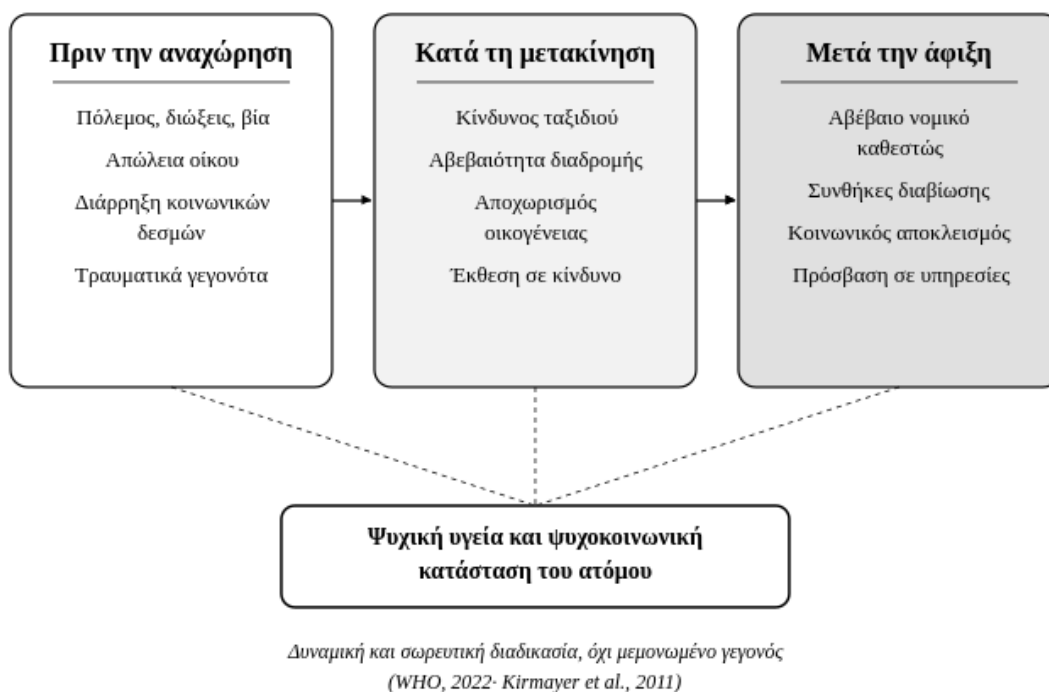
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε – ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ – ΠΗΓΕΣ ΓΙΑ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ – ΠΗΓΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ.....	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	95

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Συντομογραφία	Πλήρης ονομασία
AAD	Adversity-Activated Development
AMIF	Asylum, Migration and Integration Fund
IOM	International Organization for Migration
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support
PHILOS	Emergency Health Response to Refugee Crisis
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
ΔΟΜ	Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΥΤ	Κέντρο Υποδοχής και Ταυτοποίησης
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
TAMEY	Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε όλη την ανθρώπινη Ιστορία, η ακούσια μετοικεσία συνιστά μία από τις πιο πιεστικές προκλήσεις σε πολιτισμικό, οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό, ανθρωπιστικό και υγειονομικό επίπεδο (Goldin et al., 2011). Πέρα από τις άμεσες ανάγκες σε στέγαση, προστασία και σωματική υγεία, οι εκτοπισμένοι πληθυσμοί έρχονται συχνά αντιμέτωποι με σύνθετες ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Οι δυσκολίες τούτες πηγάζουν από προσωπικά βιώματα απώλειας, παρατεταμένης αβεβαιότητας αλλά και διάρρηξης των κοινωνικών τους δεσμών. Οι ανθρωπιστικές κρίσεις, απόρροια της συνεχούς αυτής μετακίνησης πληθυσμών, επιβαρύνουν σημαντικά τα συστήματα υγείας, τα οποία καλούνται να διαχειριστούν πολλαπλές και αλληλοεξαρτώμενες ανάγκες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε πρόσφατο έγγραφό του, επισημαίνει ότι η ψυχική υγεία προσφύγων και μεταναστών διαμορφώνεται από εμπειρίες που εκτείνονται σε τρεις φάσεις: πριν από την αναχώρηση, κατά τη διάρκεια της μετακίνησης και μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής (World Health Organization [WHO], 2022).



Σχήμα 1. Μοντέλο τριών φάσεων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία εκτοπισμένων πληθυσμών: πριν την αναχώρηση, κατά τη μετακίνηση και μετά την άφιξη.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αμφισβητεί την άποψη ότι η ψυχολογική δυσφορία των εκτοπισμένων πληθυσμών μπορεί να γίνει κατανοητή αποκλειστικά μέσα από το πρίσμα του τραύματος. Οι Miller και Rasmussen (2010) επισημαίνουν ότι οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες που συνδέονται με τη μεταναστευτική εμπειρία, όπως η αβεβαιότητα ως προς το καθεστώς παραμονής, τα πιθανά προβλήματα στέγασης, η ανεργία και η κοινωνική απομόνωση διαδραματίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας. Στο ίδιο πνεύμα, οι Kirmayer et al. (2011) υποστηρίζουν ότι μια αποτελεσματική απόκριση προϋποθέτει υπηρεσίες που δεν είναι απλώς προσβάσιμες, αλλά και πολιτισμικά ευαίσθητες και οργανικά ενταγμένες στο ευρύτερο σύστημα υγείας.

Η παρούσα εργασία εξετάζει το εν λόγω ζήτημα κατά κύριο λόγο από τη σκοπιά της Διοίκησης Μονάδων Υγείας και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι δεν εστιάζει αποκλειστικά στο αν ψυχολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν στα οργανωτικά σχήματα των προγραμμάτων, αλλά στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες αυτές σχεδιάστηκαν, δομήθηκαν και τελικά υλοποιήθηκαν στην πράξη. Η οπτική αυτή εντάσσεται στο πλαίσιο της θεωρίας αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας του Donabedian (1988), η οποία προτείνει ότι η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να αναλυθεί μέσα από τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: τη δομή (structure), τη διαδικασία (process) και τα αποτελέσματα (outcomes).

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι η εργασία αξιοποιεί συμπληρωματικά το θεωρητικό πλαίσιο που ανέπτυξε ο καθηγητής Ρένος Παπαδόπουλος (University of Essex) για την ακούσια μετοίκηση ή μετοικεσία όπως τη χαρακτηρίζει ο ίδιος. Σύμφωνα με τον Papadopoulos (2007), η εμπειρία του εκτοπισμού δεν μπορεί να περιοριστεί στο πρίσμα του τραύματος ή της ψυχοπαθολογίας. Ο καθηγητής υποστηρίζει ότι τα άτομα που βιώνουν ακούσια μετοίκηση εκδηλώνουν ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων που κυμαίνονται από ψυχολογική επιβάρυνση και δυσκολίες έως μορφές ανθεκτικότητας και προσωπικής ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτό, εισάγει την έννοια της Ανάπτυξης μέσω Αντιξοότητας (Adversity-Activated Development), υποστηρίζοντας ότι οι εμπειρίες αντιξοότητας μπορούν, υπό ορισμένες συνθήκες, να αποτελέσουν έναυσμα για διαδικασίες ανάπτυξης σε ατομικό, οικογενειακό ή κοινωνικό επίπεδο. Η προσέγγιση τούτη διευρύνει το πεδίο αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης πέρα από τη διαχείριση συμπτωμάτων, θέτοντας το

ερώτημα κατά πόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να υποστηρίξουν τις σύνθετες εμπειρίες των εκτοπισμένων.

Η συζήτηση που έχει ανοίξει ο Παπαδόπουλος αποκτά ιδιαίτερο βάρος όταν εξετάζεται στο ελληνικό πλαίσιο, τόσο από επιστημονική όσο και από διοικητική σκοπιά. Η Ελλάδα έρχεται αντιμέτωπη με διαρκείς προκλήσεις στον τομέα της υγείας, με τον ΟΟΣΑ να καταγράφει υψηλότερα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών-μελών (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023). Τα δεδομένα αυτά δεν αποσκοπούν στο να εξηγήσουν ή να δικαιολογήσουν ενδεχόμενες αδυναμίες στις υπηρεσίες που απευθύνονται σε εκτοπισμένους πληθυσμούς. Αποτελούν, ωστόσο, το αναγκαίο θεσμικό και οργανωσιακό υπόβαθρο για την κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο σχεδιάστηκαν, αναπτύχθηκαν και λειτούργησαν τα προγράμματα PHILOS και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Ψυχική υγεία - εκτοπισμός - πρόσβαση στις υπηρεσίες

Η ψυχική υγεία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο έχει αναδειχθεί σε πεδίο αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια. Ενώ η πρώιμη βιβλιογραφία επικεντρωνόταν κυρίως στις τραυματικές εμπειρίες που προηγούνται της φυγής, η σύγχρονη έρευνα εξετάζει ολένα και περισσότερο αν η ψυχική υγεία του συγκεκριμένου πληθυσμού, διαμορφώνεται από ένα ευρύτερο και σαφώς πιο σύνθετο σύνολο παραγόντων που εκτείνονται σε ολόκληρη τη μεταναστευτική διαδρομή. Η ακούσια μετοικεσία δεν συνιστά ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει εμπειρίες πριν από την αναχώρηση, κατά τη διάρκεια της μετακίνησης και μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής όπως είδαμε και παραπάνω (Kirmayer et al., 2011; WHO, 2022).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι οι πρόσφυγες και οι μετανάστες εκτίθενται συχνά σε πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες μετά τη μετακίνησή τους, οι οποίοι επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική τους ευεξία. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η αβεβαιότητα ως προς το νομικό καθεστώς, ο αποχωρισμός από μέλη της οικογένειας, η ενδεχόμενη κράτηση, οι ρατσιστικές συμπεριφορές και ενδεχόμενος κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία, καθώς και οι δυσκολίες πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες και δίκτυα υποστήριξης (WHO, 2022). Η παρατήρηση αυτή έχει ιδιαίτερο βάρος, καθώς αμφισβητεί την αντίληψη ότι οι δυσκολίες ψυχικής υγείας των προσφύγων είναι αποκλειστικά απόρροια προηγούμενων τραυματικών γεγονότων.

Τη διάκριση αυτή αναπτύσσουν περαιτέρω οι Miller και Rasmussen (2010), υποστηρίζοντας ότι οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες της μεταναστευτικής εμπειρίας (daily stressors) επηρεάζουν την ψυχική υγεία εξίσου σημαντικά με τις τραυματικές εμπειρίες πολέμου, βίας ή διώξεων. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, οι δυσκολίες στέγασης, η κοινωνική απομόνωση, η ανεργία και η περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα δεν λειτουργούν απλώς ως δευτερεύοντες επιβαρυντικοί παράγοντες αλλά αντιθέτως, συχνά συντηρούν ή και επιτείνουν την ψυχολογική δυσφορία. Υπό αυτό το πρίσμα, η ψυχική υγεία δεν μπορεί να εξετάζεται

αποκομμένη από τις κοινωνικές και διοικητικές συνθήκες που καλλείται να αντιμετωπίσει κάποιος μετά την άφιξή του.

Η σημασία των συνθηκών μετά την άφιξη επιβεβαιώνεται από συστηματικές ανασκοπήσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι Gleeson και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι η διάρκεια της διαδικασίας ασύλου, ο αποχωρισμός από την οικογένεια, η απουσία κοινωνικών δικτύων, οι οικονομικές δυσκολίες, τα προβλήματα στέγασης, η ανεργία και οι γλωσσικοί φραγμοί συνδέονται με δυσμενέστερα επίπεδα ψυχικής υγείας στους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο. Αντίστοιχα, οι Nowak και συνεργάτες βρήκαν ότι η μοναξιά, η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη, βιώματα διάκρισης, το αβέβαιο νομικό καθεστώς, η οικονομική δυσχέρεια και οι επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες (Nowak et al., 2022).

Τα ευρήματα αυτά μετατοπίζουν τη συζήτηση από μια αμιγώς κλινική οπτική προς μια ευρύτερη προσέγγιση δημόσιας υγείας και διοίκησης υπηρεσιών. Αν οι συνθήκες διαβίωσης και οι διοικητικές διαδικασίες επηρεάζουν άμεσα την ψυχική υγεία, τότε η αποτελεσματικότητα των σχετικών υπηρεσιών δεν μπορεί να κρίνεται μόνο από τον αριθμό συνεδριών ή διαγνώσεων. Απαιτείται παράλληλα εξέταση του βαθμού στον οποίο οι υπηρεσίες συμβάλλουν στη μείωση των εμποδίων πρόσβασης, στη διασύνδεση με άλλους φορείς υποστήριξης και στη δημιουργία σταθερών διαδρομών φροντίδας.

Στο ίδιο πνεύμα, οι Kirmayer και συνεργάτες (2011) προτείνουν μια ολιστική προσέγγιση στην ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων, η οποία ενσωματώνει πολιτισμικούς, οικογενειακούς και κοινοτικούς παράγοντες. Οι συγγραφείς σχολιάζουν τη σημασία της αξιοποίησης εκπαιδευμένων διερμηνέων, πολιτισμικών διαμεσολαβητών και εργαλείων αξιολόγησης που λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου. Παράλληλα, επισημαίνουν την ανάγκη συστηματικής παρακολούθησης της κοινωνικής, οικογενειακής και επαγγελματικής λειτουργικότητας των ωφελούμενων και όχι μόνο των κλινικών συμπτωμάτων.

Παρόμοια ευρήματα έρχονται κι από τους Silove, Ventevogel και Rees (2017), ο οποίοι προειδοποιούν ότι η αποκλειστική εστίαση στα ποσοστά επιπολασμού ψυχικών

διαταραχών ενδέχεται να θολώνει τη διάκριση μεταξύ κλινικά αναγνωρίσιμων διαταραχών και αναμενόμενης ανθρώπινης δυσφορίας σε συνθήκες ακραίας αβεβαιότητας. Στο άρθρο τους υποστηρίζουν ότι η ψυχική υγεία των προσφύγων πρέπει να εξετάζεται σε συνάρτηση με το περιβάλλον υποδοχής, τις συνθήκες διαβίωσης, τα οικογενειακά συστήματα υποστήριξης και τη λειτουργία των κοινοτικών δικτύων. Η έρευνα αυτή έχει ιδιαίτερη βαρύτητα για την παρούσα διπλωματική εργασία, καθώς υπονοεί ότι η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν μπορεί να περιορίζεται σε δείκτες παραγωγικότητας ή αριθμητικές εκροές, αλλά οφείλει να εξετάζει κατά πόσο το μοντέλο υπηρεσίας ανταποκρίνεται στις πραγματικές συνθήκες διαβίωσης των εκτοπισμένων.

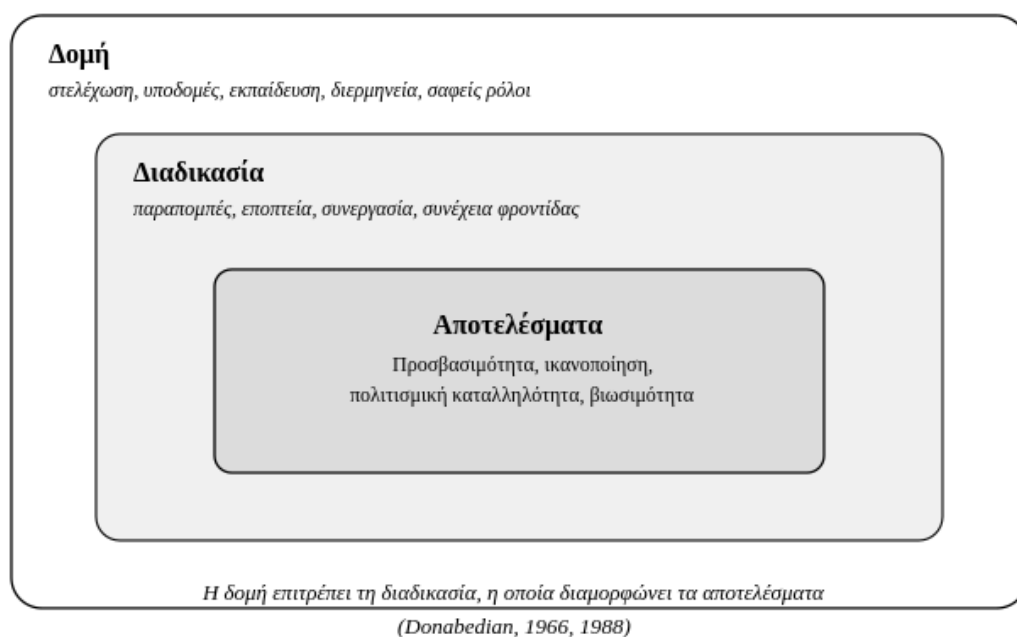
Από διοικητική σκοπιά, τα παραπάνω οδηγούν σε ένα κρίσιμο συμπέρασμα: η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι εξίσου σημαντική με την ίδια την παροχή τους. Η ύπαρξη ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών ή άλλων επαγγελματιών δεν διασφαλίζει από μόνη της ότι οι ωφελούμενοι μπορούν να αξιοποιήσουν ουσιαστικά τις διαθέσιμες παρεμβάσεις. Γλωσσικά εμπόδια, ελλιπής ενημέρωση, δυσκολίες μετακίνησης, έλλειψη εμπιστοσύνης στους θεσμούς ή αδύναμα δίκτυα παραπομπής μπορούν να περιορίσουν δραστικά την πραγματική πρόσβαση στη φροντίδα (WHO, 2022). Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ανθρώπους που βιώνουν ακούσια μετοικεσία απαιτεί να διερευνάται όχι μόνο το τι παρέχεται, αλλά και κατά πόσο οι υπηρεσίες είναι προσβάσιμες, κατανοητές, πολιτισμικά κατάλληλες και λειτουργικά ενταγμένες στο ευρύτερο σύστημα υποστήριξης.

2.2. Αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας - ποιότητα φροντίδας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνιστά κεντρικό ζήτημα τόσο για τη δημόσια υγεία γενικότερα όσο και για τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας πιο ειδικά. Παρότι η βιβλιογραφία για την ψυχική τη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα έχει εμπλουτιστεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, μεγάλο μέρος της εστιάζει στα ψυχολογικά αποτελέσματα των ωφελούμενων, αφήνοντας σχετικά ανεξερεύνητο τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιες οι υπηρεσίες οργανώνονται, εφαρμόζονται και αξιολογούνται.

Μία από τις πλέον επιδραστικές προσεγγίσεις αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας διατυπώθηκε από τον Donabedian (1966), ο οποίος πρότεινε ότι η ποιότητα της

φροντίδας μπορεί να αναλυθεί μέσα από τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: τη δομή (structure), τη διαδικασία (process) και τα αποτελέσματα (outcomes). Το μοντέλο αυτό εξακολουθεί να αποτελεί σημείο αναφοράς στη διεθνή βιβλιογραφία και χρησιμοποιείται ευρέως στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Donabedian, 1988).



Σχήμα 2. Μοντέλο ποιότητας υπηρεσιών υγείας του Donabedian, σε εμφωλευμένη δομή: η δομή πλαισιώνει τη διαδικασία, η οποία διαμορφώνει τα αποτελέσματα.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση Donabedian (1966, 1988).

Η διάσταση της **δομής** που ορίζει ο Donabedian, αφορά στις οργανωτικές και υλικές προϋποθέσεις που καθιστούν δυνατή την παροχή φροντίδας σε πρακτικό επίπεδο. Σε αυτή συγκαταλέγονται παράγοντες όπως η στελέχωση, η επάρκεια προσωπικού, η εκπαίδευση, η επαγγελματική εποπτεία, η διαθεσιμότητα διερμηνέων και πολιτισμικών διαμεσολαβητών, οι υποδομές, καθώς και η ύπαρξη σαφώς ορισμένων επαγγελματικών ρόλων. Όταν λοιπόν εξετάζουμε υπηρεσίες που απευθύνονται σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοικεσία, οι παράγοντες αυτοί αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, λόγω της πολυπλοκότητας συνθετότητας αλλά και μοναδικότητας των αναγκών των ωφελούμενων και των πολιτισμικών και γλωσσικών φραγμών που συχνά παρεμβάλλονται στην παροχή φροντίδας.

Η **διαδικασία** αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα υλοποιείται στην πράξη. Περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών, τις διαδικασίες αξιολόγησης, τις παραπομπές, τη συνέχεια φροντίδας, τη διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες και τη συνολική εμπειρία παροχής φροντίδας. Από τη σκοπιά της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, η επαρκής στελέχωση δεν αρκεί από μόνη της για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ένα πρόγραμμα μπορεί να διαθέτει σημαντικό αριθμό επαγγελματιών, αλλά να παρουσιάζει κενά στον συντονισμό, στις παραπομπές ή στη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών φορέων.

Η τρίτη διάσταση αφορά τα **αποτελέσματα**. Παραδοσιακά, αυτά αξιολογούνται μέσω δεικτών υγείας ή κλινικών μεταβολών. Ωστόσο, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί ευρύτερα κριτήρια, που περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα, τη συνέχεια φροντίδας, την ικανοποίηση των ωφελουμένων, την πολιτισμική καταλληλότητα των παρεμβάσεων και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών (Donabedian, 1988).

Η εφαρμογή του μοντέλου σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς ξεφεύγει από τα πλαίσια μιας στενά ποσοτικής αξιολόγησης. Ένας μεγάλος αριθμός συνεδριών ή παραπομπών μπορεί να αποτελεί ένδειξη δραστηριότητας, χωρίς όμως να αποδεικνύει ότι οι υπηρεσίες ήταν αποτελεσματικές ή ότι ανταποκρίνονταν στις πραγματικές ανάγκες των ωφελουμένων. Αντίστοιχα, η παρουσία ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών σε ένα πρόγραμμα δεν τεκμηριώνει από μόνη της την ύπαρξη επαρκούς εποπτείας, σαφούς ορισμού ρόλων ή αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών.

Η σημασία της οργανωτικής διάστασης αναδεικνύεται και από τη βιβλιογραφία σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας προσφύγων και μεταναστών. Οι Chiarenza και συνεργάτες (2019) υποστηρίζουν ότι η πραγματική πρόσβαση δεν εξαρτάται μόνο από τη θεωρητική διαθεσιμότητα υπηρεσιών, αλλά και από παράγοντες όπως η διοικητική οργάνωση, η γλωσσική υποστήριξη, η πολιτισμική επάρκεια και η συνεργασία μεταξύ παρόχων. Στο ίδιο πνεύμα, οι Kiselev και συνεργάτες (2020) κατέληξαν ότι τα γλωσσικά εμπόδια, οι πολιτισμικές διαφορές και οι αδυναμίες στο σύστημα παραπομπών συνιστούν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Επιπροσθέτως, εξετάζοντας βαθύτερα τη διεθνή βιβλιογραφία, βλέπουμε ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών οφείλει να λαμβάνει υπόψη και την εμπειρία των επαγγελματιών που εργάζονται στο πεδίο. Οι Edge και συνεργάτες (2022), μέσα από συστηματική ανασκόπηση επαγγελματικών εμπειριών στην Ευρώπη, διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με προκλήσεις που σχετίζονται με ανεπαρκείς πόρους, περιορισμένη εξειδίκευση στη προσφυγική ψυχική υγεία, δυσκολίες επικοινωνίας και υψηλό επαγγελματικό φορτίο.

Από αυτήν την οπτική γωνία, οι συνεντεύξεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα για την παρούσα εργασία. Ενώ τα επίσημα έγγραφα αποτυπώνουν τον σχεδιασμό και τους στόχους ενός προγράμματος, οι επαγγελματίες είναι εκείνοι που μπορούν να αξιολογήσουν πώς οι υπηρεσίες λειτούργησαν στην πράξη, όπως για παράδειγμα ποια εμπόδια συνάντησαν, ποιες οργανωτικές αδυναμίες παρατήρησαν και ποιοι παράγοντες διευκόλυναν ή δυσχέραναν την παροχή φροντίδας.

Κατά συνέπεια, η αξιολόγηση των τριών κρατικών προγραμμάτων δεν πρέπει να εξαντλείται στην καταγραφή δραστηριοτήτων ή στη στελέχωση των υπηρεσιών. Αντιθέτως, θα ήταν πιο ολοκληρωμένο να εξεταστεί η λειτουργία τους μέσα από ένα πλαίσιο ποιότητας που λαμβάνει υπόψη τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα, καθώς και την εμπειρία των επαγγελματιών που συμμετείχαν στην υλοποίησή τους. Μια τέτοια προσέγγιση γεφυρώνει τη βιβλιογραφία της ψυχικής υγείας προσφύγων με τη διοίκηση μονάδων υγείας, διαμορφώνοντας τη θεωρητική βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η ανάλυση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης.

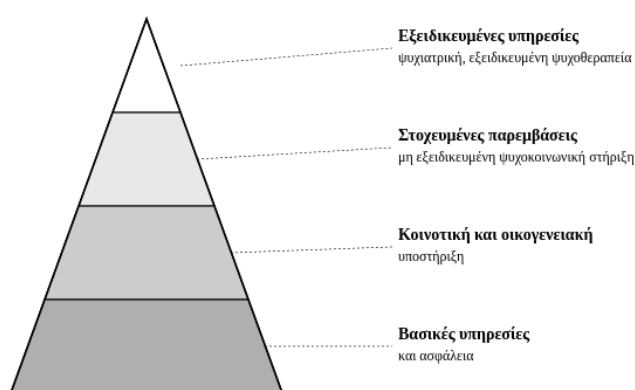
2.3. Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)

Η έννοια της Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (Mental Health and Psychosocial Support [MHPSS]) διαμορφώθηκε σταδιακά ως απάντηση στην ανάγκη για πιο ολιστικές παρεμβάσεις σε πληθυσμούς που βιώνουν ανθρωπιστικές κρίσεις, πολέμους, φυσικές καταστροφές και αναγκαστικό εκτοπισμό. Η εξέλιξη του πεδίου αυτού αντανακλά μια ουσιαστική μετατόπιση από τις παραδοσιακές, κυρίως κλινικές και ψυχιατρικές προσεγγίσεις, προς ένα ευρύτερο μοντέλο που αναγνωρίζει τη σύνθετη

αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και κοινοτικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας (Tol et al., 2015).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο όρος MHPSS καλύπτει κάθε μορφή τοπικής ή εξωτερικής υποστήριξης που αποσκοπεί στην προστασία ή προαγωγή της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και της ψυχικής υγείας ατόμων και κοινοτήτων που πλήττονται από κρίσεις (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2017). Η προσέγγιση αυτή δεν περιορίζεται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τη στενή κλινική έννοια. Αντιθέτως, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δράσεων, από την κάλυψη βασικών αναγκών και την ενίσχυση κοινωνικών δικτύων έως εξειδικευμένες ψυχολογικές και ψυχιατρικές παρεμβάσεις.

Η πλέον γνωστή αναπαράσταση του μοντέλου MHPSS είναι η πυραμίδα παρεμβάσεων του IASC (2017), η οποία περιγράφει τέσσερα αλληλένδετα επίπεδα υποστήριξης. Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βασικές υπηρεσίες και η ασφάλεια όπως για παράδειγμα η πρόσβαση σε στέγαση, τροφή, υγειονομική περίθαλψη και προστασία. Το δεύτερο επίπεδο αφορά στην ενίσχυση οικογενειακών και κοινοτικών δικτύων υποστήριξης. Στο τρίτο εντάσσονται στοχευμένες, μη εξειδικευμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ενώ στην κορυφή βρίσκονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες, όπως για παράδειγμα ψυχιατρική υποστήριξη.



Τέσσερα αλληλένδετα επίπεδα παρέμβασης, από τη βάση προς την κορυφή
(IASC, 2017)

Σχήμα 3. Πυραμίδα παρεμβάσεων MHPSS του IASC: τέσσερα αλληλένδετα επίπεδα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, από τη βάση (βασικές υπηρεσίες και ασφάλεια) έως την κορυφή (εξειδικευμένες υπηρεσίες).

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση Inter-Agency Standing Committee [IASC] (2017).

Η λογική της πυραμίδας αναδεικνύει ένα κεντρικό στοιχείο: η ψυχική υγεία δεν αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως ζήτημα κλινικής παρέμβασης, αλλά ως αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων που λειτουργούν σε διαφορετικά επίπεδα. Ένας πρόσφυγας που διαβιεί σε ασφαλές περιβάλλον, έχει πρόσβαση σε σταθερή στέγαση, εκπαίδευση και κοινωνική υποστήριξη, ενδέχεται να παρουσιάζει καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή ακόμη και χωρίς εντατική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Αντίθετα, η παροχή ατομικών συνεδριών ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να αποδειχθεί ανεπαρκής όταν οι βασικές ανάγκες παραμένουν ανεκπλήρωτες.

Η προσέγγιση αυτή συμφωνεί με τη θέση των Miller και συνεργατών (2021), οι οποίοι επισημαίνουν ότι το πεδίο του MHPSS πάσχει συχνά από εννοιολογική ασάφεια. Διαφορετικοί οργανισμοί χρησιμοποιούν τον ίδιο όρο για να περιγράψουν πολύ διαφορετικές δραστηριότητες και ως εκ τούτου δυσχεραίνει τόσο την αξιολόγηση όσο και τη σύγκριση παρεμβάσεων.

Την ανάγκη αυτή εντοπίζει και η συστηματική ανασκόπηση των Nemiro και συνεργατών (2022), η οποία κάλυψε την ερευνητική παραγωγή στο πεδίο του MHPSS κατά την περίοδο 2010–2020. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν σημαντική αύξηση των διαθέσιμων παρεμβάσεων, εντοπίζοντας ωστόσο παράλληλα μεγάλη ετερογένεια ως προς τους στόχους, τις μεθόδους εφαρμογής και τους δείκτες αξιολόγησης.

Μια τέτοια οπτική έχει άμεσες συνέπειες για τη διοίκηση μονάδων υγείας. Από διοικητική σκοπιά, το MHPSS δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως απλή κατηγορία επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Πρόκειται για ένα σύνθετο μοντέλο παροχής υπηρεσιών που προϋποθέτει συντονισμό διαφορετικών φορέων, σαφείς μηχανισμούς παραπομπής, κατάλληλη στελέχωση, συνεχή εκπαίδευση προσωπικού και λειτουργικές διαδικασίες εποπτείας. Η επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος εξαρτάται σαφώς από τις γνώσεις των επαγγελματιών, αλλά επίσης και από το ευρύτερο οργανωτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζονται.

Τη σημασία της οργανωτικής διάστασης επιβεβαιώνουν οι Dickson και συνεργάτες (2019), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι τα προγράμματα MHPSS αποδίδουν καλύτερα όταν ενσωματώνονται στις υπάρχουσες δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας, αντί να λειτουργούν ως απομονωμένες ή χρονικά περιορισμένες παρεμβάσεις. Στο κείμενό τους τονίζουν ότι η βιωσιμότητα των υπηρεσιών και η δυνατότητα συνέχισης της

φροντίδας μετά τη λήξη της χρηματοδότησης αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις επιτυχίας.

Στο ίδιο πνεύμα, οι Tol και συνεργάτες (2015) προτείνουν την προσέγγιση του «δημόσιου μοντέλου ψυχικής υγείας» (public mental health approach), σύμφωνα με την οποία οι παρεμβάσεις MHPSS θα πρέπει να σχεδιάζονται λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τις ατομικές ανάγκες, αλλά και τις ανάγκες του πληθυσμού στο σύνολό του. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την αποκλειστική παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών προς την ανάπτυξη πολυεπίπεδων συστημάτων υποστήριξης, ικανών να καλύψουν διαφορετικά επίπεδα αναγκών.

Μπορούμε εν κατακλείδι να δούμε γιατί τα παραπάνω αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα εργασία. Τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ δεν σχεδιάστηκαν ως στενά προγράμματα ψυχικής υγείας αλλά αποτελούσαν ευρύτερες παρεμβάσεις δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, εντός των οποίων ενσωματώθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Η αξιολόγησή τους, επομένως, απαιτεί να κατανοηθεί το MHPSS όχι ως μεμονωμένη θεραπευτική δραστηριότητα, αλλά ως οργανωτικό και λειτουργικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών.

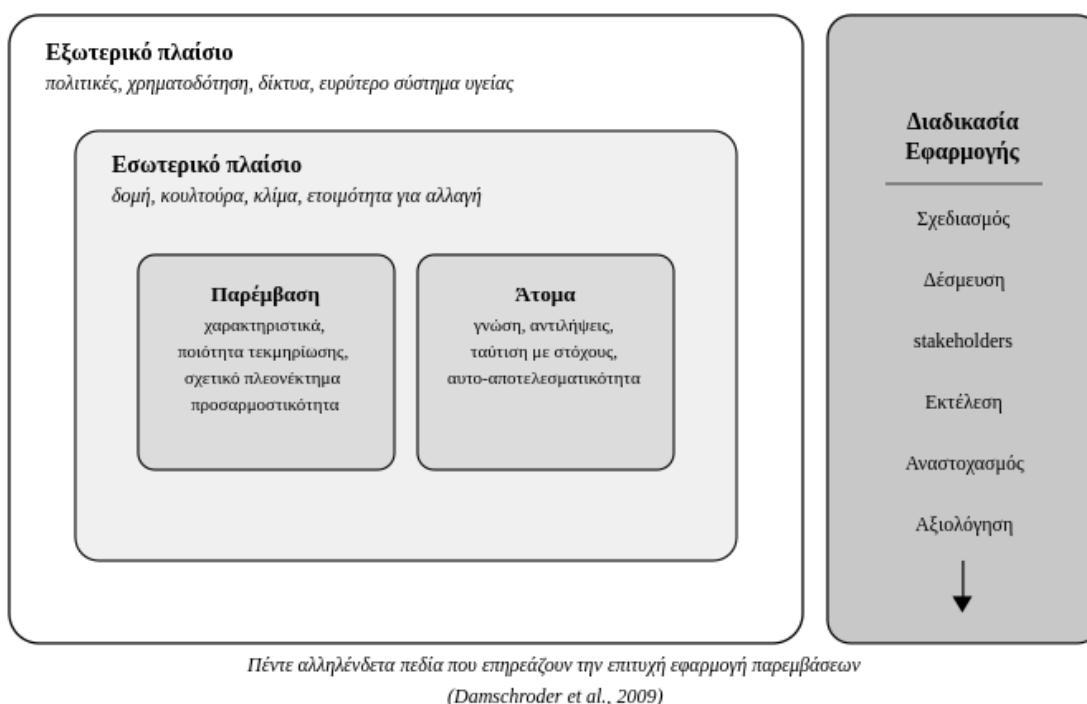
Μέσα από αυτό το επιστημονικό φίλτρο, η διπλωματική εργασία προσεγγίζει το MHPSS ως ένα σύνθετο πλέγμα φροντίδας που περιλαμβάνει μηχανισμούς συντονισμού, παραπομπής, εποπτείας, συνεργασίας με άλλους φορείς και διασύνδεσης με το ευρύτερο σύστημα υγείας. Η οπτική αυτή επιτρέπει να διερευνηθεί όχι μόνο το τι παρείχαν τα εξεταζόμενα προγράμματα, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο οργανώθηκαν και λειτούργησαν στην πράξη.

2.4. Εφαρμογή και βιωσιμότητα προγραμμάτων

Οι παρεμβάσεις ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δεν αρκούν από μόνες τους για να διασφαλιστεί και η επιτυχής εφαρμογή τους στην πράξη. Με μια γρήγορη ματιά μπορεί κανείς να δει ότι η βιβλιογραφία έχει επανειλημμένα καταδείξει πως η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος εξαρτάται όχι μόνο από τον θεωρητικό

σχεδιασμό του, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο υλοποιείται (Greenhalgh et al., 2004). Η διάκριση αυτή αποκτά ιδιαίτερο βάρος στις ανθρωπιστικές κρίσεις, όπου οι υπηρεσίες αναπτύσσονται συχνά ταχύτατα, μέσα σε συνθήκες αβεβαιότητας, με ένα δίκτυο εμπλεκόμενων φορέων και διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες.

Η επιστήμη της εφαρμογής (implementation science) αναπτύχθηκε ακριβώς για να απαντήσει στο ερώτημα γιατί ορισμένες παρεμβάσεις αποδίδουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ άλλες αποτυγχάνουν παρά την ισχυρή επιστημονική τους τεκμηρίωση. Σύμφωνα με τους Damschroder και συνεργάτες (2009), η επιτυχία μιας παρέμβασης διαμορφώνεται από παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του ίδιου του προγράμματος, το οργανωτικό περιβάλλον, τους επαγγελματίες που το υλοποιούν και το ευρύτερο πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εφαρμόζεται.



Σχήμα 4. Το Ενοποιημένο Πλαίσιο για την Προώθηση της Επιστήμης Εφαρμογής (CFAS): πέντε αλληλένδετα πεδία που επηρεάζουν την επιτυχή εφαρμογή παρεμβάσεων στις υπηρεσίες υγείας.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση Damschroder et al. (2009).

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας προσφύγων και αιτούντων άσυλο, οι προκλήσεις στην ουσιαστική εφαρμογή είναι ιδιαίτερα σύνθετες. Οι υπηρεσίες καλούνται να λειτουργήσουν σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα, να ανταποκριθούν σε γλωσσικές και πολιτισμικές μοναδικότητες, να διαχειριστούν την υψηλή κινητικότητα των πληθυσμών και να συντονιστούν με ένα ευρύ φάσμα κρατικών, διεθνών και μη κυβερνητικών φορέων. Υπό αυτές τις συνθήκες, η επιτυχία ενός προγράμματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητά του να αναπτύσσει λειτουργικούς μηχανισμούς συντονισμού και συνεργασίας.

Η υιοθέτηση και διατήρηση νέων πρακτικών στις υπηρεσίες υγείας δεν ακολουθεί γραμμική πορεία (Greenhalgh et al., 2004). Η επιτυχία εξαρτάται από την αποδοχή της παρέμβασης από τους επαγγελματίες, το πως θα εναρμονιστεί με τις υπάρχουσες δομές, την ποιότητα της ηγεσίας και την ύπαρξη οργανωσιακής υποστήριξης. Η σημασία των παραπάνω παραγόντων πολλαπλασιάζεται σε μεγάλα προγράμματα δημόσιας υγείας, όπου η τυπική διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών δεν αρκεί για να διασφαλίσει την ομοιόμορφη εφαρμογή τους στην πράξη.

Ένα ζήτημα που εμφανίζεται επανειλημμένα στη βιβλιογραφία αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Οι Edge και συνεργάτες (2022), εξετάζοντας τις εμπειρίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ευρώπη, διαπίστωσαν ότι πολλοί αισθάνονται ανεπαρκώς προετοιμασμένοι για την εργασία με εκτοπισμένους πληθυσμούς. Οι δυσκολίες που αναφέρουν περιλαμβάνουν την έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης, τις απαιτήσεις της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, την ανεπαρκή διερμηνεία και το βαρύ συναισθηματικό φορτίο που συνεπάγεται η εργασία σε ανθρωπιστικά πλαίσια. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ακόμη μια φορά ότι η ποιότητα μιας υπηρεσίας εξαρτάται όχι μόνο από τον αριθμό των επαγγελματιών, αλλά και από την επάρκεια της υποστήριξης που λαμβάνουν.

Άρρηκτα συνδεδεμένο με το παραπάνω είναι το ζήτημα της εποπτείας και της επαγγελματικής υποστήριξης. Η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η εργασία με τους εν λόγω πληθυσμούς ενέχει κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, δευτερογενούς τραυματικού στρες και αυξημένης αποχώρησης προσωπικού. Από αυτή τη σκοπιά, η συστηματική εποπτεία δεν λειτουργεί απλώς ως εργαλείο ποιοτικού ελέγχου. Ακόμα πιο σημαντικά, αποτελεί παράλληλα και μηχανισμό διατήρησης της ευημερίας και της αποτελεσματικότητας των ίδιων των επαγγελματιών (Edge et al., 2022).

Εξίσου σημαντικό είναι το ζήτημα της βιωσιμότητας των παρεμβάσεων. Στις ανθρωπιστικές κρίσεις, πολλά προγράμματα χρηματοδοτούνται μέσω έκτακτων ή χρονικά περιορισμένων μηχανισμών. Αν και μπορούν να καλύψουν επείγουσες ανάγκες, η μακροπρόθεσμη αξία τους εξαρτάται από τον βαθμό ενσωμάτωσής τους στις υφιστάμενες δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Όπως αναφέρουν οι Dickson και συνεργάτες (2019), προγράμματα που αναπτύσσονται σε συνεργασία με τις εθνικές υπηρεσίες και όχι ως παράλληλα συστήματα, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διατηρηθούν μακροπρόθεσμα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έννοια του task-shifting, δηλαδή η μεταφορά συγκεκριμένων αρμοδιοτήτων από εξειδικευμένους επαγγελματίες σε κατάλληλα εκπαιδευμένο βοηθητικό προσωπικό ή κοινοτικούς εργαζόμενους. Βέβαια, οι Cohen και Yaeger (2021) επισημαίνουν ότι παρόλο που η προσέγγιση αυτή μπορεί να διευρύνει την πρόσβαση και την κάλυψη υπηρεσιών σε ανθρωπιστικά πλαίσια, η επιτυχία της προϋποθέτει σαφή καθορισμό ρόλων, κατάλληλη εκπαίδευση, συνεχή εποπτεία και αποτελεσματικούς μηχανισμούς παραπομπής. Αν τα παραπάνω δεν είναι κατάλληλα οργανωμένα, τότε υπάρχει κίνδυνος υποβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η προαναφερθείσα βιβλιογραφία έχει άμεση συνάφεια με την παρούσα εργασία. Τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ υλοποιήθηκαν σε ένα περιβάλλον αυξημένων αναγκών, ενός σύνθετου δικτύου εμπλεκόμενων φορέων και συνεχών οργανωτικών και όχι μόνο μεταβολών. Η αξιολόγησή τους, επομένως, δεν μπορεί να εξαντλείται στον αριθμό των επαγγελματιών που προσλήφθηκαν ή των δραστηριοτήτων που υλοποιήθηκαν. Απαιτείται διερεύνηση των μηχανισμών εφαρμογής, της εκπαίδευσης και εποπτείας προσωπικού, των διαδικασιών συνεργασίας, της συνέχειας φροντίδας και της βιωσιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.5. Θεωρητικές προσεγγίσεις της ακούσιας μετοικεσίας: από το τραύμα στην ανάπτυξη μέσω αντιξοότητας (AAD)

Η μελέτη της ψυχικής υγείας προσφύγων και αιτούντων άσυλο έχει ιστορικά διαμορφωθεί από θεωρητικές προσεγγίσεις που εστιάζουν κυρίως στο τραύμα και τις ψυχολογικές συνέπειες της βίας, των διώξεων και του πολέμου. Αν και οι προσεγγίσεις αυτές συνέβαλαν ουσιαστικά στην αναγνώριση των αναγκών ψυχικής υγείας των εκτοπισμένων, έχουν δεχθεί κριτική για την τάση τους να ερμηνεύουν την εμπειρία του εκτοπισμού αποκλειστικά μέσα από το πρίσμα της ψυχοπαθολογίας (Silove et al., 2017). Παράλληλα ωστόσο, αναπτύχθηκαν εναλλακτικές θεωρητικές κατευθύνσεις που επιχειρούν να προσεγγίσουν τον εκτοπισμό ως πολυδιάστατο κοινωνικό, πολιτισμικό και υπαρξιακό φαινόμενο.

Μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προσεγγίσεις είναι το θεωρητικό πλαίσιο του καθηγητή Ρένου Παπαδόπουλου, το οποίο εξετάζει τον ακούσιο εκτοπισμό (involuntary dislocation) όχι απλώς ως γεωγραφική μετακίνηση, αλλά ως βαθιά ανατροπή της σχέσης του ατόμου με τον κόσμο του (Papadopoulos, 2021). Σύμφωνα με τον συγγραφέα, η αναγκαστική εγκατάλειψη της πατρίδας δεν σημαίνει μόνο την απώλεια ενός φυσικού χώρου αλλά κάτι βαθύτερο. Συνεπάγεται αποσύνδεση από ένα σύνολο κοινωνικών σχέσεων, πολιτισμικών αναφορών, καθημερινών πρακτικών και συμβολικών νοημάτων που συγκροτούν την έννοια του «οίκου» (home).

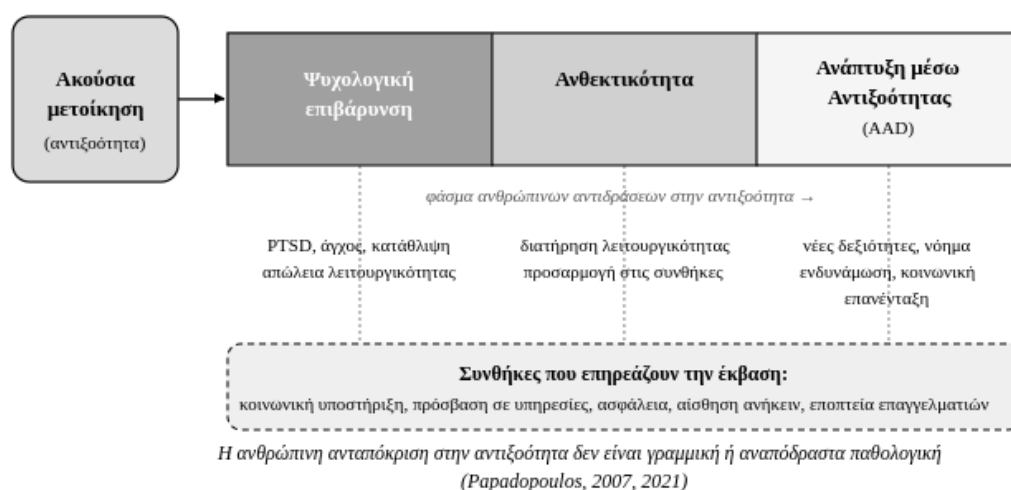
Ο Papadopoulos (2021) υποστηρίζει ότι ο οίκος δεν ταυτίζεται με την κατοικία ή τη γεωγραφική τοποθεσία. Πρόκειται για ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό σύστημα που περιλαμβάνει τις οικογενειακές σχέσεις, τα κοινωνικά δίκτυα, τη γλώσσα, τις πολιτισμικές πρακτικές, τις καθημερινές συνήθειες και την αίσθηση του ανήκειν. Η διάρρηξη αυτών των στοιχείων μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργάνωση της ταυτότητας, αίσθηση αποξένωσης και δυσκολίες προσαρμογής ακόμη και όταν οι βασικές υλικές ανάγκες έχουν καλυφθεί.

Αν η ακούσια μετοικεσία θίγει θεμελιώδεις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης, τότε οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δεν μπορούν να περιορίζονται στη διαχείριση ψυχολογικών συμπτωμάτων. Οι υπηρεσίες αυτές, καλούνται να συμβάλουν στην αποκατάσταση της αίσθησης ασφάλειας, στη

διατήρηση κοινωνικών δεσμών και στη δημιουργία νέων πλαισίων νοήματος και συμμετοχής.

Κεντρικό στοιχείο στο έργο του Παπαδόπουλου αποτελεί η διάκριση μεταξύ τραύματος, ανθεκτικότητας και ανάπτυξης. Η προσέγγιση αυτή, αναγνωρίζει μεν ότι η έκθεση σε βία, πόλεμο και αναγκαστικό εκτοπισμό μπορεί να επιφέρει σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, αρνείται δε να αντιμετωπίσει την αντιξοότητα ως αναπόδραστη πηγή ψυχοπαθολογίας. Στο πλαίσιο αυτό εισάγεται η έννοια της ανάπτυξης μέσω αντιξοότητας (Adversity-Activated Development [AAD]). Σύμφωνα με τον Papadopoulos (2007), ορισμένα άτομα ενδέχεται, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, να αναπτύξουν νέες δεξιότητες, νέες μορφές αυτοκατανόησης ή νέους τρόπους αντιμετώπισης της ζωής ως αποτέλεσμα της ίδιας της εμπειρίας της αντιξοότητας. Η έννοια αυτή δεν πρεσβεύει ότι η δυστυχία είναι επιθυμητή ή ότι οι τραυματικές εμπειρίες φέρουν εγγενώς θετικές συνέπειες. Υπογραμμίζει, αντίθετα, ότι η ανθρώπινη ανταπόκριση στην αντιξοότητα είναι πολύπλοκη και δεν εξαντλείται σε μοντέλα βλάβης ή παθολογίας.

Ανάπτυξη μέσω Αντιξοότητας (AAD)



Σχήμα 5. Φάσμα ανθρώπινων αντιδράσεων στην ακούσια μετοίκηση: από την ψυχολογική επιβάρυνση και την ανθεκτικότητα έως την Ανάπτυξη μέσω Αντιξοότητας (AAD).

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση Papadopoulos (2007, 2021).

Όπως μπορεί κανείς εύκολα να καταλάβει, η θεωρία αυτή έχει άμεσες συνέπειες για τον σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Όταν οι εκτοπισμένοι πληθυσμοί αντιμετωπίζονται αποκλειστικά ως φορείς τραύματος, οι παρεμβάσεις κινδυνεύουν να εστιάσουν μονοδιάστατα στη μείωση συμπτωμάτων. Η προσέγγιση του Παπαδόπουλου, αντίθετα, ενθαρρύνει την ενεργητική αναγνώριση των υπαρχόντων πόρων, των ατομικών δυνατοτήτων και των κοινωνικών δικτύων των ωφελομένων. Έτσι, οι υπηρεσίες μπορούν να λειτουργήσουν όχι μόνο ως μηχανισμοί θεραπείας, αλλά και ως πλαίσια ενδυνάμωσης και κοινωνικής επανένταξης.

Η σύνδεση αυτής της θεωρίας με τη διοίκηση μονάδων και υπηρεσιών υγείας δεν είναι τυχαία. Από διοικητική σκοπιά, η ποιότητα μιας υπηρεσίας δεν κρίνεται μόνο από την τεχνική επάρκεια των επαγγελματιών ή την ύπαρξη κατάλληλων πρωτοκόλλων παρέμβασης αλλά εξαρτάται επίσης από το κατά πόσο το μοντέλο υπηρεσίας ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Εάν ο εκτοπισμός συνδέεται με απώλεια κοινωνικών ρόλων, διάρρηξη κοινοτικών δεσμών και κλονισμό της αίσθησης του ανήκειν, τότε η αξιολόγηση των υπηρεσιών οφείλει να εξετάζει κατά πόσο οι παρεμβάσεις συμβάλλουν στην αποκατάσταση αυτών των διαστάσεων και όχι μόνο στη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας.

Το θεωρητικό πλαίσιο του Παπαδόπουλου προσφέρει μια ουσιαστική συμπληρωματική οπτική στις προσεγγίσεις δημόσιας υγείας και ΜHPSS που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες. Ενώ τα παραπάνω μοντέλα παρέχουν εργαλεία για την οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών, η εξέταση του πλαισίου μέσα από το φίλτρο της ακούσια μετοικεσίας φωτίζει το τι ακριβώς επιχειρούν να υποστηρίξουν οι υπηρεσίες αυτές στο βάθος τους. Για τον λόγο αυτό, συμπεριλαμβάνεται το πλαίσιο του καθηγητή ως βασικός θεωρητικός άξονας για την ερμηνεία των εμπειριών των επαγγελματιών και την αξιολόγηση των προγραμμάτων.

2.6. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην Ελλάδα

Η Ελλάδα βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη γεωγραφική θέση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κατέχει μια εξίσου ιδιαίτερη θέση στο ευρωπαϊκό σύστημα υποδοχής προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Μετά τα πρωτοφανή για τα παγκόσμια δεδομένα γεγονότα του 2015, η χώρα ήρθε αντιμέτωπη με σημαντική αύξηση αφίξεων πληθυσμών που διέφευγαν από πολεμικές συγκρούσεις, διώξεις και ανθρωπιστικές κρίσεις, γεγονός που δημιούργησε πιεστικές ανάγκες σε επίπεδο υποδοχής, προστασίας, υγειονομικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Η ταχεία διόγκωση των αναγκών ανέδειξε βαθύτερες αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας. Η χώρα εξακολουθούσε να φέρει το βάρος μιας παρατεταμένης οικονομικής κρίσης, η οποία είχε αφήσει το σημάδι της στη χρηματοδότηση, τη στελέχωση και τη λειτουργική ικανότητα πολλών δημόσιων υπηρεσιών. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας για πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στηρίχθηκε σε συνεργασίες μεταξύ κρατικών φορέων, διεθνών οργανισμών, ευρωπαϊκών μηχανισμών χρηματοδότησης και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Η ταυτόχρονη έκθεση σε προγενέστερα τραυματικά γεγονότα, οι κακουχίες του ταξιδιού, οι συνθήκες διαβίωσης στις αντίστοιχες δομές και η αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει τις διαδικασίες ασύλου συνθέτουν ένα ιδιαίτερα επιβαρυνμένο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο (Dumke et al., 2026). Παράλληλα, οι ανάγκες αυτές κάθε άλλο παρά στατικές είναι. Περισσότερο θα έλεγε κανείς ότι διαφοροποιούνται ανάλογα με τη διάρκεια παραμονής, τις συνθήκες διαβίωσης, το νομικό καθεστώς και τις προοπτικές κοινωνικής ένταξης.

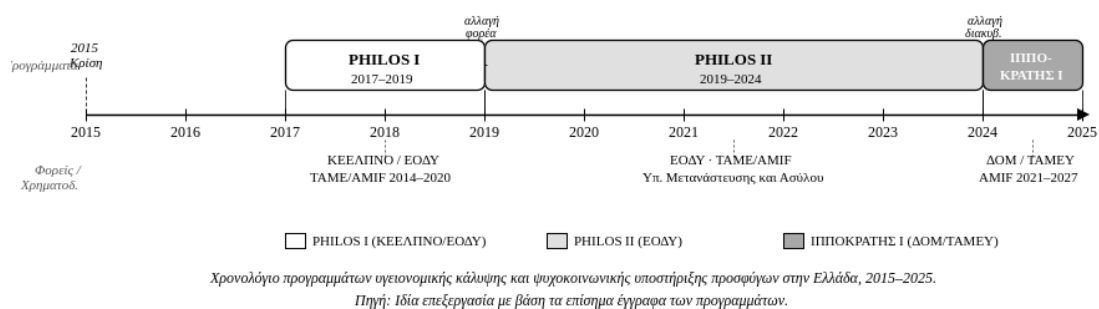
Μία από τις πρώτες συστηματικές προσπάθειες αποτύπωσης των αναγκών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε από το International Medical Corps (2016). Η αξιολόγηση εντόπισε σημαντικά κενά στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, καθώς και δυσκολίες στον συντονισμό μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων. Αναδείχθηκαν επίσης ζητήματα που αφορούσαν τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων υπηρεσιών, την πρόσβαση σε διερμηνεία, τη συνέχεια φροντίδας και την παραπομπή περιστατικών μεταξύ διαφορετικών οργανισμών.

Μεταγενέστερες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας εξακολουθεί να παρεμποδίζεται από γλωσσικά, πολιτισμικά και διοικητικά εμπόδια. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Dumke et al. (2026), παρά τη σημαντική ανάπτυξη υπηρεσιών κατά την τελευταία δεκαετία, παραμένουν προκλήσεις που σχετίζονται με την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, την μη σταθερή συνέχεια των χρηματοδοτήσεων, την περιορισμένη γεωγραφική κάλυψη ορισμένων υπηρεσιών και τις δυσκολίες συνεργασίας μεταξύ παρόχων.

Η βιβλιογραφία φαίνεται να υποστηρίζει επίσης ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως μέσα από ένα πολυπαραγοντικό σύστημα στο οποίο συμμετείχαν δημόσιοι φορείς, διεθνείς οργανισμοί και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Αν και το μοντέλο αυτό επέτρεψε την ταχεία κινητοποίηση πόρων και προσωπικού, δημιούργησε παράλληλα προκλήσεις ως προς τον συντονισμό, την ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διασφάλιση κοινών προτύπων ποιότητας. Τα ζητήματα αυτά έχουν επισημανθεί επανειλημμένα ως τυπικές παγίδες ανθρωπιστικών παρεμβάσεων που βασίζονται σε πολλαπλούς φορείς υλοποίησης.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μεγάλο μέρος της διαθέσιμης βιβλιογραφίας εστιάζει στις ανάγκες των ωφελούμενων ή στην περιγραφή των παρεμβάσεων, ενώ παραμένει σχετικά περιορισμένη η γνώση για το πώς οι ίδιοι οι επαγγελματίες αξιολογούν τη λειτουργία των υπηρεσιών. Ζητήματα όπως η επάρκεια εκπαίδευσης, η επαγγελματική εποπτεία, οι συνθήκες εργασίας, η διωπηρεσιακή συνεργασία και η αποτελεσματικότητα των μηχανισμών παραπομπής έχουν μελετηθεί σε μικρότερο βαθμό παρά τη σημασία τους για την ποιότητα και τη βιωσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά την περίοδο 2017–2025 υλοποιήθηκαν διαδοχικά μεγάλης κλίμακας προγράμματα υγείας που περιλάμβαναν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, με κυριότερα τα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ. Παρά τη σημασία τους για την ανάπτυξη υπηρεσιών στο πεδίο, η συστηματική αξιολόγηση της λειτουργίας τους από τη σκοπιά των επαγγελματιών παραμένει ελλιπής.



Σχήμα 6. Χρονολόγιο κρατικών προγραμμάτων υγειονομικής κάλυψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προσφύγων στην Ελλάδα (2015–2025): PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, με τις αντίστοιχες αλλαγές φορέα και χρηματοδότησης.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση τα επίσημα έγγραφα των προγραμμάτων.

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να καλύψει αυτό το κενό. Συνδυάζοντας την ανάλυση επίσημων προγραμματικών εγγράφων με τις εμπειρίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας που εργάστηκαν στα συγκεκριμένα προγράμματα, επιχειρεί να εξετάσει όχι μόνο τι σχεδιάστηκε σε επίπεδο πολιτικής, αλλά και πώς λειτουργήσε στην πράξη. Με τον τρόπο αυτό, η έρευνα μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την απλή περιγραφή παρεμβάσεων προς την αξιολόγηση της ποιότητας, της εφαρμογής και της βιωσιμότητάς τους.

2.7. Σύνοψη και εννοιολογικό πλαίσιο

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε ανέλυσε εκτενώς το επιχείρημα ότι η ψυχική υγεία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο διαμορφώνεται από ένα σύνολο αλληλένδετων παραγόντων που εκτείνονται πολύ πέρα από το τραύμα (συνθήκες κατά τη μετακίνηση και μετά την άφιξη, πρόσβαση σε υπηρεσίες, κοινωνική υποστήριξη και ποιότητα των παρεχόμενων παρεμβάσεων.) Παράλληλα, κατέδειξε ότι η ύπαρξη υπηρεσιών δεν αρκεί από μόνη της και ότι η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζονται, οργανώνονται και εφαρμόζονται στην πράξη.

Χρησιμοποιώντας ως βάση τις παραπάνω προκείμενες, η παρούσα εργασία υιοθετεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο τεσσάρων αλληλένδετων αξόνων: (1) τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που απορρέουν από τον ακούσιο εκτοπισμό, (2) το πολυεπίπεδο μοντέλο MHPSS ως πλαίσιο οργάνωσης παρεμβάσεων σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα (3) τις θεωρίες ποιότητας και εφαρμογής υπηρεσιών υγείας, με αναφορά στον Donabedian και στην επιστήμη της εφαρμογής και (4) το θεωρητικό πλαίσιο του Ρένου Παπαδόπουλου για της ακούσια μετοικεσία και την Ανάπτυξη μέσω Αντιξοότητας.

Κοινός παρονομαστής του θεωρητικού πλαισίου είναι η αναγνώριση ότι η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν μπορεί να εξαντλείται σε δείκτες παραγωγικότητας ή στην καταγραφή παρεμβάσεων. Απαιτεί εξέταση των δομών, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων, αλλά και του βαθμού στον οποίο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις σύνθετες ψυχοκοινωνικές ανάγκες των εκτοπισμένων, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης κοινωνικών δεσμών, της αίσθησης του ανήκειν και της δυνατότητας συμμετοχής.

Το κενό που εντοπίστηκε στην ελληνική βιβλιογραφία που συμπεριλαμβάνει την απουσία συστηματικής αξιολόγησης προγραμμάτων από τη σκοπιά των επαγγελματιών αποτελεί το σημείο εκκίνησης και τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η μεθοδολογία και η ανάλυση των ευρημάτων που ακολουθούν.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Εισαγωγή

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η παρουσίαση της μεθοδολογικής προσέγγισης που υιοθετήθηκε για τη διερεύνηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2017–2025.

Όπως παρατέθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, παρότι τα τελευταία χρόνια έχει παραχθεί αξιόλογος αριθμός μελετών για τις ανάγκες ψυχικής υγείας των εκτοπισμένων πληθυσμών, η ερευνητική γνώση παραμένει περιορισμένη ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι επαγγελματίες αξιολογούν τις υπηρεσίες και τα προγράμματα στα οποία συμμετέχουν. Το κενό αυτό είναι ακόμη εμφανέστερο στην ελληνική βιβλιογραφία, όπου οι συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των μεγάλων προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο της προσφυγικής ανταπόκρισης παραμένουν περιορισμένες αν όχι ανύπαρκτες.

Για την κάλυψη αυτού του κενού, η παρούσα έρευνα υιοθετεί μια καθαρά ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, συνδυάζοντας ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας με ανάλυση των βασικών κρατικών προγραμμάτων που υλοποιήθηκαν κατά την εξεταζόμενη περίοδο.

Η ποιοτική έρευνα προσφέρει τη δυνατότητα ενδελεχούς διερεύνησης σύνθετων κοινωνικών και οργανωτικών φαινομένων, επιτρέποντας την κατανόηση των νοημάτων που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στις εμπειρίες τους και των παραγόντων που διαμορφώνουν τη λειτουργία των υπηρεσιών στην πράξη (Creswell & Poth, 2018). Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας, ο ερευνητικός σχεδιασμός, η διαδικασία επιλογής των συμμετεχόντων, οι μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, οι ηθικές διαστάσεις, καθώς και τα μέτρα που λήφθηκαν για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της ποιότητας της ερευνητικής διαδικασίας.

3.2. Θεωρητική θεμελίωση

Η επιλογή της κατάλληλης ερευνητικής μεθοδολογίας προϋποθέτει σαφή τοποθέτηση ως προς τις φιλοσοφικές παραδοχές που διέπουν την παραγωγή και ερμηνεία της του θεωρητικού υπόβαθρου. Οι παραδοχές αυτές καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ερευνητής αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα, τη φύση της γνώσης και τη σχέση μεταξύ ερευνητή και ερευνητικού αντικειμένου (Creswell & Poth, 2018).

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στο ερμηνευτικό ερευνητικό παράδειγμα (interpretivist paradigm), το οποίο αρνείται να αντιμετωπίσει την κοινωνική πραγματικότητα ως αντικειμενικό και σταθερό φαινόμενο που μπορεί να παρατηρηθεί ανεξάρτητα από τα άτομα που τη βιώνουν. Αντίθετα, υποστηρίζει ότι η πραγματικότητα διαμορφώνεται μέσα από τις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τις ερμηνείες των ανθρώπων (Merriam & Tisdell, 2016). Από αυτή την οπτική, η γνώση δεν είναι απόλυτη ή καθολική, αλλά συνδέεται αναπόσπαστα με το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο παράγεται.

Η προσέγγιση αυτή κρίθηκε κατάλληλη για την παρούσα μελέτη, καθώς το βασικό ερευνητικό ενδιαφέρον δεν αφορά τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών μέσω ποσοτικών δεικτών, αλλά την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες που εργάστηκαν στο πεδίο αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις υπηρεσίες αυτές. Οι εμπειρίες ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών δεν αντιμετωπίζονται απλώς ως περιγραφές γεγονότων αλλά σημαντικότερα, συνιστούν ερμηνείες που διαμορφώνονται μέσα από τη συμμετοχή τους σε συγκεκριμένα οργανωτικά, κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια.

Παράλληλα, η παρούσα έρευνα υιοθετεί μια κατασκευαστική αντίληψη της γνώσης (constructivist epistemology), σύμφωνα με την οποία η γνώση παράγεται μέσα από την αλληλεπίδραση ερευνητή και συμμετεχόντων, και δεν προϋπάρχει ως αντικειμενικό δεδομένο προς ανακάλυψη (Lincoln & Guba, 1985). Οι συμμετέχοντες καλούνται να αναστοχαστούν πάνω στις εμπειρίες τους και να αποδώσουν νόημα σε γεγονότα και διαδικασίες που συχνά εκτείνονται σε μεγάλο χρονικό ορίζοντα. Κατά συνέπεια, οι αφηγήσεις τους δεν αντιμετωπίζονται ως απόλυτες αναπαραστάσεις της

πραγματικότητας, αλλά ως πολύτιμες πηγές κατανόησης του τρόπου με τον οποίο βίωσαν και ερμήνευσαν τη λειτουργία των εξεταζόμενων υπηρεσιών.

Η επιλογή του ερμηνευτικού παραδείγματος συνδέεται και με τον θεωρητικό προσανατολισμό της εργασίας. Το πλαίσιο του ακούσιου εκτοπισμού που εισηγείται ο Παπαδόπουλος (2021) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων όπως για παράδειγμα στον τρόπο με τον οποίο νοηματοδοτούν την απώλεια, την αλλαγή και την προσαρμογή, καθώς και στη σημασία του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου μέσα στο οποίο αυτές οι εμπειρίες εκδηλώνονται. Παρόμοια, η αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν εξαντλείται στην εξέταση τυπικών δεικτών απόδοσης, αλλά απαιτεί την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι εμπλεκόμενοι αντιλαμβάνονται την ποιότητα, τη χρησιμότητα και τη λειτουργικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι η υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης ερμηνευτικής προσέγγισης με τα δικά της θετικά και αρνητικά στοιχεία, δεν υποδηλώνει απόρριψη της αξίας των ποσοτικών δεδομένων ή των αντικειμενικών δεικτών. Αναγνωρίζει, απλώς, ότι διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα ίσως απαιτούν διαφορετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, το ενδιαφέρον εστιάζεται στην βαθύτερη κατανόηση εμπειριών, διαδικασιών και οργανωτικών δυναμικών στοιχεία που δύσκολα αποτυπώνονται μέσω ποσοτικών μετρήσεων.

3.3. Ερευνητικός σχεδιασμός

Δεδομένης της φύσης των ερευνητικών ερωτημάτων, επιλέχθηκε μια ποιοτική ερευνητική προσέγγιση. Η ποιοτική έρευνα άλλωστε ενδείκνυται όταν ο στόχος δεν είναι η μέτρηση μεταβλητών ή η στατιστική γενίκευση, αλλά η σε βάθος κατανόηση εμπειριών, αντιλήψεων, κοινωνικών διαδικασιών και οργανωτικών φαινομένων (Creswell & Poth, 2018). Στη συγκεκριμένη μελέτη, το ενδιαφέρον εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τη λειτουργία των υπηρεσιών, καθώς και στην ανάλυση του σχεδιασμού και της εφαρμογής των σχετικών προγραμμάτων.

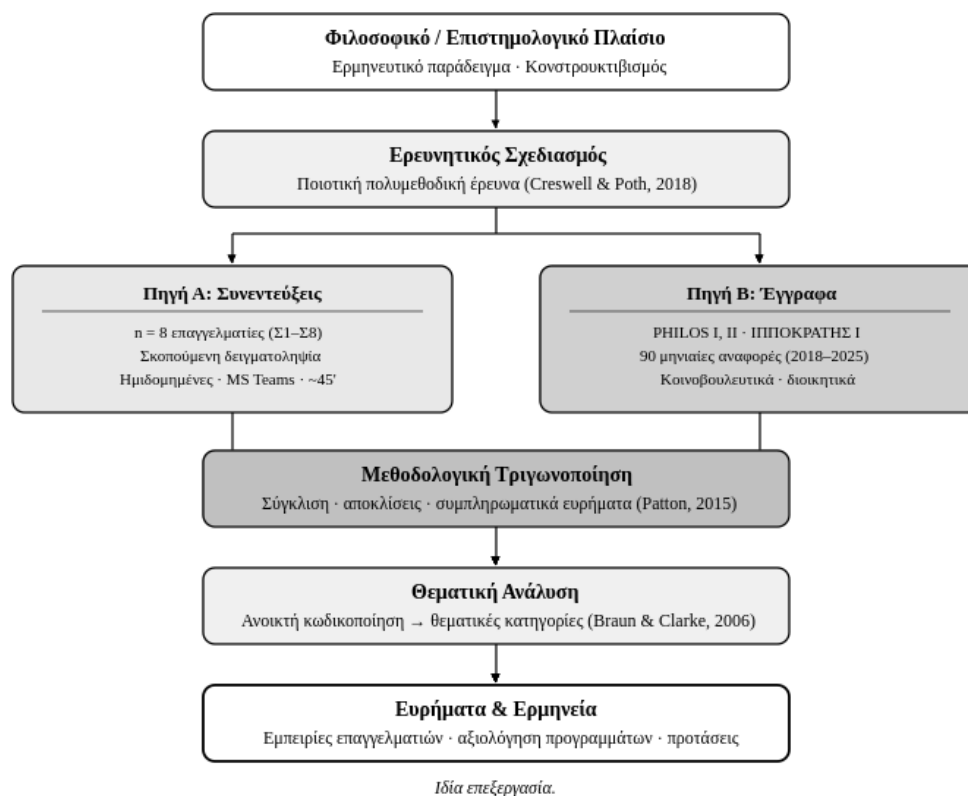
Η έρευνα υιοθετεί και τον αντίστοιχο σχεδιασμό μιας ποιοτικής έρευνας πολλαπλών μεθόδων (qualitative multi-method design), αξιοποιώντας δύο συμπληρωματικές πηγές δεδομένων. Η πρώτη αφορά ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας που εργάστηκαν με εκτοπισμένους πληθυσμούς κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Η δεύτερη αφορά την ανάλυση επίσημων εγγράφων, τεχνικών εκθέσεων, δημόσιων αναφορών και προγραμματικού υλικού που σχετίζεται με τα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ.

Η επιλογή αυτού του σχεδιασμού στηρίχθηκε στην παραδοχή που αναλύθηκε ήδη εκτενώς, ότι ένα σύνθετο φαινόμενο όπως η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε εκτοπισμένους πληθυσμούς, δεν μπορεί να διερευνηθεί επαρκώς μέσα από μία μόνο πηγή δεδομένων. Οι συνεντεύξεις παρέχουν πρόσβαση στις εμπειρίες και αξιολογήσεις των επαγγελματιών που συμμετείχαν άμεσα στην υλοποίηση των υπηρεσιών, ενώ η ανάλυση των προγραμματικών εγγράφων επιτρέπει την κατανόηση του επίσημου σχεδιασμού, των στόχων και των οργανωτικών χαρακτηριστικών των εξεταζόμενων παρεμβάσεων. Ο συνδυασμός τους ανοίγει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ αυτού που προβλεπόταν στο χαρτί και αυτού που βιώθηκε στο πεδίο.

Τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ επιλέχθηκαν ως αντικείμενο ανάλυσης επειδή αποτελούν τις αποκλειστικά οργανωμένες κρατικές παρεμβάσεις που παρείχαν υπηρεσίες υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε προσφυγικούς και μεταναστευτικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα κατά την υπό εξέταση περίοδο. Παρουσιάζουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς αντιπροσωπεύουν διαφορετικές φάσεις της ελληνικής ανταπόκρισης στις ανάγκες των εκτοπισμένων και αποτυπώνουν την εξέλιξη των σχετικών πολιτικών και πρακτικών σε εθνικό επίπεδο.

Η αξιοποίηση πολλαπλών πηγών δεδομένων επιτρέπει τη μεθοδολογική τριγωνοποίηση (methodological triangulation) των ευρημάτων. Σύμφωνα με τον Patton (2015), η σύγκλιση διαφορετικών πηγών πληροφοριών ενισχύει την πληρότητα και την αξιοπιστία της ερμηνείας, καθώς επιτρέπει την εξέταση του φαινομένου από περισσότερες οπτικές γωνίες. Στην παρούσα έρευνα, η τριγωνοποίηση δεν επιδιώκει την επιβεβαίωση μιας ενιαίας αντικειμενικής πραγματικότητας, αλλά τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης κατανόησης της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην Ελλάδα.

Ο συνδυασμός συνεντεύξεων και ανάλυσης εγγράφων επιτρέπει επίσης τη σύνδεση μεταξύ πολιτικής, διοίκησης και πρακτικής εφαρμογής. Τα επίσημα έγγραφα αποκαλύπτουν πώς σχεδιάστηκαν τα προγράμματα ενώ οι συνεντεύξεις αποκαλύπτουν πώς αυτοί οι σχεδιασμοί μεταφράστηκαν στην καθημερινή πράξη (ποια εμπόδια αναδύθηκαν κατά την υλοποίηση και ποιες προσαρμογές κρίθηκαν αναγκαίες στο πεδίο).



Σχήμα 7. Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας: από το φιλοσοφικό υπόβαθρο έως τα ευρήματα, με δύο παράλληλες πηγές δεδομένων που συγκλίνουν μέσω μεθοδολογικής τριγωνοποίησης.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία.

3.4. Ερευνητικά ερωτήματα

Όπως αποδείξαμε μέσα από τα επιχειρήματα και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στο προηγούμενο κεφάλαιο, παρά τη σημαντική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί για την ψυχική υγεία προσφύγων και αιτούντων άσυλο, παραμένει περιορισμένη η γνώση για τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι επαγγελματίες αξιολογούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να γεφυρώσει αυτό το κενό, συνδυάζοντας την οπτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας με την κριτική ανάλυση των βασικών κρατικών προγραμμάτων που παρείχαν ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε πληθυσμούς που βίωσαν ακούσια μετοίκηση και βρέθηκαν στην Ελλάδα το συγκεκριμένο διάστημα. Έτσι, το κεντρικό ερευνητικό διατυπώνεται ως εξής:

Πώς αξιολογούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που παρέχονται σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2017–2025, και σε ποιο βαθμό τα βασικά κρατικά προγράμματα ανταποκρίθηκαν στον σκοπό τους;

Για την πληρέστερη διερεύνησή του, διατυπώθηκαν τρία επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

Υπο-ερώτημα 1. Πώς αξιολογούν οι επαγγελματίες τη στελέχωση, την οργάνωση, τη λειτουργία και την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που παρείχαν υποστήριξη σε πληθυσμούς που βίωσαν ακούσια μετοίκηση στην Ελλάδα;

Υπο-ερώτημα 2. Πώς αξιολογούνται τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ως προς τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και τη συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης;

Υπό-ερώτημα 3. Ποιες προτάσεις για τη μελλοντική ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών προκύπτουν από τις εμπειρίες των επαγγελματιών και την ανάλυση των προγραμμάτων;

Τα τρία ερωτήματα συνδέονται οργανικά με το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της έρευνας. Το πρώτο εστιάζει στην αξιολόγηση των υπηρεσιών από την οπτική του πεδίο ενώ το δεύτερο εξετάζει τα βασικά κρατικά προγράμματα ως οργανωτικές παρεμβάσεις, με το τρίτο, τέλος, να προσανατολίζεται στην παραγωγή προτάσεων για τη μελλοντική ανάπτυξη υπηρεσιών. Μαζί, επιτρέπουν τη σύνδεση εμπειρίας πεδίου, ανάλυσης πολιτικής και σχεδιασμού μελλοντικών παρεμβάσεων.

3.5. Στρατηγική δειγματοληψίας (συνεντεύξεις)

Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε μέσω σκοπούμενης δειγματοληψίας (purposive sampling). Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιείται ευρέως στην ποιοτική έρευνα όταν ο στόχος δεν είναι η στατιστική γενίκευση, αλλά η κατανόηση ενός φαινομένου μέσα από τις εμπειρίες ατόμων που διαθέτουν άμεση γνώση και σχετική εμπειρία (Patton, 2015; Creswell & Poth, 2018).

Οι συμμετέχοντες προέρχονταν αποκλειστικά από τα επαγγέλματα της ψυχολογίας και της κοινωνικής εργασίας, καθώς οι ειδικότητες αυτές αποτελούν βασικούς πυλώνες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε προσφυγικούς και μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Υπήρχε επίσης η δυνατότητα συμμετοχής επαγγελματιών με συντονιστικό ή εποπτικό ρόλο, εφόσον διέθεταν ουσιαστική γνώση της καθημερινής λειτουργίας των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υπό εξέταση.

Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν τα ακόλουθα:

- Επαγγελματική ιδιότητα ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού ή άλλου συναφούς επαγγελματία ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
- Εμπειρία εργασίας σε τουλάχιστον ένα από τα τρία προγράμματα και για τουλάχιστον ένα έτος.
- Άμεση εμπλοκή στην παροχή υπηρεσιών ή σε λειτουργίες συντονισμού και εποπτείας.
- Δυνατότητα συμμετοχής σε ημιδομημένη συνέντευξη και παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Αντίθετα, αποκλείστηκαν άτομα χωρίς άμεση επαγγελματική εμπλοκή στις υπηρεσίες υπό εξέταση, καθώς και πρόσωπα των οποίων η εμπειρία περιοριζόταν αποκλειστικά σε διοικητικά καθήκοντα χωρίς ουσιαστική γνώση της καθημερινής λειτουργίας τους.

Η πρόσβαση στους συμμετέχοντες επιτεύχθηκε μέσω συνδυασμού προσωπικών επαφών, επαγγελματικών δικτύων και στοχευμένης κοινοποίησης της πρόσκλησης συμμετοχής. Συγκεκριμένα, η πρόσκληση διαδόθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, προσωπικής επικοινωνίας και επαγγελματικών δικτύων, καθώς και μέσω ομάδων νυν και πρώην εργαζομένων σχετικών προγραμμάτων σε πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης και εφαρμογές ανταλλαγής μηνυμάτων (Facebook, Viber). Η στρατηγική αυτή κρίθηκε αναγκαία λόγω της απουσίας ενιαίου και επικαιροποιημένου μητρώου επαγγελματιών που εργάστηκαν στα εν λόγω προγράμματα.

Αρχικός στόχος ήταν η συμμετοχή περίπου δεκαπέντε (15) επαγγελματιών. Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με συνολικά 51 άτομα που εκτιμήθηκε ότι πληρούσαν τα βασικά κριτήρια. Η διαδικασία προσέλκυσης αποδείχθηκε ιδιαίτερα απαιτητική. Πολλοί από τους επαγγελματίες που προσεγγίστηκαν δεν ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση ή δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν σε ερευνητική διαδικασία. Οκτώ (8) επαγγελματίες ανέφεραν ότι η εμπειρία εργασίας στο πεδίο παρέμενε συναισθηματικά επιβαρυντική και δεν επιθυμούσαν να επανέλθουν σε αυτήν μέσω συνέντευξης. Δέκα (10) άτομα που είχαν αρχικά εκδηλώσει ενδιαφέρον αποσύρθηκαν τελικά λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας ή επαγγελματικών υποχρεώσεων, ενώ τέσσερα (4) ακόμη δήλωσαν ότι αισθάνονταν άβολα να συμμετάσχουν σε ακαδημαϊκή έρευνα.

Τελικά, στην έρευνα συμμετείχαν οκτώ (8) επαγγελματίες που πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια. Παρότι ο αριθμός αυτός ήταν μικρότερος από τον αρχικό στόχο, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν πλούσια και επέτρεψαν την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Η περιορισμένη συμμετοχή συνιστά αναμφίβολα παράγοντα που επηρεάζει τη δυνατότητα μεταφοράς των ευρημάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό των επαγγελματιών που εργάστηκαν στα συγκεκριμένα προγράμματα. Ωστόσο, οι ίδιες οι δυσκολίες που καταγράφηκαν κατά τη δειγματοληψία όπως η συναισθηματική επιβάρυνση, η απροθυμία επανόδου στη μνήμη του πεδίου και η

επαγγελματική εξάντληση, αποτελούν από μόνες τους μια ενδεικτική μαρτυρία για τις απαιτήσεις που συνόδευσαν την εργασία στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

3.6. Συμμετέχοντες

Όπως αναφέραμε στην προηγούμενη ενότητα, στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά οκτώ επαγγελματίες που πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια. Το δείγμα αποτελούνταν από τέσσερις ψυχολόγους και άλλους τόσους κοινωνικούς λειτουργούς. Όλοι είχαν εργαστεί σε νησιωτικές δομές υποδοχής και φιλοξενίας, ενώ η εμπειρία τους εκτεινόταν σε ένα ή περισσότερα από τα κρατικά προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I. Τα έτη επαγγελματικής εμπλοκής κυμαίνονταν από δύο έως έξι, γεγονός που επέτρεψε τη συλλογή δεδομένων από επαγγελματίες με διαφορετικά επίπεδα εμπειρίας και εμπλοκής στο πεδίο.

Για λόγους προστασίας της ανωνυμίας, κάθε συμμετέχων έλαβε κωδικό αναγνώρισης (Σ1–Σ8), ο οποίος χρησιμοποιείται κατά την παρουσίαση των ευρημάτων και των αποσπασμάτων των συνεντεύξεων. Δεν παρατίθενται περαιτέρω στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε άμεση ή έμμεση ταυτοποίηση.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Κωδικός	Ειδικότητα	Έτη στο πεδίο	Πρόγραμμα/α εμπλοκής
Σ1	Ψυχολόγος	3	PHILOS II
Σ2	Ψυχολόγος	5	PHILOS I – PHILOS II
Σ3	Ψυχολόγος	3	PHILOS II
Σ4	Ψυχολόγος	4	PHILOS II – ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I
Σ5	Κοινωνικός Λειτουργός	6	PHILOS II – ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I
Σ6	Κοινωνικός Λειτουργός	6	PHILOS I – PHILOS II
Σ7	Κοινωνικός Λειτουργός	5	PHILOS I – PHILOS II
Σ8	Κοινωνικός Λειτουργός	2	ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I

Σημείωση: Τα έτη στο πεδίο αφορούν τη συνολική εμπειρία του κάθε συμμετέχοντα σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε εκτοπισμένους πληθυσμούς κατά την περίοδο 2017–2025.

3.7. Συλλογή δεδομένων

Η έρευνα αξιοποίησε δύο συμπληρωματικές πηγές δεδομένων: (α) ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες που συμμετείχαν στον σχεδιασμό, την υλοποίηση ή την εποπτεία των προγραμμάτων PHILOS I, PHILOS II και ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, και (β) ανάλυση πρωτογενούς διοικητικού και θεσμικού υλικού σχετικού με τα εξεταζόμενα προγράμματα.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά μέσω Microsoft Teams και είχαν μέση διάρκεια περίπου 45 λεπτών. Κατόπιν συναίνεσης των συμμετεχόντων, καταγράφηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, ενώ οι απομαγνητοφωνήσεις ελέγχθηκαν από τον ερευνητή για την εξασφάλιση ακρίβειας και πληρότητας. Η διαδικασία στηρίχθηκε σε ημιδομημένο οδηγό συνέντευξης (Παράρτημα Δ), επιτρέποντας παράλληλα την ανάπτυξη νέων θεμάτων κατά τη ροή της συζήτησης.

Παράλληλα, αναλύθηκαν επίσημα έγγραφα που αφορούν τα τρία προγράμματα. Το υλικό περιλάμβανε προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος, αποφάσεις χρηματοδότησης, περιγραφές προγραμμάτων, διοικητικές αποφάσεις, κοινοβουλευτικά έγγραφα και δημοσιεύσεις αρμόδιων εθνικών και ευρωπαϊκών φορέων. Τα έγγραφα αυτά αξιοποιήθηκαν για την τεκμηρίωση των στόχων, της οργανωτικής δομής, των προβλεπόμενων υπηρεσιών, της στελέχωσης και των μηχανισμών υλοποίησης.

Για την αποτύπωση του ευρύτερου επιχειρησιακού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο εφαρμόστηκαν οι παρεμβάσεις, αξιοποιήθηκε επίσης σώμα 90 μηνιαίων ενημερωτικών σημειωμάτων και Παραρτημάτων Α της Υπηρεσίας Ασύλου και του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου για την περίοδο 2018–2025. Τα αρχεία χρησιμοποιήθηκαν ως πρωτογενές διοικητικό υλικό για την εξαγωγή δεικτών αφίξεων, διαμενόντων και αιτήσεων διεθνούς προστασίας όχι ως άμεσες μετρήσεις αναγκών υγείας, αλλά ως τεκμηρίωση της επιχειρησιακής πίεσης που δεχόταν το σύστημα υποδοχής κατά την εφαρμογή των εξεταζόμενων προγραμμάτων (σχήμα 7).

Ο συνδυασμός συνεντεύξεων και ανάλυσης εγγράφων επέτρεψε τη μεθοδολογική τριγωνοποίηση των δεδομένων, ενισχύοντας την αξιοπιστία των ευρημάτων μέσω της σύγκρισης εμπειριών συμμετεχόντων και επίσημων διοικητικών τεκμηρίων.

3.8. Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω θεματικής ανάλυσης (Thematic Analysis), ακολουθώντας τη μεθοδολογική προσέγγιση των Braun και Clarke (2006). Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε για την καταλληλότητά της στη συστηματική αναγνώριση, οργάνωση και ερμηνεία επαναλαμβανόμενων προτύπων νοήματος σε ποιοτικά δεδομένα, επιτρέποντας ταυτόχρονα την ενσωμάτωση διαφορετικών πηγών πληροφόρησης.

Η διαδικασία εκκίνησε με την εξοικείωση του ερευνητή με το υλικό μέσω επανειλημμένων αναγνώσεων των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων και των διοικητικών εγγράφων που αφορούσαν τα τρία προγράμματα. Ακολούθησε ανοικτή κωδικοποίηση (open coding), κατά την οποία καταγράφηκαν αρχικοί κώδικες που αφορούσαν ζητήματα σχεδιασμού υπηρεσιών, στελέχωσης, πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, διατομεακής συνεργασίας, προκλήσεων εφαρμογής και αντιλήψεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Στο επόμενο στάδιο, οι κώδικες ομαδοποιήθηκαν σε ευρύτερες θεματικές κατηγορίες. Η διαδικασία ήταν επαγωγική επιτρέποντας στα θέματα να αναδυθούν από τα ίδια τα δεδομένα αλλά και εν μέρει θεωρητικά καθοδηγούμενη, καθώς η ανάλυση παρέμεινε εστιασμένη στα ερευνητικά ερωτήματα.

Παράλληλα, τα επίσημα έγγραφα των προγραμμάτων αναλύθηκαν με στόχο την καταγραφή των θεσμικών στόχων, της οργανωτικής δομής, των προβλεπόμενων υπηρεσιών, των μηχανισμών χρηματοδότησης, των μοντέλων στελέχωσης και των επιχειρησιακών προτεραιοτήτων κάθε παρέμβασης. Η ανάλυσή τους εξυπηρέτησε διπλό σκοπό: αφενός, την εξαγωγή αυτόνομων ευρημάτων και αφετέρου, τη διασταύρωση πληροφοριών που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις.

Εν συνεχεία, η σύγκριση των διαφορετικών πηγών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω μεθοδολογικής τριγωνοποίησης. Οι θεματικές που αναδύθηκαν από τις συνεντεύξεις συγκρίθηκαν με τα διαθέσιμα διοικητικά και θεσμικά τεκμήρια, ώστε να εντοπιστούν σημεία σύγκλισης, αποκλίσεις και συμπληρωματικές πληροφορίες, ενισχύοντας έτσι την αξιοπιστία και την ερμηνευτική εγκυρότητα των ευρημάτων.

Τέλος, οι επιμέρους θεματικές επανεξετάστηκαν και αναδιοργανώθηκαν ώστε να διαμορφωθεί ένα συνεκτικό ερμηνευτικό πλαίσιο για την εξέλιξη των τριών προγραμμάτων και τον ρόλο τους στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στο ελληνικό σύστημα υποδοχής αιτούντων διεθνή προστασία.

3.9. Ηθικά ζητήματα - προστασία δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένων του σεβασμού της αυτονομίας των συμμετεχόντων, της εμπιστευτικότητας, της προστασίας προσωπικών δεδομένων και της αποφυγής πρόκλησης βλάβης (Bryman, 2016).

Πριν από τη συμμετοχή τους, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία των συνεντεύξεων, τη χρήση των δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Η συμμετοχή ήταν εξ ολοκλήρου εθελοντική και πραγματοποιήθηκε μόνο μετά την παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Ιδιαίτερη μέριμνα δόθηκε στην προστασία της ανωνυμίας. Χρησιμοποιήθηκαν κωδικοί αναγνώρισης (Σ1–Σ8), ενώ αφαιρέθηκαν ή τροποποιήθηκαν στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε άμεση ή έμμεση ταυτοποίηση συμμετεχόντων ή τρίτων προσώπων. Η ανάγκη αυτή κρίθηκε επιβεβλημένη λόγω του εξειδικευμένου χαρακτήρα του πεδίου και του σχετικά περιορισμένου αριθμού επαγγελματιών που έχουν εργαστεί στα συγκεκριμένα προγράμματα.

Τα δεδομένα των συνεντεύξεων αποθηκεύτηκαν σε ασφαλές ψηφιακό περιβάλλον προσβάσιμο αποκλειστικά από τον ερευνητή. Ηχογραφήσεις και απομαγνητοφωνήσεις χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και δεν κοινοποιήθηκαν σε τρίτους.

Παρότι η έρευνα απευθυνόταν σε επαγγελματίες και όχι σε ευάλωτους πληθυσμούς, αναγνωρίστηκε ότι ορισμένα θέματα ενδέχεται να προκαλέσουν συναισθηματική επιβάρυνση λόγω της φύσης της εργασίας που είχαν ασκήσει οι συμμετέχοντες. Η

ανησυχία αυτή επιβεβαιώθηκε ήδη κατά τη δειγματοληψία, όταν αρκετοί επαγγελματίες που προσεγγίστηκαν ανέφεραν ότι η εμπειρία του πεδίου παρέμενε συναισθηματικά δύσκολη και δεν επιθυμούσαν να επανέλθουν σε αυτήν μέσω συνέντευξης. Το στοιχείο αυτό λήφθηκε υπόψη κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, δίνοντας σε κάθε συμμετέχοντα τη δυνατότητα να παραλείψει ερωτήσεις ή να διακόψει τη συμμετοχή του οποιαδήποτε στιγμή.

Τέλος, η ερμηνεία και παρουσίαση των ευρημάτων πραγματοποιήθηκε με γνώμονα την ακριβή αναπαράσταση των εμπειριών και απόψεων των συμμετεχόντων, αποφεύγοντας επιλεκτικές ή παραπλανητικές αναγνώσεις των δεδομένων.

3.10. Περιορισμοί της Έρευνας

Όπως κάθε ερευνητική μελέτη, και η παρούσα παρουσιάζει περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Στον παρακάτω πίνακα μπορεί κανείς να δει τους κύριους περιορισμούς που αναγνωρίστηκαν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής και συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Πίνακας 2. Περιορισμοί της έρευνας και μεθοδολογικό πλαίσιο αντιμετώπισής τους

#	Περιορισμός	Μεθοδολογικό πλαίσιο / Σχόλιο
1	Μέγεθος δείγματος n = 8 επαγγελματίες — μικρότερο από τον αρχικό στόχο (n ≈ 15).	Αποδεκτό στο πλαίσιο ποιοτικής μελέτης, όπου ο στόχος είναι η εις βάθος κατανόηση εμπειριών, όχι η στατιστική γενίκευση. Η δυσκολία προσέλκυσης αποτελεί παράλληλα εύρημα για την επαγγελματική κόπωση στο πεδίο.
2	Γεωγραφική εστίαση Όλοι οι συμμετέχοντες εργάστηκαν σε νησιωτικές δομές πρώτης υποδοχής.	Τα ευρήματα αντανακλούν κυρίως τις συνθήκες στα νησιά. Εμπειρίες από ηπειρωτικές δομές (π.χ. Έβρος, Αττική) δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς. Ενδεδειγμένη κατεύθυνση για μελλοντική έρευνα.
3	Αναδρομικές αφηγήσεις Κάλυψη σχεδόν οκτώ ετών (2017–2025) μέσω ανάκλησης.	Ορισμένες πληροφορίες ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί από τη μνήμη ή μεταγενέστερους αναστοχασμούς. Αντισταθμίστηκε μερικώς μέσω τριγωνοποίησης με επίσημα διοικητικά έγγραφα.
4	Δυσκολίες δειγματοληψίας Επικοινωνία με 51 επαγγελματίες — τελική συμμετοχή 8 (15,7%). Λόγοι: συναισθηματική επιβάρυνση,	Η υψηλή μη-ανταπόκριση δεν αποτελεί μόνο μεθοδολογικό περιορισμό — αποτελεί εύρημα: αναδεικνύει τις ψυχολογικές και επαγγελματικές επιβαρύνσεις που χαρακτηρίζουν την εργασία σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα.

#	Περιορισμός	Μεθοδολογικό πλαίσιο / Σχόλιο
	επαγγελματικές υποχρεώσεις, άβολη στάση απέναντι στην ακαδημαϊκή έρευνα.	
5	Μονομερής οπτική Αποκλειστική εστίαση στη σκοπιά επαγγελματιών — χωρίς τις φωνές ωφελομένων ή άλλων επαγγελματικών ομάδων.	Επιλογή που ευθυγραμμίζεται με τον ερευνητικό σκοπό: η αξιολόγηση της οργάνωσης υπηρεσιών από τους ίδιους τους επαγγελματίες. Η ένταξη οπτικής ωφελομένων και διοικητικού προσωπικού προτείνεται ως επέκταση σε μελλοντική έρευνα.

Σημείωση: Ο πίνακας παρουσιάζει τους κύριους μεθοδολογικούς περιορισμούς της μελέτης σε συνδυασμό με το πλαίσιο εντός του οποίου αυτοί αξιολογούνται. Η αναγνώρισή τους δεν υπονομεύει τα ευρήματα, αλλά ενισχύει τη διαφάνεια και την ακαδημαϊκή αξιοπιστία της έρευνας.

3.11. Σύνοψη μεθοδολογίας

Το παρόν κεφάλαιο παρουσίασε τη μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας. Η μελέτη υιοθέτησε έναν ποιοτικό ερευνητικό σχεδιασμό, με στόχο τη διερεύνηση των εμπειριών και απόψεων επαγγελματιών που εργάστηκαν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στο πεδίο.

Για την επίτευξη των ερευνητικών στόχων αξιοποιήθηκε σκοπούμενη δειγματοληψία και πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με οκτώ (8) επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Παράλληλα, αναλύθηκε εκτενές σώμα διοικητικών και θεσμικών εγγράφων που αφορούσαν τα προγράμματα, καθώς και μηνιαία διοικητικά δεδομένα για τη λειτουργία του συστήματος ασύλου και υποδοχής στην Ελλάδα.

Η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε μέσω θεματικής ανάλυσης, αναδεικνύοντας επαναλαμβανόμενα θέματα που αφορούν την οργάνωση, τη λειτουργία, τις προκλήσεις και την αξιολόγηση των εξεταζόμενων υπηρεσιών.

Το επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης των τριών προγραμμάτων, εξετάζοντας τον σχεδιασμό, τους στόχους, τη στελέχωση και την εξέλιξή τους στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε πληθυσμούς που βίωσαν ακούσια μετοίκηση στην Ελλάδα.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Η ανάλυση των επίσημων εγγράφων αποτύπωσε τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάστηκαν και παρουσιάστηκαν τα τρία προγράμματα με έμφαση στη θέση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας μέσα στο ευρύτερο μοντέλο υγειονομικής κάλυψης αιτούντων άσυλο και προσφύγων. Η ανάλυση δεν περιορίστηκε στο αν ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζονται στις προκηρύξεις αλλά προχώρησε ένα βήμα παραπάνω, εξετάζοντας επίσης αν η στελέχωση αυτή αποτελεί μέρος ενός σαφούς σχεδίου υπηρεσίας, αν επιτρέπεται σύγκριση ανά τοποθεσία και αν τα διαθέσιμα στοιχεία μπορούν να συσχετιστούν με την επιχειρησιακή πίεση που καταγράφουν οι επίσημες μηνιαίες αναφορές.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με επίγνωση των περιορισμών τεκμηρίωσης. Οι προσκλήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος και τα έγγραφα ένταξης αποτυπώνουν προγραμματισμένη ή ανακοινωθείσα δυναμικότητα και στην πραγματική ζωή δεν αποδεικνύουν ότι όλες οι θέσεις καλύφθηκαν διαρκώς, ότι δεν υπήρξε κύκλος αποχωρήσεων ή ότι η κατανομή προσωπικού παρέμεινε σταθερή στο πεδίο. Τα αποτελέσματα εξετάζουν επομένως κυρίως τον σχεδιασμό και τη διαφάνεια της προγραμματισμένης δυναμικότητας, και όχι πραγματικούς λόγους προσωπικού προς ωφελούμενους.

4.1. Έγγραφα που χρησιμοποιήθηκαν

Το υλικό ανάλυσης περιλαμβάνει (1) τις επίσημες προσκλήσεις και σελίδες των τριών προγραμμάτων, καθώς και (2) σώμα 90 μηνιαίων στατιστικών δελτίων της Υπηρεσίας Ασύλου / Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου για την αποτύπωση αφίξεων, διαμενόντων και λοιπών δεικτών επιχειρησιακής πίεσης. Τα μηνιαία δελτία αξιοποιήθηκαν ως πρωτογενές διοικητικό υλικό και όχι ως κλινικός δείκτης ψυχικής υγείας. Τούτο πρακτικά σημαίνει ότι οι αφίξεις και οι διαμένοντες δεν αποκαλύπτουν από μόνοι τους πόσα άτομα χρειαζόνταν ψυχοκοινωνική φροντίδα, αποτυπώνουν όμως την κλίμακα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι υπηρεσίες έπρεπε να λειτουργήσουν.

Η χρήση των μηνιαίων αναφορών εξυπηρετεί κυρίως υποστηρικτικό ρόλο. Ουσιαστικά επιτρέπει να εξεταστεί αν η προγραμματισμένη στελέχωση φαίνεται να είχε σχεδιαστεί με βάση τη μεταβαλλόμενη πίεση πεδίου ή αν εμφανίζεται ως σταθερή διοικητική πρόβλεψη ανεξάρτητη από τις συνθήκες. Ο πλήρης κατάλογος των μηνιαίων αρχείων παρατίθεται στο Παράρτημα Η, ενώ στη βιβλιογραφία η σειρά αναφέρεται ως ενιαίο σώμα επίσημων αναφορών.

4.2. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα εντάχθηκε στα προγράμματα ως πρόβλεψη, χωρίς πλήρως τεκμηριωμένο μοντέλο υπηρεσίας

Μέσα από την ανάλυση προκύπτει ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι ορατή και στα τρία προγράμματα: στο PHILOS I και στο PHILOS II αποτυπώνεται μέσα από τις κατηγορίες προσωπικού που προκηρύχθηκαν, ενώ στον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ I εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο υγειονομικής κάλυψης δομών υποδοχής και φιλοξενίας.

Η τεκμηρίωση, ωστόσο, αφορά κατά κύριο λόγο θέσεις και υπηρεσίες και όχι ένα αναλυτικό πλαίσιο ποιότητας. Στα έγγραφα που εξετάστηκαν δεν προκύπτει ενιαίο μοντέλο που να ορίζει ελάχιστες προδιαγραφές φόρτου εργασίας, απαιτήσεις εποπτείας, εργαλεία αξιολόγησης, μηχανισμούς παραπομπής ή ειδική εκπαίδευση στο ανθρωπιστικό πεδίο. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει μια κεντρική διάκριση της Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας: η ύπαρξη θέσεων δεν ισοδυναμεί με λειτουργική υπηρεσία. Μια ψυχοκοινωνική υπηρεσία προϋποθέτει σαφείς ρόλους, εποπτεία, διερμηνεία, παραπομπές και συνέχεια φροντίδας.

4.3. Το PHILOS I παρέχει την πιο αναλυτική εικόνα προγραμματισμένης στελέχωσης ανά νησί

Το PHILOS I επιτρέπει την πιο καθαρή αποτύπωση ψυχοκοινωνικής στελέχωσης ανά δομή. Η πρόσκληση για τα νησιά περιλαμβάνει συγκεκριμένες θέσεις ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών ανά ΚΥΤ, γεγονός που επιτρέπει σύγκριση σε επίπεδο τοποθεσίας, κάτι ιδιαίτερα χρήσιμο καθώς η επιχειρησιακή πίεση δεν ήταν ίδια σε όλα τα νησιά.

Πίνακας 3. Σύγκριση μεταξύ της προκήρυξης PHILOS 1 (Αρ. Πρωτ. 2432, 10/07/2017) και της προκήρυξης PHILOS 2 (ΑΔΑ: ΩΛΤΞ469ΗΜΛ-70Α, 2018).

Νησί / Δομή	Πρόγραμμα	Ψυχολόγοι	Κοινωνικοί λειτουργοί
Λέσβος – ΚΥΤ (Υποέργο 5)	PHILOS 1 (2017)	8	18
Λέσβος – Νοσοκομείο «Βοστανείο» (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	2	–
Χίος – ΚΥΤ (Υποέργο 5)	PHILOS 1 (2017)	6	9
Χίος – Νοσοκομείο «Σκυλίτσειο» (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	2	–
Σάμος – ΚΥΤ (Υποέργο 5)	PHILOS 1 (2017)	5	8
Σάμος – Νοσοκομείο «Άγιος Παντελεήμων» (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	2	–
Λέρος – ΚΥΤ (Υποέργο 5)	PHILOS 1 (2017)	5	10
Λέρος – Κρατικό Θεραπευτήριο (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	2	–
Κως – ΚΥΤ (Υποέργο 5)	PHILOS 1 (2017)	6	8
Κως – Νοσοκομείο «Ιπποκράτειον» (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	2	–
Ρόδος – Νοσοκομείο «Ανδρέας Παπανδρέου» (Υποέργο 4)	PHILOS 1 (2017)	0	–
Σύνολο νησιών	PHILOS 1 (2017)	40	53
<i>Λέσβος, Χίος, Σάμος, Λέρος, Κως (2η ΥΠΕ, συγκεντρωτικά – Υποέργα 2 & 3)</i>	PHILOS 2 (2018)	28	16

Σημείωση: Η προκήρυξη του 2017 δίνει στοιχεία ανά νησί (ΚΥΤ και νοσοκομείο). Η προκήρυξη του 2018 δίνει μόνο συγκεντρωτικό αριθμό για την «2η ΥΠΕ» (Λέσβος, Χίος, Σάμος, Λέρος, Κως μαζί), χωρίς ανά νησί ανάλυση — γι' αυτό εμφανίζεται ως μία γραμμή.

Η ίδια πρόσκληση περιλαμβάνει θέσεις ψυχολόγων και σε νοσοκομεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο σχεδιασμός δεν αφορούσε αποκλειστικά τα ΚΥΤ, αλλά επέκτεινε τη στήριξη και στις περιφερειακές νοσοκομειακές δομές δημόσιας υγείας.

Το εύρημα αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένδειξη σχεδιασμού, με την απαραίτητη επιφύλαξη. Ότι δηλαδή οι παραπάνω αριθμοί δεν τεκμηριώνουν ότι οι θέσεις ήταν διαρκώς καλυμμένες καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Τεκμηριώνουν όμως ότι το PHILOS I διέθετε πιο αναλυτική γεωγραφική αποτύπωση ψυχοκοινωνικής στελέχωσης σε σχέση με το PHILOS II.

4.4. Το PHILOS II αυξάνει τη συνολική κλίμακα, αλλά περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης ανά νησί

Στο PHILOS II η ανάλυση ανέδειξε ένα διαφορετικό πρόβλημα. Παρόλο που η επίσημη πρόσκληση περιλαμβάνει σημαντικό αριθμό θέσεων ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, η κατανομή σε κρίσιμες περιοχές εμφανίζεται ομαδοποιημένη. Για τις πέντε κύριες δομές στα νησιά, η πρόσκληση αναφέρει συνολικά 28 θέσεις ψυχολόγων και 16 θέσεις κοινωνικών λειτουργών. Η ομαδοποίηση αυτή καθιστά μεθοδολογικά ανασφαλή την εξαγωγή αριθμού ανά νησί.

Η ίδια δυσκολία παρατηρείται και για τον Έβρο. Το PHILOS II εντάσσει τον Έβρο σε ευρύτερη ομαδοποιημένη κατανομή της σχετικής περιφέρειας, μαζί με άλλες ηπειρωτικές δομές. Η συγκεκριμένη περιφέρεια περιλαμβάνει θέσεις ψυχολόγων και θέσεις κοινωνικών λειτουργών, χωρίς να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αποκλειστικό στοιχείο για το KYT Έβρου ή το Φυλάκιο.

Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη διαφορά μεταξύ διοικητικής ύπαρξης θέσεων και δυνατότητας αξιολόγησης επάρκειας ανά πεδίο. Το PHILOS II μπορεί να φαίνεται μεγαλύτερο ως προς τη συνολική κλίμακα, αλλά η ομαδοποιημένη δομή του εγγράφου δυσχεραίνει την αποτίμηση του αν η κατανομή ανταποκρινόταν στις διαφορετικές ανάγκες κάθε νησιού.

4.5. Η επιχειρησιακή πίεση κατά την περίοδο PHILOS II ήταν έντονη και ανομοιόμορφα κατανεμημένη

Η ανάλυση των μηνιαίων αναφορών επιτρέπει σύγκριση της προγραμματισμένης στελέχωσης με δείκτες επιχειρησιακής πίεσης. Για την περίοδο εφαρμογής του PHILOS II, οι πέντε βασικές νησιωτικές τοποθεσίες κατέγραψαν συνολικά 60.011 αφίξεις, ενώ οι αφίξεις μέσω Έβρου/Φυλακίου ανήλθαν σε 26.646. Για τους διαμένοντες, η πιο αξιόπιστη σειρά δεδομένων αφορά την περίοδο Ιανουαρίου 2022 – Ιουνίου 2024, κατά την οποία η μέγιστη καταγεγραμμένη τιμή για το σύνολο των πέντε νησιών ανήλθε σε 16.139 διαμένοντες και ο μέσος μηνιαίος αριθμός σε περίπου 6.702.

Η πίεση δεν ήταν ομοιόμορφη ανά νησί. Η Λέσβος και η Σάμος παρουσίασαν ιδιαίτερα υψηλή επιβάρυνση ως προς τις αφίξεις, ενώ η Λέρος εμφανίζει χαμηλότερες αφίξεις αλλά υψηλή σχετική πίεση ως προς τους διαμένοντες. Η Κως και η Χίος παρουσιάζουν επίσης σημαντική κινητικότητα, που δεν μπορεί να αποτιμηθεί επαρκώς αν οι πέντε νησιωτικές δομές αντιμετωπίζονται ως ενιαίο σύνολο.

Το κεντρικό εύρημα δεν είναι ότι μπορεί να υπολογιστεί ακριβής αναλογία προσωπικού προς πληθυσμό. Άλλωστε κάτι τέτοιο δεν θα ήταν μεθοδολογικά ασφαλές, καθώς δεν είναι γνωστό αν όλες οι θέσεις ήταν διαρκώς καλυμμένες. Το εύρημα είναι ότι η πίεση ανά νησί ήταν αρκετά διαφοροποιημένη ώστε μια ομαδοποιημένη κατανομή στελέχωσης να περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα αξιολόγησης επάρκειας.

4.6. Το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι παρουσιάζεται ως πιο θεσμοποιημένο μοντέλο, χωρίς ισοδύναμη διαφάνεια στελέχωσης ανά ειδικότητα και τοποθεσία

Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι διαφέρει από τα PHILOS ως προς τον τρόπο παρουσίασής του. Αποτυπώνεται περισσότερο ως οργανωμένη υπηρεσία υγειονομικής κάλυψης εντός δομών υποδοχής και φιλοξενίας. Η σχετική πρόσκληση του TAMEY περιγράφει την αναβάθμιση της υγειονομικής κάλυψης των αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, αλλά δεν παρέχει πίνακα πρόσληψης ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών ανά νησί ή ανά τοποθεσία Έβρου. Συνεπώς, για τον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι δεν είναι δυνατή ούτε η αναλυτική σύγκριση του PHILOS Ι ούτε η ομαδοποιημένη σύγκριση του PHILOS ΙΙ.

Τα στοιχεία εκροών δείχνουν ότι ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι παρήγαγε σημαντικό όγκο υπηρεσιών. Ωστόσο, η ψυχοκοινωνική διάσταση παραμένει δύσκολο να αξιολογηθεί ποιοτικά από αυτούς μόνο τους αριθμούς. Οι 2.988 συνεδρίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης αντιστοιχούν περίπου στο 11,2% των 26.565 συμβουλευτικών επαφών. Αυτό επί της ουσίας είναι ένα ποσοστό που δεν συνιστά από μόνο του ούτε θετικό ούτε αρνητικό εύρημα, αλλά υποδηλώνει ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποτελούσε μέρος, και όχι τον κύριο όγκο, των καταγεγραμμένων επαφών.

Το σημαντικότερο εύρημα είναι ότι ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι παρέχει περισσότερα στοιχεία κάλυψης και εκροών, αλλά όχι ισοδύναμη ανάλυση στελέχωσης ανά ψυχοκοινωνική ειδικότητα και τοποθεσία.

4.7. Η περίοδος εφαρμογής του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι δεν αντιστοιχεί σε χαμηλή επιχειρησιακή πίεση

Η ανάλυση των μηνιαίων αναφορών δείχνει ότι το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι δεν εφαρμόστηκε σε περιβάλλον ηρεμίας. Για την περίοδο Ιουλίου 2024 – Ιουνίου 2025, οι πέντε κύριες νησιωτικές τοποθεσίες κατέγραψαν 23.335 αφίξεις, οι αφίξεις μέσω Έβρου/Φυλακίου ανήλθαν σε 6.922, ενώ οι αφίξεις στην Κρήτη έφτασαν τις 9.973. Ο μέγιστος αριθμός διαμενόντων στα πέντε νησιά ήταν 12.407 και ο μέσος μηνιαίος αριθμός περίπου 9.023.

Σε επίπεδο νησιού, η Σάμος και η Λέσβος είχαν τον μεγαλύτερο αριθμό αφίξεων, ενώ η Σάμος κατέγραψε και τη μεγαλύτερη μέγιστη τιμή διαμενόντων, υποδηλώνοντας ότι η ανομοιόμορφη κατανομή πίεσης συνεχίστηκε και κατά τη φάση εφαρμογής του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι.

Το εύρημα αυτό αποτρέπει μια απλουστευτική ανάγνωση σύμφωνα με την οποία ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι υλοποιήθηκε σε πιο ήρεμο περιβάλλον και άρα μπορούσε ευκολότερα να λειτουργήσει ποιοτικά. Η επίσημη διοικητική πίεση παρέμεινε σημαντική, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εξέταση του αν το πιο οργανωμένο σχήμα κάλυψης συνοδεύτηκε από επαρκείς μηχανισμούς στελέχωσης, παραπομπής, εποπτείας και συνέχειας φροντίδας.

4.8. Η μετάβαση από PHILOS σε ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι αντανακλά κυρίως αλλαγή διακυβέρνησης και όχι αποδεδειγμένη ποιοτική βελτίωση

Μέσα από την ανάλυση των εγγράφων φαίνεται ότι η μετάβαση από το PHILOS στο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Ι δεν μπορεί να αποδοθεί απλώς στη μετατόπιση από ευρωπαϊκή σε εθνική χρηματοδότηση. Και τα δύο προγράμματα συνδέονται με ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά εργαλεία και θα μπορούσαμε να πούμε η ουσιαστική διαφορά

εντοπίζεται στο μοντέλο διακυβέρνησης και υλοποίησης. Το PHILOS II είχε δικαιούχο τον ΕΟΔΥ και χρηματοδοτήθηκε μέσω του εθνικού προγράμματος TAME/AMIF (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου), ενώ το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I εντάσσεται στο πλαίσιο AMIF 2021–2027 και υλοποιείται με ρυθμίσεις που περιλαμβάνουν τον ΔΟΜ και αναδόχους παρόχους υπηρεσιών (TAMEY).

Το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I σηματοδοτεί επομένως ένα πιο θεσμικοποιημένο μοντέλο υποδοχής-υγείας, χωρίς να αποτελεί από μόνο του απόδειξη ποιοτικής βελτίωσης της ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Η ύπαρξη αναδόχου, περισσότερων δεικτών εκροών και διευρυμένης εθνικής κάλυψης ενισχύει τη διοικητική οργάνωση, αλλά δεν απαντά στο αν οι επαγγελματίες διέθεταν επαρκή εργαλεία, εποπτεία, εκπαίδευση, πρόσβαση σε διερμηνεία και λειτουργικές διαδρομές παραπομπής. Τα ερωτήματα αυτά αποτελούν τη γέφυρα προς τα ευρήματα των συνεντεύξεων.

Τα παραπάνω αποτελέσματα υπογραμμίζουν ακόμη μια φορά ότι η ανάλυση εγγράφων μπορεί να τεκμηριώσει τον σχεδιασμό, τις προβλέψεις στελέχωσης, τις επίσημες εκροές και την επιχειρησιακή πίεση. Δεν μπορεί όμως να απαντήσει πλήρως στο πώς λειτούργησαν οι υπηρεσίες στην πράξη (αν οι επαγγελματίες είχαν επαρκή υποστήριξη, αν οι θέσεις ήταν σταθερά καλυμμένες, αν υπήρχε επαγγελματική εξουθένωση, αν οι παραπομπές ολοκληρώνονταν ή αν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αναγνώριζαν επαρκώς τραύμα, ανθεκτικότητα, απώλεια οίκου και κοινωνική αποκατάσταση). Τα ερωτήματα αυτά μεταφέρονται στην επόμενη ενότητα, όπου παρουσιάζονται τα ευρήματα από τις συνεντεύξεις με τους επαγγελματίες πεδίου.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της θεματικής ανάλυσης των συνεντεύξεων με επαγγελματίες πεδίου που εργάστηκαν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προς προσφυγικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα. Η ανάλυση στηρίζεται αποκλειστικά στις οκτώ συνεντεύξεις, με τους συμμετέχοντες να είναι ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί με εμπειρία στα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων οργανώνεται θεματικά και όχι ανά συμμετέχοντα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε ζητήματα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, όπως για παράδειγμα η προετοιμασία και πρόσληψη προσωπικού, εκπαίδευση, σαφήνεια ρόλων, λειτουργία παραπομπών, συνέχεια φροντίδας, υποδομές, εργαλεία, διερμηνεία, εποπτεία, επαγγελματική κόπωση και τη σχέση μεταξύ διοικητικού σχεδιασμού και πραγματικών αναγκών του πεδίου.

Πίνακας 4. Μήτρα θεματικής κάλυψης ανά συμμετέχοντα

Θεματική	Σ1	Σ2	Σ3	Σ4	Σ5	Σ6	Σ7	Σ8
Προετοιμασία / είσοδος στο πεδίο	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Κριτήρια πρόσληψης	✓				✓		✓	
Εκπαίδευση / onboarding		✓	✓		✓		✓	✓
Ασάφεια ρόλων / case management			✓		✓	✓	✓	✓
Παραπομπές / συνέχεια φροντίδας		✓	✓		✓		✓	✓
Στελέχωση / ροές		✓	✓	✓	✓		✓	✓
Υποδομές / διερμηνεία	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Εποπτεία / επαγγελματική κόπωση	✓	✓	✓		✓		✓	✓
Θεωρητικό πλαίσιο / AAD		✓	✓	✓	✓	✓		✓
Διοικητικός σχεδιασμός / data			✓					✓

Σημείωση: Η παρουσία σημείου (✓) υποδηλώνει ότι ο/η συμμετέχων/ουσα θεμάτισε ρητά τη συγκεκριμένη διάσταση στη συνέντευξη, όπως καταγράφηκε κατά τη θεματική ανάλυση. Ο πίνακας αυτός πρέπει να επαληθευτεί έναντι των πραγματικών απομαγνητοφωνήσεων πριν την οριστική υποβολή.

5.1. Συνολική εικόνα των ευρημάτων

Η βασική εικόνα που προκύπτει από τις οκτώ συνεντεύξεις είναι ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης υπήρχαν, χωρίς όμως να λειτουργούν πάντα ως πλήρως οργανωμένο και σταθερό σύστημα φροντίδας. Οι συμμετέχοντες δεν αμφισβητούν ότι πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις, αξιολογήσεις, παραπομπές, συνεδρίες και καθημερινή υποστήριξη. Αντίθετα, αναγνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες στο πεδίο προσπάθησαν να ανταποκριθούν σε πραγματικές και συχνά επείγουσες ανάγκες.

Το κεντρικό πρόβλημα που αναδύεται δεν είναι η πλήρης απουσία υπηρεσιών, αλλά η απόσταση ανάμεσα στην τυπική ύπαρξη ειδικοτήτων και στην ουσιαστική λειτουργία μιας οργανωμένης ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας. Η παρουσία ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών δεν αρκούσε από μόνη της για να διασφαλίσει ποιότητα, συνέχεια και αποτελεσματικότητα· χρειάζονταν εξίσου σαφείς ρόλοι, εκπαίδευση, εποπτεία, κατάλληλοι χώροι, διερμηνεία, εργαλεία, λειτουργικές διαδικασίες παραπομπής και δυνατότητα ουσιαστικής σύνδεσης με το δημόσιο σύστημα υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο είναι ότι μεγάλο μέρος της λειτουργικότητας των υπηρεσιών στηρίχθηκε στην προσωπική προσπάθεια και την αυτοοργάνωση των εργαζομένων. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν συναδελφική μάθηση, άτυπη μεταφορά γνώσης, προσωπική αναζήτηση σεμιναρίων, πρακτική προσαρμογή στα προβλήματα και διαρκή προσπάθεια κάλυψης κενών που δεν είχαν προβλεφθεί επαρκώς από τον σχεδιασμό του προγράμματος.

5.2. Επαγγελματική προετοιμασία - είσοδος στο πεδίο

Ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα αφορά στην περιορισμένη προετοιμασία των επαγγελματιών πριν από την ανάληψη καθηκόντων. Αρκετοί συμμετέχοντες περιέγραψαν την είσοδό τους στο προσφυγικό πεδίο ως πρώτη ή σχεδόν πρώτη ουσιαστική επαγγελματική επαφή με ανθρωπιστικό πλαίσιο. Ο Σ1 ανέφερε ότι πριν από το PHILOS II δεν διέθετε προηγούμενη εμπειρία σε ανθρωπιστικό πεδίο, ενώ η Σ3 είχε κυρίως εθελοντική ή πρακτική εμπειρία μικρής διάρκειας. Αντίστοιχα, η Σ5 και η

Σ7 περιέγραψαν την εργασία στα προγράμματα ως την πρώτη τους ουσιαστική επαφή με το πεδίο.

Ακόμη και οι συμμετέχοντες με προηγούμενη εμπειρία δεν θεώρησαν ότι αυτή αντικαθιστούσε την ανάγκη θεσμικής προετοιμασίας. Ο Σ2 είχε ήδη εργαστεί σε προσφυγικά πλαίσια πριν από το PHILOS, δήλωσε όμως ότι δεν ένιωθε επαρκώς προετοιμασμένος όταν ξεκίνησε. Η Σ4 διέθετε επίσης προηγούμενη εθελοντική και μισθωτή εμπειρία, ανέφερε ωστόσο ότι η εκπαίδευση για τη συγκεκριμένη θέση δεν ήταν οργανωμένη. Ο Σ6, ως πιο έμπειρος κοινωνικός λειτουργός, υποστήριξε ότι η επάρκεια δεν μπορεί να στηρίζεται μόνο στην προσωπική μελέτη ή στην ατομική επιστημονική συγκρότηση.

Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση παρουσιάστηκε από τους περισσότερους συμμετέχοντες ως χρήσιμη, αλλά ανεπαρκής. Οι σπουδές παρείχαν ένα γενικό επαγγελματικό υπόβαθρο, χωρίς όμως να προετοιμάζουν επαρκώς για εργασία με εκτοπισμένους πληθυσμούς, διαπολιτισμικά περιβάλλοντα και δομές υποδοχής. Η Σ8, αναφερόμενη στον ΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι, σημείωσε ότι οι σπουδές της την προετοίμασαν γενικά για ευάλωτες ομάδες, όχι όμως ειδικά για τον προσφυγικό ή εκτοπισμένο πληθυσμό.

5.3. Κριτήρια πρόσληψης και καταλληλότητα προσωπικού

Οι συμμετέχοντες συνέδεσαν την περιορισμένη προετοιμασία και με τον τρόπο πρόσληψης. Η γενική εικόνα είναι ότι οι διαδικασίες επιλογής στηρίζονταν κυρίως σε τυπικά προσόντα όπως για παράδειγμα πτυχία, άδειες άσκησης επαγγέλματος, κοινωνικά κριτήρια και διοικητική μοριοδότηση. Η ειδική εμπειρία στο προσφυγικό πεδίο, η διαπολιτισμική επάρκεια, η ικανότητα εργασίας σε συνθήκες κρίσης και η προηγούμενη ανθρωπιστική εμπειρία δεν φαίνεται να είχαν πάντα το βάρος που απαιτούσε το πεδίο.

Η Σ1 διατύπωσε με σαφήνεια ότι τα κριτήρια πρόσληψης δεν αξιολογούσαν επαρκώς την εμπειρία και την εξειδίκευση. Αναγνώρισε ότι τα κοινωνικά κριτήρια έχουν τη λογική τους σε ένα πλαίσιο δημόσιας διοίκησης, τόνισε όμως ότι ένα τόσο

εξειδικευμένο πεδίο χρειάζεται και αξιολόγηση πραγματικής καταλληλότητας. Η Σ5 περιέγραψε τις πρώτες διαδικασίες ως γραφειοκρατικό διαγωνισμό που έλεγχε κυρίως πτυχία και άδειες, υπογραμμίζοντας ότι η συνέντευξη ως εργαλείο επιλογής θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη αξιολόγηση της καταλληλότητας.

Η Σ7 έδωσε πιο μετριοπαθή εικόνα, αναφέροντας ότι υπήρχε κάποια μοριοδότηση εμπειρίας, η προκήρυξη όμως έμοιαζε περισσότερο με γενική προκήρυξη δημοσίου παρά με εξειδικευμένη επιλογή προσωπικού για ανθρωπιστικό πεδίο.

5.4. Εκπαίδευση, άτυπη μάθηση και απουσία συστηματικού onboarding

Η εκπαίδευση εντός των προγραμμάτων περιγράφηκε ως περιορισμένη, αποσπασματική ή μη επαρκώς προσαρμοσμένη στις ανάγκες του πεδίου. Ο Σ2 ανέφερε ότι υπήρξε ένα αρχικό σεμινάριο και στη συνέχεια επιμορφώσεις από άλλους φορείς, όπως ΜΚΟ ή διεθνείς οργανισμούς, χωρίς ωστόσο να θεωρεί ότι αυτό συγκροτούσε επαρκές εκπαιδευτικό σύστημα. Η Σ5 ανέφερε ότι δεν έλαβε άμεση και οργανωμένη εκπαίδευση, ενώ η Σ7 περιέγραψε εκπαιδεύσεις που προέρχονταν σποραδικά από ΜΚΟ, συναδέλφους και αυτοεκπαίδευση.

Η μάθηση στο πεδίο εμφανίζεται σε όλες σχεδόν τις συνεντεύξεις ως άτυπη διαδικασία. Οι νέοι εργαζόμενοι μάθαιναν από παλαιότερους συναδέλφους, από την καθημερινή πρακτική, από δοκιμή και λάθος, από σεμινάρια τρίτων φορέων και από προσωπική αναζήτηση. Αυτό είχε τη θετική του πλευρά, καθώς καλλιέργησε συναδελφική υποστήριξη και πρακτική γνώση· σήμαινε, όμως, ταυτόχρονα ότι η ποιότητα της υπηρεσίας εξαρτιόταν από το ποιος βρισκόταν κάθε φορά στη δομή και αν υπήρχαν έμπειροι εργαζόμενοι πρόθυμοι να μεταφέρουν γνώση.

Η απουσία οργανωμένου onboarding αναδείχθηκε ιδιαίτερα στις συνεντεύξεις των Σ3 και Σ7. Η Σ3 πρότεινε τουλάχιστον μία εβδομάδα προσαρμογής, με ενημέρωση για τα καθήκοντα, τις διαθέσιμες υπηρεσίες, τα σημεία αναφοράς, τον χώρο και τη δυνατότητα ανατροφοδότησης. Η Σ7 ανέφερε ότι δεν υπήρχε «περίοδος χάριτος» ή οργανωμένη εισαγωγή πριν από την ανάληψη καθηκόντων. Οι αναφορές αυτές

καταδεικνύουν ότι η εισαγωγή στο πεδίο δεν μπορεί να αφεθεί στην άμεση έκθεση του εργαζόμενου στις ανάγκες της δομής.

5.5. Ρόλοι ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών

Η ασάφεια ρόλων αποτελεί ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα της ανάλυσης. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν ότι οι ρόλοι ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών δεν ήταν πάντα σαφώς καθορισμένοι από το πρόγραμμα ή τη διοίκηση. Σε πολλές περιπτώσεις, τα όρια διαμορφώνονταν στην πράξη, μέσα από την καθημερινή συνεργασία των εργαζομένων και την πίεση των αναγκών.

Η Σ3 ανέφερε ότι συχνά μπερδευόταν ο ρόλος του ψυχολόγου με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, επειδή στο πεδίο ο επαγγελματίας «χρειάζεται να γίνει πολλά». Η Σ7 σημείωσε ότι τα όρια έγιναν σαφέστερα επειδή τα έθεσαν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, και όχι επειδή υπήρχε ξεκάθαρη διοικητική καθοδήγηση. Η Σ5 ανέφερε ότι η ασάφεια των ρόλων επηρέαζε και τους ωφελούμενους, καθώς όταν ο επαγγελματίας δεν γνωρίζει μέχρι πού φτάνει ο ρόλος του, δυσκολεύεται να ανταποκριθεί με σαφήνεια στις προσδοκίες τους.

Η Σ8, μιλώντας για τον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι, περιέγραψε έναν ιδιαίτερα διευρυμένο ρόλο κοινωνικού λειτουργού. Η εργασία περιλάμβανε κοινωνική ένταξη, ψυχοκοινωνικές συνεδρίες, οικογενειακή υποστήριξη, καταγραφές, συνοδείες, νοσοκομειακές υποθέσεις, street work και υποστήριξη σε ψυχιατρικά περιστατικά. Η ίδια πρότεινε σαφή διαχωρισμό λειτουργιών, με διαφορετικούς επαγγελματίες για νοσοκομειακές υποθέσεις, street work, καταγραφές και συνεδρίες.

Η απουσία οργανωμένου case management εμφανίζεται επίσης ως σημαντικό κενό. Η Σ5 ανέφερε ότι case management δεν θεωρεί πως γινόταν κατά την πρώτη φάση της εμπειρίας της, ενώ ο Σ6 υποστήριξε ότι δεν υπήρχε σαφές μοντέλο υπηρεσίας ούτε οργανωμένη κατανομή λειτουργιών.

5.6. Παραπομπές και συνέχεια φροντίδας

Οι παραπομπές προς δημόσιες δομές και άλλες υπηρεσίες αποτελούν ένα ακόμα κεντρικό σημείο της ανάλυσης. Οι συμμετέχοντες δεν υποστήριξαν ότι οι παραπομπές ήταν πλήρως ανύπαρκτες. Περιέγραψαν, αντίθετα, ότι υπήρχαν διαδικασίες, δίκτυα, ΜΚΟ, νοσοκομεία και υπηρεσίες προς τις οποίες μπορούσαν θεωρητικά να παραπέμψουν. Το πρόβλημα ήταν ότι η παραπομπή δεν οδηγούσε πάντα σε πραγματική πρόσβαση ή συνέχεια φροντίδας.

Η Σ3 διατύπωσε καθαρά τη διάκριση ανάμεσα στο «θεωρητικά» και στο «πρακτικά». Θεωρητικά υπήρχε διασύνδεση με δημόσιες δομές. Πρακτικά, όμως, οι ελλείψεις και η απουσία σαφών διαδικασιών καθιστούσαν τις παραπομπές δύσκολες. Ο Σ2 ανέφερε ελλείψεις σε ψυχίατρο, νευρολόγο και διερμηνεία, με αποτέλεσμα οι δημόσιες δομές να μην μπορούν πάντα να ανταποκριθούν. Η Σ8, αναφερόμενη στον ΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι, περιέγραψε τη διαδικασία παραπομπής ως γενικά λειτουργική, τόνισε όμως ότι το πρόβλημα ήταν η έλλειψη προσωπικού και διαθέσιμων ειδικοτήτων στο τοπικό δημόσιο σύστημα.

Η Σ5 και η Σ7 ενίσχυσαν την ίδια εικόνα από την πλευρά της κοινωνικής εργασίας. Η Σ5 ανέφερε ότι οι παραπομπές προς νοσοκομεία και δημόσιες υπηρεσίες δεν ήταν στην πράξη ιδιαίτερα λειτουργικές, λόγω εμποδίων μετακίνησης, αποδοχής περιστατικών και διαθέσιμων ραντεβού. Η Σ7 σημείωσε ότι οι δημόσιες δομές δεν μπορούσαν πάντα να απορροφήσουν περιστατικά, ιδίως όταν υπήρχαν ελλείψεις ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών ή άλλων ειδικοτήτων.

5.7. Στελέχωση, ροές και πραγματική λειτουργική επάρκεια

Η στελέχωση αναδείχθηκε ως κεντρικό ζήτημα, οι συμμετέχοντες ωστόσο δεν την προσέγγισαν με απλό αριθμητικό τρόπο. Η βασική διάκριση που προκύπτει είναι ανάμεσα στις προκηρυγμένες θέσεις, στις πραγματικά καλυμμένες θέσεις και στη λειτουργική επάρκεια της υπηρεσίας σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού. Η Σ8 διατύπωσε αυτή τη διάκριση με τον πιο καθαρό τρόπο, αναρωτώμενη αν η επάρκεια

αφορά τις θέσεις που «έχουν βγει» ή τις θέσεις που έχουν πράγματι καλυφθεί. Η απάντησή της για τις δεύτερες ήταν αρνητική.

Η Σ3 προσέφερε μια πιο ισορροπημένη εικόνα, αναφέροντας ότι η στελέχωση δεν ήταν πάντα ανεπαρκής. Σε ορισμένες φάσεις μπορούσε να επαρκεί, όταν όμως αυξάνονταν οι ροές ή αποχωρούσαν εργαζόμενοι, η παροχή υπηρεσιών δυσκολευόταν σημαντικά. Η Σ4 ανέφερε ότι στη δική της δομή υπήρχαν επαγγελματίες και ότι ορισμένοι παρέμειναν για αρκετά χρόνια, καλλιεργώντας άτυπη κουλτούρα εργασίας. Το στοιχείο αυτό καταδεικνύει ότι δεν υπήρχε ομοιόμορφη εμπειρία σε όλες τις δομές και περιόδους.

Η σχετική αριθμητική παρουσία προσωπικού δεν σήμαινε ωστόσο απαραίτητα οργανωμένη υπηρεσία. Ο Σ2 προέβη σε μια ιδιαίτερα σημαντική διάκριση: αν στόχος ήταν μία σύντομη αξιολόγηση ευαλωτότητας, το προσωπικό ίσως επαρκούσε. Αν όμως στόχος ήταν συστηματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη και follow-up, τότε το προσωπικό δεν επαρκούσε. Η διάκριση αυτή μεταφέρει τη συζήτηση από τον αριθμό των θέσεων στον πραγματικό σκοπό της υπηρεσίας.

Η Σ5 ανέφερε χαρακτηριστικά περίοδο περίπου ενάμιση έτους χωρίς ψυχολόγο, ενώ άλλες υπηρεσίες συνέχιζαν να παραπέμπουν περιστατικά για ψυχολογική υποστήριξη. Η Σ7, από την πλευρά της, ανέφερε ότι υπήρχε ένας πυρήνας προσωπικού που παρέμεινε χρόνια, παράλληλα όμως πολλοί εργαζόμενοι έρχονταν και έφευγαν, συχνά χωρίς εμπειρία, δημιουργώντας ανάγκη συνεχούς άτυπης επανεκπαίδευσης.

5.8. Υποδομές, εξοπλισμός, ιδιωτικότητα και διερμηνεία

Ένα ακόμη ζήτημα που αναδύθηκε είναι το γεγονός ότι η ποιότητα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται από πολύ πρακτικές προϋποθέσεις. Η κατοχή της κατάλληλης ειδικότητας δεν αρκεί από μόνη της για να παρέχουν οι επαγγελματίες ουσιαστική υποστήριξη. Οι επαγγελματίες χρειάζονται χώρο, ιδιωτικότητα, υπολογιστές, τηλέφωνα, ασφαλή τήρηση αρχείων, φόρμες, διερμηνεία και λειτουργική διοικητική υποστήριξη.

Η Σ3 περιέγραψε προβλήματα ιδιωτικότητας, με χώρους όπου υπήρχε κόσμος απ' έξω και χρειαζόταν να κλείνουν πόρτες ή παντζούρια κατά τη διάρκεια συνεδριών. Η Σ1 αναφέρθηκε σε παλιούς και ασυντήρητους χώρους, κοντέινερ, προβλήματα ιδιωτικότητας και απουσία ασφαλούς αποθήκευσης αρχείων. Ο Σ2 ανέφερε χαρακτηριστικά ένα γραφείο για 11–12 ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς και μόλις δύο υπολογιστές για 12 άτομα. Η Σ8 περιέγραψε την εικόνα «σε ένα κουτί πέντε άτομα», τονίζοντας την ανάγκη κάθε επαγγελματίας να διαθέτει χώρο εργασίας και χώρο για συνεδρίες.

Η διερμηνεία αναδείχθηκε ως κρίσιμο στοιχείο ποιότητας. Ο Σ6 τη χαρακτήρισε βασική προϋπόθεση της ψυχοκοινωνικής εργασίας, πριν ακόμη και από άλλα τεχνικά εργαλεία. Η Σ5 σημείωσε ότι η διερμηνεία μπορεί να βοηθήσει ή να βλάψει, ανάλογα με την εκπαίδευση, την πολιτισμική επάρκεια και τη στάση του διερμηνέα. Η Σ7 ανέφερε ότι οι διερμηνείς ήταν περιορισμένοι αριθμητικά και όχι πάντα εκπαιδευμένοι σε ζητήματα δεοντολογίας.

Τα εργαλεία και τα πρωτόκολλα παρουσίασαν παρόμοια εικόνα. Σε αρκετές περιπτώσεις υπήρχαν φόρμες, οδηγίες ή πρωτόκολλα, χωρίς όμως να συνοδεύονται από επαρκή εκπαίδευση ή προσαρμογή στο πεδίο. Η Σ4 ανέφερε ότι υπήρχαν πρωτόκολλα και οδηγίες, αλλά χωρίς επαρκή εκπαίδευση στη χρήση τους. Η Σ5 τόνισε ότι οι φόρμες δεν αναπροσαρμόζονταν στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πεδίου. Η Σ8 ανέφερε ότι υπήρχαν εργαλεία, αλλά η εκπαίδευση στη χρήση τους περιορίστηκε ουσιαστικά στο «αυτά είναι, έτσι λειτουργούν».

5.9. Εποπτεία, υποστήριξη προσωπικού και επαγγελματική κόπωση

Η έλλειψη εποπτείας αποτελεί ένα από τα πιο έντονα επαναλαμβανόμενα ευρήματα. Οι συμμετέχοντες δεν περιγράφουν τη συστηματική εποπτεία ως οργανικό στοιχείο των προγραμμάτων. Αναφέρουν, αντίθετα, ότι η υποστήριξη προερχόταν κυρίως από συναδέλφους ή από προσωπική προσπάθεια. Ο Σ2 ανέφερε ότι δεν υπήρχε καθοδήγηση περιστατικών για τους ψυχολόγους. Η Σ5 αντέδρασε έντονα στη λέξη «εποπτεία», δηλώνοντας ότι δεν υπήρχε σε καμία περίπτωση, ιδίως στα δύο πρώτα προγράμματα

της εμπειρίας της. Η Σ8, στον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ Ι, εξέφρασε την ανάγκη για εποπτεία σε ενεργά περιστατικά.

Η επαγγελματική κόπωση εμφανίζεται σε πολλές συνεντεύξεις ως αποτέλεσμα των συνθηκών εργασίας. Η Σ3 περιέγραψε έντονη κόπωση και επανεμφάνιση συμπτωμάτων όταν προσπάθησε να επιστρέψει στο πεδίο. Η Σ5 αναφέρθηκε σε προσωπική και συναδελφική εξουθένωση, ηθική πίεση και αλλαγή επαγγελματικής κατεύθυνσης. Η Σ7 σημείωσε ότι πολλοί συνάδελφοι εγκατέλειψαν το πεδίο ή είδαν την αποδοτικότητά τους να μειώνεται, ενώ η ίδια δεν επέστρεψε. Η Σ1 ανέφερε ότι είδε συναδέλφους να αποχωρούν και να μην επιθυμούν πλέον να μιλούν για την εμπειρία.

Η διατήρηση προσωπικού συνδέεται επίσης με τις συμβάσεις, τις αμοιβές και την εργασιακή ασφάλεια. Ο Σ2 αναφέρθηκε σε δίμηνες και τρίμηνες συμβάσεις που δυσκόλευαν τη σταθερότητα της σχέσης με τους ωφελούμενους. Η Σ5 συνέδεσε τις αλλαγές συμβάσεων, τις αμοιβές και την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους εργοδότες με τις αποχωρήσεις προσωπικού. Η Σ8 πρότεινε καλύτερο μισθολογικό κίνητρο, αναγνωρίζοντας τη δυσκολία του πληθυσμού και του πλαισίου.

5.10. Θεωρητικό πλαίσιο, ακούσια μετοίκηση και κατανόηση των αναγκών

Οι συνεντεύξεις έδειξαν ότι δεν υπήρχε κοινό και οργανωμένο θεωρητικό ή πρακτικό πλαίσιο για την κατανόηση της ακούσιας μετοίκησης. Οι συμμετέχοντες δεν περιέγραψαν ότι τους παρουσιάστηκε συστηματικά ένα πλαίσιο που να περιλαμβάνει έννοιες όπως απώλεια οίκου, νοσταλγικός αποπροσανατολισμός, χωρισμός από την οικογένεια, διατάραξη ταυτότητας, κοινοτική υποστήριξη, ανθεκτικότητα ή δυνατότητα αποκατάστασης μετά την αντιξοότητα.

Η Σ3 ανέφερε ότι τέτοιες έννοιες «τις ψάχνεις μόνη σου». Ο Σ2 δήλωσε ότι δεν παρουσιάστηκε ολιστικό πλαίσιο πέρα από τη γενική διαχείριση τραύματος ή ευαλωτότητας. Η Σ5 ανέφερε ότι δεν υπήρξε οργανωμένο πλαίσιο για την ψυχική δυσφορία των προσφύγων, την απώλεια οίκου, την ταυτότητα ή την ανθεκτικότητα. Η Σ4 περιέγραψε την απουσία κοινού πρίσματος ως κατάσταση όπου κάθε επαγγελματίας αφηνόταν να λειτουργήσει με βάση τη δική του κρίση.

Οι συνεντεύξεις προειδοποιούν, ταυτόχρονα, ότι η θεωρία δεν πρέπει να παραμείνει αφηρημένη. Ο Σ6 στάθηκε ιδιαίτερα κριτικός απέναντι σε μια στενά τραυματοκεντρική προσέγγιση, υποστηρίζοντας ότι οι επαγγελματίες χρειάζονται και εργαλεία κοινωνικής ανθρωπολογίας, κατανόηση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και προσοχή στις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων (έγγραφα, εργασία, στέγαση, οικογένεια, καθημερινή επιβίωση). Η Σ8, από την πλευρά της, ανέδειξε ότι ένα θεωρητικό πλαίσιο αποκτά νόημα μόνο όταν μεταφράζεται σε πρακτική εκπαίδευση, εποπτεία και συγκεκριμένες οδηγίες.

5.11. Διοικητικός σχεδιασμός, δεδομένα και πραγματικές ανάγκες

Ένα ισχυρό εύρημα αφορά την απόσταση ανάμεσα στον διοικητικό σχεδιασμό και στην πραγματικότητα του πεδίου. Οι συμμετέχοντες δεν αμφισβήτησαν την ανάγκη διοίκησης, καταγραφών ή διαδικασιών. Η κριτική τους αναδεικνύει, αντίθετα, την αναζήτηση καλύτερης διοίκησης, πιο συνδεδεμένης με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας και τις ανάγκες των ωφελουμένων.

Η Σ3 ανέφερε ότι υπάρχει μεγάλη απόσταση ανάμεσα στο πώς οργανώνεται διοικητικά η υπηρεσία και στο πώς εφαρμόζεται στο πεδίο. Πρότεινε τη συνεχή ή κυκλική παρουσία ανθρώπων του πεδίου στον διοικητικό σχεδιασμό, ώστε οι αποφάσεις να μη λαμβάνονται αποκομμένα από τις δομές. Η Σ8 διατύπωσε την κριτική ότι «περισσότερο τους νοιάζει τα data» και όχι η ποιότητα των υπηρεσιών, συνοψίζοντας την εμπειρία της ως «πολλή διαδικασία και λίγες πράξεις».

5.12. Σύγκριση των τριών προγραμμάτων

Η σύγκριση των προγραμμάτων μέσα από τις συνεντεύξεις πρέπει να γίνει με προσοχή, καθώς δεν διέθεταν όλοι οι συμμετέχοντες άμεση εμπειρία από όλα τα προγράμματα. Οι Σ2, Σ6 και Σ7 μίλησαν κυρίως για το PHILOS I και το PHILOS II. Οι Σ4 και Σ5 είχαν εμπειρία μετάβασης από το PHILOS II στον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ I, ενώ η Σ8 είχε άμεση εμπειρία από τον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ I. Οι Σ1 και Σ3 αφορούν κυρίως το PHILOS II.

Όσον αφορά τη σχέση PHILOS I και PHILOS II, η εικόνα που προκύπτει είναι ότι υπήρξε κάποια συνέχεια και πιθανώς μερική μάθηση, όχι όμως ριζική επίλυση των βασικών προβλημάτων. Ο Σ2 αναγνώρισε ότι το PHILOS II ενδέχεται να βελτίωσε ορισμένα στοιχεία, ιδίως ως συνέχεια εμπειρίας του PHILOS I, μετέφερε όμως βασικές δυσκολίες σε στελέχωση, εξοπλισμό, γραφειοκρατία και εποπτεία. Η Σ7 ανέφερε ότι το PHILOS II «πάτησε» πάνω στο PHILOS I και ίσως εξελίχθηκε σε κάποιο βαθμό, τα βασικά ζητήματα όμως δεν λύθηκαν.

Για τον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ I, η εικόνα είναι πιο σύνθετη. Η Σ4 ανέφερε ότι ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I φαινόταν κάπως πιο οργανωμένος ως πρόγραμμα, χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται απαραίτητα βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η Σ5 διατύπωσε ακόμη πιο καθαρά ότι η μετάβαση από PHILOS σε ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ άλλαξε το διοικητικό μοντέλο, χωρίς να αλλάξει την ουσία της καθημερινής εμπειρίας. Η Σ8, με την άμεση εμπειρία της στον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ I, επιβεβαίωσε ότι ακόμη και στο νεότερο πρόγραμμα παρέμεναν ζητήματα πραγματικής κάλυψης θέσεων, επάρκειας προσωπικού, ρόλων, υποδομών, εποπτείας και σχέσης με το δημόσιο σύστημα υγείας.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η ερμηνευτική σύνθεση των δύο βασικών αξόνων των αποτελεσμάτων της εργασίας: της ανάλυσης των επίσημων εγγράφων και προγραμμάτων, αφενός, και της θεματικής ανάλυσης των συνεντεύξεων με επαγγελματίες πεδίου, αφετέρου. Η συζήτηση δεν επαναλαμβάνει τα ευρήματα, αλλά επιχειρεί να αναδείξει τι σημαίνουν όταν διαβαστούν μαζί.

Η εργασία εκκίνησε από τη διαπίστωση ότι οι πληθυσμοί που βιώνουν ακούσια μετοίκηση έχουν σύνθετες ανάγκες, οι οποίες δεν περιορίζονται στη σωματική υγεία ή στην άμεση υλική υποστήριξη. Η ψυχική υγεία, η κοινωνική στήριξη, η πρόσβαση σε υπηρεσίες, η αποκατάσταση σχέσεων και η δυνατότητα επανασυγκρότησης της καθημερινότητας συνιστούν βασικές διαστάσεις μιας ολοκληρωμένης ανταπόκρισης.

Η διπλωματική εργασία κάνει ορατό ότι η ελληνική εμπειρία της περιόδου 2017–2025 κινείται ακριβώς μέσα σε αυτή την ένταση. Από τη μία πλευρά, τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I ενσωμάτωσαν ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς στον σχεδιασμό τους και αναγνώρισαν την ανάγκη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Από την άλλη, τόσο η ανάλυση των εγγράφων όσο και οι συνεντεύξεις δείχνουν προς μια κατεύθυνση που δηλώνει ότι η ύπαρξη θέσεων ή εκροών δεν αρκεί για να τεκμηριώσει ολοκληρωμένη υπηρεσία. Το κεντρικό ζήτημα είναι η μετάβαση από την τυπική πρόβλεψη στην πραγματική λειτουργική ποιότητα.

6.1. Σύνδεση των ευρημάτων με τη βιβλιογραφία

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν βασικές θέσεις της βιβλιογραφίας για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, την ψυχική υγεία προσφύγων και την εφαρμογή παρεμβάσεων σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα. Πρωτίστως, η εργασία επιβεβαιώνει τη χρησιμότητα του σχήματος του Donabedian για τη διάκριση ανάμεσα σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα. Στην περίπτωση των PHILOS I, PHILOS II και ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, η δομή εμφανίζεται κυρίως μέσα από θέσεις, ειδικότητες, χρηματοδότηση, φορείς υλοποίησης και επίσημες προβλέψεις. Τα ευρήματα δείχνουν, ωστόσο, ότι η δομή από μόνη της δεν αρκεί για να τεκμηριώσει ποιότητα. Ουσιαστικά, η ποιότητα εξαρτάται από τις διαδικασίες: εκπαίδευση, εποπτεία, παραπομπές,

διερμηνεία, case management, συνέχεια φροντίδας και δυνατότητα προσαρμογής στο πεδίο.

Με αυτή την έννοια, η εργασία επιβεβαιώνει ότι οι δείκτες παραγωγής ή διοικητικής κάλυψης δεν πρέπει να συγχέονται με δείκτες ποιότητας. Ένα πρόγραμμα μπορεί να αναφέρει θέσεις, συνεδρίες, αξιολογήσεις ή παραπομπές, χωρίς αυτό να απαντά πλήρως στο αν οι υπηρεσίες ήταν προσβάσιμες, συνεχείς, πολιτισμικά κατάλληλες ή θεραπευτικά και κοινωνικά χρήσιμες.

Τα ευρήματα συνδέονται επίσης με τη βιβλιογραφία για την ψυχική υγεία προσφύγων και αιτούντων άσυλο, η οποία υποστηρίζει ότι η ψυχική δυσφορία δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά ως ατομικό τραύμα. Όπως έχει αναδειχθεί στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες, η αβεβαιότητα, η πρόσβαση σε υπηρεσίες, η στέγαση, η κοινωνική απομόνωση και η διαδικασία ασύλου επηρεάζουν ουσιαστικά την ψυχική υγεία. Οι συνεντεύξεις της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν αυτή τη θέση: οι επαγγελματίες δεν περιέγραψαν τις ανάγκες των ωφελουμένων μόνο ως ψυχολογικά συμπτώματα, αλλά ως σύνθετες κοινωνικές, διοικητικές και πρακτικές δυσκολίες που απαιτούσαν διασύνδεση με υπηρεσίες, παραπομπές, διερμηνεία και καθημερινή υποστήριξη.

Η σύνδεση με το πολυεπίπεδο μοντέλο MHPSS είναι εξίσου σημαντική. Η βιβλιογραφία MHPSS τονίζει ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα δεν πρέπει να περιορίζεται σε εξειδικευμένες ατομικές παρεμβάσεις, αλλά να περιλαμβάνει βασικές υπηρεσίες, κοινοτική υποστήριξη, οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς, καθώς και πιο εξειδικευμένη φροντίδα όπου χρειάζεται. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας καταδεικνύουν ότι τα ελληνικά προγράμματα κινήθηκαν περισσότερο προς την κάλυψη άμεσων αναγκών και την παροχή βασικών ή εξειδικευμένων υπηρεσιών, χωρίς όμως να τεκμηριώνεται πάντα μια συνεκτική πολυεπίπεδη λογική παρέμβασης.

Παράλληλα, τα ευρήματα συνομιλούν με τη βιβλιογραφία για την πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα. Οι Kirmayer και συνεργάτες έχουν υπογραμμίσει ότι οι υπηρεσίες για πρόσφυγες οφείλουν να είναι όχι μόνο διαθέσιμες, αλλά και πολιτισμικά κατάλληλες, ενταγμένες στο σύστημα και ικανές να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες

εμπειρίες των εκτοπισμένων. Στην παρούσα έρευνα, η διερμηνεία, η πολιτισμική κατανόηση και η συνεργασία με διερμηνείς αναδείχθηκαν ως καθοριστικές προϋποθέσεις ποιότητας.

Το πλαίσιο του Ρένου Παπαδόπουλου βοηθά να ερμηνευθεί ένα ακόμη επίπεδο των ευρημάτων. Η βιβλιογραφία του για την ακούσια μετοίκηση, την απώλεια οίκου, την ταυτότητα, την ανθεκτικότητα και την Ανάπτυξη μέσω Αντιξοότητας επιτρέπει να δούμε τους εκτοπισμένους πληθυσμούς πέρα από τη στενή κατηγορία του τραύματος ή της ευαλωτότητας. Οι συνεντεύξεις καταδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονταν συχνά στην πράξη αυτές τις διαστάσεις, χωρίς ωστόσο να φαίνεται να υπάρχει κοινό θεωρητικό ή πρακτικό πλαίσιο που να τις μετατρέπει σε οργανωμένη παρέμβαση. Η συμβολή του Παπαδόπουλου στην παρούσα εργασία δεν έγκειται, επομένως, στη μετατόπιση της μελέτης προς καθαρά ψυχοθεωρητική κατεύθυνση, αλλά στην προσφορά μιας γλώσσας που θα μπορούσε να ενσωματωθεί σε εκπαίδευση, εποπτεία και case management.

Η έρευνα συνδέεται επίσης με τη βιβλιογραφία της εφαρμογής προγραμμάτων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ένα κλασικό implementation gap: η ύπαρξη σχεδιασμού ή χρηματοδότησης δεν εγγυάται την επιτυχή εφαρμογή. Η εφαρμογή επηρεάζεται από τοπικούς πόρους, ανθρώπινο δυναμικό, ηγεσία, εργαλεία, οργανωτική κουλτούρα, μηχανισμούς ανατροφοδότησης και πραγματική δυνατότητα προσαρμογής. Στην ελληνική περίπτωση, το κενό εφαρμογής αποτυπώνεται στη διαφορά ανάμεσα στις επίσημες προβλέψεις και στις εμπειρίες των επαγγελματιών σχετικά με κενές θέσεις, ασαφείς ρόλους, ανεπαρκή εποπτεία, περιορισμένους χώρους και δυσκολίες παραπομπών.

Τέλος, τα ευρήματα ενισχύουν τη διεθνή συζήτηση για το ανθρώπινο δυναμικό σε ανθρωπιστικά πλαίσια. Η επαγγελματική κόπωση, η δευτερογενής επιβάρυνση, η αστάθεια συμβάσεων και η αποχώρηση έμπειρων εργαζομένων δεν συνιστούν περιφερειακά ζητήματα· αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της φροντίδας. Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η βιωσιμότητα των υπηρεσιών εξαρτάται από τη βιωσιμότητα των ίδιων των επαγγελματιών.

6.2. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ως θεσμική πρόβλεψη και όχι πάντοτε ως πλήρες μοντέλο υπηρεσίας

Το πρώτο βασικό συμπέρασμα της εργασίας είναι ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη δεν απουσίαζε από τα προγράμματα. Στα επίσημα έγγραφα, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζονται ως αναγνωρισμένες ειδικότητες, ενώ η ψυχοκοινωνική διάσταση εντάσσεται στο ευρύτερο σχήμα υγειονομικής κάλυψης αιτούντων άσυλο και προσφύγων. Το στοιχείο αυτό έχει σημασία, καθώς αποτρέπει μια υπερβολική ή άδικη διατύπωση περί πλήρους αγνόησης της ψυχικής υγείας.

Η πιο ακριβής ερμηνεία είναι ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα αναγνωρίστηκε, χωρίς όμως να τεκμηριωθεί πάντα ως ολοκληρωμένο μοντέλο υπηρεσίας. Τα επίσημα έγγραφα αποτυπώνουν θέσεις, προϋπολογισμούς, φορείς υλοποίησης, διοικητικούς στόχους και, σε ορισμένες περιπτώσεις, εκροές. Δεν αποτυπώνουν, ωστόσο, με την ίδια σαφήνεια αν υπήρχαν ελάχιστα πρότυπα ποιότητας, σταθεροί μηχανισμοί εποπτείας, κοινά εργαλεία, οργανωμένο case management, διασφάλιση συνέχειας φροντίδας ή ειδική εκπαίδευση για το ανθρωπιστικό πεδίο.

Το κενό αυτό επιβεβαιώνεται από τις συνεντεύξεις. Οι επαγγελματίες δεν αμφισβητούν ότι πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις, παραπομπές, συνεδρίες και υποστήριξη. Αναγνωρίζουν, αντίθετα, ότι οι ομάδες πεδίου προσπάθησαν να ανταποκριθούν σε πραγματικές και συχνά επείγουσες ανάγκες. Το πρόβλημα που αναδεικνύουν είναι ότι μεγάλο μέρος της λειτουργικότητας στηρίχθηκε στην ατομική προσπάθεια, στην άτυπη μάθηση και στην αυτοοργάνωση των εργαζομένων.

6.3. Η απόσταση ανάμεσα στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή

Η ανάλυση των εγγράφων και οι συνεντεύξεις συγκλίνουν στο ότι υπήρχε απόσταση ανάμεσα στον επίσημο σχεδιασμό και στην καθημερινή εφαρμογή. Τα προγράμματα προέβλεπαν ειδικότητες και κάλυψη αναγκών, οι επαγγελματίες όμως περιγράφουν δυσκολίες σε επίπεδο πραγματικής στελέχωσης, σαφήνειας ρόλων, υποδομών, διερμηνείας, παραπομπών και εποπτείας.

Η απόσταση αυτή δεν σημαίνει ότι τα προγράμματα απέτυχαν πλήρως. Μπορεί να ερμηνευθεί ωστόσο ότι η υλοποίηση σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης απαιτεί περισσότερα από διοικητική πρόβλεψη. Χρειάζεται συνεχή προσαρμογή, συλλογή ανατροφοδότησης από το πεδίο και δυνατότητα αλλαγής του σχεδιασμού όταν οι ανάγκες μεταβάλλονται.

Επίσημος σχεδιασμός Τι προβλεπόταν στα έγγραφα	κενό εφαρμογής	Εμπειρία πεδίου Τι βίωσαν οι επαγγελματίες
Στελέχωση θέσεις ψυχολόγων & κοιν. λειτουργών προβλέπονται	----->	Κενές θέσεις, αποχωρήσεις, βραχύχρονες συμβάσεις, δυσκολία διατήρησης
Εκπαίδευση δεν αναφέρεται στα επίσημα έγγραφα	----->	Αποσπασματική, άτυπη, εξαρτημένη από ΜΚΟ ή συναδέλφους
Εποπτεία δεν αναφέρεται στα επίσημα έγγραφα	----->	Απουσία ή ανεπαρκής — βασική αδυναμία σε όλα τα προγράμματα
Παραπομπές referral pathway υπάρχει τυπικά	----->	Δεν οδηγεί πάντα σε πραγματική πρόσβαση· εμπόδια, αναμονές, ελλείψεις
Υποδομές χώροι & εξοπλισμός δεν εξειδικεύονται	----->	Ακατάλληλοι χώροι, έλλειψη ιδιωτικότητας, ανεπαρκής εξοπλισμός
Διερμηνεία προβλέπεται ως υποστήριξη	----->	Ανεπαρκής αριθμός, χωρίς εκπαίδευση δεοντολογίας

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση την ανάλυση εγγράφων και τις συνεντεύξεις.

Σχήμα 8. Σύγκριση επίσημου σχεδιασμού και εμπειρίας πεδίου σε έξι διαστάσεις ποιότητας ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία με βάση την ανάλυση εγγράφων (Κεφ. 4) και τις συνεντεύξεις (Κεφ. 5).

Η σύγκριση αυτή καταδεικνύει ότι η εξέλιξη των προγραμμάτων δεν μπορεί να παρουσιαστεί απλώς ως γραμμική πρόοδος. Υπήρξαν αλλαγές στη διακυβέρνηση, στη χρηματοδότηση, στους φορείς υλοποίησης και στον τρόπο παρουσίασης των υπηρεσιών. Η ποιοτική βελτίωση, ωστόσο, δεν αποδεικνύεται μόνο από τη διοικητική αναδιοργάνωση αλλά οφείλει να αποτυπώνεται στο ίδιο το πεδίο (στην εμπειρία των επαγγελματιών, στην πρόσβαση των ωφελουμένων, στη συνέχεια φροντίδας και στη δυνατότητα ουσιαστικής υποστήριξης).

6.4. Στελέχωση, φόρτος και πραγματική λειτουργική επάρκεια

Ένα από τα πιο σημαντικά συμπεράσματα αφορά τη στελέχωση. Η ύπαρξη προκηρυγμένων ή εγκεκριμένων θέσεων δεν πρέπει να ταυτίζεται με πραγματική λειτουργική επάρκεια και τούτο αναδείχθηκε τόσο από την ανάλυση εγγράφων όσο και από τις συνεντεύξεις. Τα επίσημα έγγραφα μπορούν να αποτυπώσουν πόσες θέσεις προβλέφθηκαν αλλά δεν μπορούν να δείξουν αν οι θέσεις καλύφθηκαν σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος, αν υπήρξαν κενά, πόσο γρήγορα αντικαταστάθηκαν οι αποχωρήσεις ή αν το προσωπικό διαθέτε την εμπειρία και την υποστήριξη που απαιτούσε το πεδίο.

Οι συνεντεύξεις δίνουν περιεχόμενο σε αυτό το κενό. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν περιόδους ανεπαρκούς κάλυψης, αποχωρήσεις, συμβάσεις μικρής διάρκειας, δυσκολία διατήρησης προσωπικού και ανάγκη συνεχούς άτυπης εκπαίδευσης νέων εργαζομένων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάκριση ανάμεσα στο προσωπικό που επαρκεί για μια σύντομη αξιολόγηση ευαλωτότητας και στο προσωπικό που απαιτείται για συστηματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η διάκριση αυτή μετακινεί τη συζήτηση από το «πόσοι επαγγελματίες υπήρχαν» στο «τι είδους υπηρεσία αναμενόταν να παρέχουν».

Η επιχειρησιακή πίεση ενισχύει τη σημασία του ζητήματος. Οι αφίξεις και οι διαμένοντες δεν αποτελούν άμεσο δείκτη ψυχικής ανάγκης, αποτυπώνουν όμως το περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούσαν οι υπηρεσίες. Όταν οι ροές αυξάνονται, όταν οι δομές έχουν υψηλό αριθμό διαμενόντων ή όταν μια περιοχή δέχεται ανομοιόμορφη πίεση, η στελέχωση οφείλει να υπολογίζεται δυναμικά. Η σταθερή πρόβλεψη θέσεων δεν αρκεί αν δεν συνοδεύεται από μηχανισμό αναπροσαρμογής.

Στο πλαίσιο αυτό, η επάρκεια στελέχωσης πρέπει να αξιολογείται μέσα από πολλαπλούς δείκτες: αριθμό ενεργών περιστατικών ανά επαγγελματία, χρόνο αναμονής, ποσοστό ολοκληρωμένων παραπομπών, αναλογία διερμηνέων, διαθεσιμότητα χώρων, διάρκεια κενών θέσεων και ρυθμό αποχώρησης προσωπικού.

6.5. Εκπαίδευση, εποπτεία και διατήρηση γνώσης

Ένα δεύτερο κεντρικό ζήτημα αφορά την εκπαίδευση και την εποπτεία. Οι συνεντεύξεις οδηγούν στο ότι αρκετοί επαγγελματίες εισήλθαν στο πεδίο με περιορισμένη ειδική εμπειρία σε ανθρωπιστικά ή προσφυγικά περιβάλλοντα. Αυτό δεν συνιστά από μόνο του πρόβλημα, καθώς κάθε σύστημα χρειάζεται να εντάσσει νέους επαγγελματίες· το πρόβλημα προκύπτει όταν η είσοδος στο πεδίο δεν συνοδεύεται από οργανωμένη προετοιμασία.

Οι συμμετέχοντες περιγράφουν εκπαίδευση αποσπασματική, άτυπη ή εξαρτημένη από τρίτους φορείς. Η μάθηση συχνά προέκυπτε από συναδέλφους, από προσωπική αναζήτηση, από σεμινάρια ΜΚΟ ή από την καθημερινή εμπειρία. Το πεδίο, με άλλα λόγια, παρήγαγε γνώση, χωρίς όμως η γνώση αυτή να θεσμοποιείται επαρκώς μιας και όταν αποχωρούσαν έμπειροι επαγγελματίες, χανόταν μαζί τους και μέρος της άτυπης μνήμης της υπηρεσίας.

Η εποπτεία εμφανίζεται ως ακόμη μεγαλύτερο κενό. Στις συνεντεύξεις δεν περιγράφεται ως σταθερό και οργανικό στοιχείο των προγραμμάτων. Η εποπτεία, ωστόσο, δεν είναι πολυτέλεια, ούτε αφορά μόνο τη συναισθηματική ανακούφιση των εργαζομένων. Αντίθετως, είναι μηχανισμός ποιότητας. Βοηθά στη διαχείριση δύσκολων περιστατικών, στη διατήρηση επαγγελματικών ορίων, στην προστασία του ωφελούμενου, στην αντιμετώπιση ηθικών διλημάτων και στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η απουσία εκπαίδευσης και εποπτείας συνδέεται άμεσα με τη διατήρηση προσωπικού. Η επαγγελματική κόπωση, οι αποχωρήσεις και η απροθυμία ορισμένων επαγγελματιών να ξαναμιλήσουν για την εμπειρία τους δεν συνιστούν απλώς μεθοδολογικό περιορισμό, αποτελούν τα ίδια, εύρημα για τη βιωσιμότητα του συστήματος. Ένα πρόγραμμα που εξαρτάται από εργαζόμενους οι οποίοι φθείρονται γρήγορα, αποχωρούν ή παραμένουν χωρίς στήριξη, δυσκολεύεται να διατηρήσει ποιότητα και συνέχεια.

6.6. Ρόλοι, παραπομπές και συνέχεια φροντίδας

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι ρόλοι ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών δεν ήταν πάντοτε σαφώς καθορισμένοι. Στο πεδίο, οι επαγγελματίες καλούνταν συχνά να καλύψουν πολλαπλές λειτουργίες: αξιολογήσεις, καταγραφές, συνοδείες, παραπομπές, συνεδρίες, γραφειοκρατικές διαδικασίες, διασύνδεση με υπηρεσίες και διαχείριση επειγόντων περιστατικών. Η διεπιστημονικότητα είναι αναγκαία, χωρίς όμως σαφή όρια μπορεί να οδηγήσει σε role overload και σε διάχυση ευθύνης.

Η απουσία οργανωμένου case management αναδείχθηκε ως σημαντικό κενό. Για πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση, οι ανάγκες είναι πολυεπίπεδες και συχνά αλληλένδετες (ψυχική υγεία, στέγαση, άσυλο, ιατρική περίθαλψη, οικογένεια, παιδική προστασία, εργασία και καθημερινή ασφάλεια). Χωρίς case management, η υποστήριξη κινδυνεύει να παραμείνει αποσπασματική, με την παραπομπή να λειτουργεί ως διοικητική πράξη και όχι ως πραγματική συνέχεια φροντίδας.

Οι παραπομπές αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα. Τα προγράμματα και οι επαγγελματίες μπορούσαν να παραπέμπουν σε νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες, ΜΚΟ ή άλλους φορείς. Οι συνεντεύξεις δείχνουν, ωστόσο, ότι η παραπομπή δεν οδηγούσε πάντα σε πραγματική πρόσβαση. Η έλλειψη ειδικοτήτων, οι αναμονές, τα προβλήματα διερμηνείας, οι δυσκολίες μετακίνησης και η περιορισμένη χωρητικότητα του δημόσιου συστήματος επηρέαζαν την έκβαση.

6.7. Υποδομές, διερμηνεία και υλικές προϋποθέσεις ποιότητας

Ένα σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι η ποιότητα της ψυχοκοινωνικής φροντίδας εξαρτάται από πρακτικές και υλικές προϋποθέσεις. Η ειδικότητα του επαγγελματία δεν αρκεί αν δεν υπάρχουν κατάλληλοι χώροι, ιδιωτικότητα, εξοπλισμός, ασφαλής διαχείριση αρχείων και επαρκής διερμηνεία. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων περιγράφησαν επανειλημμένα εικόνες περιορισμένων χώρων, έλλειψης ιδιωτικότητας, ανεπαρκών υπολογιστών και διαρκών δυσκολιών στην καθημερινή λειτουργία.

Η διερμηνεία συνιστά ιδιαίτερα κρίσιμο σημείο. Δεν πρόκειται για απλή τεχνική υποστήριξη, αλλά για αναπόσπαστο μέρος της ίδιας της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας. Η ποιότητα της επικοινωνίας, η εμπιστευτικότητα, η πολιτισμική κατανόηση και η ακρίβεια της πληροφορίας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον διερμηνέα. Όταν οι διερμηνείς είναι λίγοι, ανεπαρκώς εκπαιδευμένοι ή μη σταθεροί, η ποιότητα της φροντίδας επηρεάζεται άμεσα.

Μια συνεδρία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δεν μπορεί να έχει την ίδια ποιότητα όταν πραγματοποιείται σε ακατάλληλο χώρο, χωρίς ιδιωτικότητα ή χωρίς επαρκή γλωσσική διαμεσολάβηση. Οι υλικές συνθήκες, επομένως, οφείλουν να αντιμετωπίζονται ως δείκτης ποιότητας και όχι ως δευτερεύον οργανωτικό ζήτημα.

6.8. Το θεωρητικό πλαίσιο ως πρακτικό εργαλείο υπηρεσίας

Η εργασία αξιοποίησε το πλαίσιο του Παπαδόπουλου όχι ως κύριο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, αλλά ως εννοιολογικό εργαλείο για την κατανόηση της ακούσιας μετοίκησης. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η επιλογή αυτή είναι χρήσιμη, χρειάζεται όμως πρακτική μετάφραση. Οι επαγγελματίες δεν περιέγραψαν την ύπαρξη ενός κοινού θεωρητικού ή πρακτικού πλαισίου που να τους βοηθά να κατανοούν συστηματικά την απώλεια οίκου, τη διατάραξη ταυτότητας, τη νοσταλγική αποδιοργάνωση, την ανθεκτικότητα ή τη δυνατότητα ανάπτυξης μετά την αντιξοότητα.

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι επαγγελματίες δεν αναγνώριζαν τις ανάγκες των ανθρώπων. Πολλές φορές, αντίθετα, τις αναγνώριζαν μέσα από την καθημερινή εμπειρία και την προσωπική επαγγελματική τους κρίση. Το πρόβλημα είναι ότι η γνώση αυτή δεν φαίνεται να είχε ενσωματωθεί σε κοινή γλώσσα υπηρεσίας, σε εργαλεία αξιολόγησης ή σε εκπαιδευτικό πλαίσιο.

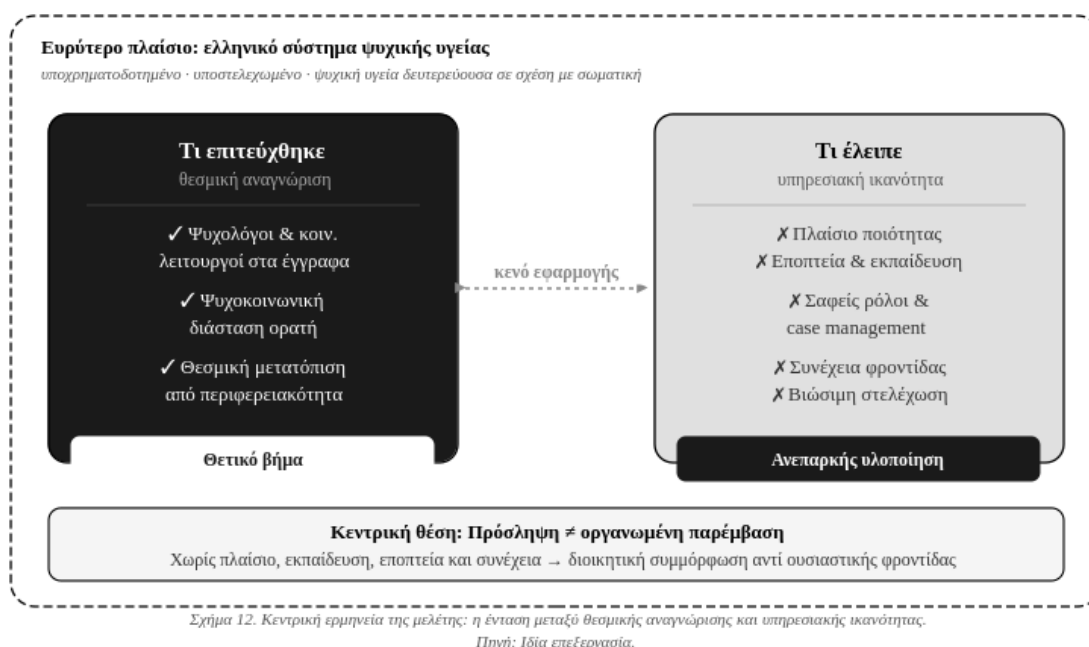
Η θεωρία, λοιπόν, δεν πρέπει να παραμείνει αφηρημένη. Για να αποκτήσει πρακτική αξία, οφείλει να μεταφραστεί σε εκπαίδευση προσωπικού, οδηγούς συνέντευξης, εποπτεία, case management και δείκτες ποιότητας. Ένα τέτοιο πλαίσιο θα μπορούσε να βοηθήσει τους επαγγελματίες να βλέπουν τον ωφελούμενο πέρα από τη διοικητική κατηγορία της ευαλωτότητας ή τη στενή έννοια του τραύματος, ενισχύοντας

παράλληλα την κατανόηση των κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων που συνδέονται με την αποκατάσταση.

Παράλληλα, χρειάζεται προσοχή ώστε η θεωρία να μη μετατραπεί σε υπερβολικά ψυχολογικοποιημένη προσέγγιση. Όπως ανέδειξαν οι συνεντεύξεις, οι πραγματικές ανάγκες περιλαμβάνουν έγγραφα, πρόσβαση σε υπηρεσίες, εργασία, στέγαση, οικογένεια και καθημερινή ασφάλεια. Η καλή ψυχοκοινωνική υποστήριξη οφείλει να αναγνωρίζει τόσο την ψυχική διάσταση όσο και τις κοινωνικές συνθήκες που παράγουν ή επιτείνουν τη δυσφορία.

6.9. Η κεντρική ερμηνεία της μελέτης

Η συνολική ερμηνεία των ευρημάτων είναι ότι τα προγράμματα της περιόδου 2017–2025 μετακίνησαν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη από την πλήρη περιφερειακότητα προς μια πιο αναγνωρισμένη θεσμική θέση. Αυτό συνιστά θετικό βήμα. Η αναγνώριση αυτή, ωστόσο, δεν συνοδεύτηκε πάντα από αντίστοιχη ανάπτυξη οργανωμένης υπηρεσιακής ικανότητας.

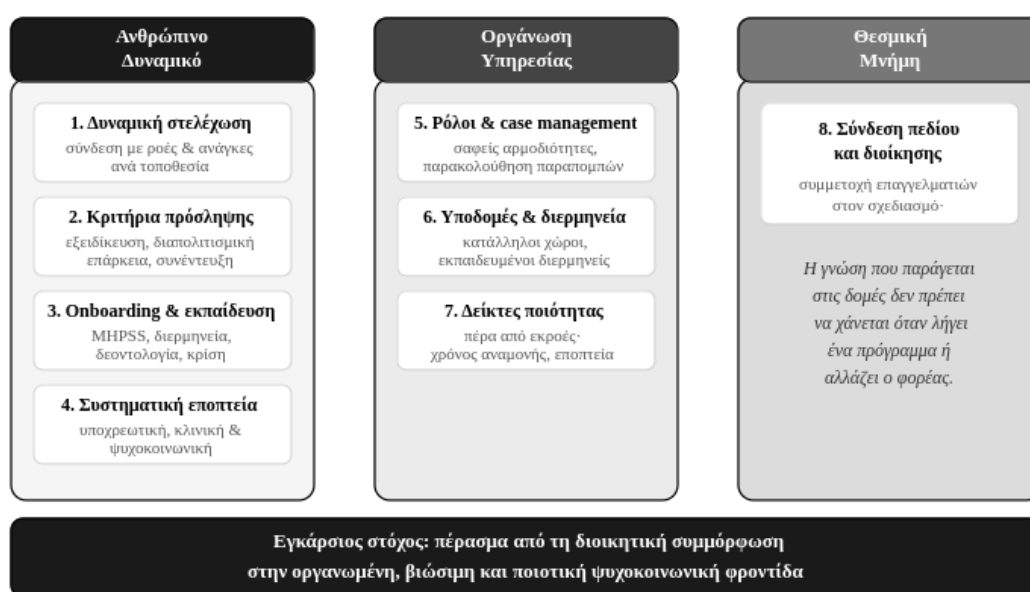


Σχήμα 9. Κεντρική ερμηνεία της μελέτης: η ένταση μεταξύ θεσμικής αναγνώρισης και υπηρεσιακής ικανότητας στα ελληνικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, 2017–2025.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία.

6.10. Προτάσεις για μελλοντικό σχεδιασμό προγραμμάτων

Τα ευρήματα της έρευνας δεν αποσκοπούν μόνο στην αναγνώριση κενών, αλλά στην παραγωγή προτάσεων που μπορούν να τροφοδοτήσουν τον μελλοντικό σχεδιασμό. Οι οκτώ προτάσεις που ακολουθούν αντλούν άμεσα από τα ευρήματα της εργασίας και οργανώνονται σε τρεις θεματικούς πυλώνες: ανθρώπινο δυναμικό, οργάνωση υπηρεσίας και θεσμική μνήμη. Κοινός τους παρονομαστής είναι η αναγνώριση ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα δεν μπορεί να στηρίζεται στην ατομική προσπάθεια αλλά χρειάζεται σύστημα.



Σχήμα 13. Οι οκτώ προτάσεις ομαδοποιημένες σε τρεις θεματικούς πυλώνες.
Πηγή: Ιδία επεξεργασία.

Σχήμα 10. Οι οκτώ προτάσεις πολιτικής ομαδοποιημένες σε τρεις θεματικούς πυλώνες: ανθρώπινο δυναμικό, οργάνωση υπηρεσίας και θεσμική μνήμη.

Πηγή: Ιδία επεξεργασία.

7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εργασία ανέδειξε ότι, κατά την περίοδο 2017–2025, η Ελλάδα ανέπτυξε σημαντικές προγραμματικές παρεμβάσεις για την υγειονομική και ψυχοκοινωνική κάλυψη προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I αναγνώρισαν την ανάγκη ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών και ενέταξαν την ψυχοκοινωνική διάσταση στο πλαίσιο της προσφυγικής ανταπόκρισης.

Η ανάλυση κατέδειξε, ωστόσο, ότι η αναγνώριση αυτή δεν μετατράπηκε πάντοτε σε ολοκληρωμένο μοντέλο υπηρεσίας. Η ποιότητα της φροντίδας επηρεάστηκε από ελλείψεις σε πραγματική στελέχωση, εκπαίδευση, εποπτεία, υποδομές, διερμηνεία, σαφήνεια ρόλων, συνέχεια παραπομπών και διατήρηση προσωπικού. Οι επαγγελματίες πεδίου κάλυψαν πολλά από αυτά τα κενά με προσωπική προσπάθεια, συναδελφική υποστήριξη και άτυπη μάθηση κάτι που, ωστόσο, δεν μπορεί να αποτελεί βιώσιμη βάση πολιτικής.

Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση οφείλει να αντιμετωπίζεται ως βασική υπηρεσία υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Δεν αρκεί να προβλέπεται σε προγράμματα ή να καταγράφεται σε εκροές· χρειάζεται να οργανώνεται με βάση την ποιότητα, τη συνέχεια, το ανθρώπινο δυναμικό, την πολιτισμική ευαισθησία και τις πραγματικές ανάγκες του πεδίου.

Η επόμενη φάση πολιτικής για την Ελλάδα δεν πρέπει να περιοριστεί στη διατήρηση προγραμμάτων χρηματοδότησης ή στη διοικητική αναδιοργάνωση φορέων. Χρειάζεται να επενδύσει στη θεσμική ικανότητα του συστήματος να παρέχει σταθερή, ανθρώπινη και ποιοτική ψυχοκοινωνική φροντίδα, ενώ οι μελλοντικές παρεμβάσεις οφείλουν να σχεδιάζονται όχι μόνο για να ανταποκρίνονται σε προσφυγικές ροές, αλλά και για να αντέχουν στον χρόνο, να προστατεύουν τους επαγγελματίες και να υποστηρίζουν ουσιαστικά τους ανθρώπους που έχουν βιώσει την απώλεια, τη μετακίνηση και την προσπάθεια αναδημιουργίας ζωής σε ένα νέο περιβάλλον.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Τίτλος της έρευνας

Παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχική υγείας σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση: αξιολόγηση από επαγγελματίες στο πεδίο και κριτική ανάλυση των κρατικών προγραμμάτων κατά την περίοδο 2017 – 2025.

Πρόσκληση συμμετοχής

Θα ήθελα να σας προσκαλέσω να λάβετε μέρος σε μια ερευνητική συνέντευξη, η οποία εντάσσεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου εργασίας στο Μεταπτυχιακό Προγραμμα Σπουδών με τίτλο Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Πριν αποφασίσετε αν επιθυμείτε να συμμετάσχετε, σας παρακαλώ να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω πληροφορίες. Μπορείτε ελεύθερα να υποβάλετε οποιαδήποτε ερώτηση πριν δώσετε τη συγκατάθεσή σας.

Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να φωτίσει τον τρόπο με τον οποίο οργανώθηκαν και παρασχέθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε εκτοπισμένους πληθυσμούς στην Ελλάδα, κατά την περίοδο 2017–2025. Το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, με στόχο να κατανοηθεί πώς οι επαγγελματίες πεδίου (ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) βίωσαν και αξιολόγησαν τις υπηρεσίες αυτές στην πράξη. Παράλληλα, η έρευνα φιλοδοξεί να αναδείξει χρήσιμα συμπεράσματα για τον μελλοντικό σχεδιασμό, τη στελέχωση, την εποπτεία, τον συντονισμό και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε περιβάλλοντα προσφυγικής και μεταναστευτικής πίεσης.

Γιατί σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε

Απευθυνόμαστε σε εσάς γιατί η επαγγελματική σας εμπειρία είναι πολύτιμη για την έρευνα αυτή. Έχετε εργαστεί με αιτούντες άσυλο και ανθρώπους που βίωσαν ακούσια μετοικασία μέσα από την ειδικότητά σας. Ο χρόνος που περάσατε στο πεδίο και η οπτική σας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτούργησαν αυτές οι υπηρεσίες στην πράξη.

Τι περιλαμβάνει η συμμετοχή

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει μία ημι-δομημένη συνέντευξη διάρκειας περίπου 45 λεπτών, κατά την οποία θα σας ζητηθεί να μοιραστείτε τις εμπειρίες και τις απόψεις σας γύρω από τα παρακάτω θέματα:

- τον επαγγελματικό σας ρόλο και το ιστορικό της εμπειρίας σας στο πεδίο,
- την προετοιμασία και την εκπαίδευση που λάβατε για την εργασία αυτή,
- τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών,
- την πρόσβαση στις υπηρεσίες και τις διαδρομές παραπομπής,
- τη στελέχωση και τη συνέχεια της φροντίδας,
- τα εργαλεία, τα πρωτόκολλα και την εποπτεία που εφαρμόστηκαν,
- την επαγγελματική κόπωση και τις προκλήσεις της καθημερινής εργασίας στο πεδίο,
- την πολιτισμική διαμεσολάβηση και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη,
- την αξιολόγησή σας για τα προγράμματα PHILOS, ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ή άλλα σχετικά προγράμματα,
- τις προτάσεις σας για τον μελλοντικό σχεδιασμό υπηρεσιών.

Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική**, και μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμείτε να απαντήσετε.

Μορφή της συνέντευξης

Η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά μέσω **Microsoft Teams**.

Εφόσον το επιτρέψετε, η συνέντευξη θα καταγραφεί μέσω της πλατφόρμας, η οποία ενδέχεται να δημιουργήσει και αυτόματη απομαγνητοφώνηση. Και τα δύο θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς ελέγχου, ανωνυμοποίησης και ερευνητικής ανάλυσης.

Η απομαγνητοφώνηση θα ελεγχθεί και θα ανωνυμοποιηθεί πριν από την ανάλυση. Οποιαδήποτε στοιχεία θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν (ονόματα, τοποθεσίες, οργανισμοί) θα αφαιρεθούν ή θα γενικευθούν.

Μπορείτε να έχετε την κάμερά σας ανοιχτή ή κλειστή. Η επιλογή είναι δική σας και το βίντεο δεν θα αναλυθεί.

Αν προτιμάτε να μη γίνει καταγραφή, μπορείτε να συμμετάσχετε κανονικά, κατόπιν συμφωνίας με τον ερευνητή, και θα τηρηθούν μόνο γραπτές σημειώσεις.

Εθελοντική συμμετοχή

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική και μπορείτε ανά πάσα στιγμή να:

- αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση,
- ζητήσετε μια παύση,
- διακόψετε τη συνέντευξη,
- αποσύρετε τη συμμετοχή σας πριν από την καταληκτική ημερομηνία απόσυρσης.

Δεν χρειάζεται να δώσετε καμία εξήγηση για οποιαδήποτε από τις παραπάνω επιλογές.

Απόσυρση από την έρευνα

Μπορείτε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας έως **20 Μαΐου 2026**.

Μετά από αυτή την ημερομηνία, τα ανωνυμοποιημένα δεδομένα σας ενδέχεται να έχουν ήδη ενταχθεί στην ανάλυση, και ίσως να μην είναι πλέον εφικτή η αφαίρεσή τους.

Πιθανοί κίνδυνοι ή δυσφορία

Ορισμένες ερωτήσεις ενδέχεται να αγγίξουν δύσκολες πτυχές της επαγγελματικής σας εμπειρίας (πίεση στο πεδίο, περιορισμένοι πόροι, επαγγελματική κόπωση, ηθική δυσχέρεια ή απαιτητικά περιστατικά).

Αν αισθανθείτε δυσφορία σε οποιοδήποτε σημείο, μπορείτε ελεύθερα να παραλείψετε την ερώτηση, να ζητήσετε παύση ή να σταματήσετε τη συνέντευξη.

Πιθανά οφέλη

Δεν υπάρχει άμεσο προσωπικό όφελος από τη συμμετοχή σας. Ωστόσο, η εμπειρία και η οπτική σας μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην κατανόηση του τρόπου οργάνωσης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών για εκτοπισμένους πληθυσμούς στην Ελλάδα και να βοηθήσουν στη διαμόρφωση πιο αποτελεσματικών πολιτικών και υπηρεσιών στο μέλλον.

Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία

Η ταυτότητά σας θα προστατευθεί πλήρως. Το όνομά σας και οποιαδήποτε στοιχεία ταυτοποίησης δεν θα εμφανιστούν στη μεταπτυχιακή εργασία. Τυχόν αποσπάσματα θα παρουσιαστούν ανωνυμοποιημένα, για παράδειγμα:

- Συμμετέχων/ουσα 1, Ψυχολόγος
- Συμμετέχων/ουσα 2, Κοινωνικός/ή Λειτουργός

Στοιχεία που αφορούν συγκεκριμένα πρόσωπα, περιστατικά, τοποθεσίες ή οργανισμούς θα αφαιρεθούν ή θα γενικευθούν όπου κρίνεται απαραίτητο.

Αποθήκευση και προστασία δεδομένων

Όλες οι καταγραφές, απομαγνητοφωνήσεις και σημειώσεις θα αποθηκευτούν με ασφάλεια και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Η καταγραφή θα διαγραφεί μετά την απομαγνητοφώνηση και τον έλεγχό της.

Οι ανωνυμοποιημένες απομαγνητοφωνήσεις μπορούν να διατηρηθούν έως: **1 Ιουνίου 2028**

Πρόσβαση στα δεδομένα θα έχουν μόνο ο ερευνητής και, εφόσον απαιτείται, η επιβλέπουσα καθηγήτρια.

Χρήση των ευρημάτων

Τα ευρήματα θα ενταχθούν στη μεταπτυχιακή εργασία και ενδέχεται να παρουσιαστούν σε ακαδημαϊκό πλαίσιο, πάντοτε σε ανωνυμοποιημένη μορφή.

Στοιχεία επικοινωνίας

Ερευνητής: Άγγελος Εμμανουηλίδης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Πανεπιστήμιο: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Email: Emmanouilidis.angelos@gmail.com

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Κατερίνα Φλωρά

Email: katerinaflora@hotmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Τίτλος της έρευνας

Παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχική υγείας σε πληθυσμούς που βιώνουν ακούσια μετοίκηση: αξιολόγηση από επαγγελματίες στο πεδίο και κριτική ανάλυση των κρατικών προγραμμάτων κατά την περίοδο 2017 – 2025.

Στοιχεία συμμετέχοντα

Ονοματεπώνυμο

Κωδικός (συμπληρώνεται από τον ερευνητή):

Δήλωση συγκατάθεσης

Παρακαλώ σημειώστε με ✓ τις δηλώσεις με τις οποίες συμφωνείτε.

Δήλωση	Συμφωνώ
Έχω διαβάσει και κατανοήσι το Έντυπο Ενημέρωσης Συμμετέχοντα για την παρούσα έρευνα.	☐
Είχα τη δυνατότητα να υποβάλω ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις.	☐
Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική.	☐
Κατανοώ ότι μπορώ να αρνηθώ να απαντήσω σε οποιαδήποτε ερώτηση.	☐
Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω παύση ή να διακόψω τη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσω τον λόγο.	☐
Κατανοώ ότι μπορώ να αποσύρω τη συμμετοχή μου από την έρευνα έως την ημερομηνία απόσυρσης που αναφέρεται στο Έντυπο Ενημέρωσης.	☐
Κατανοώ ότι μετά την ημερομηνία απόσυρσης, τα ανωνυμοποιημένα δεδομένα ενδέχεται να έχουν ήδη συμπεριληφθεί στην ανάλυση και ίσως να μην είναι πλέον δυνατό να αφαιρεθεί η συνεισφορά μου.	☐
Συμφωνώ να συμμετάσχω σε ημι-δομημένη συνέντευξη διάρκειας περίπου 45 λεπτών.	☐
Κατανοώ ότι η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί διαδικτυακά μέσω Microsoft Teams.	☐

Κατανοώ ότι μπορώ να έχω την κάμερά μου ανοιχτή ή κλειστή, ανάλογα με την προτίμησή μου.	☐
Κατανοώ ότι το βίντεο δεν θα αναλυθεί στο πλαίσιο της έρευνας.	☐
Κατανοώ ότι τα δεδομένα της συνέντευξης θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς απομαγνητοφώνησης, ελέγχου, ανωνυμοποίησης και ερευνητικής ανάλυσης.	☐
Κατανοώ ότι τυχόν αποσπάσματα από τη συνέντευξή μου μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη μεταπτυχιακή εργασία μόνο σε ανωνυμοποιημένη μορφή.	☐
Κατανοώ ότι ονόματα, τοποθεσίες, οργανισμοί ή άλλες λεπτομέρειες που θα μπορούσαν να ταυτοποιήσουν εμένα ή τρίτα πρόσωπα θα αφαιρεθούν ή θα γενικευθούν.	☐
Κατανοώ ότι οι καταγραφές, οι απομαγνητοφωνήσεις και οι σημειώσεις θα αποθηκευτούν με ασφάλεια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.	☐
Κατανοώ ότι πρόσβαση στα ερευνητικά δεδομένα θα έχει μόνο ο ερευνητής και, εφόσον χρειάζεται, η επιβλέπουσα καθηγήτρια.	☐
Συμφωνώ ελεύθερα να συμμετάσχω στην παρούσα έρευνα.	☐

Συγκατάθεση για καταγραφή και αυτόματη απομαγνητοφώνηση

Παρακαλώ επιλέξτε μία από τις δύο παρακάτω επιλογές.

Επιλογή	Επιλέγω
Συμφωνώ να καταγραφεί η συνέντευξη μέσω Microsoft Teams και κατανοώ ότι το Microsoft Teams ενδέχεται να δημιουργήσει αυτόματη απομαγνητοφώνηση.	☐
Δεν συμφωνώ να καταγραφεί η συνέντευξη και επιθυμώ να κρατηθούν μόνο γραπτές σημειώσεις, εφόσον αυτό συμφωνηθεί με τον ερευνητή.	☐

Δήλωση συμμετέχοντα

Με την υπογραφή μου δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, ότι κατανοώ τα δικαιώματά μου ως συμμετέχων/ουσα και ότι συμφωνώ ελεύθερα να συμμετάσχω.

Υπογραφή συμμετέχοντα:

Ημερομηνία: __ / __ / 2026

Δήλωση ερευνητή

Δηλώνω ότι εξήγησα στον/στη συμμετέχοντα/ουσα τον σκοπό, τη διαδικασία, τα δικαιώματα συμμετοχής, τη δυνατότητα απόσυρσης, καθώς και τον τρόπο καταγραφής, απομαγνητοφώνησης, ανωνυμοποίησης και προστασίας των δεδομένων.

Ονοματεπώνυμο ερευνητή: Άγγελος Εμμανουηλίδης

Υπογραφή ερευνητή/τριας:

Ημερομηνία: __ / __ / 2026

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Πριν από τη συνέντευξη

1. Επιβεβαιώνεται ότι ο συμμετέχοντας έχει λάβει το έντυπο ενημέρωσης και τη φόρμα συγκατάθεσης.
2. Επιβεβαιώνεται ότι η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί μέσω **Microsoft Teams**.
3. Επιβεβαιώνεται η διάρκεια της συνέντευξης:
Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 45 λεπτά.
4. Εξηγείται η μορφή της συνέντευξης:
Η συνέντευξη είναι ημι-δομημένη. Θα υπάρχουν ορισμένες προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά θα υπάρχει και χώρος να αναπτύξετε ζητήματα που θεωρείτε σημαντικά.
5. Εξηγείται η ηχογράφηση και η απομαγνητοφώνηση:
Με τη συγκατάθεσή σας, η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί/καταγραφεί μέσω Microsoft Teams. Το Microsoft Teams ενδέχεται επίσης να δημιουργήσει αυτόματη απομαγνητοφώνηση. Η καταγραφή και η απομαγνητοφώνηση θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς απομαγνητοφώνησης, ελέγχου και ερευνητικής ανάλυσης. Η απομαγνητοφώνηση θα ελεγχθεί και θα ανωνυμοποιηθεί πριν από την ανάλυση. Οποιαδήποτε ονόματα, τοποθεσίες, οργανισμοί ή λεπτομέρειες που θα μπορούσαν να ταυτοποιήσουν εσάς ή τρίτα πρόσωπα θα αφαιρεθούν ή θα γενικευθούν.
6. Εξηγείται η χρήση κάμερας:
Μπορείτε να έχετε την κάμερά σας ανοιχτή ή κλειστή, ανάλογα με την προτίμησή σας. Για την ανάλυση θα χρησιμοποιηθεί μόνο το περιεχόμενο της συνέντευξης. Το βίντεο δεν θα αναλυθεί.
7. Υπενθυμίζεται η εθελοντική συμμετοχή:
Μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση, να ζητήσετε παύση ή να σταματήσετε τη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσετε τον λόγο.
8. Επιβεβαιώνεται η προτίμηση για καταγραφή:
Συμφωνείτε να καταγραφεί η συνέντευξη μέσω Microsoft Teams και να δημιουργηθεί αυτόματη απομαγνητοφώνηση;

Εισαγωγικό κείμενο

Σας ευχαριστώ που συμφωνήσατε να συμμετάσχετε. Όπως αναφέρεται και στο έντυπο ενημέρωσης, η παρούσα έρευνα εξετάζει πώς οργανώθηκαν και παρέχονταν οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε εκτοπισμένους πληθυσμούς στην Ελλάδα την περίοδο 2017-2025, με έμφαση στα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I.

Στόχος είναι να κατανοηθεί η εμπειρία των επαγγελματιών πεδίου και να αναδειχθούν συμπεράσματα χρήσιμα για τον μελλοντικό σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και πολιτικών σε αντίστοιχες συνθήκες. Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 45 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Με ενδιαφέρει η επαγγελματική σας εμπειρία και η δική σας αξιολόγηση.

Η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί μέσω Microsoft Teams. Με την άδειά σας, θα ήθελα να καταγράψω τη συνέντευξη και να χρησιμοποιήσω την αυτόματη απομαγνητοφώνηση του Teams, αποκλειστικά για σκοπούς απομαγνητοφώνησης, ελέγχου και ερευνητικής ανάλυσης. Η απομαγνητοφώνηση θα ελεγχθεί και θα ανωνυμοποιηθεί πριν από την ανάλυση. Το όνομά σας και στοιχεία που μπορούν να σας ταυτοποιήσουν δεν θα χρησιμοποιηθούν στην εργασία.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να μην απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση, να ζητήσετε παύση ή να σταματήσετε τη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή. Μπορείτε επίσης να έχετε την κάμερά σας ανοιχτή ή κλειστή, όπως προτιμάτε. Το βίντεο δεν θα αναλυθεί.

Έχετε κάποια ερώτηση πριν ξεκινήσουμε;

Πριν ξεκινήσει η καταγραφή

Πριν ξεκινήσω την καταγραφή, θα ήθελα να επιβεβαιώσω ότι συμφωνείτε να καταγραφεί η συνέντευξη μέσω Microsoft Teams και ότι κατανοείτε πως ενδέχεται να δημιουργήσει αυτόματη απομαγνητοφώνηση.

Μετά την έναρξη της καταγραφής

Για την καταγραφή, μπορείτε παρακαλώ να επιβεβαιώσετε ότι έχετε διαβάσει το έντυπο ενημέρωσης, ότι κατανοείτε τον σκοπό της έρευνας και ότι συμφωνείτε να συμμετάσχετε σε αυτή την καταγεγραμμένη συνέντευξη;

Αν ο συμμετέχοντας δεν συμφωνεί με την καταγραφή

Αυτό είναι απολύτως αποδεκτό. Δεν θα καταγράψω τη συνέντευξη και δεν θα χρησιμοποιηθεί η αυτόματη απομαγνητοφώνηση του Teams. Θα κρατήσω μόνο γραπτές σημειώσεις. Παρακαλώ ενημερώστε με οποιαδήποτε στιγμή αν θέλετε να κάνουμε παύση, να παραλείψουμε κάποια ερώτηση ή να σταματήσουμε τη συνέντευξη.

Αν ο/η συμμετέχων/ουσα δυσφορήσει

Μπορούμε να κάνουμε παύση εδώ, αν θέλετε. Δεν χρειάζεται να συνεχίσετε να συζητάτε αυτό το θέμα. Θα προτιμούσατε να κάνουμε ένα μικρό διάλειμμα, να περάσουμε σε άλλη ερώτηση ή να σταματήσουμε τη συνέντευξη;

Αν χρειαστεί

Σας ευχαριστώ που μου το είπατε. Μπορούμε να σταματήσουμε τη συνέντευξη εδώ. Η δική σας ευημερία είναι πιο σημαντική από την ολοκλήρωση της συνέντευξης.

Διαχείριση χρόνου

(Περίπου στα 35 λεπτά)

Έχουμε περίπου 10 λεπτά ακόμη. Θα ήθελα να περάσουμε σε μερικές τελικές ερωτήσεις για τη σύγκριση των προγραμμάτων και τις προτάσεις βελτίωσης, εκτός αν υπάρχει κάτι άλλο που θεωρείτε πιο σημαντικό να συζητήσουμε.

Κλείσιμο συνέντευξης

Σας ευχαριστώ πολύ που μοιραστήκατε την εμπειρία σας. Πριν ολοκληρώσουμε, υπάρχει κάτι σημαντικό που δεν συζητήσαμε και που πιστεύετε ότι θα πρέπει να συμπεριληφθεί στην έρευνα;

Υπενθυμίζω ότι οι απαντήσεις σας θα ανωνυμοποιηθούν και δεν θα χρησιμοποιηθούν στοιχεία που μπορούν να σας ταυτοποιήσουν στην εργασία. Η καταγραφή και η απομαγνητοφώνηση θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για σκοπούς απομαγνητοφώνησης, ελέγχου και ερευνητικής ανάλυσης. Η απομαγνητοφώνηση θα ελεγχθεί και θα ανωνυμοποιηθεί πριν από την ανάλυση.

Αν αποφασίσετε αργότερα ότι θέλετε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου έως 20 Μαΐου. Μετά από αυτή την ημερομηνία, τα ανωνυμοποιημένα δεδομένα ενδέχεται να έχουν ήδη συμπεριληφθεί στην ανάλυση.

Σας ευχαριστώ ξανά για τον χρόνο και τη συμβολή σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ – ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Ενότητα Α: Επαγγελματικό υπόβαθρο, πρόσληψη και προετοιμασία

1. Θα μπορούσατε να περιγράψετε σύντομα τον επαγγελματικό σας ρόλο, το είδος της δομής ή υπηρεσίας όπου εργαστήκατε και τη χρονική περίοδο κατά την οποία εργαστήκατε με εκτοπισμένους πληθυσμούς στην Ελλάδα;
2. Είχατε άμεση ή έμμεση εμπλοκή με το PHILOS I, το PHILOS II, το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I ή κάποιο άλλο σχετικό πρόγραμμα;
3. Πριν από αυτή την εργασία, είχατε προηγούμενη εμπειρία σε ανθρωπιστικό πλαίσιο, σε πληθυσμούς προσφύγων/μεταναστών, σε ζητήματα τραύματος, διαπολιτισμικής εργασίας ή διαχείρισης κρίσεων;
 1. Τύπος εργασίας (εθελοντισμός, μισθωτός κτλ)
 2. Διάρκεια εργασίας
4. Κατά τη διάρκεια της απασχόλησής σας, λάβατε κάποια σχετική εκπαίδευση ή κατάρτιση για το συγκεκριμένο πεδίο;
 1. Μεταπτυχιακές σπουδές
 2. Σεμινάρια
 3. Εκπαίδευση από ΜΚΟ ή κρατικό φορέα
 4. Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία
 5. Προσωπική μελέτη ή αυτοεκπαίδευση
5. Οι πανεπιστημιακές σας σπουδές σας προετοίμασαν για εργασία με εκτοπισμένους πληθυσμούς ή μάθατε κυρίως μέσα από την πράξη στο πεδίο;
6. Πριν ενταχθείτε στο πρόγραμμα, είχατε λάβει κάποια εκπαίδευση ειδικά για την ψυχική υγεία προσφύγων, την ανθρωπιστική ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ακούσιας μετοίκησης;
7. Κατά τη γνώμη σας, τα κριτήρια πρόσληψης αξιολογούσαν επαρκώς την εμπειρία και την εξειδίκευση που απαιτούσε η εργασία στο πεδίο;
 1. Ανθρωπιστική εμπειρία
 2. Εμπειρία με προσφυγικούς ή μεταναστευτικούς πληθυσμούς
 3. Διαπολιτισμική επάρκεια
 4. Εμπειρία σε τραύμα ή κρίση
 5. Εμπειρία σε δομές φιλοξενίας, ΚΥΤ ή πεδία πρώτης γραμμής

8. Νιώθατε επαρκώς προετοιμασμένος/η όταν ξεκινήσατε; Τι είδους προετοιμασία θα ήταν χρήσιμη;

Ενότητα Β: Οργάνωση υπηρεσιών, πρόσβαση και παραπομπές

9. Ποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ήταν διαθέσιμες στο πλαίσιο όπου εργαστήκατε;
10. Πώς ενημερώνονταν οι ωφελούμενοι για αυτές τις υπηρεσίες και πώς αποκτούσαν πρόσβαση σε αυτές;
11. Πόσο λειτουργικές ήταν οι παραπομπές προς δημόσιες υπηρεσίες υγείας, νοσοκομεία, ψυχιατρικές υπηρεσίες ή εξειδικευμένες υπηρεσίες;
1. Ήταν σαφείς οι διαδικασίες παραπομπής;
 2. Υπήρχαν καθυστερήσεις ή απορρίψεις παραπομπών;
 3. Είχαν οι δημόσιες υπηρεσίες δυνατότητα να δεχθούν τα περιστατικά;
 4. Μπορείτε να δώσετε ένα παράδειγμα παραπομπής που λειτούργησε καλά και ένα παράδειγμα που δεν λειτούργησε;

Ενότητα Γ: Συνέχεια, στελέχωση, σαφήνεια ρόλων και εφαρμογή προγράμματος

12. Πόσο σταθερές και συνεχείς ήταν οι υπηρεσίες σε βάθος χρόνου;
13. Επηρέασαν οι αλλαγές προγραμμάτων, οι λήξεις συμβάσεων, η εναλλαγή προσωπικού ή οι κύκλοι χρηματοδότησης τη συνέχεια των υπηρεσιών;
14. Κατά τη γνώμη σας, ήταν επαρκής η στελέχωση και οι ειδικότητες των επαγγελματιών σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού;
15. Οι ρόλοι των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών ήταν σαφώς καθορισμένοι μέσα στο πρόγραμμα ή διαμορφώνονταν κυρίως στην πράξη;
1. Σαφές μοντέλο παρέμβασης
 2. Σαφή όρια ρόλου
 3. Διαχείριση κρίσεων
 4. Διαχείριση περιστατικών
 5. Διοικητικά καθήκοντα
 6. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη
 7. Παραπομπές
16. Η παρουσία ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών αντιστοιχούσε, κατά τη γνώμη σας, σε οργανωμένη ψυχοκοινωνική υπηρεσία ή περισσότερο στην κάλυψη βασικών προϋποθέσεων του προγράμματος;
17. Ήταν οι επίσημοι στόχοι των προγραμμάτων ρεαλιστικοί σε σχέση με τις πραγματικές συνθήκες του πεδίου;

Ενότητα Δ: Εργαλεία, υποδομές, εποπτεία, υποστήριξη και διατήρηση προσωπικού

18. Είχατε τον απαραίτητο εξοπλισμό και τις κατάλληλες υποδομές για να ασκήσετε αποτελεσματικά τον ρόλο σας;
 1. Επαρκώς και ιδιωτικοί χώροι για συνεδρίες
 2. Υπολογιστής ή tablet
 3. Διαδίκτυο ή τηλέφωνο
 4. Ασφαλής αποθήκευση αρχείων
 5. Υποστήριξη μετακίνησης
 6. Διερμηνείς
 7. Σύστημα διαχείρισης περιστατικών
19. Σας παρέχονταν επαγγελματικά εργαλεία και πρωτόκολλα;
 1. Φόρμες αξιολόγησης
 2. Εργαλεία αξιολόγησης ευαλωτότητας
 3. Εργαλεία ανίχνευσης ψυχικής υγείας
 4. Πρωτόκολλα παραπομπών
 5. Πρωτόκολλα επείγουσας παρέμβασης
 6. Πρωτόκολλα αυτοκτονικού ιδεασμού ή αυτοτραυματισμού
 7. Πρωτόκολλα για έμφυλη βία ή επιζώντες βασανιστηρίων
 8. Έντυπα συγκατάθεσης και εμπιστευτικότητας
 9. Οδηγίες προστασίας δεδομένων
20. Εκπαιδευτήκατε στη χρήση αυτών των εργαλείων; Ήταν προσαρμοσμένα στην πραγματικότητα του πεδίου;
21. Υπήρχε συστηματική καθοδήγηση για το πώς έπρεπε να παρέχεται η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή κάθε επαγγελματίας βασιζόταν κυρίως στη δική του εμπειρία;
 1. Πρωτόκολλα
 2. Εποπτεία
 3. Εκπαίδευση
 4. Ομαδικές συναντήσεις
 5. Καθοδήγηση από κεντρικό φορέα
22. Πώς επηρέαζαν οι συμβάσεις, οι αμοιβές ή οι συνθήκες εργασίας την παραμονή των επαγγελματιών στο πρόγραμμα;
23. Έχετε βιώσει εσείς ή συνάδελφοί σας επαγγελματική κόπωση, εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες ή ηθική πίεση στο συγκεκριμένο πεδίο;
 1. Πιστεύετε ότι η επαγγελματική κόπωση μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες αξιολογούν τα προγράμματα;
24. Εργάζεστε ακόμα στο πεδίο ή έχετε αλλάξει επαγγελματική κατεύθυνση;

Ενότητα Ε: Ψυχοκοινωνική επάρκεια και κατανόηση της ακούσιας μετοίκησης

25. Σας παρουσιάστηκε κάποιο θεωρητικό ή πρακτικό πλαίσιο για την κατανόηση της ψυχικής δυσφορίας των προσφύγων πέρα από το τραύμα και τη διάγνωση;
1. Απώλεια οικείας
 2. Χωρισμός από την οικογένεια
 3. Νομική αβεβαιότητα
 4. Διατάραξη ταυτότητας
 5. Κοινωνική υποστήριξη
 6. Ανθεκτικότητα
26. Ανταποκρίνονταν οι υπηρεσίες στις πραγματικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ωφελουμένων ή περιορίζονταν κυρίως στη διαχείριση άμεσων περιστατικών και παραπομπών;
27. Πιστεύετε ότι ένα πλαίσιο που κατανοεί την ακούσια μετοίκηση μέσα από την απώλεια του οίκου, την ταυτότητα, το τραύμα, την ανθεκτικότητα και την αποκατάσταση θα βοηθούσε τους επαγγελματίες να κατανοήσουν πληρέστερα τις ανάγκες των ωφελούμενων;

Ενότητα ΣΤ: Σύγκριση προγραμμάτων, δείκτες και προτάσεις πολιτικής

28. Αν έχετε εμπειρία από περισσότερα από ένα προγράμματα, πώς θα συγκρίνατε το PHILOS I, το PHILOS II και το ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I;
1. Στελέχωση
 2. Συνέχεια υπηρεσιών
 3. Συντονισμός
 4. Παραπομπές
 5. Διοικητικός φόρτος
 6. Σχέση με δημόσιες υπηρεσίες
 7. Ποιότητα ψυχοκοινωνικής φροντίδας
29. Κατά τη γνώμη σας, η μετάβαση από το PHILOS στον ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ βελτίωσε την παροχή υπηρεσιών, την αποδυνάμωσε ή κυρίως άλλαξε το διοικητικό μοντέλο;
30. Αν σχεδιάζατε από την αρχή μια ψυχοκοινωνική υπηρεσία για προσφυγικό πληθυσμό, τι θα αλλάζατε στον τρόπο πρόσληψης, εκπαίδευσης, εποπτείας και διατήρησης του προσωπικού;

Κλείσιμο

31. Υπάρχει κάτι σημαντικό σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προς εκτοπισμένους πληθυσμούς στην Ελλάδα που δεν έχουμε συζητήσει;
32. Αν έπρεπε να συνοψίσετε την εμπειρία σας σε μία πρόταση, τι θα λέγατε για τον τρόπο με τον οποίο οργανώθηκαν και παρέχονταν αυτές οι υπηρεσίες;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε – ΘΕΜΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Θεματική ενότητα	Ενδεικτικοί κώδικες
Επαγγελματικό υπόβαθρο, πρόσληψη και προετοιμασία	προηγούμενη εμπειρία, ανθρωπιστική εμπειρία, πανεπιστημιακή προετοιμασία, ειδική εκπαίδευση, κριτήρια πρόσληψης, αίσθηση ετοιμότητας
Οργάνωση υπηρεσιών, πρόσβαση και παραπομπές	διαθέσιμες υπηρεσίες, ενημέρωση ωφελούμενων, εμπόδια πρόσβασης, γλωσσικά εμπόδια, νομικό καθεστώς, παραπομπές, καθυστερήσεις, δημόσιες υπηρεσίες
Συνέχεια, στελέχωση, σαφήνεια ρόλων και εφαρμογή προγράμματος	συνέχεια φροντίδας, αλλαγές προγραμμάτων, λήξεις συμβάσεων, εναλλαγή προσωπικού, επάρκεια στελέχωσης, σαφήνεια ρόλων, ρεαλιστικότητα στόχων
Εργαλεία, υποδομές, εποπτεία, υποστήριξη και διατήρηση προσωπικού	εξοπλισμός, ιδιωτικός χώρος, επαγγελματικά εργαλεία, πρωτόκολλα, εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων, εποπτεία, αποφόρτιση, υποστήριξη από κεντρικό φορέα, συμβάσεις, αμοιβές, διατήρηση προσωπικού
Ψυχοκοινωνική επάρκεια και κατανόηση της ακούσιας μετοίκησης	θεωρητικό πλαίσιο, ψυχική δυσφορία πέρα από τη διάγνωση, απώλεια οίκου, ταυτότητα, ανθεκτικότητα, πολιτισμική διαμεσολάβηση, πραγματικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες Σύγκριση προγραμμάτων, δείκτες και προτάσεις πολιτικής
Σύγκριση προγραμμάτων, δείκτες και προτάσεις πολιτικής	σύγκριση PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I, αλλαγή διοικητικού μοντέλου, αριθμητικοί δείκτες, ποιοτικοί δείκτες, σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού, μελλοντικές προτάσεις πολιτικής

Το παραπάνω πλαίσιο λειτουργεί ως ένα αρχικό εργαλείο οργάνωσης της ανάλυσης και δεν αποκλείει την ανάδυση νέων θεμάτων κατά την επεξεργασία των συνεντεύξεων. Νέοι κώδικες μπορούν να προστεθούν εφόσον προκύψουν επαναλαμβανόμενα ή σημαντικά ζητήματα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων/ουσών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ – ΠΗΓΕΣ ΓΙΑ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Οργανισμός/ Ερευνητής	Βιβλιογραφική αναφορά	Χρήση
IASC MHPSS Framework	Inter-Agency Standing Committee. (2017). <i>IASC Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support Programmes in Emergency Settings, Version 2.0</i> .	Σύνδεση της συνέντευξης με την αξιολόγηση προγραμμάτων, δείκτες, ποιότητα υπηρεσιών και αποτελέσματα.
WHO/UNHCR MHPSS Toolkit	WHO & UNHCR. (2014). <i>Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings</i> .	Ερωτήσεις σχετικά με ανάγκες, διαθέσιμες υπηρεσίες, κενά, πόρους και παραπομπές.
UNHCR Emergency Handbook	UNHCR. (n.d.). <i>Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)</i> .	Ερωτήσεις σχετικά με εκπαίδευση, εποπτεία, διαδρομές παραπομπής και ένταξη της MHPSS σε ευρύτερα συστήματα υγείας και προστασίας.
Papadopoulos	Papadopoulos, R. K. (2021). <i>Involuntary dislocation: Home, trauma, resilience, and adversity-activated development</i> . Routledge.	Σύνδεση της συνέντευξης με την απώλεια οίκου, την ταυτότητα, το τραύμα, την ανθεκτικότητα και την αποκατάσταση.
Purgato et al.	Purgato, M., et al. (2024). Assessing local service providers' needs for scaling up MHPSS interventions for Ukrainian refugees: Insights from Poland, Slovakia, and Romania. <i>Global Mental Health</i> , 11, e119. https://doi.org/10.1017/gmh.2024.113 .	Χρήση συνεντεύξεων με παρόχους υπηρεσιών και για θεματικές όπως εμπόδια εφαρμογής, ανάγκες εκπαίδευσης και υποστήριξη επαγγελματιών.
Kienzler	Kienzler, H. (2024). Community integration, quality of life, thriving, and mental health among refugees and asylum seekers: A London service provider perspective. <i>Frontiers in Public Health</i> , 12, 1358250. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1358250 .	Ερωτήσεις σχετικά με επαγγελματικές οπτικές, κοινότητα, κοινωνικό αποκλεισμό, ποιότητα ζωής και ευημερία.
Kiselev et al.	Kiselev, N., et al. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> . https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825 .	Ερωτήσεις σχετικά με εμπόδια πρόσβασης, γλώσσα, πολιτισμικούς παράγοντες, στίγμα και συστημικούς περιορισμούς.

Η ημι-δομημένη συνέντευξη δεν υιοθετήθηκε αυτούσια από ένα ήδη υπάρχον σταθμισμένο εργαλείο. Αναπτύχθηκε συνδυάζοντας διεθνή πλαίσια αξιολόγησης MHPSS, ανθρωπιστικές κατευθυντήριες οδηγίες, ποιοτικές μελέτες με παρόχους υπηρεσιών, τη θεωρία του Papadopoulos για την ακούσια μετοίκηση και τα επίσημα έγγραφα των προγραμμάτων PHILOS και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ. Οι πηγές αυτές διαμόρφωσαν τις βασικές θεματικές της συνέντευξης: πρόσληψη και προετοιμασία, οργάνωση υπηρεσιών, πρόσβαση, παραπομπές, εποπτεία, επαγγελματικά εργαλεία, πολιτισμική διαμεσολάβηση, συνέχεια φροντίδας και αξιολόγηση προγραμμάτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ – ΠΗΓΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Πρόγραμμα	Βιβλιογραφική αναφορά	Χρήση
PHILOS I	ΚΕΕΛΠΝΟ. (2017). <i>Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος στο πλαίσιο του προγράμματος PHILOS.</i>	Ανάλυση στελέχωσης, ειδικοτήτων και κριτηρίων πρόσληψης.
PHILOS II	ΚΕΕΛΠΝΟ. (2018). <i>Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος στο πλαίσιο υλοποίησης της δράσης PHILOS.</i>	Ανάλυση στελέχωσης, ειδικοτήτων, κριτηρίων πρόσληψης και συμβάσεων.
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I call	TAMEY. (2023/2024). <i>ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I - Παροχή ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών προς τους διαμένοντες στις δομές φιλοξενίας αρμοδιότητας Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης.</i>	Σκοπός προγράμματος, χρηματοδότηση, ομάδα-στόχο και επίσημο σχεδιασμό.
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I grant	TAMEY. (2024). <i>Ένταξη της Πράξης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I...» με Κωδικό ΟΠΣ 6006340.</i>	Ρόλος του ΔΟΜ/ΙΟΜ, το μοντέλο υλοποίησης, τη διάρκεια και τα υποέργα.

Η ανάλυση εγγράφων βασίστηκε σε σκόπιμα επιλεγμένο σώμα επίσημων και δημόσια διαθέσιμων πηγών σχετικά με τα προγράμματα PHILOS I, PHILOS II και ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ I. Τα έγγραφα επιλέχθηκαν επειδή παρέχουν πληροφορίες για τους στόχους των προγραμμάτων, τη χρηματοδότηση, τη διακυβέρνηση, τη στελέχωση, τα κριτήρια πρόσληψης, το μοντέλο υλοποίησης, τη μετάβαση μεταξύ προγραμμάτων και τα αναφερόμενα αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Adaku, A., Okello, J., Lowry, B. J., Kane, J. C., Alderman, S., Musisi, S., & Tol, W. A. (2016). Mental health and psychosocial support for South Sudanese refugees in northern Uganda: A needs and resource assessment. *Conflict and Health*, 10, Article 18. <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0085-6>

Ajduković, D., Gargano, M. C., & Vukčević Marković, M. (2022). Mental health in the transit context: Evidence from 10 countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), Article 3476. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063476>

Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19, Article 513. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>

Cohen, F., & Yaeger, L. H. (2021). Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implementation Research and Practice*, 2. <https://doi.org/10.1177/2633489521998790>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, Article 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Dickson, K., Bangpan, M., & Felix, L. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: A systematic review and meta-analysis in low- and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(5), e001484. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001484>

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206. <https://doi.org/10.2307/3348969>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Dumke, L., Maousidi-Ziganou, E., Kalpaxi, P., Lazeri, L., Hall, J., & Breda, J. (2026). Mental health and psychosocial support for asylum seekers and refugees in Greece: A narrative review of stressors, needs, services, and barriers. *International Journal for Equity in Health*, 25, Article 59. <https://doi.org/10.1186/s12939-026-02786-2>

Edge, D., Peñuela-O'Brien, E., Berry, K., & Wan, M. (2022). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in

Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 59(2), 176-198.
<https://doi.org/10.1177/13634615211067360>

Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., Murphy, J., & Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1793567.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567>

Goldin, I., Cameron, G., & Balarajan, M. (2011). *Exceptional people: How migration shaped our world and will define our future*. Princeton University Press.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
<https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Inter-Agency Standing Committee. (2017). *IASC common monitoring and evaluation framework for mental health and psychosocial support programmes in emergency settings* (Version 2.0).

International Medical Corps. (2016). *Rapid mental health and psychosocial support assessment: Needs, services, and recommendations for support to refugees, asylum seekers, and migrants in Northern and Central Greece*.

Kienzler, H. (2024). Community integration, quality of life, thriving, and mental health among refugees and asylum seekers: A London service provider perspective. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1358250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1358250>

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>

Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., de Graaff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1717825.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.

Miller, K. E., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., & Galappatti, A. (2021). A call for greater conceptual clarity in the field of mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e5.
<https://doi.org/10.1017/S2045796020001110>

Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>

Munz, D., & Melcop, N. (2018). The psychotherapeutic care of refugees in Europe: Treatment needs, delivery reality and recommendations for action. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1476436. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476436>

Nemiro, A., Snider, L., Tulloch, O., & Jones, T. (2022). Advancing and translating knowledge: A systematic inquiry into the 2010-2020 mental health and psychosocial support intervention research evidence base. *Global Mental Health*, 9, 133-145. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.6>

Nowak, A. C., Hornberg, C., & Namer, Y. (2022). Health care for refugees in Europe: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 1278. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031278>

Nowak, A. C., Nutsch, N., Brake, T.-M., Gehrlein, L.-M., & Razum, O. (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: Updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*, 23, Article 1289. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15931-1>

Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Greece: Country health profile 2023*. OECD Publishing.

Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301-312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary dislocation: Home, trauma, resilience, and adversity-activated development*. Routledge.

Purgato, M., et al. (2024). Assessing local service providers' needs for scaling up mental health and psychosocial support interventions for Ukrainian refugees: Insights from Poland, Slovakia, and Romania. *Global Mental Health*, 11, e119. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.113>

Silove, D. (2021). Challenges to mental health services for refugees: A global perspective. *World Psychiatry*, 20(1), 131-132. <https://doi.org/10.1002/wps.20818>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Tol, W. A., Purgato, M., Bass, J. K., Galappatti, A., & Eaton, W. (2015). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: A public mental health perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(6), 484-494.
<https://doi.org/10.1017/S2045796015000827>

United Nations High Commissioner for Refugees. (n.d.). *Mental health and psychosocial support*. UNHCR Emergency Handbook.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

World Health Organization, & United Nations High Commissioner for Refugees. (2014). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings*.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.