**ΟΔΗΓΟΣ ΦΟΡΕΩΝ**

α)ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ και β) ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ/ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ **ΠΟΛ**ΙΤΙΣΤΙΚΗΣ **ΣΥΝ**ΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

# 1.ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ (ΠΟΛΣΥΝ) ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ

H Πολιτιστική Συνταγογράφηση (ΠΟΛΣΥΝ) είναι ένα πιλοτικό, ερευνητικό πρόγραμμα του Υπουργείου Πολιτισμού υλοποιούμενο από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας «Κώστας Στεφανής» με στόχο την **εισαγωγή ποικίλων δράσεων τέχνης με θεραπευτική επίδραση στην Ψυχική Υγεία.** Οι δράσεις τέχνης δεν χαρακτηρίζονται ως ψυχοθεραπείες μέσω της τέχνης αλλά **δράσεις** **με θεραπευτική επίδραση στους Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (συμμετέχοντες) με στόχο τη βελτίωση της καθημερινής τους διαβίωσης.**

Η συμμετοχή στη δράση έχει διάρκεια ένα τρίμηνο και ένα επιπλέον τρίμηνο ο συμμετέχων απαντά ερωτηματολόγια. Δηλαδή αν και η ενεργή συμμετοχή του στη δράση είναι τρεις μήνες, η ένταξη του στο ερευνητικό πρόγραμμα είναι εξάμηνη. Η Ερευνητική Ομάδα σχεδιάζει, εφαρμόζει και ερευνά το οργανωτικό και θεσμικό πλαίσιο, όπως επίσης και το επιστημονικό μέρος των δράσεων, ώστε να παραδώσει ένα τελικό σχέδιο εφαρμογής Δράσεων Πολιτιστικής Συνταγογράφησης. Για το σκοπό αυτό υλοποιείται και χρησιμοποιείται στα πλαίσια του έργου η Διαδικτυακή Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ελεγχόμενα προσβάσιμη), χρήστες της οποίας είναι:

1. τα Στελέχη Υλοποίησης των δράσεων (πρόσβαση σε ονομαστικά δεδομένα)
2. τα Διοικητικά στελέχη των Φορέων Υλοποίησης (πρόσβαση σε διοικητικά δεδομένα)
3. τα Στελέχη του Υπουργείου Πολιτισμού (πρόσβαση σε διοικητικά δεδομένα)

και το (προς το παρόν) site της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης, το οποίο φιλοξενείται στην διεύθυνση: [www.artonprescription.gr](http://www.artonprescription.gr)

Ωφελούμενοι του προγράμματος ορίζονται άτομα με ψυχιατρική διάγνωση τύπου F, σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα ταξινόμησης ICD10 ή/και κλινική διάγνωση (περιγραφικά), στην οποία συμπεριλαμβάνονται άτομα με διαγνωσμένη ψυχική νόσο και άτομα με δευτερογενώς επιβαρυμένη ψυχική υγεία προερχόμενη από άλλα ζητήματα υγείας, τα οποία παραπέμπονται υποχρεωτικά και αποκλειστικά από γιατρούς (Ψυχίατρους, Παιδοψυχίατρους, Ψυχίατρους-Νευρολόγους) και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας (Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Εργοθεραπευτές) ενταγμένους σε δομές/μονάδες ψυχικής υγείας ή και αυτόνομα. Η συμμετοχή των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πρόγραμμα είναι δωρεάν.

Το έργο «Πιλοτικές δράσεις Πολιτιστικής Συνταγογράφησης» είναι ενταγμένο στο Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας «ΕΛΛΑΔΑ 2.0» και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση - NextGeneration EU.

# 2. ΦΑΣΕΙΣ ΕΡΓΟΥ / ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΩΝ ΦΑΣΕΩΝ

Το έργο διαρθρώνεται σε τρεις (3) φάσεις:

* Η Α΄ Πιλοτική Φάση οποία είναι σε εξέλιξη και διεξάγεται από 03/2024 έως και 12/2024, στην οποία συμμετέχουν δέκα (10) Εποπτευόμενοι και Τακτικώς επιχορηγούμενοι Φορείς Πολιτισμού του Υπουργείου Πολιτισμού σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.
* Η Β΄ Πιλοτική Φάση αφορά στο διάστημα από 01 Δεκεμβρίου 2024 έως 30 Νοεμβρίου 2025 και απευθύνεται σε κατηγορίες Φορέων που αναφέρονται στην Πρόσκληση. **Η διαδικασία ένταξης στο πρόγραμμα εκτελείται μέσω δηλώσεων πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής (άλλως «παραπεμπτικών σημειωμάτων» υπό την έννοια της σύστασης για συμμετοχή στο πρόγραμμα) που εκδίδουν γιατροί (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχίατροι-νευρολόγοι) και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.**
* Η Γ΄ Φάση, η οποία είναι η πιο διευρυμένη σε κατηγορίες φορέων, τεχνών και η διαδικασία παραπομπής συμμετεχόντων διενεργείται μέσω του συστήματος άυλης Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ.

# 3. ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΣΥΝ

# Η Ερευνητική ομάδα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης, με Επιστημονικό Υπεύθυνο τον Καθηγητή Ψυχιατρικής του ΕΚΠΑ, Διευθυντή της Α΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και Αναπληρωτή Διευθυντή του ΕΠΙΨΥ Νικόλαο Στεφανή, αποτελείται από 10 επιστήμονες, οι οποίοι διεξάγουν την επιστημονική έρευνα με τις τρεις μεθόδους :

* ΠΟΣΟΤΙΚΗ: με συμπλήρωση από τους συμμετέχοντες, που κατανέμονται στα δύο τρίμηνα κατόπιν τυχαιοποίησης, ερωτηματολογίων σε συγκεκριμένα χρονικά ορόσημα.
* ΠΟΙΟΤΙΚΗ με συμμετοχή σε Focus Groups (ομάδες εστίασης), δηλαδή δημιουργία ομάδων ελεύθερης συζήτησης στο τέλος της ενεργητικής συμμετοχής στη δράση
* ΠΟΙΟΤΙΚΗ με συμμετοχή στη Συλλογική Εικαστική Απεικόνιση, δηλαδή ανάλυση του δημιουργηθέντος από την ομάδα συλλογικού εικαστικού έργου στο τέλος της ενεργητικής συμμετοχής στη δράση.

4. ΥΠΟΒΟΛΗ & ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ – ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ

Οι Φορείς που πληρούν τα κριτήρια που απαριθμούνται στην Πρόσκληση, υποβάλλουν πρόταση για χρηματοδότηση, σύμφωνα με τους Όρους και τη Διαδικασία που περιγράφονται σε αυτή. Στα πλαίσια της υποβολής πρότασης, θα πρέπει να συνυποβάλλουν το έντυπο ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ. Για τη συμπλήρωση του εντύπου θα πρέπει να έχει προηγηθεί προεργασία και σχεδιασμός της δράσης, ώστε να έχουν προσδιοριστεί όλα όσα προβλέπονται στο έντυπο (υποχρεωτικά πεδία, εμφανίζονται με αστερίσκο \*).

**Συνοπτικά τα βήματα που ακολουθούνται για την σχεδίαση της δράσης, την συμπλήρωση & υποβολή του εντύπου για ένταξη σε χρηματοδότηση είναι :**

1. Προσδιορισμός της δράσης (κατηγορία τέχνης), σύνδεση της δράσης με Ψυχική Υγεία
2. Προσδιορισμός ομάδας στόχου: κατηγορία Ηλικίας και Κατηγορία Νόσου ή/και ειδικής κατηγορίας συμμετεχόντων (πχ Απεξάρτηση, Φροντιστές κα)
3. Προσδιορισμός του αριθμού των ατόμων που θα ενταχθεί και διαμόρφωση τμημάτων (πχ 1 ή 2 ή 3 κλπ). Κάθε τμήμα, έχει δύο ομάδες: α’ και β’ τριμήνου, με 8 άτομα κατ’ ελάχιστο ανά ομάδα. Τα τμήματα μπορούν να διαφοροποιούνται ως προς την ηλικιακή κατηγορία, ή την κατηγορία νόσου (όχι οι ομάδες)
4. Ανάλογα με τον τελικό αριθμό των τμημάτων, προσδιορισμός αριθμού στελεχών υλοποίησης δράσης (αριθμός και κατηγορίες Στελεχών)
5. Ενέργειες επικοινωνίας (αρχικές), με Φορείς Ψυχικής Υγείας και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας της ευρύτερης περιοχής για τη διασφάλιση συμμετεχόντων
6. Περιγραφή της δράσης, αναλυτικά και προσδιορισμός σχετικής Βιβλιογραφίας που τεκμηριώνει τη δράση
7. Προσδιορισμός Ημερολογίου της δράσης (ημερομηνίες και ώρες τμημάτων, α & β τριμήνου). Οι ημερομηνίες και ώρες των δράσεων, πρέπει να προσαρμόζονται στην ομάδα στόχο.
8. Προσδιορισμός Παραστάσεων ή Προβολών ταινιών, για δράσεις ticket set.

**Συνοπτικά τα βήματα που ακολουθούνται μετά την ένταξη της δράσης σε χρηματοδότηση είναι :**

1. Υποβολή του εντύπου Υποβολής Πρότασης (τελική έκδοση, μετά από τυχόν διορθώσεις) στο Help Desk της Πλατφόρμας Πολιτιστικής Συνταγογράφησης ArtOnPrescription για την καταχώρηση του στη βάση δεδομένων. Όλα τα υποχρεωτικά πεδία (\*), πρέπει να είναι συμπληρωμένα. Αυτόματη εμφάνιση του Φορέα και της Δράσης στο site της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης www.artonprescription.gr
2. Πρόσληψη ομάδας υλοποίησης δράσης Πολιτιστικής Συνταγογράφησης, σύμφωνα με τη διαδικασία που περιγράφεται παρακάτω. Απόδοση σε συγκεκριμένα πρόσωπα της ομάδας κωδικών πρόσβασης στην Πλατφόρμα για καταχώρηση δεδομένων.
3. Ενέργειες ενημέρωσης Φορέων Ψυχικής Υγείας και Ιδιωτών Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για παραπομπή συμμετεχόντων, που πληρούν τα κριτήρια και μπορούν να ενταχθούν στη δράση, σύμφωνα με την ηλικία τους και την κατηγορία νόσου.
4. Παράλληλα με τα ανωτέρω: α) εκπαίδευση στελεχών στην χρήση της Πλατφόρμας, β) Συμμετοχή στελεχών του φορέα πολιτισμού (υλοποίησης της δράσης και διοικητικού προσωπικού) στο εργαστήρι Εκπαίδευσης κ Ευαισθητοποίησης, του ΕΠΙΨΥ.
5. Συγκέντρωση των παραπεμπτικών, που έχουν προσκομισθεί από ενδιαφερόμενους συμμετέχοντες και καταχώρηση τους στην Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ArtOnPrescription), έως την καταληκτική ημερομηνία που έχει δηλωθεί για αυτή την περίοδο,
6. Πρόσκληση συμμετεχόντων στην 1η Συνάντηση Υποδοχής και Γνωριμίας, λήψη Συγκατάθεσης συμμετέχοντος για ένταξη στη δράση και απάντηση ερωτηματολογίων μόνο όσων συγκατατέθηκαν να ενταχθούν στη δράση (Τ1).
7. Καταχώρηση δεδομένων ένταξης στην Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ArtOnPrescription),
8. Διενέργεια τυχαίας κατανομής όσων ασθενών εντάσσονται στη δράση σε α ή β τρίμηνο και ενημέρωση συμμετεχόντων μέσω mail ή/και sms (*ενέργειες τμήματος τεχνικής υποστήριξης έρευνας*)
9. **Έναρξη δράσης** για τους συμμετέχοντες του α τριμήνου: 1η συνεδρία. Οι ασθενείς του β’ τριμήνου, είναι σε αναμονή.

# 5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ – ΕΚΔΟΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟΥ

Οι Φορείς Τέχνης, οι οποίοι επιθυμούν την ένταξή τους στο πρόγραμμα της ΠΟΛΣΥΝ ή έχουν ήδη ενταχθεί και επιθυμούν την παραπομπή συμμετεχόντων, απευθύνονται σε :

Α. **Ιδιώτες Ψυχίατρους, Παιδοψυχίατρους**,

Β. **Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας**: Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς και Εργοθεραπευτές.

Γ. Δομές/μονάδες ψυχικής υγείας

Ο Φορέας Πολιτισμού ενημερώνει τον Φορέα Ψυχικής Υγείας ή τον επαγγελματία Ψυχικής Υγείας **για τη δράση** και επιπλέον αναφέρει:

* Τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής συμμετεχόντων
* Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να «φέρουν» οι ωφελούμενοι για να ενταχθούν στη δράση (ηλικία, νόσος, ειδική κατηγορία)
* Τις ημέρες κ ώρες εκτέλεσης της δράσης (Ημερολόγιο)
* Τη διαδικασία ένταξης (περιληπτικά) κ εκτέλεσης της δράσης (α κ β τρίμηνο/τρίμηνο ενεργητικής συμμετοχής στη δράση και συμπλήρωσης ερωτηματολογίων της έρευνας/τρίμηνο μόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας)
* Τις υποχρεώσεις των συμμετεχόντων, ως προς την παρουσία τους και την απάντηση των ερωτηματολογίων.

Ο Ιατρός ή Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας (λειτουργών αυτόνομα ή στο πλαίσιο μονάδας ψυχικής υγείας) συμπληρώνει και υπογράφει τη σχετική δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής (template ανά ειδικότητα – **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**) και την παραδίδει στον συμμετέχοντα, ο οποίος οφείλει να την προσκομίσει άμεσα (εντός 2-3 ημερών) στο Φορέα Πολιτισμού, που θέλει να ενταχθεί. Το «παραπεμπτικό σημείωμα» υποχρεωτικά εμφανίζει τα στοιχεία του συμμετέχοντος, τα στοιχεία επικοινωνίας του παραπέμποντος, το Φορέα και τη δράση που προορίζεται και καταχωρείται από τον Επαγγελματία Ψ. στην Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης. Ανάλογα με την κατηγορία επαγγελματία Ψυχικής Υγείας και τον Φορέα, διαμορφώνεται το «παραπεμπτικό» και ο τρόπος υπογραφής (*απλή υπογραφή ή μέσω gov.gr*)

Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, υπάρχει το ενδεχόμενο ο Φορέας Ψυχικής Υγείας ή ο Ιδιώτης Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας να έχει ενημερωθεί για τις δράσεις Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ΠΟΛΣΥΝ), από άλλα μέσα και όχι από το Φορέα Πολιτισμού (site, συλλογικό όργανο, συνάδελφο). Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να κάνει επισκόπηση των δράσεων ΠΟΛΣΥΝ μέσω του site και αφού εντοπίσει τις δράσεις που ο συμμετέχων μπορεί να ενταχθεί (δλδ διαθέτει τα χαρακτηριστικά ηλικίας, νόσου, ειδικής κατηγορίας και υπάρχουν κενές θέσεις) να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή του. Αφού ο ασθενής επιλέξει την επιθυμητή δράση, ο Παραπέμπων εκδίδει το σχετικό παραπεμπτικό σημείωμα και το παραδίδει στον ίδιο, για να το υποβάλλει στον Φορέα Πολιτισμού.

Για το σκοπό αυτό, αμέσως με την ένταξη της δράσης σε χρηματοδότηση, η δράση καταχωρείται στην κεντρική πλατφόρμα και εμφανίζεται στο site της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ανά φορέα και ανά δράση):

* στοιχεία φορέα, διεύθυνση (τόπος εκτέλεσης της δράσης),
* κενές θέσεις,
* κατηγορία ηλικίας – νόσου – ειδική κατηγορία συμμετεχόντων,
* περίοδος υποβολής παραπεμπτικών συμμετοχών,
* ημερολόγιο δράσης,
* Help Desk AoP Φορέα Πολιτισμού.

Ανεξάρτητα από την ενημέρωση που λαμβάνει ένας Φορέας Ψυχικής Υγείας ή Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας για μια δράση Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ΠΟΛΣΥΝ), ο συμμετέχων έχει δικαίωμα επιλογής ανάμεσα σε όλες τις διαθέσιμες δράσεις που μπορεί να ενταχθεί υπό την προϋπόθεση ότι πληροί τα κριτήρια και τα χαρακτηριστικά. Επισημαίνεται, όμως, ότι ο συμμετέχων εντάσσεται αποκλειστικά σε μία δράση καθ΄όλη τη διάρκεια της παρούσας πιλοτικής φάσης και όχι σε περισσότερες.

Στο πλαίσιο της διαδικασίας παραπομπής ο επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας θα μπορεί να επικοινωνήσει με το Φορέα Πολιτισμού για να λάβει συμπληρωματικές πληροφορίες και να επιβεβαιώσει τη διαθεσιμότητα θέσεων σε περίπτωση περιορισμένου αριθμού.

# ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ – ΛΟΓΟΙ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ - ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Ο Ιατρός ή Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας, μπορεί να επιλέξει, να ενημερώσει και να προτείνει σε συμμετέχοντες την ένταξή τους σε δράσεις Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ΠΟΛΣΥΝ) που πληρούν τα κάτωθι κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ:

* Η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, ο παραπεμπόμενος δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή).
* Η φυσική κατάσταση του συμμετέχοντος επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης.
* Ο συμμετέχων δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης)
* Ο συμμετέχων είναι άνω των 8 ετών (υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).
* Ο συμμετέχων μπορεί να δεσμευτεί στην παρακολούθηση της δράσης (να επιθυμεί να συμμετάσχει, να «αγαπά» την τέχνη που επιλέγει ).
* Ο συμμετέχων είναι σε θέση να συμμετέχει στις βιωματικές ομάδες χωρίς συνοδό ή φροντιστή (\*η παρουσία φροντιστή σε αναμονή, αλλά όχι εντός αίθουσας επιτρέπεται και μπορεί να διευκολύνει την παρακολούθηση του συμμετέχοντος)
* Ο συμμετέχων είναι ικανός να απαντήσει στα ερωτηματολόγια γραπτά (ανάλογα με την ηλικία του ή σε περίπτωση που είναι ανήλικο άτομο να μπορούν να συμπληρωθούν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια από γονέα ή κηδεμόνα).
* Ο συμμετέχων ομιλεί την ελληνική γλώσσα.

Για την ένταξη των συμμετεχόντων σε δράσεις Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ΠΟΛΣΥΝ) **δεν απαιτούνται συγκεκριμένες δεξιότητες ή γνώσεις τέχνης**.

ΛΟΓΟΙ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ:

* Το άτομο δεν προσκομίζει παραπεμπτικό από Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας ή προσκομίζει διαφορετικό παραπεμπτικό από το προβλεπόμενο στην παρούσα πρόσκληση (template ανάλογα με την ειδικότητα Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας).
* Το άτομο εμφανίζει συμπεριφορά που παρακωλύει τη λειτουργία της ομάδας.
* Η ψυχική διαταραχή του ατόμου είναι σε ενεργή φάση.
* Το άτομο είναι σε ενεργή χρήση ουσιών.
* Το άτομο είναι ασυνεπές στην τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
* Το άτομο έχει τεθεί σε στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική).
* Το άτομο χρειάζεται να συνοδεύεται διαρκώς και δεν μπορεί να παρακολουθεί τη δράση χωρίς συνεχή αρωγή από το άτομο που το συνοδεύει.
* Το άτομο έχει σχέση θεραπευτική ή προσωπική, με άτομο που συντονίζει τη δραστηριότητα.
* Σε περίπτωση που το άτομο είναι φροντιστής/στρια όπως σε δράσεις για την εργασιακή επιβάρυνση (burn out), δεν μπορεί να ενταχθεί στην ίδια ομάδα με ωφελούμενα άτομα που φροντίζει (mixed groups).
* Εξαιρούνται συμμετέχοντες της Α πιλοτικής φάσης, καθώς είναι σε εξέλιξη.

Δικαίωμα **αιτιολογημένης απένταξης συμμετέχοντος από την ομάδα** έχει μόνο ο επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας της Ομάδας Δράσης Τέχνης εάν διαπιστωθεί ότι συντρέχουν οι παραπάνω λόγοι ή άλλος σοβαρός λόγος. Σε αυτή την περίπτωση ενημερώνονται τόσο ο Φορέας Πολιτισμού όσο και ο προτείνων επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ & ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ:

* Ο συμμετέχων έχει δικαίωμα να επιλέξει δράση προτίμησής του, υπό την προϋπόθεση ότι πληροί τις προϋποθέσεις ένταξης
* Ο συμμετέχων έχει δικαίωμα να αποχωρήσει από τη δράση, εάν δεν επιθυμεί να ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Ο Υπεύθυνος επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας καταγράφει την αποχώρηση των συμμετεχόντων σε περίπτωση διακοπής παρακολούθησης του προγράμματος.
* Ο συμμετέχων έχει δικαίωμα να επιλέξει τη συμμετοχή σε focus groups. Τα focus groups είναι μικρές ομάδες εστιασμένης συζήτησης σχετικά με την εμπειρία της δράσης 8-12 ατόμων διάρκειας περίπου 2 ωρών, που θα διενεργηθούν από τα μέλη της Ερευνητικής Επιτροπής, αφότου ολοκληρώνεται κάθε τρίμηνο.
* Ο συμμετέχων οφείλει να είναι συνεπής στην παρακολούθηση της δράσης. Απαιτείται η φυσική παρουσία του. Ο Υπεύθυνος επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας καταγράφει τις παρουσίες των συμμετεχόντων σε κάθε συνεδρία / παράσταση.
* Ο συμμετέχων οφείλει να συμπληρώνει τα προβλεπόμενα ερωτηματολόγια. Όλοι οι συμμετέχοντες (α & β τριμήνου), προσέρχονται για την απάντηση των ερωτηματολογίων, στις ημερομηνίες ορόσημο. Ο συμμετέχων θα κληθεί να συμπληρώσει πέντε (5) φορές τα ερευνητικά ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια του εξαμήνου.

# 7. ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΩΝ

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Κατά τη σχεδίαση μιας δράσης Πολιτιστικής Συνταγογράφησης (ΠΟΛΣΥΝ) οι φορείς οφείλουν να προσδιορίσουν την ηλικιακή κατηγοριών των τμημάτων των συμμετεχόντων. Το κατώτερο επιτρεπτό όριο ηλικίας είναι τα 8 έτη, ανώτατο όριο ηλικίας δεν υπάρχει. Κατά την συγκρότηση ομάδων ο Φορέας Πολιτισμού, αναφορικά με το χαρακτηριστικό της ηλικίας, ο Φορέας πολιτισμού πρέπει να έχει υπόψη του, ανά κατηγορία τα εξής:

□ **παιδιά από 8 έως 12 ετών** (μαθητές Δημοτικού): τα τμήματα των παιδιών δεν αναμειγνύονται με άλλες ηλικιακές κατηγορίες

□ **μαθητές Γυμνασίου** □ **μαθητές Λυκείου**: είναι επιθυμητό οι έφηβοι να διαχωρίζονται σε ομάδες μαθητών Γυμνασίου και Λυκείου. Εάν ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν το επιτρέπει τότε μπορεί να συγκροτηθεί μικτή ομάδα.

□ **ενήλικες κάθε ηλικίας**: Σε περίπτωση που ο φορέας σχεδιάσει μια δράση για ενήλικες, που σημαίνει ότι δεν υπάρχει ηλικιακή ομοιογένεια στους συμμετέχοντες, οφείλει να τηρήσει ισοκατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων στην ομάδα και να διασφαλίσει ότι όλες οι ηλικίες μπορούν να ανταποκριθούν κυρίως σωματικά για δράσεις όπως π.χ. χορός, αλλά και ως προς την προσέλευση, δλδ η δράση εκτελείται σε μη εργάσιμες ώρες.

Κατά τα άλλα οι προτεινόμενες ηλικιακές ομάδες μπορούν να διακριθούν σε:

**□ 18 – 30, □ 31 – 45, □ 45 – 60, □ 65 κ άνω, □ τρίτη ηλικία.**

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ**

Οι προτάσεις των Φορέων θα αφορούν στη συμμετοχή ατόμων με ψυχιατρική διάγνωση τύπου “F”  σύμφωνα με το διεθνές διαγνωστικό σύστημα ταξινόμησης ICD-10 που θα χρησιμοποιηθεί μελλοντικά στο εθνικό σύστημα Συνταγογράφησης της ΗΔΙΚΑ ή κλινική διάγνωση (περιγραφικά), η οποία θα αναφέρεται στη δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής από τον Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας. Η διάγνωση προσδιορίζεται από τους παραπέμποντες φορείς/λειτουργούς ψυχικής υγείας. Στις δράσεις συμπεριλαμβάνονται άτομα με διαγνωσμένη ψυχική νόσο και άτομα με δευτερογενώς επιβαρυμένη ψυχική υγεία προερχόμενη από άλλα ζητήματα υγείας.

Κατά τη λήψη των παραπεμπτικών και την προ δέσμευση θέσης για τη συγκρότηση ομάδων ο Επαγγελματίας Senior Ψ. οφείλει να σταθμίζει την διάγνωση F ή την κλινική διάγνωση (περιγραφικά) του συμμετέχοντα και να συγκροτεί ομοειδείς ομάδες ανάλογης λειτουργικότητας/βαρύτητας συμπτωματολογίας.

Γενική προτεινόμενη κατεύθυνση είναι η διατήρηση ομοιογένειας μεταξύ ασθενών με ομοειδείς διαγνώσεις :

π.χ. 1) ασθενείς με διαταραχές άγχους ή προσαρμογής (F40-43) και ασθενείς με ήπια καταθλιπτική διαταραχή (F32.0). 2) ασθενείς με χρόνια υποτροπιάζουσα κατάθλιψη (F32.3) και ασθενείς με διπολική διαταραχή (F31).

3) ασθενείς με μη-συναισθηματική ψύχωση/σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (F20-F25).

4)ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας (F60-64).

Η κατάταξη σε ομοειδείς διαγνώσεις ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των ερευνητικών δεδομένων του.

Κατηγορίες συμμετεχόντων ανάλογα με την προέλευση, μπορούν να διατηρηθούν συμπαγείς, για παράδειγμα:

α) συμμετέχοντες από τον κλάδο της απεξάρτησης(F10)

β) ασθενείς σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (F23)

γ) ασθενείς με ήπια γνωστική διαταραχή (F06.7)

Oι ασθενείς αυτοί εντάσσονται σε διακριτή ομάδα και δεν αναμειγνύονται με άλλες κατηγορίες ασθενών.

**ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

Ο Φορέας Πολιτισμού μπορεί να σχεδιάσει μια δράση και να στοχεύσει σε μια συγκεκριμένη κατηγορία συμμετεχόντων, όπως ενδεικτικά:

* συμμετέχοντες από τον κλάδο της απεξάρτησης
* ογκολογικοί ασθενείς, με επιβαρυμένη ψυχική υγεία
* κακοποιημένες γυναίκες
* φροντιστές ατόμων με χρόνιες νόσους
* γονείς παιδιών με χρόνια νοσήματα
* κα

Οι συμμετέχοντες που ανήκουν σε ειδική κατηγορία δεν αναμειγνύονται με άλλες κατηγορίες συμμετεχόντων. Όλοι οι συμμετέχοντες εντάσσονται με παραπεμπτικό που έχει συντάξει Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με την περιγραφόμενη διαδικασία.

# 8. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΔΡΑΣΕΩΝ

Η ΟΜΑΔΑ ΔΡΑΣΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ:

1. **Υποομάδα Παραγωγής/Επιμέλειας Καλλιτεχνικής Δράσης**

α) έναν Υπεύθυνο παραγωγής καλλιτεχνικής δράσης (senior Κ)

β) έναν Βοηθό Υπευθύνου παραγωγής καλλιτεχνικής δράσης (Junior Κ.) που θα επικουρεί τον Senior Κ.

1. **Υποομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας**

α) έναν Υπεύθυνο Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας (Senior Ψ.), ως Υπεύθυνο της βιωματικής επεξεργασίας της δράσης τέχνης,

β) έναν βοηθό Υπεύθυνου Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας (Junior Ψ.)

Τα προσόντα και οι Υποχρεώσεις των Στελεχών που αναλαμβάνουν την υλοποίηση της δράσης αναλύονται στο Παράρτημα II του Εντύπου Υποβολής Πρότασης.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

Κάθε πρόταση υλοποιείται υποχρεωτικά από **δύο υπεύθυνους δράσης** ανά τμήμα (κάθε τμήμα περιλαμβάνει Ομάδα α’ τριμήνου και Ομάδα β’ τριμήνου) :

1. έναν Υπεύθυνο Καλλιτεχνικής Δράσης με εμπειρία (Senior),
2. έναν Υπεύθυνο Ψυχικής Υγείας με εμπειρία (Senior) και

Ο Φορέας Πολιτισμού, δύναται να ενισχύσει την ομάδα υλοποίησης (1ου τμήματος ) με:

-έναν Βοηθό Υπεύθυνου Καλλιτεχνικής Δράσης (Junior) και

-έναν Βοηθό Υπεύθυνου επαγγελματία Ψυχικής Υγείας (Junior).

Σε αυτή την περίπτωση αναλαμβάνει τη δέσμευση, ο κατώτατος αριθμός συμμετοχής ωφελουμένων να είναι 8. Σε περίπτωση που η ομάδα υλοποίησης της δράσης είναι από 3 έως 4 άτομα, τότε δεν επιτρέπεται οι συμμετέχοντες στο τμήμα, μετά από τυχόν αποχωρήσεις, να είναι λιγότεροι από 8.

Για κάθε επόμενο τμήμα που συγκροτείται (δηλαδή 3ο τμήμα και πάνω), επιτρέπεται η πρόσληψη 2 επιπλέον ατόμων, με την ίδια κατανομή που περιγράφεται παραπάνω.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ & ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΥΤΩΝ

Η τελική επιλογή Στελεχών για την υλοποίηση των δράσεων, βαραίνει τον Φορέα Πολιτισμού, ο οποίος πέραν των βιογραφικών στοιχείων εξασφαλίζει την επάρκεια και συγκρότηση των προς πρόσληψη υπευθύνων, για μια δράση που στοχεύει να ευοδωθεί ο στόχος της βελτίωσης των συμπτωμάτων της ψυχικής υγείας των ασθενών.

Η διαδικασία πρόσληψης/ανάθεσης έργου είναι η εξής:

* Ο Φορέας αναρτά τη σχετική πρόσκληση ή προβαίνει σε έρευνα για την εύρεση στελεχών
* Επιλέγει τους επικρατέστερους υποψηφίους και προβαίνει σε ατομικές συνεντεύξεις
* Αφού επιλέξει τους υπεύθυνους της δράσης που θέλει να προσλάβει, ελέγχει τα δικαιολογητικά τους και προβαίνει σε συνέντευξη
* Υποβάλλει τα βιογραφικά των ατόμων, μαζί με τα δικαιολογητικά που επιβεβαιώνουν τα προσόντα τους στην Πλατφόρμα Πολιτιστικής Συνταγογράφησης. Τα βιογραφικά λαμβάνονται ψηφιακά και ελέγχονται από μία επιτροπή ότι πληρούν τα κριτήρια που θέτει η πρόσκληση. Κατά τη διαδικασία ελέγχου υπάρχει το ενδεχόμενο να ζητηθούν συμπληρωματικές διευκρινήσεις ή επιπλέον έγγραφα.
* Το βιογραφικό:

1. εγκρίνεται οπότε ο Φορέας προχωρά σε πρόσληψη και το Στέλεχος εντάσσεται στο Μητρώο Επαγγελματιών Υλοποίησης Δράσεων, υπό την προϋπόθεση ότι θα δοθεί η σχετική συγκατάθεση. Για το σκοπό αυτό, ο Φορέας Πολιτισμού οφείλει να ενημερώσει τον επαγγελματία προς τούτο και να λάβει τη σχετική συγκατάθεση κατά τη σύναψη της σύμβασης.
2. ή απορρίπτεται οπότε ο Φορέας, αποστέλλει για έγκριση τον αμέσως επόμενο επικρατέστερο υποψήφιο.

Το αντικείμενο και οι υποχρεώσεις των στελεχών καθώς και το έντυπο βιογραφικού σημειώματος αναφέρονται στο Παράρτημα II του Εντύπου Υποβολής Πρότασης.

Συνοπτικά οι ενέργειες που θα κληθούν τα Στελέχη να υλοποιήσουν αμέσως μετά την πρόσληψη τους και έως την ολοκλήρωση της δράσης, είναι:

* Να συγκροτήσουν την ομάδα υλοποίησης δράσης, να συναντηθούν και να αναλώσουν χρόνο ως ομάδα για να κατανοήσουν την πρόταση του φορέα, να ενημερωθούν για τυχόν ενέργειες που έχουν ήδη γίνει από το Φορέα στα πλαίσια ενημέρωσης Φορέων Ψυχικής Υγείας και άντλησης συμμετεχόντων και να προβούν σε τυχόν ρυθμίσεις της Πρότασης.
* Να αναγνώσουν τον παρόντα οδηγό όπως επίσης και κάθε άλλο ενημερωτικό έγγραφο που έχει ήδη σταλεί ή θα σταλεί στο φορέα, ώστε να έχουν πλήρη γνώση σχετικά με την έρευνα, πώς διεξάγεται, υπό ποιες διαδικασίες και ποια ερωτηματολόγια περιλαμβάνει.
* Να διαμορφώσουν ενημερωτικό υλικό και να σχεδιάσουν τις ενέργειες επικοινωνίας και ενημέρωσης των φορέων. Τα Στελέχη των δράσεων και ειδικά οι Επαγγελματίες Ψ. οφείλουν να είναι διαθέσιμοι σε τυχόν επικοινωνία που ζητήσει ένας Παραπέμπων Επαγγελματίας Ψ.
* Να συν επικουρήσουν τις ενέργειες επικοινωνίας με Φορείς Ψυχικής Υγείας για άντληση συμμετεχόντων.
* Να διαθέσουν χρόνο για την εκπαίδευσή τους στην Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης από το Help Desk της δράσης και να είναι διαθέσιμοι για την Ημερίδα Ευαισθητοποίησης στην Τέχνη και Ψυχική Υγεία που θα εκτελέσει η Ερευνητική ομάδα, τον Σεπτέμβρη /2024.
* Να λάβουν τα παραπεμπτικά, να ελέγξουν ότι συνάδουν με τους κανόνες Συνταγογράφησης και να τα καταχωρήσουν στην Πλατφόρμα κάνοντας προ δέσμευση της θέσης για τον συμμετέχοντα.
* Να σχεδιάσουν και να οργανώσουν την 1η συνάντηση υποδοχής και γνωριμίας.
* Να εκτελέσουν την 1η συνάντηση υποδοχής κ γνωριμίας .
* Να ξεκινήσουν τις δράσεις των τμημάτων .
* Να εκτελούν τη δράση σύμφωνα με τους κανόνες που αναφέρονται στον οδηγό και να εκτελούν τα αντικείμενα που τους αναλογούν.
* Να ενημερώσουν και να σημειώσουν τις συμμετοχές στα Focus Groups .
* Να συντονίσουν και να εκτελέσουν τη Συλλογική Απεικόνιση στο τέλος του κάθε τριμήνου.
* Να συντάσσουν τις αναφορές τριμήνου.

Ο Υπεύθυνος Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας (Senior) είναι παρών κατά την εκτέλεση της δράσης τέχνης και είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό της ομάδας και για τους ωφελούμενους/ασθενείς. Έχει πρόσβαση στην ονομαστική λίστα των ωφελουμένων/ασθενών -η οποία συντάσσεται από τον Φορέα Ψυχικής Υγείας- και στα στοιχεία του Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, ο οποίος παρακολουθεί κάθε ωφελούμενο/ασθενή και ο οποίος τον παρέπεμψε για ένταξη σε Θεραπεία Τέχνης. Ο Υπεύθυνος Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας (Senior) θα επικοινωνεί με τον Θεράποντα Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας του ωφελούμενου/ασθενούς στην ειδική περίπτωση που η κατάσταση του λήπτη το υπαγορεύσει. Τα στοιχεία του Υπευθύνου Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας (Senior) είναι διαθέσιμα τόσο στον Φορέα Ψυχικής Υγείας όσο και στον Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας που παρέπεμψε τον ασθενή μέσω της πλατφόρμας.

Ο Υπεύθυνος Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας (Senior) έχει την αποκλειστική ευθύνη της καταχώρησης των απαντήσεων των ερωτηματολόγιων μέσω ψηφιακής διαδικτυακής διαδικασίας για την οποία θα ενημερωθεί από την Ερευνητική ομάδα.

Όλα τα στελέχη της Ομάδας Δράσης της Τέχνης καλούνται να συμμετέχουν εθελοντικά σε Focus Groups- Oμάδες εστιασμένης συζήτησης σχετικά με την εμπειρία της στην εν λόγω δράσης κατά τη λήξη της τρίμηνης δράσης. Η επιλογή των ερωτήσεων και η διαδικασία έχει περιγραφεί αναλυτικά από την ερευνητική ομάδα. Σε περίπτωση μεγάλου αριθμού δηλώσεων συμμετοχής σε Focus Group η τελική επιλογή θα γίνει κατόπιν τυχαίας επιλογής.

# 9. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΡΑΣΗΣ

Η εκτέλεση της δράσης ξεκινά με την 1η Συνάντηση Υποδοχής κ Γνωριμίας στην οποία όλοι οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται στον φορέα. Εάν το επιθυμούν μπορούν να συνοδεύονται από συγγενή ή φροντιστή ή επαγγελματία Ψυχικής Υγείας της Δομής από την οποία παραπέμπονται.

Ο Υπεύθυνος Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας (Senior Ψ.) και ο Υπεύθυνος Παραγωγής Καλλιτεχνικής Δράσης (Senior Κ.) σε συνεργασία με τον Φορέα Πολιτισμού, που οργανώνει τη δράση, είναι αρμόδιοι να υποδεχθούν τον ωφελούμενο/ασθενή, να του παρουσιάσουν τη δράση και να απαντήσουν σε πιθανές ερωτήσεις του.

Στην **1η συνάντηση υποδοχής - γνωριμίας** παρουσιάζονται αναλυτικά ο χώρος, το δρώμενο, το πρόγραμμα εκτέλεσης (ημέρα και ώρα), η διάρκεια της κάθε συνεδρίας και άλλα σημαντικά δεδομένα που αφορούν τη δράση, όπως η σύνθεση της ομάδας δράσης τέχνης και της ομάδας των ωφελούμενων. Η ημέρα συνάντησης υποδοχής κ γνωριμίας δεν ταυτίζεται με την εκκίνηση της δράσης. Κατά την 1η συνάντηση o συμμετέχων που θέλει τελικά να ενταχθεί στη δράση, υπογράφει το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης, συμπληρώνει το έντυπο των ατομικών στοιχείων και τα ερωτηματολόγια του πρώτου οροσήμου Τ1. Ανακοινώνεται, επίσης, στους συμμετέχοντες του α΄ τριμήνου, πότε ξεκινά η δράση και στους συμμετέχοντες του β΄ τριμήνου, πότε πρέπει να προσέλθουν ξανά στο Φορέα -κατά το διάστημα της τρίμηνης αναμονής- για να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Στην περίπτωση ο συμμετέχων που δεν συμφωνεί να ενταχθεί στη δράση, αποχωρεί χωρίς καμία υποχρέωση ή δέσμευση.

Η Ερευνητική Ομάδα συλλέγει και επεξεργάζεται τα ερωτηματολόγια καθ’ όλη τη διάρκεια του εξαμήνου και στο πέρας αυτού. Ο Φορέας Πολιτισμού διαχειρίζεται τα δεδομένα του κάθε συμμετέχοντα με την δέουσα και προβλεπόμενη εμπιστευτικότητα. Με το πέρας του εξαμήνου γνωστοποιεί στην ΗΔΙΚΑ τον ΑΜΚΑ του συμμετέχοντος που παρακολούθησε τη δράση, για να προστεθεί στη βάση δεδομένων της.

Η δράση τέχνης εκτελείται σύμφωνα με το πρόγραμμα που θα ορίσει ο Φορέας Πολιτισμού. Κατά την εκτέλεση της δράσης όλη η ομάδα είναι παρούσα.

# ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ / HELP DESK

ΥΠΠΟ: [artonprescrition@gmail.com](mailto:artonprescrition@gmail.com)/ dptk@culture.gr

Ευφημία Ιακωβίδου:2128098327

Μαρία Τσιμούρα:2128098320

ΕΠΙΨΥ: [artonprescription@epipsi.gr](mailto:artonprescription@epipsi.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**[Ψυχίατρος, ψυχίατρος/νευρολόγος - παιδοψυχίατρος]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Α. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο και παρουσιάζει \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (διάγνωση).

Β. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, ο παραπεμπόμενος δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Γ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης.

Δ. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Ιδιώτης ψυχολόγος]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Τμήματος Ψυχολογίας ΑΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Αποδεδειγμένη πενταετή εργασιακή εμπειρία με κλινικούς ευάλωτους και ευαίσθητους πληθυσμούς σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Β. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με ψυχίατρο ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Ψυχολόγος σε ψυχιατρική δομή]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Τμήματος Ψυχολογίας ΑΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Αποδεδειγμένη πενταετή εργασιακή εμπειρία με κλινικούς ευάλωτους και ευαίσθητους πληθυσμούς σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

**[Κοινωνικός λειτουργός]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια ή τον σύλλογο Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας ΝΠΔΔ.

(δ) Βεβαίωση νόμιμου χώρου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας.

(ε) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/καιπλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με ψυχίατρο ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Κοινωνικός λειτουργός σε ψυχιατρική δομή]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

(β) Άδεια άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια ή τον σύλλογο Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας ΝΠΔΔ.

(δ) Βεβαίωση νόμιμου χώρου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας.

(ε) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/καιπλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP ή/και τουλάχιστον πενταετή κλινική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (αναφορά είτε στη διάγνωση βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομητικά συστήματα ή/και αναφορά στην κλινική διάγνωση βάσει περιγραφικής αξιολόγησης και εκτίμησης), παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**[Αυτοαπασχολούμενος Εργοθεραπευτής στον τομέα ψυχικής υγείας]**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο του τμήματος Εργοθεραπείας της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή ΑΕΙ.

(β) Βεβαίωση άσκησης εργοθεραπευτικού επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια.

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Εργοθεραπευτών ΝΠΔΔ.

(δ) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/και πλήρη -ολοκληρωμένη 4ετή ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή/και πιστοποίηση ECP.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, σύμφωνα με τη συνημμένη διάγνωση του ψυχιάτρου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονομ/μο), που τον παρακολουθεί, έχει διαγνωσθεί, με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έναν χρόνο.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος δράσης] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α) η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β) η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα τηςΠολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναι άνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης. Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή/και φορέα υγείας/ ψυχικής υγείας, εφόσον χρειαστεί.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα

**Εργοθεραπευτής ψυχικής υγείας απασχολούμενος σε ψυχιατρική δομή**

**Δήλωση πλήρωσης κριτηρίων συμμετοχής στο ερευνητικό έργο**

**της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης**

Ο/Η υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι :

Α. Διαθέτω τα ακόλουθα επαγγελματικά προσόντα :

(α) Πτυχίο του τμήματος Εργοθεραπείαςτης Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή ΑΕΙ.

(β) Βεβαίωση άσκησης εργοθεραπευτικού επαγγέλματος από την οικεία Περιφέρεια

(γ) Βεβαίωση εγγραφής στον Πανελλήνιο Σύλλογο Εργοθεραπευτών ΝΠΔΔ

(δ) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στο τομέα της ψυχικής υγείας ή/και πλήρη-ολοκληρωμένη 4ετή ψυχοθεραπευτική προσέγγισηή/και πιστοποίηση ECPή/και τουλάχιστον πενταετή κλινική εμπειρία σε ψυχιατρική δομή.

Β. Ο/η \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ηλικίας \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, με ΑΜΚΑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, σύμφωνα με τη συνημμένη διάγνωση του ψυχιάτρου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ονομ/μο), που τον παρακολουθεί, έχει διαγνωσθεί, με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_και παρακολουθείται από εμένα τουλάχιστον επί έξι μήνες.

Γ. Έχω ενημερωθεί για το πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και βεβαιώνω ότι το άνω πρόσωπο μπορεί, χωρίς κίνδυνο για τον εαυτό του ή τους άλλους, να συμμετέχει στη δράση \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [τίτλος δράσης] του \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [φορέας πολιτισμού], καθώς:

(α)η ψυχική νόσος δεν είναι σε ενεργή φάση, το άνω πρόσωπο δεν βρίσκεται σε ενεργή εξάρτηση και είναι συνεπής στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή),

(β)η όποια φυσική του κατάσταση επιτρέπει την συμμετοχή του στο πρόγραμμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης,

(γ)είναι ικανός να συμμετέχει στη δράση μόνος του (χωρίς συνοδό ή φροντιστή) και να απαντήσει γραπτά στα ερωτηματολόγια,

(δ) ομιλεί την ελληνική γλώσσα,

(ε) δεν τελεί σε καθεστώς πλήρους ή μερικής στερητικής δικαστικής συμπαράστασης, επιτρεπόμενης της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινεί τόσο ο ίδιος όσο και διορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης) και

(στ) είναιάνω των 8 ετών (και υπό την προϋπόθεση ότι συναινούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του).

Δ. Όσο διαρκεί η συμμετοχή του άνω προσώπου στο πρόγραμμα, θα είμαι το πρόσωποαναφοράς και φροντίδας αυτού (keyworker) και θα έχω επικοινωνία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του φορέα πολιτισμού σε περίπτωση ανάγκης.Σε περίπτωση κρίσης ή έκτακτης περίστασης, που αφορά στο πρόσωπο που συστήνω να συμμετάσχει στην έρευνα, θα συνεργαστώ με τον ψυχίατρο, που τον παρακολουθεί ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας.

Ε. Τέλος, δηλώνω ότι έχω λάβει τη συναίνεση του άνω προσώπου για τη διαβίβαση και επεξεργασία των δεδομένων του.

\_\_\_ [τόπος], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ημερομηνία υπογραφής]

Υπογραφή και σφραγίδα