

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**"Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ
ΟΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ"**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΤΣΑΤΣΟΥ ΒΑΓΙΑΣ**



Vasiliki Tsatsou

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

**Κ Α Λ Α Μ Α Τ Α
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1997**

Τ.Ε.Ε. ΚΑΡΔΙΝΙ
ΤΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ 2000

*Αφιερώνεται στους γονείς μου
και στο Μάκη*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
• ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	iii
• ΕΙΣΑΓΩΓΗ	i

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1	Από την αρχαιότητα ως τη σύσταση του Νεοελληνικού κράτους	4
1.2	Από την σύσταση του Νεοελληνικού κράτους έως τις αρχές της δεκαετίας '80	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1	Γενικά	13
2.2	Το Ψυχιατρικό προσωπικό	14
2.3	Οι Νοσοκομειακές υπηρεσίες	15
2.4	Το κόστος λειτουργίας	17
2.5	Το προσωπικό	18
2.6	Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους	19
2.7	Η ενημέρωση του πληθυσμού	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ

3.1	Γενικά	24
3.2	Τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών	27
3.3	Το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχική υγεία	30
	<i>Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)</i>	34
	<i>Ψ.Τ.Γ.Ν.</i>	34
	<i>Κ.Ψ.Υ.</i>	35

	Σελ.
<i>Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και αποκατάστασης</i>	36
<i>Ξενώνες - Οικοτροφεία</i>	37
<i>Κέντρα Ημέρας</i>	38
<i>Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί</i>	38
<i>Κινητή Μονάδα Υπαίθρου</i>	39
3.4 Η εξέλιξη των προγραμμάτων του Καν. 815/84 στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

4.1 Γενικά	44
4.2 Ανασκόπηση της κατάστασης της ψυχιατρικής περίθαλψης για την περίοδο 1991-1995	49
- Νοσηλευτική Κίνηση	49
- Ιατρικό προσωπικό	56
- Συγκριτικά στοιχεία	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Σ.Ψ.Π.	: Σύστημα Ψυχιατρικής Περιθαλψης
Ε.Σ.Υ.	: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Ψ.Υ.	: Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Ε.Ψ.Ν.	: Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
Ψ.Τ.Γ.Ν.	: Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου
Ψ.Ν.	: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
Π.Ν.	: Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο
Υ.Υ.Π.Κ.Α.	: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ε.Ψ.Υ.	: Επιτροπή Ψυχικής Υγείας
ΚΕ.Σ.Υ.	: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Ε.Ο.Κ.	: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
Μ.Ψ.Υ.	: Μονάδες Ψυχικής Υγείας
Κ.Μ.Υ.	: Κινητή Μονάδα Υπαίθρου
Π.Ι.Κ.Π.Α.	: Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Περιθαλψης Απόρων
Π.Ο.Υ.	: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
Μ.Δ.Ν.	: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
Ο.Α.Ε.Δ.	: Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
Π.Δ.	: Προεδρικό Διάταγμα
Φ.Ε.Κ.	: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
Ε.Σ.Υ.	: European Coin Unit

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας. Έχουν μεγάλη συχνότητα, προσβάλλουν πολλούς ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, απαιτούν μακρόχρονη θεραπεία, προξενούν μεγάλο πόνο και θλίψη αλλά και οικονομική αιμορραγία στις οικογένειες των πασχόντων και τέλος όπως έχει σήμερα το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, απαιτούνται υψηλές δαπάνες για την αντιμετώπισή τους ενώ η ωφελιμότητα για τους ασθενείς είναι μικρή.

Το υπάρχον σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης δημιουργήθηκε τυχαία και χωρίς μακρόπνοο κεντρικό προγραμματισμό. Λανθασμένες στάσεις εναντίον των ψυχικά ασθενών, τόσο από την πλευρά των ψυχιάτρων όσο και από εκείνη της κοινότητας, η απουσία Ελληνικής Ψυχιατρικής Σχολής, η απερίσκεπτη υιοθέτηση και μεταμόρφωση ξένων θεραπευτικών προτύπων, οι ιδιαιτερότητες των ψυχικών νοσημάτων, η οργανωτική αδυναμία του Ελληνικού κράτους και η έλλειψη πολιτικού θάρρους δημιούργησαν ένα ελλειπές σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης που δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του Ελληνικού Λαού.

Στην εργασία αυτή θα εξετάσουμε το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα όπως αυτό διαμορφώθηκε τις δυο τελευταίες δεκαετίες.

Η μελέτη αυτή αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια τα οποία εκθέτουν την υπάρχουσα κατάσταση και τις εξελίξεις που

συντελέστηκαν στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης, και τα βασικά συμπεράσματα τα οποία συνοψίζονται στο τέλος της εργασίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα από την αρχαιότητα ως τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του θεσμού στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980 επειδή η περίοδος εκείνη σηματοδότησε τις μετέπειτα εξελίξεις. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έγιναν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 με σκοπό την αναμόρφωση του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης. Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται μια διαχρονική σύγκριση των χαρακτηριστικών του συστήματος ανάμεσα στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που εξάγονται από την πορεία της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη είναι πλούσια σε ότι έχει σχέση με ιατρικά θέματα. Σε ό,τι αφορά όμως το συγκεκριμένο θέμα, η υπάρχουσα βιβλιογραφία στηρίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος σε αναφορές κάποιων ειδικών στον περιοδικό τύπο και λιγότερο σε αποκλειστικές μελέτες για το θέμα.

Τα στοιχεία για την παρούσα μελέτη προέρχονται από στοιχεία από πηγές της ιατρικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου

"Ευαγγελισμός", από τη βιβλιοθήκη της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και από τα αρχεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Από την αρχαιότητα ως τη σύσταση του Νεοελληνικού Κράτους

Σε ότι αφορά την εξέλιξη του θεσμού της ψυχιατρικής περίθαλψης στον Ελληνικό χώρο, παρατηρούμε ότι αυτός έχει σημαντικές καταβολές. Αν ανατρέξουμε στα βάθη των αιώνων διαπιστώνουμε ότι έννοιες και μέτρα που σχετίζονται με την ευρύτερη έννοια της ψυχιατρικής περίθαλψης εμφανίζονται από αρχαιοτάτων χρόνων.

Τχνη ψυχιατρικής περίθαλψης κάνουν την εμφάνισή τους στην Αρχαία Ελλάδα από τον 4^ο κιώλας π.Χ. αιώνα με την ανάπτυξη της Ιπποκρατικής άποψης για την ψυχική αρρώστια, ότι δηλαδή αυτή είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος), θέτοντας μ' αυτόν τον τρόπο το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας. Οι υποστηρικτές του Ιπποκράτη απορρίπτοντας την άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα θεολογικής παρέμβασης, σε αντίθεση με τις τότε επικρατούσες απόψεις, προχώρησαν σε εφαρμογή στην θεραπευτική πράξη των κλινικών τους παρατηρήσεων, όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων, η υποβολή σε λογοθεραπεία και η παραμονή των ψυχικά ασθενών σε ιερά.

Υπολογίζεται ότι την εποχή εκείνη υπήρχαν 420 τέτοια ιερά σε όλη την Ελλάδα.

Σε ότι αφορά την έννοια του εγκλεισμού των ψυχικά αρρώστων παρατηρούμε ότι αυτή αναπτύσσεται για πρώτη φορά από τον Πλάτωνα στο έργο του "Νόμοι", σύμφωνα με το οποίο ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατόν να δικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με ταυτόχρονη απαγόρευση επαφής αυτού του ατόμου με την υπόλοιπη κοινότητα. Με την παρέλευση αυτού του χρόνου ο εγκλειστος έπρεπε να απελευθερωθεί, εφόσον είχε βελτιωθεί η συμπεριφορά του, αλλιώς θανατωνόταν.

Τη Βυζαντινή περίοδο, 4^ο μ.Χ. αιώνα, η περίθαλψη των ψυχικά άρρωστων ατόμων πραγματοποιούταν σε άσυλα Φιλανθρωπικής περίθαλψης, όπως το άσυλο "Βασιλείας", το έργο του Μεγάλου Βασιλείου του 372 μ.Χ. και αργότερα μέσω των νοσοκομείων τα οποία ιδρύθηκαν στην Κωνσταντινούπολη από τον Ιωάννη το Χρυσόστομο.

Κατά τη διάρκεια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας στην Ελλάδα η περίθαλψη των ψυχασθενών γινόταν μέσω μοναστηριών τα οποία είχαν τη φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών αρρώστων. Η θεραπεία γινόταν με αυστηρή νηστεία, προσευχές, δέσιμο με αλυσίδες και διάφορες άλλες εκκλησιαστικές "θεραπευτικές" πρακτικές¹.

¹ Δημήτρης Π.Πλουμπίδης, "Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα", Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη 1989, σελ. 41

Στο ανεξάρτητο Ελληνικό κράτος οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση ειδικού νοσοκομείου περίθαλψης ψυχικά αρρώστων τοποθετούνται γύρω στο 1860, με την ψήφιση του Νόμου ΨΜΒ' της 22/3/1862 "Περί Συστάσεως Φρενοκομείων" ο οποίος καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών του, ενώ στην ουσία ένα κάποιο δίκτυο ιδρυμάτων άρχισε να οργανώνεται μετά το 1880.

Εκτός από την προσπάθεια λειτουργίας ενός Φρενοκομείου στην Αίγινα το 1862, η οποία απέτυχε, το Ελληνικό κράτος δεν ίδρυσε στην ουσία κανένα ψυχιατρείο ως τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο. Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, που λειτουργούσε από το 1838, κληροδοτήθηκε στο Ελληνικό κράτος το 1864 με την ένωση των Ιονίων νησιών, ενώ η λειτουργία κάποιων άλλων ιδρυμάτων οφειλόταν σε δωρεές γνωστών εθνικών ευεργετών εκείνης της εποχής².

1.2 Από τη σύσταση του Νεοελληνικού Κράτους έως τις αρχές της δεκαετίας '80

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη στη Χώρα μας παρέχεται από τρία ψυχιατρεία. Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το Αιγινήτειο σαν Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και το Δρομοκαϊτειο Θεραπευτήριο.

² Δ. Πλουμπίδης, "Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα", εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Θεσ/κη 1989, σελ. 125

Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Βρετανού διοικητή των Ιόνιων Νησιών Sir Edward Douglas και εγκαινιάσε τη λειτουργία του το 1839 δεχόμενο τους οκτώ πρώτους αρρώστους του, οι οποίοι στο τέλος του έτους έφτασαν τους εξήντα πέντε (65). Το άσυλο της Κέρκυρας κάλυπτε ουσιαστικά τις ανάγκες όλης της τότε ελληνικής επικράτειας και σύμφωνα με μαρτυρίες του Χριστόδουλου Τσιριγώτη, ο οποίος θεωρείται ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος της Σύγχρονης Ελλάδας, οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες "αναμεμιγμένοι μετά των εξαμβλωμάτων της κοινωνίας, συνδιαιτώμενοι μετά των ληστών και κακούργων".

Στις αρχές της δεκαετίας του 1880 και συγκεκριμένα το 1884 θεμελιώνεται μετά από δωρεά του Ζωρζή Δρομοκαΐτη το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο το οποίο εγκαινιάζει τη λειτουργία του την 1/10/1887 με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών καθώς και με βοηθητικά κτίρια και υδροθεραπευτήριο. Αν λάβουμε υπ' όψιν μας το γεγονός ότι μόλις το 1948 καταργήθηκαν στο Δρομοκαΐτειο τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και ο περιοριστικός δεσμός, τότε εύκολα μπορούμε να καταλάβουμε ότι οι αρχικές συνθήκες διαβίωσης των ασθενών δεν ήταν οι ιδανικότερες. Η σύγχρονη εποχή για το Δρομοκαΐτειο αρχίζει κατά τη διάρκεια του 1930 όταν καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις.

Με πρωτοβουλία του καθηγητή της Ψυχιατρικής Μ. Κατσαρά χρησιμοποιείται το Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την κατασκευή και την οργάνωση της πανεπιστημιακής κλινικής του

Πανεπιστημίου Αθηνών. Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, σαν πανεπιστημιακή κλινική, εγκαινιάζει τη λειτουργία του το 1905 με συνολική δύναμη 24 κλινών.

Κατά την περίοδο που εξετάζουμε, με εξαίρεση το Αιγινήτειο στο οποίο νοσηλεύονταν οξεία και ελαφρά περιστατικά, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου δηλ. είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, οι δε συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες³.

Στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1930, το 1934, ιδρύεται στην περιοχή της Μονής Δαφνίου Αττικής το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής με αρχική δύναμη 100 κλινών και με στόχο, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου, την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη των ψυχικά νοσούντων ασθενών, τη μόρφωση και εξειδίκευση του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την εκτέλεση ερευνητικών εργασιών στον κλάδο της Ψυχιατρικής και της Νευρολογίας.

Από την παρατήρηση των εξελίξεων στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης στη Χώρα μας, διαφαίνεται ότι η δημόσια ψυχιατρική στην Ελλάδα προσπάθησε να οργανωθεί στοιχειωδώς στη δεκαετία του 1930. Με την ψήφιση του Ν. 6077/34 στις 21/2/1934 "Περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων" διαφαίνεται μια πρώτη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της οργάνωσης της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Ο αναφερόμενος νόμος προβλέπει έναν κοινό, εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, τη διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τη δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας.

³ Ο.Π. Σελ. 180

Πίνακας 1.1: Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Ασυλο Κεφαλλονιάς	Αργοστόλι	1840
Δρομοκαΐτειο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ.)	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Ασυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη ιδιωτική κλινική Βλαβιανού	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Ασυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Ασυλο Κεφαλλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Ασυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Ασυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανιών	Σούδα Χανιών	1971

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Από το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1930 και ως τα μέσα της επόμενης δεκαετίας, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1.1 καμιά μεταβολή δεν συντελέστηκε στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης. Αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και συγκεκριμένα το 1946, έχουμε την ίδρυση ενός ακόμα ψυχιατρικού νοσοκομείου, αυτή τη φορά στη Θεσσαλονίκη, όμως περί τα τέλη της δεκαετίας του '40 η κατάσταση που επικρατούσε στα Ελληνικά Ψυχιατρεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως τραγική. Τα τότε ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη από νοσηλευόμενους οι οποίοι διαβίωναν σε άθλιες συνθήκες⁴. Η ανάγκη επομένως αποσυμφόρησης των ασύλων ήταν κάτι παραπάνω από επιτακτική. Έτσι, το 1957 διαμορφώθηκε η ιδέα από κρατικούς ψυχιάτρους της μετατροπής των άδειων κτιρίων του Ιταλικού ναυαρχείου της Λέρου σε μια αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές εργασίες. Έτσι με τα βασιλικά διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ιδρύεται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου, με αρχική δυναμικότητα 650 κρεβατιών, και το οποίο στις 2-01-1958 δέχεται τους 300 πρώτους αρρώστους. Σιγά-σιγά ο αριθμός των αρρώστων πολλαπλασιάστηκε γιατί μεταφέρθηκαν εκεί άρρωστοι από τα ψυχιατρεία Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας και των Χανίων, οι κλίνες αυξήθηκαν φτάνοντας τις 2.650 το 1965, ενώ χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το 1980 νοσηλεύονταν στο Ψ.Ν. Λέρου περίπου 2.000 ασθενείς στους οποίους παρείχαν τις υπηρεσίες τους ένας ως δύο ψυχίατροι και περίπου χίλια άτομα λοιπό προσωπικό.

⁴ Μ. Μαδιανός, "Η Ψυχιατρική εταρρύθμιση και η ανάπτυξή της", Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 184

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το Ψ. Ν. Λέρου δεν επέφερε τα αποτελέσματα τα οποία οραματίστηκαν οι εμπνευστές του καθώς η κατάσταση η οποία επικρατούσε μέχρι πρόσφατα στο ίδρυμα χαρακτηρίσθηκε ως ολοκληρωτική και κάτι μεταξύ στρατοπέδου συγκέντρωσης και ασύλου της δεκαετίας του '30.

Σχεδόν ταυτόχρονα με το Ψ.Ν. Λέρου, εγκαινιάζει τη λειτουργία του ένα ακόμα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Το συγκεκριμένο Νοσοκομείο ιδρύεται το 1958 στην περιοχή Πεντέλη της Αττικής και δέχεται παιδιά ηλικίας 3-17 ετών τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια ή κάποια άλλη νοσηρή διατάραξη των πνευματικών τους λειτουργιών. Το Π.Ν. Αττικής δέχεται επίσης ανήλικους χρήστες ναρκωτικών και ιδιαίτερα χρήστες οι οποίοι δεν μπορούν να αποτοξινωθούν με δικές τους δυνάμεις.

Από το 1958 έως το 1971 είχαμε την ίδρυση τριών ακόμα νέων Ψυχιατρικών νοσοκομείων και συγκεκριμένα του Ψ.Ν. Τρίπολης το 1967 και των Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου και Χανίων το 1971.

Είναι εμφανές από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω ότι το κύριο μέλημα της πολιτείας ήταν η δημιουργία παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων χωρίς να δίνεται βαρύτητα στις σύγχρονες ψυχιατρικές υπηρεσίες οι οποίες αναπτύσσονταν παράλληλα στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη.

Οι πρώτες προσπάθειες για την εφαρμογή σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα κάνουν την εμφάνισή τους στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Έτσι το 1971 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κ.Ψ. Υγείας στη Θεσσαλονίκη και έξι χρόνια αργότερα δηλ. το 1977, έχουμε τη λειτουργία του Αιγινήτειου σαν Νοσοκομείο Ημέρας⁵. Στο Αιγινήτειο επίσης είχε αρχίσει από το 1978 η λειτουργία της 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών για την εξυπηρέτηση της ευρείας περιοχής Αθηνών.

⁵ Οι έννοιες, Κέντρο Ημέρας και Νοσοκομείο Ημέρας αναλύονται στο Τρίτο Κεφ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1 Γενικά

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι ως τις αρχές της δεκαετίας του 1980, κυρίαρχη δομή στην ψυχιατρική περίθαλψη αποτελούσαν τα δημόσια ψυχιατρεία - άσυλα στα οποία συγκεντρώνονταν αρκετές εκατοντάδες ή και χιλιάδες περιστατικών κάθε τύπου και κατηγορίας. Συχνά η εισαγωγή σ' αυτά υπαγορευόταν από λόγους όχι θεραπευτικούς αλλά κοινωνικούς, οικονομικούς ή άλλους σε συνδυασμό βέβαια με την απουσία εναλλακτικών λύσεων ή διεξόδων και πραγματοποιούνταν μέσα από διαδικασίες που συχνά θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν τυποποιημένες.

Με βάση τα χαρακτηριστικά της ιστορικής αυτής πορείας της ψυχιατρικής περίθαλψης, αυτή είναι δυνατόν να χωρισθεί σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση, ή ιστορική, διαρκεί χρονικά από το 1838 έως το 1955, η δεύτερη φάση, ή παραδοσιακή, εκτείνεται χρονικά από το 1956 έως το 1982 ενώ η τρίτη φάση, ή μεταβατική, εκτείνεται χρονικά από το 1982 και ύστερα. Οι χρονικές αυτές φάσεις συμπίπτουν με ιστορικά γεγονότα, όπως εκείνα του 1838 με την ίδρυση του Ασύλου της Κέρκυρας, του 1955-1956 με την

εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων και του 1983 με την ψήφιση του Ν.1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)⁶.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα εξετάσουμε τα χαρακτηριστικά του συστήματος στο τέλος της παραδοσιακής φάσης για το λόγο ότι η περίοδος αυτή αποτέλεσε τον πρόδρομο των εξελίξεων που συντελέστηκαν στο δεκαετία του '80.

Για να σχηματισθεί μια σαφή εικόνα για την κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης κατά την περίοδο που εξετάζουμε θα έπρεπε να ληφθούν υπ' όψη και να εξετασθούν όλοι οι τομείς που συνθέτουν αυτό το σύστημα. Κάτι τέτοιο όμως θα μπορούσε αφ' ενός να αποτελέσει αντικείμενο αυτοτελούς μελέτης, αφ' ετέρου θα ξεπερνούσε τα όρια πτυχιακής εργασίας. Έτσι, οι τομείς που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη επελέγησαν με βάση τη μεγαλύτερη δυνατότητα που υπήρχε από πλευράς συλλογής πληροφοριών.

2.2 Το Ψυχιατρικό Προσωπικό

Σε ότι αφορά τη στελέχωση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, η ανεπάρκεια και η ιδιαίτερα άνιση κατανομή του ψυχιατρικού προσωπικού ήταν ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάστασης. Σύμφωνα με στοιχεία του 1983 στην Ελλάδα εργάζονταν 765 νευρολόγοι - ψυχίατροι. Οι 650 από αυτούς, ένα ποσοστό δηλαδή γύρω στο 85%, εργάζονταν στην περιοχή της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, ενώ περισσότεροι από 10 νομοί της χώρας μας με

⁶ Μ. Μαδιανός, "Η ψυχιατρικής μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της", εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994 σελ. 190

συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκων δεν είχαν κανένα ψυχίατρο.

Από τις 2.459 αδελφές νοσοκόμες που εργάζονταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μόνο 450 από αυτές είχαν κάποιο βασικό πτυχίο νοσοκόμων ενώ καμία δεν είχε ειδική εκπαίδευση στο να χειρίζεται ψυχιατρικούς ασθενείς. Επιπλέον υπήρχε ένας μεγάλος αριθμός από "νοσοκόμους - φύλακες", χωρίς καμιά επαγγελματική εκπαίδευση, κατά κανόνα απόφοιτοι δημοτικού σχολείου. Κατά την περίοδο που εξετάζουμε υπήρχαν μόνο περίπου 30 λογοθεραπευτές σε όλη την Ελλάδα, ενώ επίσης οι διπλωματούχοι κοινωνικοί λειτουργοί ήταν 2.500 αλλά οι περισσότεροι απ' αυτούς δεν χρησιμοποιούνταν λόγω του μικρού αριθμού των θέσεων που ήταν διαθέσιμες γι' αυτούς. Η ίδια κατάσταση ίσχυε και για τους ψυχολόγους που ήταν περίπου 500 και όλοι υποχρεώθηκαν να πάνε στο εξωτερικό για να εκπαιδευθούν. Οι παιδοψυχίατροι επίσης ήταν 35 με 40 και οι περισσότεροι απ' αυτούς εργάζονταν στην Αθήνα.

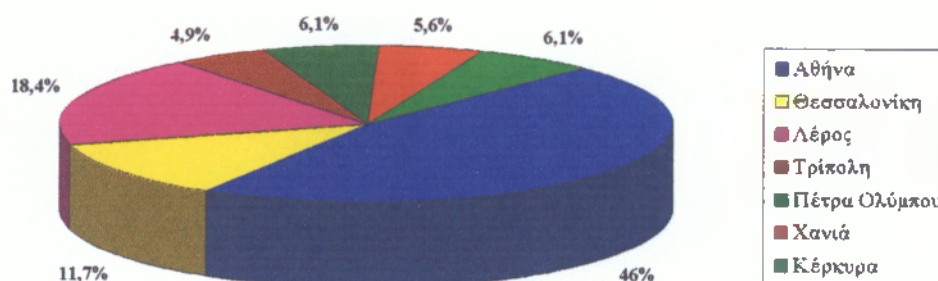
2.3 Οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες

Παρατηρώντας τα στοιχεία του πίνακα 2.1 διαπιστώνουμε ότι η πλειονότητα των μεγάλων δημόσιων ιδρυμάτων βρίσκεται στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Έξω από αυτές τις περιοχές υπάρχουν τέσσερα μικρότερα ιδρύματα και ένα μεγάλο ίδρυμα στη Λέρο.

Πίνακας 2.1: Δυναμικότητα και Κόστος των Δημοσίων Ψυχιατρείων στην Ελλάδα το έτος 1983

ΤΟΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ %	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ (σε δραχ.)
1. Αθήνα			
Δαφνί	2.582	31,4	1.341
Δρομοκαΐτειο	880	10,7	1.439
Αιγινήτειο (Πανεπ. Κλιν.)	100	1,2	*
Νταού Πεντέλης (Ραφήνα)	219	2,7	3.705
ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ (ΑΘΗΝΑ)	3.781	46,0	6.485
2. Θεσσαλονίκη	964	11,7	1.250
3. Λέρος	1.509	18,4	1.642
4. Άλλες Μονάδες			
Τρίπολη	400	4,9	1.901
Πέτρα Ολύμπου	500	6,1	1.380
Χανιά (Κρήτη)	460	5,6	1.990
Κέρκυρα	500	6,1	896
ΣΥΝΟΛΟ	8.213	100	22.029

* έλλειψη στοιχείων
 ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.



Κυκλικό Διάγραμμα 2-1: Δυναμικότητα και Κόστος των Δημοσίων Ψυχιατρείων στην Ελλάδα το έτος 1983
 ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Τα ιδρύματα αυτά εκτός του ότι είναι άνισα κατανομημένα, κατά γεωγραφικά διαμερίσματα, οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι διασπασμένες και αποδιοργανωμένες, με βασικές συνέπειες:

- α) Στα περισσότερα ψυχιατρεία να νοσηλεύονται μαζί ασθενείς από όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες, π.χ. οι ψυχασθενείς και οι νοητικά ανάπηροι βρίσκονται μαζί χωρίς να γίνεται καμία προσπάθεια να διαχωρισθούν σύμφωνα είτε με τη διάγνωση είτε με τη σοβαρότητα της ασθένειας τους, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παλινδρομούν σε μεγάλο βαθμό στο υψηλότερο επίπεδο εξάρτησης.
- β) Οι μονάδες που προσφέρουν περίθαλψη σε παιδιά, όπως τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη ή το Νταού Πεντέλης, προσφέρουν περίθαλψη στα ψυχικά ανάπηρα παιδιά ως την ηλικία των 18 χρόνων. Μετά όμως απ' αυτή την ηλικία καταλήγουν στα δημόσια νοσοκομεία όπου οπισθοδρομούν λόγω της κατάστασης ανεπαρκούς περίθαλψης.

2.4 Το Κόστος Λειτουργίας

Παρατηρώντας στον πίνακα 2.1 το ημερήσιο κόστος νοσηλείας κατά ασθενή, διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων ιδρυμάτων. Έτσι, ενώ στο ψυχιατρείο της Κέρκυρας το ημερήσιο κόστος νοσηλείας κατά ασθενή ήταν 896 δραχμές, στο Νταού Πεντέλης, το αντίστοιχο κόστος ήταν τετραπλάσιο φτάνοντας τις 3.705 δρχ. Η αιτία του υψηλού κόστους στο Νταού Πεντέλης είναι ο μεγάλος αριθμός εργαζομένων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών ακριβώς επειδή τα νοητικά ανάπηρα παιδιά χρειάζονται μεγαλύτερη

περίθαλψη και καλύτερα μέσα, επομένως και υψηλότερο κόστος νοσηλείας.

2.5 Το Προσωπικό

Η διαδικασία πρόσληψης γινόταν με ένα σύστημα που ήταν κατά βάση αναχρονιστικό και φαίνεται να κινητοποιούνταν, ειδικά στα νησιά, από το οικονομικό ατομικό κίνητρο πληθυσμού και του εργατικού δυναμικού παρά από ενδιαφέρον για την εποπτεία των ασθενών που για χρόνια υποφέρουν ενώ παράλληλα η φροντίδα που τους παρέχονταν ήταν χαμηλής ποιότητας. Επίσης η εκπαίδευση του προσωπικού ήταν ανύπαρκτη. Οι διπλωματούχες αδελφές, που υπηρετούσαν στα Δημόσια Ψυχιατρεία, ήταν ενταγμένες πλήρως στην ασυλική δομή και ασχολούντο κυρίως με γραφική δουλειά. Ψυχολόγοι δεν υπήρχαν παρά ελάχιστοι, επειδή δεν υπήρχε πανεπιστημιακό τμήμα ψυχολογίας, ενώ για τους κοινωνικούς λειτουργούς δεν υπήρχε ψυχιατρική ειδικότητα. Οι λίγοι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, δεν πρόσφεραν ανάλογο με την ειδικότητά τους έργο, λόγω του περιορισμένου αριθμού τους και κυρίως, λόγω της έλλειψης προγραμματισμένης ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας.

2.6 Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους

Οι υπάρχοντες ψυχιατρικές υπηρεσίες και εγκαταστάσεις ήταν ως επί το πλείστον χαμηλής ποιότητας και συγκεντρώνονταν σχεδόν αποκλειστικά στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Οι οικογένειες, ιδίως στις αγροτικές περιοχές, έπρεπε να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις για να βρουν βοήθεια. Οι κοινωνικές υπηρεσίες για παιδιά είναι επίσης ανεπαρκείς και οι διάφοροι φορείς που ασχολούνταν με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στερούνται συντονισμού. Αυτό ίσχυε και για τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Δεν υπήρχαν ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης για εφήβους. Όταν προέκυπτε η ανάγκη ενδονοσοκομειακής θεραπευτικής αγωγής για εφήβους συνήθως κατέληγαν σε κάποιο δημόσιο ψυχιατρείο ή σε μια ιδιωτική κλινική αν η οικογένεια μπορούσε να διαθέσει τα χρήματα.

Η σχολιατρική υπηρεσία ήταν άσχημα οργανωμένη και οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για μειονεκτικά παιδιά και εφήβους ήταν ιδιαίτερα παραμελημένες στις αγροτικές περιοχές. Τα περισσότερα ειδικά σχολεία αναμίγνυαν χωρίς διάκριση παιδιά με διάφορο βαθμό αναπηρίας, ενώ ο επαγγελματικός προσανατολισμός και η κατάρτιση για την ενήλικη ζωή τους απουσίαζε σχεδόν ολοκληρωτικά. Δεν υπήρχαν διαγνωστικές, εκπαιδευτικές ή θεραπευτικές υπηρεσίες για το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ή εγκαταστάσεις για σπορ για τον ελεύθερο χρόνο.

Αυτή όλη η κατάσταση αποδίδεται εν μέρει στις περιορισμένες ευκαιρίες των δασκάλων και του υπολοίπου προσωπικού για εξειδικευμένη εκπαίδευση.

2.7 Η ενημέρωση του πληθυσμού

Η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη φύση της ψυχικής νόσου, την πρόληψη και την αντιμετώπισή της βρίσκονταν σε χαμηλό επίπεδο, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Αυτό είχε πολύ σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για την ανίχνευση της συχνότητας της ψυχικής ασθένειας αλλά και για την αποτελεσματικότητα του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης σε σχέση με την υποστήριξη που προσφέρονταν από την κοινότητα. Η παθητική αποδοχή των ντόπιων πληθυσμών ενίσχυε σε μεγάλο βαθμό την ύπαρξη των ασύλων και υπογράμμιζε το επίπεδο της αντίστασης που συναντούσαν οι προσπάθειες για μείωση του ρόλου των ασύλων. Θεωρείται λοιπόν ότι μια αλλαγή στάσεων του κοινού μπορούσε να επιτευχθεί με συνεχή και λεπτομερή ευαισθητοποίηση στα θέματα Ψυχικής Υγείας με διαλέξεις, συζητήσεις και με παράλληλη χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα στο τέλος της παραδοσιακής τους φάσης χαρακτηριζόταν από :

- α) Συγκεντρωτισμό υπηρεσιών,
- β) Ανεπάρκεια και άνιση κατανομή του ψυχιατρικού προσωπικού,
- γ) Ελλιπή ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με την ψυχική νόσο,
- δ) Ανισοκατανομή των οικονομικών πόρων και
- ε) Χαμηλής ποιότητας ψυχιατρικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους.

Τι ήταν όμως αυτό που έφερε όλη αυτή την καθυστέρηση στην παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα;

Κατ' αρχήν θα πρέπει να πούμε εδώ ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας και κυρίως εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, άρχισε να παίρνει τη μορφή κάποιου συστήματος το 1938 με τη δημιουργία του Ι.Κ.Α.. Ο ασφαλιστικός αυτός φορέας κάλυπτε ένα μέρος του αστικού πληθυσμού αλλά άφηνε απ' έξω τον αγροτικό πληθυσμό. Αυτή η πολιτική συνεχίστηκε και μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο με τη δημιουργία Αγροτικών Ιατρείων το 1953 και το 1961 με τη δημιουργία του Ο.Γ.Α.. Παρ' όλα αυτά υπήρχαν προβλήματα που οδήγησαν στην υπερβολική ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών. Οι ιδιωτικές κλινικές αναπτύχθηκαν κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, συγκεντρώνοντας έτσι μεγάλο μέρος του υγειονομικού προσωπικού και αποδυναμώνοντας την ύπαιθρο και τις μικρές πόλεις.

Ειδικότερα, για την ψυχιατρική περίθαλψη το ενδιαφέρον της πολιτείας ήταν ελάχιστο για τους λόγους ότι, κάθε κυβέρνηση ρύθμιζε τις προτεραιότητες και τα ενδιαφέροντά της

με βάση, εκτός των άλλων τις πιέσεις που ασκούνται από διάφορες κοινωνικές ομάδες, έβαζε άλλες πιο επείγουσες προτεραιότητες, π.χ. μείωση τη παιδικής θνησιμότητας, μείωση των λοιμώξεων κ.α., ενώ η πίεση για ψυχιατρική περίθαλψη ήταν μικρότερη για τους εξής λόγους:

- α) Από τη φύση της η ψυχική αρρώστια, δεν ασκεί πίεση για καλύτερη κρατική φροντίδα από όσους της έχουν ανάγκη δηλαδή τους ψυχικά άρρωστους.
- β) Η βασικά αγροτική δομή της Ελληνικής κοινωνίας θεωρούσε υποχρέωσή της να φροντίζει τον άρρωστο με τη βοήθεια παραδοσιακών τρόπων (ξόρκι, λιτανίες, βασκανία, βότανα. κ.λπ.) χωρίς να αναζητά την κρατική φροντίδα
- γ) Η ανάπτυξη των Ιδιωτικών κλινικών μείωσε την πίεση των μεσαίων και ανώτερων στρωμάτων για καλύτερη περίθαλψη από το δημόσιο τομέα.
- δ) Η ανάπτυξη του κυκλώματος Ιδιωτικό Ιατρείο - Ιδιωτική Κλινική παρεμπόδιζε την ανάπτυξη της δημόσιας περίθαλψης.
- ε) Η ανάπτυξη των ψυχιατρείων, ανέστειλε τις σκέψεις για βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης, αφού αυτό θα περιελάμβανε ανάπτυξη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αποασυλοποίηση και σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων. Ο φόβος της απόλυσης ή έστω αλλαγής του τόπου και του τρόπου δουλειάς, θα προκαλούσε αντιδράσεις του προσωπικού και μεγάλο πολιτικό κόστος για τους κυβερνώντες.

- στ) Η ύπαρξη πολλών ταμείων δεν επέτρεπε τον συντονισμό της παροχής υπηρεσιών.
- ζ) Ο αργοπορημένος χωρισμός της νευρολογίας από την ψυχιατρική που έγινε το 1981 είχε σαν αποτέλεσμα την πλημμελή εκπαίδευση των ψυχιάτρων.
- η) Τελευταίο αλλά εξ' ίσου σημαντικό, είναι το στίγμα της ψυχικής αρρώστιας. Το στίγμα που περικλείει την ψυχική αρρώστια είναι τέτοιο που ακόμα και αν η ίαση είναι δυνατή αμφισβητείται, και όταν δεν συνίσταται ίαση αλλά φροντίδα, συχνά την αρνιόμαστε στον άρρωστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ

3.1 Γενικά

Στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης επισημάνθηκαν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Οι αρμόδιοι φορείς οι οποίοι είχαν συνειδητοποιήσει τα προβλήματα του συστήματος προσπάθησαν να επιφέρουν σε αυτό κάποιες μεταρρυθμίσεις.

Με τον όρο ψυχιατρική μεταρρύθμιση εννοούμε ένα μετασχηματισμό, μια τροποποίηση, μια μετατροπή ή καλύτερα μια αλλαγή του όλου συστήματος ψυχικής υγείας. Έτσι το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνέστησε την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Ε.Ψ.Υ.) του ΚΕ.Σ.Υ. με τις εξής αρμοδιότητες:

- α) να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα που θα καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για να επιτευχθεί η αναμόρφωση της ψυχικής περίθαλψης και
- β) να παρουσιάσει νέες ιδέες και προτάσεις για ένα νομικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας.

Παράλληλα η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε αυξημένη βοήθεια από τα χρηματοδοτικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκειμένου να αντιμετωπίσει γενικότερα οικονομικά προβλήματα της χώρας. Σε απάντηση του ελληνικού υπομνήματος η Κοινότητα αναγνώρισε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικονομίας και εκδήλωσε την πρόθεσή της να προτείνει μέτρα ώστε να βοηθήσει την Ελλάδα σε διάφορους τομείς συμπεριλαμβανομένης και της κρίσιμης κατάστασης της Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Με βάση λοιπόν, τις παραπάνω εξελίξεις η Ε.Ψ.Υ. του ΚΕ.Σ.Υ. θέτει τρεις βασικούς άξονες πάνω στους οποίους θα κινείτο η μεταρρύθμιση:

- α) Την άμεση αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών, των κρίσεων και της βραχείας νοσηλείας σε τέτοιο βαθμό ώστε να αντιμετωπίζεται η πρόληψη πριν την αρρώστια. Με τον τρόπο αυτό θα προλαμβάνονται τα περιστατικά χωρίς να γίνονται χρόνια,
- β) Τη δημιουργία μονάδων επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης. Η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση είναι επίσης, ένας βασικός στόχος όλων των θεραπευτικών προσπαθειών να βοηθήσουν το ψυχικά άρρωστο άτομο με προγράμματα τέχνης ή επαγγέλματος να ενταχθεί σιγά - σιγά στην κοινωνία, στο ίδιο του το περιβάλλον, και
- γ) Την ιδιαίτερη έμφαση σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η ψήφιση του Ν. 1397/83 περί "Εθνικού Συστήματος Υγείας" αποτέλεσε το έναυσμα για την αναφερόμενη μεταρρύθμιση. Στην εισηγητική έκθεση του Νομοσχεδίου περί "Εθνικού Συστήματος Υγείας" η κατάσταση περιγραφόταν ως εξής: "Είναι κοινή αντίληψη ότι η ψυχιατρική περίθαλψη στον τόπο μας βρίσκεται σε απαράδεκτα χαμηλό επίπεδο. Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο ψυχικά άρρωστος εγγίζει τις περισσότερες φορές τα όρια της αναίρεσης της αξιοπρέπειας του ίδιου του ανθρώπου και στην πιο στοιχειώδη μορφή της. Για την διαμόρφωση προϋποθέσεων αναστροφής της απαράδεκτης αυτής κατάστασης απαιτείται ριζική αναδιάρθρωση στην οργάνωση του τομέα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης". Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά του συστήματος η ανάγκη για μεταρρύθμιση προέβαλε κάτι παραπάνω από επιτακτική.

Με τη νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας τίθενται οι προϋποθέσεις για την υλοποίησή του ώστε οι "υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα Υγείας"⁷.

Ειδικότερα σε ότι αφορά την ψυχιατρική περίθαλψη στο άρθρο 21 του ίδιου νόμου αναφέρεται ότι αυτή θα παρεχόταν στο εξής από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.), τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Ε.Ψ.Ν.) και από τους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.).

⁷ Ν. 1397/83, Άρθρο 1, § 2, περί Ε.Σ.Υ.

Εξετάζοντας το περιεχόμενο του άρθρου 21 γίνεται αντιληπτό ότι ο πυρήνας του νέου συστήματος, το οποίο θα οργανωνόταν σε αποκεντρωμένη βάση, θα ήταν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Στον ίδιο νόμο που εξετάζουμε, γίνεται μια αναφορά για την τομεοποίηση του συστήματος υγείας, τη δημιουργία δηλαδή υγειονομικών περιφερειών χωρίς όμως να καθορίζεται ούτε ο αριθμός τους, ούτε τα κριτήρια (δημογραφικά, επιδημιολογικά, γεωγραφικά, κοινωνικο-οικονομικά) με τα οποία θα συστήνονταν.

3.2 Η τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών

Προϋπόθεση για μια αποδοτική ψυχιατρική παρέμβαση στην πρόληψη, περίθαλψη, κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών είναι η τομεοποίηση, η δημιουργία δηλαδή τομέων με την έννοια της εργασίας ομάδων επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένη γεωγραφικά περιοχή και τη φροντίδα μιας ορισμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Κάθε τομέας ψυχικής υγείας εξυπηρετεί τις ψυχιατρικές ανάγκες του πληθυσμού ενός νομού με ένα σύστημα αλληλοσυμπληρούμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται:

- α) Πλήρης παροχή υπηρεσιών, σε σύντομο χρονικό διάστημα και πάντοτε ανάλογη των ψυχιατρικών αναγκών των κατοίκων του νομού,

- β) Συνέχεια στην ψυχιατρική φροντίδα των περιθαλπτόμενων μέσα στην κοινότητα με αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς οφέλους-κόστους,
- γ) Συντονισμός όλων των δημοσίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας,
- δ) Μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία και αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ασθενών με παρέμβαση και αντιμετώπιση του ψυχιατρικού προβλήματος στο χώρο της δημιουργίας του.

Παρατηρώντας διαχρονικά τις προσπάθειες για την εφαρμογή του θεσμού της τομεοποίησης, βλέπουμε ότι δεν αποτελεί καινούργιο μέτρο, δημιουργίας τομέων Ψυχικής Υγείας, αλλά απεναντίας είναι ένα χρόνιο μέλημα της πολιτείας χωρίς όμως ουσιαστικά αποτελέσματα.

Οι πρώτες προσπάθειες για τομεοποίηση κάνουν την εμφάνισή τους κατά το 1953 με το Διάταγμα "Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης" σύμφωνα με το οποίο είχε προταθεί η διαίρεση της χώρας σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, όμως οι διατάξεις του διατάγματος αυτού δε στάθηκε δυνατόν να εφαρμοσθούν. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1973, με το Ν.Δ.104/73 δίνονται ορισμένες κατευθύνσεις για την τομεοποίηση των μεγάλων ψυχιατρείων ενώ το 1983, με το Ν.1397/83 για το Ε.Σ.Υ. αναφέρεται η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών χωρίς όμως να καθορίζεται ούτε ο αριθμός τους, ούτε τα κριτήρια (δημογραφικά, επιδημιολογικά, γεωγραφικά) με τα οποία θα συσταθούν. Με το Π.Δ.31/1986 (Φ.Ε.Κ. 12Α 13-2-1986) ορίζεται η διαίρεση της χώρας σε 9 υγειονομικές περιφέρειες αλλά για την Ψυχιατρική Περίθαλψη εμφανίζονται 12 περιφέρειες (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1: Ψυχιατρικές Υγειονομικές Περιφέρειες

Αριθμός Περιφέρειας	Υγειονομικές Περιφέρειες	Καλυπτόμενοι Νομοί	Καλυπτόμενος Πληθυσμός
1	Ευρεία Περιοχή Αθηνών	Ν. Αττικής	3.369.424
2	Κεντρική Στερεά	Βοιωτία, Εύβοια, Ευρυτανία, Φωκίδα, Φθιώτιδα	537.984
3	Δυτική Ελλάδα	Άρτα, Θεσπρωτία, Ιωάννινα, Κέρκυρα, Λευκάδα, Πρέβεζα	445.881
4	Θεσσαλία	Καρδίτσα, Λάρισα, Τρίκαλα, Μαγνησία	695.654
5	Κεντρική Μακεδονία	Θεσσαλονίκη, Πέλλα, Πιερία, Ημαθία, Κιλκίς, Χαλκιδική	1.406.650
6	Δυτική Μακεδονία	Γρεβενά, Φλώρινα, Κοζάνη, Καστοριά	282.071
7	Ανατολική Μακεδονία	Δράμα, Καβάλα, Σέρρες	426.237
8	Θράκη	Έβρο, Ξάνθη, Ροδόπη	345.220
9	Νησιά Αιγαίου	Κυκλάδες, Λέσβος, Χίος, Σάμος, Δωδεκ/σα	428.533
10	Κρήτη	Ηράκλειο, Χανιά, Ρέθυμνο, Λασιθί	502.165
11	Κεντρική Ανατολική Πελοπόννησος	Κόρινθος, Αρκαδία, Αργολίδα, Λακωνία, Μεσσηνία	577.030
12	Δυτική Πελοπόννησος	Αιτωλ/νία, Αχαΐα, Ηλεία, Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά	716.573
ΣΥΝΟΛΟ			9.740.151

Σημ.: Ο πληθυσμός είναι σύμφωνα με την απογραφή του 1981

Πηγή: Υ.Υ.Π.Κ.Α.

3.3 Το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχική υγεία

Κατά το έτος 1984 συγκροτείται μια δεύτερη Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ. με αρμοδιότητα το σχεδιασμό ενός προγράμματος ψυχικής υγείας, το οποίο θα περιλάμβανε δυο φάσεις, στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (Κανονισμός 815/84) την οποία όπως έχει αναφερθεί είχε αιτηθεί με υπόμνημα προς την Ε.Ο.Κ. η Ελληνική Κυβέρνηση. Η πρώτη φάση εκτεινόταν χρονικά από το 1984 ως το 1988, ενώ η δεύτερη από το 1989 ως το 1991. Ο κανονισμός 815/84 του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων είχε ως στόχο την εξασφάλιση οικονομικής ενίσχυσης στην Ελληνική Δημοκρατία, για την ανέγερση κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και κέντρων αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Έτσι την 1/6/1984 εγκρίθηκε προς την Ελλάδα βοήθεια 60 εκατ. E.C.U. (9 δις 840 εκατ. δρχ.) για ένα σύνολο προγραμμάτων σχετικών με το αντικείμενο του κανονισμού. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα του κανονισμού αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων και αφορούν:

1. Την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο των χρόνιων ψυχικά αρρώστων.
2. Την ανέγερση ή διαρρύθμιση, εξοπλισμό και λειτουργία κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης αλλά και άλλων εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης.

3. Την πειραματική λειτουργία ενός αριθμού δομών προσανατολισμένων στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να προσαποκτηθούν οι αναγκαίες εμπειρίες και πρακτικές.
4. Την εκπαίδευση επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για τη στελέχωση των νέων δομών της Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Σύμφωνα λοιπόν με το πρόγραμμα του κανονισμού επρόκειτο μέχρι το 1991 να ιδρυθούν 135 μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία, Ξενώνες-Οικοτροφεία, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης κ.τ.λ.) (Πίνακας 3.2)

Πίνακας 3.2 Προγραμματισθέντες Μ.Ψ.Υ. σύμφωνα με το πενταετές πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	Α' ΦΑΣΗ 1984-88			Β' ΦΑΣΗ 1989-91			ΣΥΝΟΛΟ
	Αθήνα Πειραιάς	Θεσ/κη	Λοιπή Χώρα	Αθήνα Πειραιάς	Θεσ/κη	Λοιπή Χώρα	
Κέντρα Ψυχικ. Υγείας	6	2	15	7	2	15	47
Ψ.Μ.Γ.Ν. (μέχρι 20 κρεβ)	3	2	1	3	1	18	28
Ψυχ. Μονάδες σε Παι- διατρικά και Νοσοκομείο Εφήβων σε Γεν. Νοσοκο- μεία	2	1	-	-	-	-	3
Ξενώνες 15 -20 θέσεων	1	1	15	13	4	15	49
Μον. Οξέων Περιστατι- κών σε ψυχ. (μέχρι 25 κρεβ.)	2	1					3
Μονάδες Αξιολόγησης	2						2
ΣΥΝΟΛΟ	18	8	31	23	7	48	135

Πηγή: Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Επίσης προβλεπόταν η παροχή υποτροφιών και ταχύρυθμης εκπαίδευσης του προσωπικού, ενώ ταυτόχρονα για τα ήδη υπάρχοντα ψυχιατρεία προβλεπόταν η τροποποίηση της οργάνωσης των υπηρεσιών τους. Σύμφωνα επίσης με το ίδιο

πρόγραμμα είχε υπολογιστεί ότι μέχρι το 1988 τα ψυχιατρικά κρεβάτια στα κρατικά ψυχιατρεία θα είχαν μειωθεί από 8.486 σε 6.860 ενώ αντίστοιχα θα προστίθονταν 598 κρεβάτια σε 28 μονάδες Γενικών Νοσοκομείων. (Πίνακας 3.3 και Πίνακας 3.4).

Πίνακας 3.3 Πρόγραμμα μεταβολής ψυχιατρικών κρεβατιών έως το 1988.

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ	1982 (υπάρχοντα κρεβάτια)	1988 (προβλεπόμενα κρεβάτια)	Μεταβολή
Κ.Ν. Αττικής	2.750	1.700	-1.050
Δρομοκαΐτειο	880	940	+60
Αιγινήτειο(Παν.Κλιν.)	100	100	-
Νταού Πεντέλης	100	200	+100
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	1.000	750	-250
Ψ.Ν. Λέρου	1.905	1.600	-305
Ψ.Ν. Τρίπολης	420	360	-60
Ψ.Ν. Κέρκυρας	416	360	-56
Ψ.Ν.Π. Ολύμπου	500	450	-50
Ψ.Ν. Χανίων	415	400	-15
ΣΥΝΟΛΟ	8.486	6.860	-1.626

ΠΗΓΗ: Ε.Σ.Υ.Ε.

Πίνακας 3.4: Πρόγραμμα ανάπτυξης μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία
έως το 1988.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ
Αθήνα	6	115
Θεσσαλονίκη	3	35
Πάτρα	2	56
Καλαμάτα	1	20
Αγρίνιο	1	20
Ιωάννινα	2	51
Λάρισα	1	20
Λαμία	1	10
Βέροια	1	20
Σέρρες	1	20
Δράμα	1	20
Ξάνθη	1	20
Κομοτηνή	1	15
Αλεξανδρούπολη	1	30
Μυτιλήνη	1	15
Ρόδος	1	15
Ηράκλειο	2	51
ΣΥΝΟΛΟ	28	598

ΠΗΓΗ: Ε.Σ.Υ.Ε.

Στο σημείο αυτό θεωρείται απαραίτητο να γίνει μια αναφορά στις μονάδες ψυχικής υγείας, δηλαδή τι είναι και ποιος είναι ο σκοπός της ύπαρξής τους.

Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Ψυχιατρικοί Τομείς Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.)

Η Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου (Ψ.Κ.Γ.Ν.) είναι μια κλινική ενσωματωμένη στην κτιριακή, διοικητική και λειτουργική δομή του νοσοκομείου. Περιλαμβάνει έναν αριθμό κρεβατιών όχι μεγαλύτερο από 25, προσφέρει νοσήλια βραχείας διάρκειας (από μερικές ώρες μέχρι 6 εβδομάδες) και αφορά κυρίως ασθενείς με οξέα ψυχιατρικά προβλήματα.

Καλύπτει τον αριθμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου και λειτουργεί σε 24ωρη βάση και ταυτόχρονα βρίσκεται σε στενή σχέση με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων των ασθενών τους, αναπτύσσοντας τη διασυνδετική- συμβουλευτική ψυχιατρική στο γενικό νοσοκομείο.

Ο θεσμός του Ψυχιατρικού Τομέα Γενικού Νοσοκομείου καθιερώθηκε αρχικά για να αποφευχθεί ο "ιδρυματισμός" των αρρώστων από τη νοσηλεία στα τεράστια και απρόσωπα δημόσια ψυχιατρεία-άσυλα. Με την εντατική νοσηλεία των οξέων περιστατικών αποφεύγεται η χρονιοποίηση του προβλήματος.

Η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό νοσοκομείο γίνεται καλύτερα αποδεκτή από τον άρρωστο και το περιβάλλον του αφού μειώνει τον εξοστρακισμό των αρρώστων και ελαττώνει το στίγμα.

Επίσης ο Ψ.Τ.Γ.Ν. έχει τη δυνατότητα άμεσης παρέμβασης και θεραπείας στο σπίτι του ασθενούς και επιδιώκει την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε θέματα ψυχιατρικής.

Η σημασία του θεσμού του ψυχιατρικού τομέα στο γενικό νοσοκομείο είναι μεγάλη αφού η ψυχιατρική παύει να είναι απομονωμένη από την υπόλοιπη Ιατρική και παρέχει καλύτερες συνθήκες νοσηλείας στους ψυχικά άρρωστους.

Τέλος βοηθά τη Γενική Ιατρική και βραχύνει το χρόνο νοσηλείας ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Το αποτέλεσμα αυτής της εφαρμογής θα είναι σημαντικό αφού από έρευνες που έχουν γίνει, στα νοσοκομεία που λειτουργούν ψυχιατρικοί τομείς, μόνο ένας στους δέκα ψυχωτικούς που έχουν ανάγκη νοσοκομειακής θεραπείας αποστέλλεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο⁸.

Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, έχουν ως αποστολή τους την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στα πλαίσια της κοινότητας όπου λειτουργούν. Προσφέρουν ψυχιατρική φροντίδα σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια, προσφέρουν κάθε επιστημονική βοήθεια για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των χρονίων ψυχικά ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή και η εργασία τους στην κοινότητα και η αποδοχή τους

⁸ ΓΑΛΗΝΟΣ, "Το νέο σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών και ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου", Τόμος 28ος, τεύχος 5, έτος 1986, σελ. 799

απ'αυτή. Σκοπός τους επίσης, είναι να κάνουν έρευνες πάνω στα αίτια που προκαλούν ή επιβαρύνουν την ψυχική νόσο καθώς επίσης να δίνουν συμβουλευτικές προτάσεις στις οικογένειες και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος για την αντιμετώπιση και την εξάλειψή της.

Τα Κ.Ψ.Υ. συνεργάζονται με τους Ψ.Τ.Γ.Ν., με Ιατροπαιδαγωγικούς Σταθμούς που συνδέονται λειτουργικά με Ξενώνες-Οικοτροφεία, Προστατευόμενα διαμερίσματα, Κέντρα Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Μονάδες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης

Τα προεπαγγελματικά και επαγγελματικά κέντρα εκπαίδευσης και κατάρτισης βοηθούν στην κοινωνική επανένταξη και επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο ή ελαφρά νοητική καθυστέρηση μέσα από την επαναπόκτηση ή απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων. Δημιουργείται πανελληνίως δίκτυο με τον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) ή άλλους κρατικούς φορείς δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Τα Κέντρα αυτά λειτουργούν προληπτικά και θεραπευτικά απέναντι στον κίνδυνο χρονιότητας και κοινωνικού αποκλεισμού για νέους ψυχωτικούς.

Οι δομές αυτές έχουν θεραπευτικές επιδιώξεις με την εργασία των ασθενών, την παραγωγή και διάθεση των προϊόντων και την αμοιβή των εργαζομένων να συντείνουν στη μείωση του

κινδύνου της ιδρυματοποίησης. Οι δομές αυτές λειτουργούν σε συνεργασία με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Κ.Ψ.Υ. και συνλειτουργούν σ'αυτές τις μονάδες θεραπευτές, ψυχικά ασθενείς και υγιή μέλη της κοινότητας.

Ξενώνες- Οικοτροφεία

Πρόκειται για δυο ενδιάμεσες βασικές μορφές λειτουργίας υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ του Νοσοκομείου και της διαβίωσης στην οικογένεια του αρρώστου.

Στα *Οικοτροφεία* προσφέρονται στέγη και τροφή σε χρόνιους κυρίως ασθενείς που θα ήταν αναγκασμένοι να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αν δεν τους δινόταν η ευκαιρία να ζήσουν στην Κοινότητα. Ο χρόνος παραμονής τους στο Οικοτροφείο μπορεί να είναι και πάνω από έξι (6) μήνες.

Ενώ οι *Ξενώνες* είναι μονάδες κυρίως ανάρρωσης και αποθεραπείας, οι ψυχικά άρρωστοι παραμένουν σ'αυτούς διάστημα όχι παραπάνω των 6 μηνών και εξυπηρετεί πληθυσμό 150-300.000 κατοίκων.

Το προσωπικό και των δυο μονάδων (*Ξενώνας-Οικοτροφείο*) μπορεί ως ένα βαθμό, να ποικίλει ανάλογα με την κατάσταση και τις ανάγκες των ενοίκων. Περιλαμβάνει ψυχίατρο επισκέπτη ή μερικής απασχόλησης, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό μερικής απασχόλησης, νοσοκόμους, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό.

Κέντρα Ημέρας

Τα Κέντρα Ημέρας είναι μονάδες Ψυχικής Υγείας που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τους ψυχικά ασθενείς να διαμένουν στην κοινότητα με όσο το δυνατό ικανοποιητικότερο βαθμό λειτουργίας. Παράλληλα στα Κέντρα Ημέρας παρέχεται εντατική ψυχιατρική θεραπεία και οι ασθενείς παραμένουν σε αυτά για ένα χρονικό διάστημα της ημέρας, δραστηριοποιούμενοι με εργοθεραπεία.

Ο αριθμός των θέσεών τους κυμαίνεται από 10-20 ανάλογα με τη δυναμικότητα του ψυχιατρείου και τις ανάγκες του. Τα Κέντρα Ημέρας αναπτύσσονται σε μια λογική απόσταση από τα ψυχιατρεία για να διευκολύνουν τους ψυχικά πάσχοντες.

Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί

Οι Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί λειτουργούν είτε ως αυτόνομοι, είτε ως δραστηριότητα ενός Κ.Ψ.Υ. και ο σκοπός τους είναι διαγνωστικός, συμβουλευτικός, θεραπευτικός και ενημερωτικός - προληπτικός πάντοτε σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους.

Κινητή Μονάδα Υπαίθρου (Κ.Μ.Υ.)

Η Κινητή Μονάδα Υπαίθρου (Κ.Μ.Υ.) έχει χρέος της την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των κατοίκων της υπαίθρου απέναντι στην ψυχική ασθένεια, την πρόληψη και την θεραπεία της και την αποφυγή εισαγωγών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με την έγκαιρη και κατάλληλη παρέμβαση.

Το 1982 ξεκίνησε, μια πρώτη προσπάθεια για την παροχή υπηρεσιών σε μια αγροτική περιοχή της χώρας μας, και συγκεκριμένα στο νομό Φωκίδας με στόχο όλα τα χαρακτηριστικά που αναφέραμε πιο πάνω. Ο νομός Φωκίδας επιλέχθηκε με κριτήρια την απουσία ψυχιάτρου ή άλλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η Κ.Μ.Υ. στελεχώνεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και λογοθεραπευτής. Το 20% του χρόνου του έργου της Μονάδας διατίθεται στους άξονες σχολεία ↔ δάσκαλοι ↔ μαθητές ↔ γονείς.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε σύμφωνα με τις παραπάνω ρυθμίσεις των μονάδων ψυχικής υγείας, η προσφορά υπηρεσιών προς τον ψυχικά πάσχοντα δεν θα εξαντλείται στο χώρο μόνο μιας ψυχιατρικής υπηρεσίας, ούτε θα περιορίζεται στη φαρμακευτική θεραπεία της κρίσεως αλλά θα επεκτείνεται και στους χώρους της πρόληψη νέων κρίσεων και της αποκατάστασης. Κάθε χρήστης υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας θα παρακολουθείται συνεχώς από θεραπευτική ομάδα της εκάστοτε κατάλληλης Ψυχιατρικής Υπηρεσίας του τομέα, στον οποίο ανήκει, για να υπάρχει η απαραίτητη συνέχεια στην παρακολούθησή του.

3.4 Η εξέλιξη των προγραμμάτων του Καν. 815/84 στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Κατά τη διάρκεια των ετών 1984-1988 στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 εγκρίθηκαν συνολικά 182 αιτήσεις προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και εκκρεμούσαν για το διάστημα 1989-1991, 69 ακόμα αιτήσεις. Από το σύνολο των παραπάνω προγραμμάτων τα 64 είχαν πειραματικό - λειτουργικό χαρακτήρα, τα 20 αφορούσαν την παροχή εκπαίδευσης και υποτροφιών προς το προσωπικό και τα υπόλοιπα 167 ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής. (Πίνακας 3.5).

Πίνακας 3.5: Περιφερειακή κατανομή προγραμμάτων Καν.815/84

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΑΙΤΗΣΕΙΣ 1984-1988	ΑΙΤΗΣΕΙΣ 1989-1991	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ 1984-1991			ΣΥΝΟΛΟ
				Υποδομή	Πειραματικά	Κατάρτισης	
Ευρεία περιοχή Αθηνών	87	32	119	63	41	15	119
Κεντρική Στερεά	4	1	5	4	-	-	4
Δυτική Ελλάδα	8	5	13	11	1	1	13
Θεσσαλία	3	3	6	6	-	-	6
Κεντρική Μακεδονία	40	9	49	32	13	4	49
Δυτική Μακεδονία	1	2	3	3	-	-	3
Ανατολική Μακεδονία	4	3	7	7	-	-	7
Θράκη	5	4	9	7	2	-	9
Νησιά Αιγαίου	8	3	11	9	2	-	11
Κρήτη	11	4	15	12	3	-	15
Κεντρική/Ανατολική Πελοπόννησος	4	1	5	5	-	-	5
Δυτική Πελοσος	7	2	9	8	1	-	9
ΣΥΝΟΛΟ	182	69	251	167	64	20	251

ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3.5, ότι το 50% περίπου του συνόλου των προγραμμάτων προέρχονταν από φορείς της ευρείας περιοχής Αθηνών.

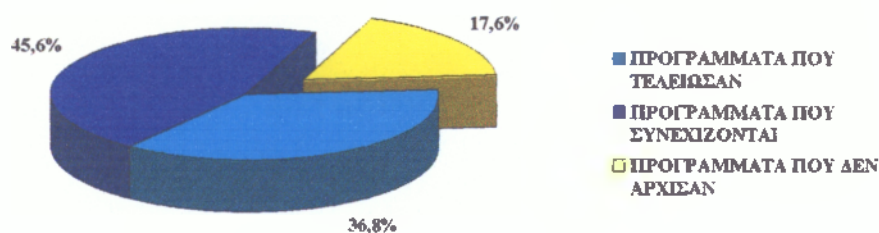
Σε ότι αφορά την πορεία εξέλιξης των προγραμμάτων ανά υγειονομική περιφέρεια, μέχρι το έτος 1990 όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3.6, το 34,5% των προγραμμάτων αυτών στην ευρεία περιοχή Αθηνών είχε τελειώσει, περίπου το 20% δεν είχε ακόμα αρχίσει, ενώ ένα ποσοστό γύρω στο 46% βρισκόταν σε εξέλιξη. Σε ότι αφορά τις υπόλοιπες περιφέρειες τα μεγαλύτερα ποσοστά προγραμμάτων που είχαν τελειώσει εμφανίζονταν στις περιφέρειες Κεντρικής Στερεάς, Δυτικής Ελλάδος, Θεσσαλίας, Δυτικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας, Κρήτης και Κεντρικής - Ανατολικής Πελοποννήσου. Αντίθετα τα χαμηλότερα ποσοστά προγραμμάτων που είχαν ολοκληρωθεί εμφανίζονταν στις περιφέρειες Δυτικής Πελοποννήσου και Κεντρικής Μακεδονίας με ποσοστά 28,6% και 32,5% αντίστοιχα.

Πίνακας 3.6: Εξέλιξη των Προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 ανά υγειονομική περιφέρεια (1990)

Υγειονομική Περιφέρεια	Προγράμματα που τέλειωσαν	Προγράμματα που συνεχίζονταν	Προγράμματα που δεν άρχισαν	ΣΥΝΟΛΟ
Ευρεία περιοχή Αθηνών	30 (34,5)	40 (46,0)	17 (19,5)	87 (100,0)
Κεντρική Στερεά	2 (50,0)	-	2 (50,0)	4 (100,0)
Δυτική Ελλάδα	2 (50,0)	6 (75,0)	-	8 (100,0)
Θεσσαλία	2 (66,7)	1 (33,3)	-	3 (100,0)
Κεντρική Μακεδονία	13 (32,5)	20 (50,0)	7 (17,5)	40 (100,0)
Δυτική Μακεδονία	1 (10,0)	-	-	1 (100,0)
Ανατολική Μακεδονία	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (100,0)
Θράκη	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	5 (100,0)
Νησιά Αιγαίου	3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	8 (100,0)
Κρήτη	5 (45,4)	5 (45,4)	1 (9,2)	11 (100,0)
Κεντρική/ Ανατολική Πελοπόννησος	3 (75,0)	1 (25,0)	-	4 (100,0)
Δυτική Πελ/σος	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	7 (100,0)
ΣΥΝΟΛΟ	67 (36,8)	83 (45,6)	32 (17,6)	182 (100,0)

Σημ.: Σε παρένθεση αναφέρονται τα αντίστοιχα ποσοστά %

ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.



Κυκλικό Διάγραμμα 3-1: Εξέλιξη των προγραμμάτων του κανονισμού 815/84 ανά υγειονομική περιφέρεια (1990)

ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α.

Συμπερασματικά παρατηρούμε, σε ό,τι αφορά τη εξέλιξη των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 διαπιστώνεται ότι έγινε σημαντική πρόοδος. Υπήρχαν όμως και ανασταλτικοί παράγοντες. Ο βασικότερος όμως ήταν η αδυναμία της Δημόσιας Διοίκησης να απορροφήσει την επιχορήγηση δεδομένου ότι αυτή δίνονταν σταδιακά και ακολουθούσε έλεγχος για την εκτέλεσή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

4.1 Γενικά

Ο όρος "μεταρρύθμιση" είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Ειδικότερα στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Για να επιτευχθούν λοιπόν οι βασικοί στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα έπρεπε να επέλθει ο μετασχηματισμός στο νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο του ψυχιατρικού συστήματος και ο ταυτόχρονος μετασχηματισμός σε κάθε τομέα των πλαισίων.

Έτσι όπως φαίνεται και από τον πίνακα 4.1 στο νομικό πλαίσιο έπρεπε να επέλθει μετασχηματισμός στους τομείς της αναγκαστικής νοσηλείας, στην προστασία και αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων και την υποστήριξη από την οικογένεια τους.

Σύμφωνα με το πρόσφατο νομικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία (Νόμος 2071/92) η αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα κάθε τύπου θα πρέπει να γίνεται μετά από αιτιολογημένη απόφαση Τριμελούς Πρωτοδικείου, όταν το άτομο δεν είναι ικανό να κρίνει τα συμφέροντα της υγείας του. Αίτηση για αναγκαστική νοσηλεία πρέπει να κάνουν: ο/η σύζυγος του αρρώστου, συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού ή ο τοπικός εισαγγελέας πρωτοδικών. Η διάρκεια της αναγκαστικής (ακούσια) νοσηλείας δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 6 μήνες. Μετά τη λήξη της ακούσιας νοσηλείας, ανάλογα με το βαθμό βελτίωσης του αρρώστου, αυτός επιστρέφει στην οικογένειά του ή σε ξενώνα/οικοτροφείο ή σε ανάδοχο οικογένεια.

Ως προς την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων, υπάρχει η νομοθεσία του 1986 (Ν.1648) και του 1989 (Ν.1836), που ρυθμίζει την κατάρτιση - απασχόληση - αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Επίσης, έπρεπε να επέλθει μετασχηματισμός στο οργανωτικό πλαίσιο και στους αντίστοιχους τομείς όπως φαίνεται στον πίνακα 4.1.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 31/1986(ΦΕΚ12Α/13-2-86) η χώρα έχει διαιρεθεί σε υγειονομικές περιφέρειες (τομεοποίηση). Οι υπηρεσίες περίθαλψης οργανώνονται σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, παράλληλα για να υπάρχει ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών πρέπει να υπάρχει οργάνωση, δομή και λειτουργία στα πλαίσια μιας παραγωγικής διαδικασίας σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Η μεταρρύθμιση, της Ψυχιατρικής περίθαλψης άρχισε να τροποποιεί και το διοικητικό πλαίσιο αρχίζοντας από το συντονισμό του συστήματος, τη στελέχωση και τη μετεκπαίδευση και τέλος τον διοικητικό κανονισμό. Το κρίσιμο και ουσιαστικό θέμα του συντονισμού του συστήματος πρέπει να τοποθετείται όχι σε γραφειοκρατικού τύπου διεργασίες, αλλά μέσα στα πλαίσια της συνεργασίας και της αμοιβαιότητας. Η πορεία του ατόμου μέσα από το σύστημα υπηρεσιών δεν πρέπει να διακόπτεται για λόγους γραφειοκρατίας, εκτός εάν δεν υπάρχει διαθέσιμη κάποια ειδική υπηρεσία. Ένας ψυχικά άρρωστος παραπέμπεται από την υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. στη Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου και ακολούθως στη υπηρεσία του Κέντρου Αποκατάστασης. Θα πρέπει και οι τρεις αυτές υπηρεσίες να αποδέχονται την ανάγκη να εξυπηρετηθεί ο συγκεκριμένος πελάτης στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και να γνωρίζουν καλά το ιστορικό του και τι υπηρεσίες έχουν ήδη προσφερθεί σ' αυτόν από τις άλλες μονάδες.

Στη χώρα μας το Υ.Υ.Π.Κ.Α. προσπάθησε να ρυθμίσει τη διασύνδεση των ψυχιατρείων και το συντονισμό των υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Υπουργική Απόφαση 25-5-1987.

Το διοικητικό πλαίσιο στοχεύει επίσης στην ανάπτυξη προγραμμάτων αποδοτικότερης στελέχωσης και εκπαίδευσης στελεχών, επίσης να αξιολογεί την παροχή των υπηρεσιών και να ενισχύει το έργο (κλινικό, ερευνητικό, εκπαιδευτικό) κάθε υπηρεσίας του συστήματος.

Ο διοικητικός κανονισμός και η ευελιξία είναι χαρακτηριστικά τα οποία επιτυγχάνονται με συντονισμό του συστήματος υπηρεσιών, την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την αποκέντρωση νέων υπηρεσιών⁹.

Το διαχειριστικό πλαίσιο τέλος, είναι ένα σύστημα δραστηριοτήτων και ενεργειών που αποβλέπουν στην ορθολογική χρήση των διατιθέμενων πόρων ώστε να επιτυγχάνονται οι επιδιωκόμενοι στόχοι με τον οικονομικότερο τρόπο. Η διαχείριση είναι μια συνεχής συστηματική διαδικασία προγραμματισμού και υλοποίησης και γίνεται μέσα από τον προσδιορισμό και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων των προγραμματισμένων στόχων και την κατανομή των προγραμματισμένων πόρων.

Πίνακας 4.1. Τα αναγκαία στοιχεία μιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

		ΤΟΜΕΙΣ		
ΠΛΑΙΣΙΑ	Νομικό	Αναγκαστική νοσηλεία	Προστασία και Αποκατάσταση	Υποστήριξη της οικογένειας
	Οργανωτικό	Τομεοποίηση	Αποκέντρωση και ανάπτυξη συστήματος υπηρεσιών	Αποϊδρυματισμός
	Διοικητικό	Συντονισμός του συστήματος	Στελέχωση - Μετεκπαίδευση	Διοικητικός κανονισμός και ευελιξία
	Διαχειριστικό	Προγραμματισμός μετά από ιεράρχηση των αναγκών	Αποτελεσματικοί μέθοδοι διαχείρισης των πόρων	Παρακολούθηση και αξιολόγηση

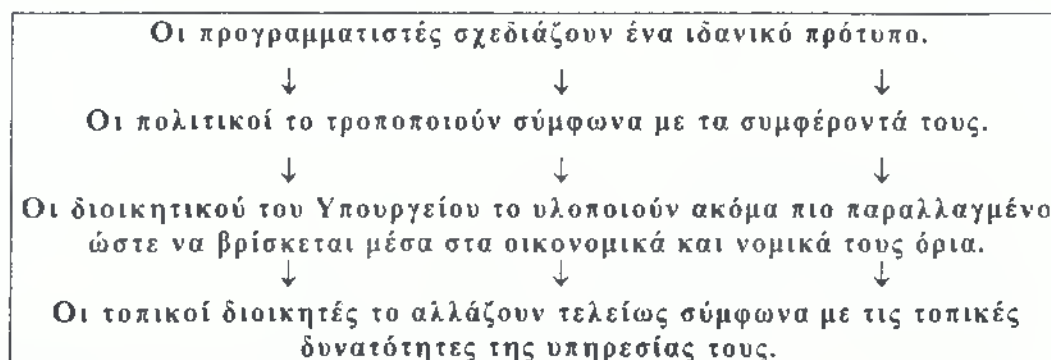
ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

⁹ Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 36 Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1991

Βέβαια η κάθε είδους μεταρρύθμιση δεν αποτελεί μια εύκολη και άμεση διαδικασία, γιατί υπάρχει μια σειρά περιορισμών ή κινδύνων που διαστρεβλώνουν τις αρχικές προθέσεις και στόχους, όπως χαρακτηριστικά παρατίθενται στον πίνακα 4.2. Οι προγραμματιστές των αρμόδιων φορέων σχεδιάζουν ένα ιδανικό πρότυπο συστήματος χωρίς όμως να μπορούν να επηρεάσουν κάποιες μετέπειτα εξελίξεις. Έτσι, όταν το πρόγραμμα αυτό χρειαστεί την έγκριση της πολιτικής ηγεσίας τότε τροποποιείται ανάλογα με τα διάφορα πολιτικά ή μερικές φορές και προσωπικά συμφέροντα των πολιτικών. Βασική όμως προϋπόθεση υλοποίησης ενός προγράμματος είναι να βρίσκεται αυτό μέσα στα οικονομικά και νομικά όρια που έχουν καθοριστεί από το αντίστοιχο Υπουργείο. Αναπόφευκτα λοιπόν και σε αυτό το στάδιο το πρόγραμμα επιδέχεται κάποιες τροποποιήσεις.

Τέλος, ένα αρχικά σχεδιαζόμενο πρόγραμμα επειδή δεν μπορεί να λαμβάνει υπόψη του τις διαφορετικές ανάγκες κάθε τοπικής υπηρεσίας, τροποποιείται μόλις περιέλθει στα χέρια τοπικών διοικητικών. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται οι σημαντικότεροι περιορισμοί στη διαδικασία της μεταρρύθμισης.

Πίνακας 4.2: Οι περιορισμοί της μεταρρύθμισης



ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

4.2 Ανασκόπηση της σημερινής κατάστασης της ψυχιατρικής περίθαλψης

Νοσηλευτική Κίνηση

Από την εξέταση της μεταβατικής φάσης της ψυχιατρικής περίθαλψης και των προσφάτων εξελίξεων (προγράμματα του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ), προκύπτει μια σημαντική αναμόρφωση στον τομέα της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, όπως αυτή φαίνεται στους πίνακες 4.3 μέχρι και 4.7. Στους παρακάτω πίνακες εξετάζεται η υπάρχουσα κατάσταση στα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά την πενταετία 1991 έως 1995. Τα λειτουργικά στοιχεία τα οποία αναλύονται είναι:

- α) τα υπάρχοντα κρεβάτια,
- β) οι νοσηλευθέντες,
- γ) οι ημέρες νοσηλείας,
- δ) η μέση διάρκεια νοσηλείας,
- ε) η κάλυψη, και τέλος
- στ) οι ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Θεωρείται σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν μεγέθη όπως, ο αριθμός των κρεβατιών, η μέση διάρκεια νοσηλείας και η κάλυψη έτσι ώστε να διαμορφωθεί πιο ολοκληρωμένη εικόνα της δυναμικότητας και της επίδοσης του ψυχιατρικού συστήματος στην Ελλάδα κατά τα έτη 1991-1995. Πιο συγκεκριμένα:

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.3, βλέπουμε ότι το 1991 νοσηλεύθηκαν στα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία 17.745 ψυχικά άρρωστοι, με σύνολο 2.183.678 ημερών νοσηλείας και μέση διάρκεια νοσηλείας 123,1 ημέρες. Σε σύνολο 6.413 ψυχιατρικών κρεβατιών τα 3.047 βρίσκονταν στο νομό Αττικής, δηλαδή περίπου το 50% αυτών συσσωρεύονταν στο Ψ.Ν. Αττικής, στο Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης. Το ίδιο έτος επίσης οι ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ψυχικά νοσούντα άτομα έφτασαν 113.268 ενώ ένα σύνολο 420.899 επισκέψεων καταγράφηκαν στα εξωτερικά ιατρεία των εννέα ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Πίνακας 4.3: Νοσηλευτική Κίνηση έτους 1991

ΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΠΑΡ- ΧΟΝΤΑ	ΝΟΣ/ΝΤΕΣ	ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ*		ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
				ΜΔΝ	ΚΑΛΥΨΗ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΕΡΓ/ΚΕΣ
Ψ.Ν.Θ.	694	2.844	273.974	96,3	1	14.896	59.006
Ψ.Ν.Π.Ο.	353	608	127.265	209,3	0,98	7.497	8.184
Ψ.Ν.ΚΕΡ.	360	570	129.590	217,3	0,98	3.346	1.269
Παιδων. Ν.Α.	247	356	59.772	167,9	0,66	17.516	30.187
Ψ.Ν.Α.	2.045	4.741	712.836	150,4	0,95	32.607	142.926
Δρομο- καΐτειο	755	1.697	262.172	168,2	0,95	10.446	43.235
Ψ.Ν.Τ.	360	1.188	124.207	104,6	0,94	3.195	8.424
Ψ.Ν.Λ.	1.110	2.081	349.949	168,2	0,87	10.446	43.235
Ψ.Ν. Χανίων	489	3.640	143.911	39,5	0,81	18.616	7.8342
ΣΥΝΟΛΑ	6.413	17.745	2.183.676	123,1	0,93	115.268	420.899

ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1991

* α) Η ΜΔΝ προκύπτει από τον τύπο: Ημ. Νοσηλείας/Νοσηλευθέντες

β) Η κάλυψη προκύπτει από τον τύπο $\frac{\text{Ημ. Νοσ./Υπαρχ. κρεβ}}{365} = \text{Μέση Κάλυψη σε ημέρες}$

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.4 διαπιστώνουμε μια μικρή αλλά σημαντική μείωση σε ότι αφορά τα κρεβάτια, τους νοσηλευθέντες και τις ημέρες νοσηλείας σε σχέση με το 1991. Αντίθετα αύξηση παρατηρούμε στις εργαστηριακές και στις ιατρικές εξετάσεις. Πιο συγκεκριμένα: Το 1992 νοσηλεύθηκαν 17.423 ψυχικά άρρωστοι δηλαδή 322 άτομα λιγότερα σε σχέση με το 1991. Επίσης παρατηρούμε ότι τα ψυχιατρικά κρεβάτια μειώθηκαν σε 6.198, μια μείωση δηλαδή 215 κρεβάτια, όπως, επίσης και οι μέρες νοσηλείας οι οποίες το 1992 έφτασαν να είναι 2.091.631, παρατηρείται δηλαδή μείωση κατά 92.045 ημέρες. Αύξηση παρατηρούμε σε αυτό το έτος όσον αφορά τις ιατρικές εξετάσεις από 115.268, το 1991 αυξήθηκαν σε 126.615 δηλ. 11.347 ιατρικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν παραπάνω το 1992. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εργαστηριακές εξετάσεις, εδώ βλέπουμε αύξηση των επισκέψεων κατά 34.838 στα εξωτερικά ιατρεία των εννέα ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Σαν μια πρώτη εκτίμηση μπορούμε να πούμε ότι το 1992 παρουσιάστηκε πιο θετικό σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Διαπιστώνουμε μια αύξηση των εξετάσεων (ιατρικών - εργαστηριακών), μία μείωση της παραμονής των ψυχικά ασθενών μέσα στα Ψυχιατρικά νοσοκομεία όπως φαίνεται και από τη Μ.Δ.Ν. η οποία μειώθηκε κατά τρεις περίπου ημέρες, πράγμα που δείχνει ότι οι πιθανότητες για αποϊδρωματισμό αυξάνονται και επιτυγχάνονται κατά κάποιο τρόπο και σε μικρό βέβαια ποσοστό οι στόχοι γύρω από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Πίνακας 4.4: Νοσηλευτική Κίνηση έτους 1992

ΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΠΑΡ- ΧΟΝΤΑ	ΝΟΣ/ΝΤΕΣ	ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ		ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
				ΜΔΝ	ΚΑΛΥΨΗ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΕΡΓ/ΚΕΣ
Ψ.Ν.Θ.	775	3.119	283.948	91	1	21.066	68.317
Ψ.Ν.Π.Ο.	378	594	128.332	216	0,93	8.556	6.900
Ψ.Ν.ΚΕΡ.	360	593	126.370	213,1	0,96	4.199	1.351
Παιδοψ. Ν.Α.	247	286	50.656	177,1	0,56	17.076	37.676
Ψ.Ν.Α.	1.952	3.872	673.861	174	0,95	34.668	163.521
Δρομο- κάττειο	764	1.780	239.219	134,4	0.86	5.802	50.298
Ψ.Ν.Τ.	360	1.306	134.264	102,8	1,02	3.095	10.080
Ψ.Ν.Λ.	892	1.869	314.617	168,3	0,97	11.771	38.588
Ψ.Ν. Χανίων	470	4.004	140.364	35,1	0,82	20.382	79.006
ΣΥΝΟΛΑ	6.198	17.423	2.091.631	120	0,92	126.615	455.737

ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1992

Σε ότι αφορά τη νοσηλευτική κίνηση του 1993 εξετάζοντας τον πίνακα 4.5 παρατηρούμε μια αύξηση των νοσηλευομένων (18.298) και αντίστοιχη αύξηση των ψυχιατρικών κρεβατιών (6.351) με επακόλουθο την αύξηση των ημερών νοσηλείας από 2.091.631 σε 2.094.684. Σε αυτό το έτος έχουμε επίσης μια μείωση στη Μ.Δ.Ν. κατά 114,5 ημέρες και μια σημαντική αύξηση στις ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις σε 131.680 και 496.511 αντίστοιχα. Το φαινόμενο της αύξησης των κρεβατιών, σύμφωνα με τα στοιχεία τις επετηρίδας του έτους 1993 και με την έρευνα που έγινε από το ΚΕ.Σ.Υ του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εντοπίζεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου στο οποίο έγινε μεταφορά 153 κρεβατιών και 875 ασθενών από το εκεί παράρτημα του Π.Ι.Κ.Π.Α.

Πίνακας 4.5: Νοσηλευτική Κίνηση έτους 1993

ΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΠΑΡ- ΧΟΝΤΑ	ΝΟΣ/ΝΤΕΣ	ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ		ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
				ΜΔΝ	ΚΑΛΥΨΗ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΕΡΓ/ΚΕΣ
Ψ.Ν.Θ.	761	3.032	269.832	89	0,97	24.556	83.122
Ψ.Ν.Π.Ο.	378	608	128.270	211	0,93	6.797	7.753
Ψ.Ν.ΚΕΡ.	360	540	120.889	223,9	0,92	3.743	1.070
Παιδων Ν.Α.	246	268	49.715	185,5	0,55	18.435	43.349
Ψ.Ν.Α.	1.967	4.829	674.042	139,6	0,94	39.259	174.182
Δρομο- καίτειο	764	2.017	239.962	119	0,86	0	52.536
Ψ.Ν.Γ.	360	1.007	124.810	123,9	0,95	3.583	10.856
Ψ.Ν.Δ.	1.045	1.825	347.389	190,4	0,91	15.970	42.665
Ψ.Ν. Χανίων	470	4.172	139.775	33,5	0,81	19.337	80.978
ΣΥΝΟΛΑ	6.351	18.298	2.094.684	114,5	0,90	131.680	496.511

ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1993

Από τον πίνακα 4.6 μελετώντας τη νοσηλευτική κίνηση του 1993 παρατηρούμε ότι υπάρχει μια αύξηση των νοσηλευομένων κατά 1.100 άτομα με ταυτόχρονη μείωση των υπαρχόντων κρεβατιών κατά 85 σε σχέση με το προηγούμενο έτος ενώ σε ότι αφορά τις ημέρες νοσηλείας παρατηρείται μια μείωση κατά 56.747 ημέρες. Επίσης, μείωση παρατηρείται και στη Μ.Δ.Ν. κατά 9.5 ημέρες ενώ οι ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις αυξάνονται συγκριτικά με το 1993.

Πίνακας 4.6: Νοσηλευτική Κίνηση έτους 1994

ΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΠΑΡ- ΧΟΝΤΑ	ΝΟΣ/ΝΤΕΣ	ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ		ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
				ΜΑΝ	ΚΑΛΥΨΗ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΕΡΓ/ΚΕΣ
Ψ.Ν.Θ.	742	3.331	259.873	78,0	0,96	27.711	80.179
Ψ.Ν.Π.Ο.	378	602	130.597	216,9	0,95	7.026	9.911
Ψ.Ν.ΚΕΡ.	360	575	118.390	205,9	0,90	3.728	50.579
Παιδων Ν.Α.	246	282	50.682	179,7	0,56	20.972	199.468
Ψ.Ν.Α.	1.904	4.248	664.036	156,3	0,96	42.670	42.287
Δρομο- καίτειο	764	2.093	241.605	115,4	0,87	17.565	292.334
Ψ.Ν.Τ.	360	2.185	113.190	51,8	0,86	2.470	36.791
Ψ.Ν.Λ.	1.042	1.688	326.614	193,4	0,86	18.943	53.763
Ψ.Ν. Χανίων	470	4.394	132.950	30,3	0,77	17.565	81.436
ΣΥΝΟΛΑ	6.266	19.398	2.037.937	105,0	0,89	158.650	554.414

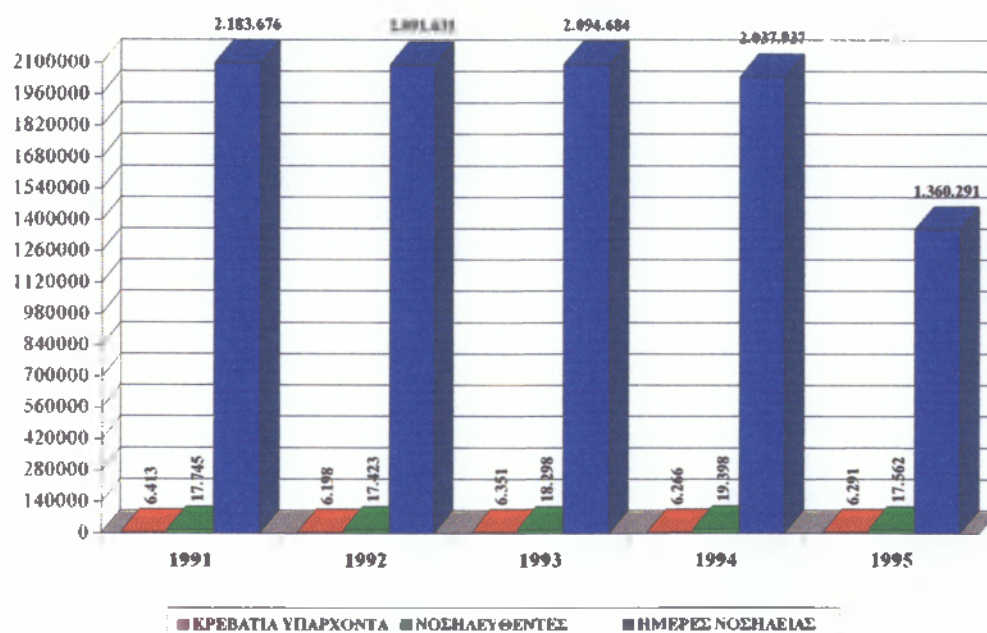
ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1994

Όπως προκύπτει από την παρατήρηση των στοιχείων του πίνακα 4.7 το 1995 υπάρχει μια σημαντική μείωση σε όλους τους τομείς που εξετάζουμε εκτός μια μικρής αύξησης των ψυχιατρικών κρεβατιών. Συγκεκριμένα, από 19.398 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν το 1994, το 1995 μειώθηκαν στους 17.562 παρατηρείται δηλαδή μια μείωση κατά 1.836 άτομα. Το ίδιο συνέβη και με τις ημέρες νοσηλείας οι οποίες από 2.037.937 το 1994 μειώθηκαν στις 1.360.291 το 1995, μια μείωση δηλαδή της τάξεως των 677.646 ημερών. Μείωση παρατηρείται επίσης στις ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες από 158.650 και 554.414 το 1994 μειώθηκαν αντίστοιχα σε 130.420 και 554.317 το 1995. Τέλος η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας μειώνεται κατά 77,5 ημέρες σε σχέση με το 1994.

Πίνακας 4.7: Νοσηλευτική Κίνηση έτους 1995

ΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΑ ΝΟΣ/ΜΕΙΑ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΠΑΡ- ΧΟΝΤΑ	ΝΟΣ/ΝΤΕΣ	ΗΜΕΡ. ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ		ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	
				ΜΑΝ.	ΚΑΛΥΨΗ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΕΡΓ/ΚΕΣ
Ψ.Ν.Θ.	800	2.641	261.254	98,9	0,9	20.300	87.922
Ψ.Ν.Π.Ο.	393	546	125.414	229,7	0,87	4.214	10.760
Ψ.Ν.ΚΕΡ.	260	568	114.135	200,9	1,20	3.700	776
Παιδοψ. Ν.Α.	226	142	52.774	371,6	0,64	11.638	5.753
Ψ.Ν.Α.	1.904	3.761	8.756	2,3	0,01	50.267	216.793
Δρομο- καίτειο	798	2.270	240.677	106,0	0,83	0	66.867
Ψ.Ν.Τ.	360	1.294	105.400	81,5	0,80	3.150	1.047
Ψ.Ν.Λ.	1.080	1.843	316.772	171,9	0,80	21.373	57.522
Ψ.Ν. Χανίων	470	4.497	135.109	30,0	0,79	15.778	106.877
ΣΥΝΟΛΑ	6.291	17.562	1.360.291	77,5	0,59	130.420	554.317

ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1995



ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 4.1: Νοσηλευτική Κίνηση Ψυχιατρικών Νοσοκομείων 1991-1995 (Κρεβάτια, Νοσηλευθέντες, Ημέρες Νοσηλείας)

ΠΗΓΗ: ΕΠΕΤΗΡΙΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 1991-1995

Ιατρικό Προσωπικό

Θεωρήθηκε σκόπιμο εκτός από τη νοσηλευτική κίνηση να εξεταστούν και στοιχεία γύρω από την αναλογία ψυχιάτρων ανά ψυχιατρικό κρεβάτι εδώ όμως λόγω έλλειψης στοιχείων εξετάζεται μόνο η τριετία 1991-1993.

Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ των ετών 1991, 1992 και 1993 γύρω από την αναλογία ψυχιάτρων ανά ψυχιατρικό κρεβάτι παρουσιάζονται στους πίνακες 4.8, 4.9, 4.10. Πιο συγκεκριμένα το 1991 η αναλογία ψυχιάτρων ανά κρεβάτι ήταν 1:16,8, το 1992 1:13 και το 1993 1:16. Παρατηρώντας επίσης στους ίδιους πίνακες την αναλογία των ψυχιάτρων ανά ψυχιατρικό νοσοκομείο διαπιστώνουμε ότι κατά τα έτη 1991 και 1992 το 50% του συνόλου των ψυχιάτρων εργάζονταν στα τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας ενώ μόνο το 1993 ο αριθμός αυτός μειώθηκε στο 47% περίπου.

Πίνακας 4.8: Αναλογία ψυχιάτρων ανά κρεβάτι το έτος 1991

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΡΕΒΑΤΙ
Ψ.Ν.Θεσ/κης	82	694	1: 8,5
Ψ.Ν.Π.Ολύμπου	14	353	1: 25
Ψ.Ν.Κέρκυρας	6	360	1: 60
Παιδοψ. Ν.Α.	37	247	1: 6,7
Ψ.Ν.Αττικής	132	2045	1: 15,5
Δρομοκαΐτειο	37	755	1: 20
Ψ.Ν.Τρίπολης	10	360	1: 36
Ψ.Ν.Λέρου	37	1110	1: 30
Ψ.Ν.Χανίων	26	489	1: 18,9
ΣΥΝΟΛΟ	381	6413	1: 16,8

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Πίνακας 4.9: Αναλογία ψυχιάτρων ανά κρεβάτι το έτος 1992

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΡΕΒΑΤΙ
Ψ.Ν.Θεσ/κης	132	775	1: 5,9
Ψ.Ν.Π.Ολύμπου	14	378	1: 27
Ψ.Ν.Κέρκυρας	6	360	1: 60
Παιδοψ. Ν.Α.	39	247	1: 63
Ψ.Ν.Αττικής	147	1952	1: 13
Δρομοκαΐτειο	49	764	1: 15
Ψ.Ν.Τρίπολης	11	360	1: 32
Ψ.Ν.Λέρου	38	892	1: 23
Ψ.Ν.Χανίων	25	470	1: 18,9
ΣΥΝΟΛΟ	461	6198	1: 13

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Πίνακας 4.10: Αναλογία ψυχιάτρων ανά κρεβάτι το έτος 1993

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ	ΓΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΡΕΒΑΤΙ
Ψ.Ν.Θεσ/κης	129	761	1: 5,9
Ψ.Ν.Π.Ολύμπου	14	378	1: 27
Ψ.Ν.Κέρκυρας	6	360	1: 60
Παιδοψ. Ν.Α.	39	246	1: 63
Ψ.Ν.Αττικής	116	1967	1: 17
Δρομοκαΐτειο	38	764	1: 20
Ψ.Ν.Τρίπολης	11	360	1: 32
Ψ.Ν.Λέρου	21	1045	1: 50
Ψ.Ν.Χανίων	24	470	1: 19
ΣΥΝΟΛΟ	398	6351	1: 16

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συνοπτική συγκριτική εικόνα της ψυχιατρικής περίθαλψης για τα έτη 1982 και 1994 παρουσιάζεται στον πίνακα 4.11. Σε όλα τα επιμέρους στοιχεία υπάρχει μια μεγαλύτερη ανάπτυξη το 1994 σε σχέση με το 1982.

Πίνακας 4.11. Συνοπτικά συγκριτικά στοιχεία της ψυχιατρικής περίθαλψης για τα έτη 1993-1994

Επιμέρους στοιχεία	1982	1994
Ψυχίατροι	626	1.064
Ψυχίατροι/100.000	6,42	10,5
Συνολικά ψυχιατρικά κρεβάτια	13.412	6.266
Ψυχιατρικά κρεβάτια/1000	1,37	1,02
Νοσηλευόμενοι στα δημόσια ψυχιατρεία σε μια μέρα	8.386	5.460
Κτιριακή έκταση (τ.μ.)	102.562	206,8
τ.μ./άρρωστο	12,2	55,0
Μέση διάρκεια νοσηλείας σε ημέρες	206	105
Κρεβάτια σε ψυχ. κλιν. σε γεν. νοσοκ.	16	300
Κ.Ψ.Υ.	1	51
Διαθέσιμες θέσεις για αποκατάσταση	6	23
Διαθέσιμα κρεβάτια σε Ξενώνες/Οικοτρ.	100	2.000

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Στα ψυχιατρεία μειώθηκε κατά 24,4% ο αριθμός των διαθέσιμων κρεβατιών (πίνακας 4.12).

Πίνακας 4.12: Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια στα δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα (1983, 1989, 1994).

ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ	Διαθέσιμα Κρεβάτια			Διαφορά 1983/1994	Μεταβολή ± %
	1983	1989	1994		
1. Ψ.Ν. Αττικής	2650	1899	1904	-746	-28,1
2. Δρομοκαΐτειο	880	704	764	-116	-13,1
3. Π.Ν. Αττικής	100	158	246	+146	+146
4. Ψ.Ν. Θεσ/νίκης	1000	822	742	-258	-25,8
5. Ψ.Ν. Λέρου	1905	1135	1042	-863	-45,3
6. Ψ.Ν. Τρίπολης	420	416	360	-60	-14,2
7. Ψ.Ν. Κέρκυρας	416	383	360	-56	-13,4
8. Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	500	355	378	-122	-24,4
9. Ψ.Ν. Χανίων	415	405	470	+55	+13,2
Σύνολο	8.286	6.377	6.266	-2.020	-24,4

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Η μεγαλύτερη μείωση κρεβατιών παρατηρήθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Μια ερμηνεία της μείωσης των διαθέσιμων κρεβατιών των ψυχιατρείων είναι η θνησιμότητα των χρονίων εγκλειστών με παράλληλη τη μειωμένη πιθανότητα δημιουργίας νέων χρονίων αρρώστων, αφού αρκετοί από αυτούς κρατούνται στην οικογένεια και στην κοινότητα με την υποστήριξη ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης, των οποίων οι θέσεις έχουν φτάσει ή έχουν υπερβεί τις 2.000.

Υπήρξαν πρόσφατα σε ορισμένα ψυχιατρεία κάποιες αλλαγές, στις συνθήκες διαβίωσης των χρονίων εγκλειστών σ' αυτά. Παρ' όλα αυτά σημαντικός αριθμός αρρώστων εξακολουθεί να παραμένει εκεί (πίνακας 4.13).

Πίνακας 4.13: Εκτιμήσεις πάνω στη χρονιότητα και τις δυνατότητες αποϊδρυματισμού των αρρώστων στα Κρατικά Ψυχιατρεία (1983, 1993)

Ίδρυμα	1983		1993		Διαφορά		Μεταβολή ±%	
	Άρρωστοι μακράς παραμονής	Άρρωστοι για πιθανό αποϊδρυματισμό	Άρρωστοι μακράς παραμονής	Άρρωστοι για πιθανό αποϊδρυματισμό				
	1	2	3	4	(1-3)	(2-4)	(1-3)	(2-4)
Ψυχ. Νοσ. Αττικής	1235	435	1059	529	-179	+94	-14,5	-21,6
Δρομοκαϊτειο	704	381	328	114	-376	-267	-53,4	-70,0
Ψυχ. Νοσ. Θεσ/νίκη	640	350	145	50	-495	-300	-77,3	-85,7
Ψυχ. Νοσ. Πέτρας Ολύμπου	400	200	200	90	-200	-110	-50,0	-55,0
Ψυχ. Νοσ. Τρίπολης	380	80	195	120	-184	+40	-48,4	+50,0
Ψυχ. Νοσ. Χανίων	380	80	310	120	-70	+40	-18,4	+50,0
Ψυχ. Νοσ. Κέρκυρας	380	114	250	85	-130	-27	-34,2	-23,6
Ψυχ. Νοσ. Λέρου	1875	250	780	100	-1095	-150	-58,4	-60
Σύνολο	5894	1980	3268	1205	-2729	-1028	-46,3	-51,9

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Πράγματι, το 1993 υπολογίζεται ότι 3.268 άρρωστοι στα δημόσια ψυχιατρεία παρέμεναν εκεί πέραν των δύο χρόνων, παρόλο που 1.205 (36,8) από αυτούς θα μπορούσαν να έχουν βγει από τα ψυχιατρεία κάτω από ορισμένες συνθήκες. Σε σύγκριση με τα δεδομένα του 1983, ο αντίστοιχος αυτός αριθμός είναι μειωμένος κατά 51,9%.

Στον πίνακα 4.14 παρουσιάζεται η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ανά 1.000 κατοίκους το 1983 και 1994.

Πίνακας 4.14. Ψυχιατρικά Κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους (1983 και 1994)

ΙΔΡΥΜΑΤΑ	1983*		1994*	
	Κρεβάτια	Κρεβ./1000Κατ	Κρεβάτια	Κρεβ./1000Κατ
Δημόσια Ψυχιατρεία	8286	0,84	6266	0,66
Ιδιωτικά Ψυχιατρεία	5393	0,55	4219	0,45
Ψυχιατρικές Κλινικές σε Γενικά Νοσοκομεία	30	0,00	300	0,03
ΣΥΝΟΛΟ	13709	1,39	10785	1,14

* Με βάση τις απογραφές του πληθυσμού του 1981 και 1991

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

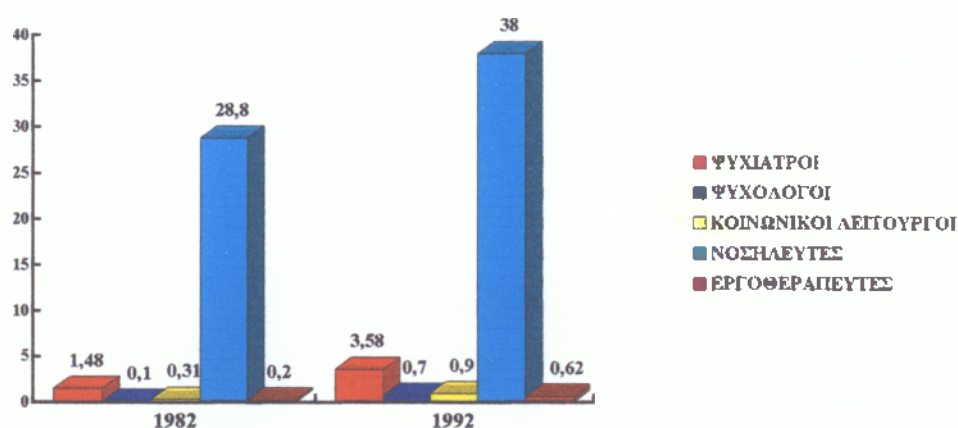
Η αναλογία ψυχιατρικών κρεβατιών στα Γενικά Νοσοκομεία είναι 0,03 στους 1.000 κατοίκους – μια ελάχιστη αναλογία. Αντίθετα, η αναλογία κρεβατιών στα δημόσια ψυχιατρεία μεταξύ 1983 και 1994 μειώθηκε από 0,85 στα 0,63 κρεβάτια στους 1.000 κατοίκους.

Ως προς την στελέχωση μεταξύ του 1982 και 1992, αυξήθηκε σημαντικά η αναλογία του επιστημονικού προσωπικού ανά 100 διαθέσιμα κρεβάτια στα κρατικά ψυχιατρεία (πίνακας 4.15). Η αναλογία όμως ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και εργοθεραπευτών παραμένει χαμηλή.

Πίνακας 4.15. Στελέχωση των δημοσίων ψυχιατρείων ανά 100 διαθέσιμα κρεβάτια (1982-1992).

Στελέχωση	1982	1992
Ψυχίατροι	1,48	3,58
Ψυχολόγοι	0,10	0,70
Κοινωνικοί λειτουργοί	0,31	0,90
Νοσηλεύτες	28,8	38,0
Εργοθεραπευτές	0,20	0,62

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.



ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 4-2: Στελέχωση των δημοσίων ψυχιατρείων ανά 100 διαθέσιμα κρεβάτια (1982-1992).

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία πληροφορικής του ΚΕ.Σ.Υ.

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 υπάρχει μια σημαντική πρόοδος στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης και θετική κατεύθυνση προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Ειδικότερα παρατηρούμε:

- Μείωση του αριθμού των ψυχικά αρρώστων.
- Μείωση των ψυχιατρικών κρεβατιών.

- Μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας και του ποσοστού κάλυψης.
- Μείωση των ημερών νοσηλείας, (μειώθηκαν το 1995 σε 1.360.291 σε σχέση με το 1991 που ήταν 2.183.676), μία μείωση δηλαδή της τάξεως του 40%.
- Ανάπτυξη εναλλακτικών δομών και κάλυψη εκατοντάδων θέσεων με προσλήψεις σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Η μεταρρύθμιση βελτίωσε τη χωροταξική κατανομή του κλινικού προσωπικού.
- Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990 υπήρχε άνιση περιφερειακή κατανομή των ψυχιάτρων, αφού ένα ποσοστό 50% των ψυχιάτρων εργάζονταν στα τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας. Ο αριθμός αυτός άρχισε να μειώνεται στο 47% από το 1992 και ύστερα, ενώ τευτόχρονα αυξάνεται ο αριθμός των ψυχιάτρων στην υπόλοιπη Ελλάδα.
- Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρχε σημαντική βελτίωση στις υποδομές αφού επεκτάθηκαν οι κτιριακές εγκαταστάσεις λόγω των κατασκευαστικών προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 τα οποία πραγματοποιήθηκε με αποτέλεσμα την αύξηση της αναλογίας τετρ.μέτρα/νοσηλευόμενο.

Παρά τα θετικά αποτελέσματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης οι προσπάθειες για καλύτερη ψυχιατρική περίθαλψη πρέπει να ενταθούν και να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα προς τη βαθμιαία συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, τα οποία

εξακολουθούν να αποτελούν τη βάση του ψυχιατρικού μας συστήματος και στα οποία καταλήγει το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχικά αρρώστων ατόμων και ταυτόχρονα να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Είναι κοινή αντίληψη το γεγονός ότι στην εξέλιξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε σχέση με τα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη υπήρχε μια σημαντική χρονική καθυστέρηση. Η καθυστέρηση αυτή της ανάπτυξης ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της Ελληνικής κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι. Είναι επίσης γενικά αποδεκτό ότι οι σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας παρατηρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και ύστερα. Οι αναφερόμενες εξελίξεις οφείλονται αφ' ενός στην ψήφιση του Ν. 1397/83 περί "Εθνικού Συστήματος Υγείας" και αφ' ετέρου στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, η ψήφιση του Ν. 1397/83 μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτέλεσε το έναυσμα για την μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης ενώ ο Κανονισμός 815/84 αποτέλεσε το διοικητικό οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Ο Κανονισμός αποτέλεσε επίσης μια χρηματοδοτική δυνατότητα για ένα ορισμένο φάσμα υπηρεσιών που προτάθηκαν από επιτροπές ψυχιατρικών συμβούλων της Ελληνικής πολιτικής ηγεσίας.

Από μια γενικότερη εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης προκύπτει ότι υπάρχει καλή διάθεση για θετική κατεύθυνση και ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά υπάρχουν ορισμένες κύριες κατηγορίες εμποδίων που αναστέλλουν την ταχύρυθμη υλοποίησή της.

Συνοπτικά τα προβλήματα - εμπόδια αναφέρονται σε:

- Ζητήματα στρατηγικών επιλογών
- Οργανωτικά - διοικητικά ζητήματα
- Οικονομικά θέματα
- Νομοθετικά θέματα
- Εκπαιδευτικά θέματα

■ Ζητήματα στρατηγικών επιλογών

Το πενταετές πρόγραμμα του Υ.Υ.Π.Κ.Α. υλοποιήθηκε πλήρως σε ορισμένους τομείς ενώ σε ορισμένους άλλους μερικώς μέχρι το 1989-1990.

Το πρόγραμμα, όπως υλοποιήθηκε, δεν φαίνεται να είναι εναρμονισμένο με την πολιτική της Π.Ο.Υ. που υποστήριζε την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη συμμετοχή της κοινότητας.

Έμφαση δόθηκε στο "νοσοκομειακό πρότυπο" με την οργάνωση Ψ.Τ.Γ.Ν., και δευτερεύουσα επιλογή αποτέλεσε η δημιουργία Κ.Ψ.Υ. αστικού τύπου και η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής στα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου.

Μικρή έμφαση δόθηκε στην ανάπτυξη εναλλακτικών στεγαστικών δομών (ξενώνες/οικοτροφεία, Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί) ώστε να αποϊδρυματιστεί άμεσα ένα μέρος των χρονίων αρρώστων των ψυχιατρείων.

Υπήρξε ανάπτυξη στις υπηρεσίες αποκατάστασης, οι περισσότερες όμως είχαν εκπαιδευτικό - επαγγελματικό χαρακτήρα που έστρεφαν τον εκπαιδευόμενο ψυχικά ασθενή στην ελεύθερη αγορά εργασίας αντί να τον καθοδηγούν στην παραγωγική διαδικασία μέσα από τη δημιουργία παραγωγικών συνεργασιών. Εξαίρεση αποτέλεσε το πρόγραμμα "Λέρος". Το πρόγραμμα "Λέρος", αποσκοπούσε στην έναρξη αποσυμφόρησης του ψυχιατρικού νοσοκομείου Λέρου, στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών που διαβιούν σ' αυτό, την αναπόκτηση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων και την επαγγελματική αποκατάσταση 110 ασθενών κοντά στις οικογένειές τους.

■ Οργανωτικά - Διοικητικά ζητήματα

Η διασύνδεση του τομέα ψυχικής υγείας με τον τομέα υγείας είναι περιορισμένη. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι ψυχιατρικές κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία και αυτές όμως, χωρίς ικανοποιητικό αριθμό στελέχωσης αφού υπάρχουν ακόμα κλινικές με ένα μόνο ψυχίατρο. Όλες οι υπηρεσίες που προγραμματίστηκαν με βάση τον κανονισμό 815/84 προβλέπουν την στελέχωσή τους με ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς,

νοσηλευτές και εργοθεραπευτές.

Σημειώθηκε ανεπάρκεια διοικητικής και επιχειρησιακής υποστήριξης στην υλοποίηση των νέων υπηρεσιών. Αυτή συνεπάγεται χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες με πιθανές αντιφατικές ή ανασταλτικές αποφάσεις.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, υπήρξε ελλειπής ενημέρωση των εργαζομένων από τους φορείς των προγραμμάτων για την υλοποίησή τους και ελλειπής διαμόρφωση κατευθυντηρίων οδηγιών για την ολοκλήρωση των προγραμμάτων μέσα στα προκαθορισμένα χρονικά όρια.

Τέλος, δεν υπήρχε ο θεσμός των μανάτζερ σε περιφερειακό επίπεδο, ο οποίος θα προωθούσε τα εκεί προγράμματα-υπηρεσίες του Κανονισμού 815/84.

■ Οικονομικά Θέματα

Υπήρξε αδυναμία οικονομικού, ορθολογικού και ευέλικτου προγραμματισμού. Η χρηματοδότηση γίνεται πάντα βάσει των διατάξεων περί δημόσιου λογιστικού με τα γνωστά αποτελέσματα ως προς την απορρόφηση και την παραγωγική κατανομή των πόρων. Για το ξεπέραςμα αυτών των δυσκολιών, δημιουργήθηκε μια σειρά εταιρειών ιδιωτικού δικαίου που υλοποιούν προγράμματα του Κανονισμού 815/84.

■ Νομοθεσία

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, υπήρχε ανάγκη ολικής νομοθετικής ρύθμισης για μια σειρά από διαδικασίες και πρακτικές στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, και η εναρμόνισή της προς το κοινοτικό δίκαιο, κάτι που πρόσφατα έχει επιτευχθεί μόνο στους τομείς, της αναγκαστικής νοσηλείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων.

■ Εκπαιδευτικά θέματα

Εξακολουθεί να υπάρχει η ανάγκη για την εξειδίκευση μεγάλου αριθμού προσωπικού, κλινικού και διοικητικού χαρακτήρα, μέσα από το θεσμό των υποτροφιών και την οργάνωση ειδικού μετεκπαιδευτικού προγράμματος στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική. Υπάρχουν επίσης κλάδοι, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, η εκπαίδευση των οποίων θα είναι δυνατή σε ανώτατο επίπεδο.

Ο αριθμός των υποτροφιών που δόθηκε ήταν ελάχιστος.

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρά την ύπαρξη του σχετικού Ν.Δ. 1597 του 1985, που προβλέπει την ειδικότητα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, υπήρξαν τρία μόνο Ειδικά Ψυχιατρεία μέχρι σήμερα που το θέτουν σε εφαρμογή: Το Δρομοκαϊτειο Νοσοκομείο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Αιγινήτειο (Πανεπιστημιακή Κλινική). Πρόσφατη εξέλιξη είναι η οργάνωση μιας πανελλαδικής έκτασης εκπαιδευτικού προγράμματος στελεχών ψυχικής υγείας από το Ερευνητικό

Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 (1991).

Η δεκαετία του 1980 υπήρξε μια δεκαετία ορόσημο για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας, με την υλοποίηση κυρίως μέρους των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, τη μείωση του αριθμού των κρεβατιών των μεγάλων ψυχιατρείων και την ανάπτυξη ποικίλων τύπων υπηρεσιών. Βέβαια, οι πραγματικές ανάγκες απέχουν πολύ από το να έχουν καλυφθεί. Η δεκαετία του 1990 και το 2000 αποτελούν την πρόκληση για την ολοκλήρωση μιας πραγματικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Οι πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές γύρω από την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρικό ίδρυμα, που καταργούν το Ν. 104/73, η διοικητική αποκέντρωση της οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και η πρόσφατη επανένωσή τους με τα νοσοκομεία αποτελούν παραδείγματα της διαρκούς κινητικότητας στον ψυχιατρικό χώρο.

Η συνολική εκτίμηση της κατάστασης των ψυχιατρικών πραγμάτων στη χώρα μας, μας πείθει ότι τείνει προς την εκπλήρωση κάποιων στόχων της επιθυμητής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά απέχει σημαντικά ακόμη από την ολοκλήρωσή της.

Ίσως τα επόμενα χρόνια να δείξουν αν θα συνεχιστεί η ανοδική αναπτυξιακή πορεία της ψυχιατρικής στη χώρα μας, ενώ θα δοκιμαστούν στην πράξη οι σημερινές αλλαγές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αναπλιώτη - Βαζαίου Ειρήνη, *"Τροποποιήσεις Δικαίου της ΕΟΚ"*, Αθήνα 1988
2. Αναπλιώτη - Βαζαίου Ειρήνη, *"Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Συστήματα (N. 1378/1982 και N.1397/83)"*, Αθήνα 1988
3. Γρίβας Κλεάνθης, *"Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός"*, εκδόσεις "ΙΑΝΟΣ", Θεσσαλονίκη 1985
4. Μαδιανός Μιχάλης, *"Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα"*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
5. Μαδιανός Μιχάλης, *"Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της από την θεωρία στην πράξη"*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
6. Πλουμπίδης Δημήτριος, *"Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα"*, εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη 1989

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Τετράδια Ψυχιατρικής, περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Κ.Θ.Ψ.Π.Α., διπλό τεύχος, Νο 3-4, έτος 1984
2. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 5, Ιανουάριος- Φεβρουάριος - Μάρτιος 1985
3. Γαληνός, Τόμος 20^{ος}, τεύχος 4, Ιούλιος-Αύγουστος 1986
4. Γαληνός, Τόμος 28^{ος}, τεύχος 5, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1986
5. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 9, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος, 1986
6. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 14-15, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος, 1987
7. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 4^{ος}, Μάρτιος - Απρίλιος, 1987
8. Τετράδια Ψυχιατρικής, περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Κ.Θ.Ψ.Π.Α., τεύχος Νο 27, Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1989
9. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 25, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος, 1989
10. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 31, Αύγουστος - Οκτώβριος, 1990

11. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 32, Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1990
 12. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 36, Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1991
 13. Εκλογή, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1991
 14. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 40, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1992
 15. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 44, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1993
 16. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 46, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος, 1994
 17. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 48, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 1994
 18. Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος - Φεβρουάριος, 1994
 19. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 51, Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος, 1995
 20. Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος Νο 54, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος, 1996
- Επετηρίδες Υγείας, ετών 1991-1995, Υ.Υ.Π.Κ.Α.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΑΘΗΝΑ 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071 15/7/1992
Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91
Σκοποί και αρχές

1. Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92
Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε νομό συνίσταται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινής ωφέλειας.
2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα τού κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών

Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

4. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλον ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Το διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπληρωτή του και, εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός, από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.

δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε', τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς (7μελείς), τα δε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαίρεση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93
Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

[1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή: Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.]

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας, στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες

συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94 Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η, με τη συγκατάθεση του ασθενή, εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95 Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής

Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η φύλαξη ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' εαυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον «Τομέα» ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν

τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει, και από το συνοδό τού ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν.

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλον ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του

αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης, τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97 Ένδικο μέσα

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικο αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

Άρθρο 98 Συνθήκες νοσηλείας

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99 Διακοπή-Διάρκεια-Λήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτή, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο

και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται, με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100 Υποτροπή ασθένειας

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101 Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα Ν.Π.Ι.Δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

Άρθρο 13

Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:

- α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
- β) Ιδιωτικά πολυϊατρεία
- γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
- δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
- ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
- στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επ' αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14

Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού, μπορεί να συνιστώνται κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες αυτές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συνιστώνται από Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. μετά από σχετική άδεια που χορηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση σε ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό, οι πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού που θα υπηρετεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μονάδων αυτών, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού.

Άρθρο 15

Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:

- α) Τα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λει-

τουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς. γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς.

Εφεξής τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί υπάγονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε διευθύνσεις υγείας νομού τής αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί σε διευθύνσεις υγείας νομού τής αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν όπως τα μετατρεπόμενα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται, η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης κάθε υγειονομικού σταθμού. Οι θέσεις όλων των κλάδων του προσωπικού, που τυχόν συνιστώνται στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, προσθέτονται στις θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις διευθύνσεις υγείας των περιφερειακών υπηρεσιών.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό λειτουργίας υγειονομικού σταθμού ως 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου νομάρχη και γνώμη του οικείου ΠΕ.Σ.Υ. μπορεί να συνιστώνται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της νομαρχίας στην οποία υπάγονται, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς από 1-1-1993.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών

σταθμών, με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων, των κέντρων υγείας, και των περιφερειακών ιατρείων τους, που συστήθηκαν βάσει του άρθρου 14 του ν. 1397/1983, καταργούνται και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες προς αυτές θέσεις προς τις καταργούμενες, οι οποίες προστίθενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου, για τη στελέχωση των κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, εντάσσεται αυτοδικαίως στις συνιστώμενες κατά την παρ. 6 του άρθρου αυτού θέσεις, όμοιες προς αυτές που ήδη κατέχουν. Η προϋπηρεσία των εντασσομένων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων όλων των κλάδων. Στο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση το σύνολο των αποδοχών της θέσης που κατείχαν.

8. Επιτρέπεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών η ανακατανομή των συνιστώμενων με το παρόν άρθρο θέσεων στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς, μετά από εκτίμηση των αναγκών τους. Οι υπηρετούντες στις τυχόν καταργούμενες με την ανακατανομή θέσεις, τοποθετούνται σε όμοιες θέσεις, που συνιστώνται σε άλλο κέντρο υγείας ή υγειονομικό σταθμό, ή σε οποιαδήποτε υπηρεσία αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφόσον το επιθυμούν. Σε αντίθετη περίπτωση, παραμένουν στην υπηρεσία τους σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις που καταργούνται με την αποχώρησή τους.

9. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χαρακτηρίζονται ή να αποχαρακτηρίζονται ως υγειονομικοί σταθμοί άγωνων ή προβληματικών περιοχών και να παρέχονται οικονομικά και άλλα κίνητρα στους γιατρούς που τοποθετούνται σε αυτά.

Άρθρο 16

Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης

1. Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης είναι:

α) Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν. β) Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. γ) Η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι. δ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο. ε) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο. στ) Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. ζ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής. η) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα. θ) Η ιατρική της εργασίας. ι) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας. ια) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις. ιβ) Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. ιγ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. ιδ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους, καθοριζόμενης της περιοχής με απόφαση του οικείου νομάρχη. ιε) Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.

2. Με απόφαση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας πλήρως αιτιολογημένη και έγκριση της αρμόδιας διεύθυνσης υγείας, μπορεί σε περίπτωση ανάγκης να καλείται ιατρός, που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα στην περιοχή, να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας. Ο τρόπος και το ύψος αμοιβής των ιατρών αυτών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 17

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών

1. Στα κέντρα υγείας και στους υγειονομικούς σταθμούς προσφέρουν υπηρεσίες γενικοί ιατροί, καθώς και ιατροί των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων με τα οποία διασυνδέεται επιστημονικά και λειτουργικά το κέντρο υγείας ή ιατροί άλλων ειδικοτήτων που υπηρετούν στο κέντρο υγείας σε αντίστοιχες συσταθείσες θέσεις. Ειδικότερα:

α) Οι ιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού ιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού, που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας και επισκέπτονται τους υγειονομικούς σταθμούς που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα.

β) Οι ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σε αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα και επισκέπτονται τους υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες.

γ) Ιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας και ανήκουν σε νομαρχιακό ή περιφερειακό νοσοκομείο της νομαρχίας, όπου υπάγεται το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί ιατροί, πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή τον υγειονομικό σταθμό, εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών ανάλογα με την κατάστασή τους. Σε ειδικές περιπτώσεις, επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός ιατρός, εκτελούν και οι ιατροί των κλινικών ειδικοτήτων των νοσοκομείων ή των κέντρων υγείας.

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε καθορισμένο οκτάωρο ωράριο, πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Οι υγειονομικοί σταθμοί λειτουργούν σε τακτό ωράριο, που καθορίζεται από τη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας. Οι υγειονομικοί σταθμοί 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε καθορισμένο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες. Στα κέντρα υγείας εφημερεύουν ιατροί που υπηρετούν σε αυτά και στους υγειονομικούς σταθμούς της περιοχής ευθύνης του κέντρου υγείας, πλην των ιατρών που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Το πρόγραμμα εφημεριών των κέντρων υγείας, συντάσσεται μηνιαίως από την τριμελή διοικούσα επιτροπή του κέντρου υγείας και εγκρίνεται από την οικεία διεύθυνση υγείας.

3. Στα κέντρα υγείας λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή ασθενών, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε ιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας, οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από τον ιατρό της εφημερίας.

5. Στα κέντρα υγείας συνιστάται ιατρική υπηρεσία στην οποία προϊστάται ο αρχαιότερος διευθυντής-ειδικευμένος ιατρός ή οδοντίατρος του κέντρου υγείας. Η αρχαιότητα προσδιορίζεται από το συνολικό χρόνο άσκησης της κτηθείσας ειδικότητας.

6. Ομοίως στα κέντρα υγείας συνιστάται νοσηλευτική υπηρεσία για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του πληθυσμού, επί 24ώρου βάσεως. Στην υπηρεσία αυτήν προϊστάται νοσηλεύτρια ΠΕ ή ΤΕ.

Άρθρο 18
Διοίκηση κέντρων υγείας

1. Τα κέντρα υγείας διοικούνται από τριμελή διοικούσα επιτροπή, που διορίζεται με απόφαση του οικείου νομάρχη. Η ιδιότητα του μέλους της τριμελούς διοικούσας επιτροπής είναι τιμητική και άμισθη.

2. Η διοικούσα επιτροπή αποτελείται από: α) Δύο (2) μέλη τα οποία ορίζονται από το νομάρχη εκ των οποίων το ένα ως πρόεδρος. β) Ένα (1) μέλος που είναι ο αρχαιότερος διευθυντής του κέντρου υγείας, ειδικευμένος ιατρός ή οδοντίατρος. Επί μη υπάρξεως διευθυντή, ο αρχαιότερος επιμελητής Α' ειδικευμένος ιατρός. Η αρχαιότητα στην προκειμένη περίπτωση προσδιορίζεται από το συνολικό χρόνο άσκησης της κτηθείσας ειδικότητας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες, οι υποχρεώσεις και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά τη λειτουργία της διοικούσας επιτροπής.

Άρθρο 19
Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών με τα νοσοκομεία

1. Τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί βρίσκονται σε άμεση επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με το νομαρχιακό και περιφερειακό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που ανήκουν. Οι λεπτομέρειες και ο τρόπος της διασύνδεσης αυτής καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 17 προγραμματίζεται με απόφαση του νομάρχη ύστερα από εισήγηση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας. Με την απόφαση αυτήν ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των ιατρών της περίπτωσης γ' παρ. 1 του άρθρου 17 με τη σύμφωνη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο ιατρός.

3. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που λειτουργούν στον ίδιο νομό και ως κέντρα υγείας ή σε διαφορετικούς νομούς αλλά στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και λειτουργούν επίσης ως κέντρα υγείας ή μη και δεν διαθέτουν ιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί ιατροί του νομαρχιακού νοσοκομείου ή άλλου νοσοκομείου όμορου νομού της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας με απόφαση των Δ.Σ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των Δ.Σ. των νοσοκομείων

αυτών, αν μεν είναι στον ίδιο νομό, αποφασίζει ο νομάρχης, αν δε σε διαφορετικούς νομούς η περιφερειακή διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται εκείνα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που μπορεί να λειτουργούν και ως κέντρα υγείας.

4. Νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 μπορούν να λειτουργήσουν και ως κέντρα υγείας ή κέντρα ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 20

Ατομικό βιβλιάριο υγείας Ελεύθερη επιλογή ιατρού και θεραπευτηρίου

1. Χορηγείται ατομικό βιβλιάριο υγείας στους Έλληνες πολίτες με το οποίο εφεξής είναι δυνατή η ελεύθερη επιλογή ιατρού, οδοντίατρου και θεραπευτηρίου.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Οικονομικών και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού, καθορίζονται ο χρόνος ενάρξεως εφαρμογής του μέρους, η εν γένει έκταση εφαρμογής του, οι διοικητικές, οργανωτικές, οικονομικές και λοιπές λεπτομέρειες, αφού προηγηθεί απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου με την οποία θα οριστούν δύο τουλάχιστον νομοί της Χώρας, στους κατοίκους των οποίων θα χορηγηθεί ατομικό βιβλιάριο υγείας, ώστε να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις από την πρώτη εφαρμογή του μέτρου.

3. Κάθε ιατρός, οδοντίατρος ή θεραπευτήριο μπορεί να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς με ατομικό βιβλιάριο υγείας, αφού προηγουμένως υπογραφούν οι υπό του παρόντος νόμου και των λοιπών ισχυουσών διατάξεων προβλεπόμενες συμβάσεις.

Άρθρο 21

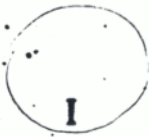
Ιατροί γενικής ιατρικής

1. Ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής ή που τοποθετούνται για ειδίκευση στην ειδικότητα αυτήν, απαλλάσσονται από την εκπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

2. Θέσεις ιατρών των κέντρων υγείας πληρούνται στο εξής από ιατρούς, που κατέχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

3. Εφόσον δεν υπάρχουν υποψήφιοι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, οι θέσεις αυτές μπορεί να πληρούνται από ιατρούς άλλων συγγενών ειδικοτήτων, που θα ορίζονται στην απόφαση προκήρυξης των θέσεων αυτών.

2



(Πράξεις για την ισχύ των οποίων απαιτείται δημοσίευση)

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) αριθ. 315/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
της 26ης Μαρτίου 1984

για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ,

Έχοντας υπόψη:

· τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 235,

· την πρόταση της Επιτροπής (1),

· τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2),

· τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής (3),

Εκτιμώντας:

· ότι οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας τόσο όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξής της όσο και τις δομές της καθιστούν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα, κυρίως στον κοινωνικό τομέα·

· ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης ασθενών και κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αργότερου·

· ότι, όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, η οικονομική ενίσχυση πρέπει να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με τη μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) όπου το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει·

· ότι, για να εξασφαλισθεί ένα συνεκτικός σχεδιασμός και για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων, πρέπει τα σχέδια τα οποία θα κληθεί να ενισχύσει η Κοινότητα να εντάσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων·

· ότι η ανέγερση, η διαρρύθμιση και ο κατάλληλος εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης ασθενών και των κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αργότερου, συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της Κοινότητας στον κοινωνικό τομέα και

στη βελτίωση των όρων πρόσβασης της Ελληνικής Δημοκρατίας στη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου·

· ότι η συνθήκη δεν προβλέπει τις ειδικές εξουσίες δράσης για την έκδοση του παρόντος κανονισμού,

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΝΤΑ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ:

Άρθρο 1

31.12.81

Ο παρών κανονισμός προβλέπει για τη χρονική περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1983 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

- α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης·
- β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Άρθρο 2

Στα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 διευκρινίζεται:

- α) ο αριθμός και η τοποθεσία των κέντρων που θα ιδρυθούν και θα διαρρυθμιστούν·
- β) η δυνατότητα κάθε κέντρου εκφραζόμενη σε αριθμό θέσεων:
 - κατάρτισης και στέγασης ή
 - αποκατάστασης και στέγασης·
- γ) ο προορισμός κάθε κέντρου όσον αφορά τις δραστηριότητες του στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης ή της αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς και ο ρόλος κάθε κέντρου στα πλαίσια της πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης ή αποκατάστασης·
- δ) το κόστος κάθε κέντρου και ο τρόπος χρηματοδότησής του·
- ε) για κάθε κέντρο, ο χρόνος που απαιτείται για την ανέγερση ή τη διαρρύθμιση·

(1) ΕΕ αριθ. C 232 της 30. 8. 1983, σ. 3.
(2) ΕΕ αριθ. C 143 της 19. 12. 1981, σ. 131.
(3) ΕΕ αριθ. C 23 της 20. 1. 1983, σ. 24.

- στ) ο απαραίτητος εξοπλισμός για κάθε κέντρο·
 ρ) οι ανάγκες σε προσωπικό κάθε κέντρου, οι απαιτούμενες ειδικότητες και η απαιτούμενη κατάρτιση.

Άρθρο 3

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984, η Ελληνική Δημοκρατία ανακοινώνει στην Επιτροπή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1.

2. Πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, και για πρώτη φορά το 1985, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τις τροποποιήσεις που έχουν γίνει σ' αυτά.

3. Η Επιτροπή μπορεί να διατυλώσει συστάσεις προς την Ελληνική Δημοκρατία όσον αφορά τα εν λόγω προγράμματα.

Άρθρο 4

1. Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1 ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.

2. Στα πλαίσια των πιστώσεων που εγκρίνονται κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό στο γενικό προϋπολογισμό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, μπορεί να παρασχεθεί οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδότησης για τα σχέδια ανέγερσης, διαρρύθμισης ή εξοπλισμού κέντρων που εντάσσονται στα πλαίσια ενός από τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, λαμβάνοντας υπόψη τις τυχόν συστάσεις που διατυπώνει η Επιτροπή. Πάντως, όσον αφορά το πρόγραμμα που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο α), από αυτή τη συνδρομή μπορούν να ελεγχοληθούν μόνον τα σχέδια που εκτελούνται στις ζώνες στις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέμβαση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης.

Άρθρο 5

1. Οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνον για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν:

- α) την ανέγερση νέων κέντρων καθώς και την επέκταση και τη διαρρύθμιση κτιρίων που υπάρχουν ήδη, συμπεριλαμβανομένων και των αρμοίων αρχιτεκτόνων και μηχανικών, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο·
 β) τον εξοπλισμό των κέντρων·
 γ) τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος του άρθρου 1 στοιχείο β)·
 δ) τις περιόδους πρακτικής εξάσκησης για την ειδική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών... ή κοινωνικών λειτουργών.

2. Για τα σχέδια τα σχετικά με τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας χορηγείται ποσοστό 55% των επιλέξιμων δημοσίων δαπανών.

3. Κατά την έγκριση των σχεδίων πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε η κοινοτική οικονομική ενίσχυση να αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων που θα αξίζει ιδιαίτερα να προωθηθούν.

5d

Άρθρο 6

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984 και, στη συνέχεια, πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει στην Επιτροπή τις αιτήσεις της για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι αιτήσεις αυτές περιλαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες ώστε να διαπιστώνεται αν τα σχέδια για τα οποία ζητείται ενίσχυση συμβιβάζονται με τον παρόντα κανονισμό και με τους στόχους της κοινοτικής πολιτικής στην οποία εντάσσονται, καθώς και τις προβλέψεις των δαπανών και το χρονοδιάγραμμα των αντίστοιχων εργασιών και πληρωμών.

2. Η Επιτροπή μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία είναι απαραίτητη για την εξέταση των σχεδίων για τα οποία ζητείται οικονομική ενίσχυση, μπορεί δε να διατυπώσει συστάσεις για τα σχέδια αυτά.

Άρθρο 7

1. Η Επιτροπή αποφασίζει για τις αιτήσεις οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 11.

2. Οι αποφάσεις σύμφωνα με τις οποίες χορηγείται οικονομική ενίσχυση δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 8

1. Ποσό ίσο με το 60% της χρησιμοποιούμενης οικονομικής ενίσχυσης προκαταβάλλεται αμέσως μόλις η Ελληνική Δημοκρατία δεδηλώσει ότι άρχισε η εκτέλεση του σχεδίου.

2. Η Επιτροπή καταβάλλει το υπόλοιπο της οικονομικής ενίσχυσης μετά από αίτηση την οποία υποβάλλει η Ελληνική Δημοκρατία μέσα σε δώδεκα μήνες από την περάτωση του σχεδίου. Η αίτηση αυτή περιλαμβάνει γενική κατάσταση των δαπανών συνοδευόμενη από δεδείωση της Ελληνικής Δημοκρατίας σχετικά με την ακρίβεια των γεγονότων και των στατιστικών στοιχείων της γενικής αυτής κατάστασης. Κατά την καταβολή του υπολοίπου, η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην ετήσια έκθεση που αναφέρεται στο άρθρο 3 παράγραφος 2.

Άρθρο 9

1. Η Επιτροπή εξακριβώνει αν κάθε σχέδιο εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με τις διατάξεις που έχουν θεσπισθεί δυνάμει του άρθρου 139 της συνθήκης. Για να γίνει αυτό, η Ελληνική Δημοκρατία θέτει στη διάθεση της Επιτροπής όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και λαμβάνει όσον αφορά τα σχέδια για τα οποία χορηγείται οικονομική ενίσχυση, κάθε μέτρο για να διευκολύνει τους αναγκαίους ελέγχους συμπρωτοδικουμένων και ελέγχων στον τόπο των έργων. Η Ελληνική Δημοκρατία τηρεί στη διάθεση της Επιτροπής κατά τη διάρκεια χρονικής περιόδου πέντε ετών μετά την καταβολή του υπολοίπου που αναφέρεται στο άρθρο 8 παράγραφος 2, όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα των δικαιωμάτων.

2. Αν ένα σχέδιο δεν εκτελεσθεί σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό ή αν η οικονομική ενίσχυση δεν χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζονται στην εγκριτική απόφαση, η Ελληνική Δημοκρατία είναι υποχρεωμένη να επιστρέψει τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

Άρθρο 10

1. Συγκροτείται επιτροπή αποτελούμενη από εκπροσώπους των κρατών μελών της οποίας προΐσταται ο πρόεδρος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

2. Στα πλαίσια της επιτροπής αυτής οι ψήφοι των κρατών μελών σταθμίζονται όπως προβλέπεται στο άρθρο 143 παράγραφος 2 της συνθήκης. Ο πρόεδρος δεν συμμετέχει στην ψηφοφορία.

Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος.

Βρυξέλλες, 26 Μαρτίου 1984.

Άρθρο 11

1. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη διαδικασία του παρόντος άρθρου, η επιτροπή συγκαλείται από τον πρόεδρό της είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με αίτηση εκπροσώπου ενός κράτους μέλους.

2. Ο εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υποβάλλει τα σχέδια αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν. Η επιτροπή διατυπώνει τη γνώμη της για τα σχέδια αυτά μέσα σε προθεσμία που ορίζεται από τον πρόεδρο σε συνάρτηση με τον επείγοντα χαρακτήρα των θεμάτων που εξετάζονται. Αποφασίζει με πλειοψηφία 4/5 ψήφων.

3. Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων λαμβάνει αποφάσεις μίσου ισχύος. Αν όμως δεν είναι σύμφωνες με τη γνώμη της επιτροπής, οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται άμεσα από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο. Στην περίπτωση αυτή, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναβάλλει την εφαρμογή των αποφάσεων που έλαβε για δύο το πολύ μήνες από τη γνωστοποίηση. Το Συμβούλιο μπορεί με ειδική πλειοψηφία να λάβει διαφορετική απόφαση επτά προθεσμίας δύο μηνών.

Η α Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
 Άρθρο 12 31/12/95

Το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1992, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα υποβάλει στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έκθεση σχετικά με την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού.

Άρθρο 13

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Για το Συμβούλιο,
 Ο Πρόεδρος
 M. ROCARD

Καν. 4130
 Τροποποιή 464 του Καν. 815/84

I

(Πράξεις για την ισχύ των οποίων απαιτείται δημοσίευση)

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) αριθ. 4130/88 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

της 16ης Δεκεμβρίου 1988

για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ,

Έχοντας υπόψη:

τι συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, και ιδίως το άρθρο 235,

την πρόταση της Επιτροπής⁽¹⁾,

τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου⁽²⁾,

τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής⁽³⁾,

Εκτιμώντας:

ότι, επειδή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 του Συμβουλίου⁽⁴⁾ υλοποιούνται με βραδύτερο ρυθμό απ' ό,τι είχε προβλεφθεί αρχικά, πρέπει να παραταθεί η διάρκεια ισχύος του κανονισμού αυτού χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή·

ότι, για να εξασφαλισθεί η επίτευξη των στόχων της κοινωνικής παρέμβασης μέσω της όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερης εφαρμογής των προγραμμάτων και για να χρησιμοποιηθούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι εθνικοί και κοινοτικοί πόροι, πρέπει να εφαρμοστούν αυστηρές μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου, και να δοθεί στην Ελληνική Δημοκρατία τεχνική βοήθεια στους κατάλληλους τομείς·

ότι πρέπει, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, να επιτρέπεται η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά οικοπέδων ή κτιρίων για τα έργα που αποτελούν μέρος του προγράμματος που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο β) του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 815/84,

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΝΤΑ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ:

Άρθρο 1

Ο κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 815/84 τροποποιείται ως εξής:

1. Στο άρθρο 1, η ημερομηνία «31 Δεκεμβρίου 1988» αντικαθίσταται από την ημερομηνία «31 Δεκεμβρίου 1991».

(¹) ΕΕ αριθ. C 209 της 9. 8. 1988, σ. 6.

(²) ΕΕ αριθ. C 326 της 12. 12. 1988.

(³) Γνώμη που διατυπώθηκε στις 23 Νοεμβρίου 1988 (δεν έχει ακόμη δημοσιευθεί στην Επίσημη Εφημερίδα).

(⁴) ΕΕ αριθ. L 88 της 31. 3. 1984, σ. 1.

2. Στο άρθρο 12, η ημερομηνία «31 Δεκεμβρίου 1992» αντικαθίσταται από την ημερομηνία «31 Δεκεμβρίου 1995».

3. Προστίθεται το ακόλουθο άρθρο:

«Άρθρο 5α

1. Κατά παρέκκλιση από το άρθρο 5 παράγραφος 1, μπορεί επίσης, όλως εκτάκτως, να δοθεί οικονομική ενίσχυση, στα πλαίσια των σχεδίων που αποτελούν μέρος του προγράμματος που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο β), και στην περίπτωση που κατάλληλα δημόσια οικόπεδα ή κτίρια δεν είναι διαθέσιμα, για τις δαπάνες που αφορούν την απόκτηση ιδιωτικών οικοπέδων ή κτιρίων, προς οικοδόμηση, επέκταση ή/και διαρρύθμιση.

2. Το ποσοστό της κοινοτικής παρέμβασης είναι εκείνο που προβλέπεται στο άρθρο 5 παράγραφος 2».

4. Προστίθεται το ακόλουθο άρθρο:

«Άρθρο 11α

1. Πριν από την 1η Φεβρουαρίου 1989, οι ελληνικές αρχές συνιστούν επιτροπή παρακολούθησης των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1, με κοινή συμφωνία με την Επιτροπή, η οποία εκπροσωπείται στην επιτροπή αυτή.

Η επιτροπή έχει ως καθήκον να παρακολουθεί και να αξιολογεί την εφαρμογή των προγραμμάτων.

Η επιτροπή θεσπίζει τον εσωτερικό της κανονισμό.

Η επιτροπή μπορεί να επικουρείται στα καθήκοντά της από εμπειρογνώμονες που έχουν ορισθεί από κοινού από την Ελλάδα και την Επιτροπή.

Η επιτροπή υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων για την πορεία της εκτέλεσης των προγραμμάτων τουλάχιστον τρεις φορές το χρόνο.

2. Πριν από την 1η Απριλίου 1989, η Ελληνική Δημοκρατία, με τη συμφωνία της Επιτροπής, θέτει σε εφαρμογή το σύστημα παρακολούθησης που βασίζεται σε ενιαίο μηχανισμό συγκεντρώσεως και κυκλοφορίας των πληροφοριών σχετικά με την εκτέλεση των προγραμμάτων.

3. Κατά παρέκκλιση από το άρθρο 5 παράγραφος 1, μπορεί επίσης να δοθεί οικονομική ενίσχυση για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν τις ενέργειες τεχνικής βοήθειας, αξιολόγησης και παρακολούθησης των σχεδίων που επωφελούνται από την κοινοτική συνδρομή.

Η φύση και η μέθοδος εφαρμογής αυτών των ενεργειών καθορίζονται με κοινή συμφωνία της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Επιτροπής.

Για τις ενέργειες αυτές, κατά παρέκκλιση από το άρθρο 5 παράγραφος 2, η κοινοτική χρηματοδότηση μπορεί να ανέρχεται μέχρι ποσοστό 100 % των επιλέξιμων δαπανών,

και το συνολικό ποσό δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο από το 2 % του ποσού που αναφέρεται στο άρθρο 4 παράγραφος 1.

Η διαδικασία που ορίζεται στο άρθρο 11 και η ημερομηνία που προβλέπεται στο άρθρο 6 παράγραφος 1 δεν ισχύουν για τις ενέργειες αυτές, οι οποίες ανακοινώνονται ωστόσο ενημερωτικά στην επιτροπή του άρθρου 10.»

Άρθρο 2

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην *Επίσημη εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*.

Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος.

Βρυξέλλες, 16 Δεκεμβρίου 1988.

Για το Συμβούλιο

Ο Πρόεδρος

Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Άρθρο 21

Ψυχιατρική περίθαλψη

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συλλιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειάς τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετονομάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 ΦΕΚ 105, ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθιερώνεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

μένου Δ/νσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

Η παρούσα δημοσιευθήτω διά της εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τη 4 Νοεμβρίου 1978

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΔΟΞΙΑΔΗΣ

**ΝΟΜΟΣ ΨΜΒ' ΠΕΡΙ ΣΥΣΤΑΣΕΩΣ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΩΝ 22/3/1862
ΘΘΩΝ ΕΛΕΩ ΘΕΟΥ
ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Ψηφισάμενοι ομοφώνως μετά της Βουλής και της Γερουσίας απεφασίσαμεν και διατάττομεν.

Α' Σύστασις και προορισμός του φρενοκομείου

Άρθρον 1

Επιτρέπεται εις την Κυβέρνησιν να καθιστά και συντηρή δημοσία δαπάνη έν ή πλειότερα, αναλόγως των υπαρχουσών αναγκών, φρενοκομεία προς συντήρησιν και θεραπείαν φρενοβλαβών.

Άρθρον 2

Τα φρενοκομεία ταύτα τίθενται υπό την ανωτέραν διεύθυνσιν της Κυβερνήσεως.

Άρθρον 3

Ο αρμόδιος νομάρχης, είτε ο νόμιμος αναπληρωτής αυτού, είτε ο παρά του νομάρχου, ή του επί των Εσωτερικών υπουργού, διοριζόμενος προς τούτο, ο πρόεδρος και ο εισαγγελεύς του αρμοδίου δικαστηρίου των Πρωτοδικών, ο αρμόδιος ειρηνοδίκης, ως και ο δήμαρχος του δήμου, οφείλουσι να επισκέπτονται εν απροδιορίστω έκαστος χρόνω τα φρενοκομεία οι μεν άλλοι κατά πάσαν τριμηνίαν αναγκαίως, ο δε πρόεδρος και ο εισαγγελεύς των Πρωτοδικών κατά πάσαν εξαμηνίαν τουλάχιστον. Οι δήμαρχοι των άλλων δήμων έχουσι το δικαίωμα να επισκέπτονται ωσαύτως τα φρενοκομεία, όταν ευρίσκωνται εν αυτοίς συνδημόται των πάσχοντες.

Κατά τας επισκέψεις των οι μνησθέντες υπάλληλοι και οι αρμόδιοι δήμαρχοι θέλουσιν εξετάζει αν υπάρχωσι παράπονα και θέλουσι ζητεί και

λαμβάνει πάσας πληροφορίας, όσαι τείνουσι ίνα καταστήσωσι γνωστήν την κατάστασιν των εν τω καταστήματι νοσηλευομένων.

Β' Περί τοποθετήσεως των φρενοβλαβών εν τω φρενοκομείω

Α' Περί των κατ' αίτησιν τοποθετήσεων

Άρθρον 4

Ουδένα φρενοβλαβή δύναται ο διευθυντής φρενοκομείου να παραδεχθή εν τω καταστήματι κατ' αίτησιν ιδιωτών, εάν δεν παραδοθώσι εις αυτόν τ' ακόλουθα έγγραφα.

1) Αίτησις γραπτή προς παραδοχήν, δηλούσα το όνομα, το επάγγελμα, την ηλικίαν και την κατοικίαν του τε αιτούντος και του αρρώστου, προσέτι τον βαθμόν της συγγενείας μεταξύ του αιτούντος και του πάσχοντος, ή τοιαύτης μη υπάρχούσης, το είδος των μεταξύ αυτών σχέσεων.

Η αίτησις αύτη θέλει είσθαι υπογεγραμμένη υπό του αιτούντος, και αν ήναι αγράμματος, θέλει παραδίδεσθαι υπ' αυτού ανυπόγραφος εις τον αρμόδιον δήμαρχον ή αστυνόμον όστις θέλει συντάσσει περί τούτου έκθεσιν.

Όταν αίτησις προς παραδοχήν δίδηται απ' ευθείας εις τον διευθυντήν του φρενοκομείου, ούτος οφείλει, υπ' ευθύνην του, να βεβαιωθή περί της ταυτότητος του αιτούντος.

Εάν η αίτησις γενή παρά του επιτρόπου απηγορευμένου, ο αιτών οφείλει να συνάψη απόσπασμα της περί απαγορεύσεως δικαστικής αποφάσεως.

2) Πιστοποιήσις ιατρική, δηλούσα την κατάστασιν των φρενών του αρρώστου, περιγράφουσα τας λεπτομερείας της νόσου αυτού, και βεβαιούσα την ανάγκην του να θεραπευθή εν φρενοκομείω και ν' αποκλεισθή εν αυτώ.

Αι πιστοποιήσεις αύται εισίν απαράδεκτοι, εάν παρήλθον είκοσιν ημέραι από της εκδόσεως μέχρι της παραδόσεώς των εις τον διευθυντήν του φρενοκομείου, και εάν εξεδόθησαν υπό ιατρών υπηρετούντων εν τω φρενοκομείω, ή συγγενών εξ αίματος ή εκ κηδεστίας μέχρι δευτέρου βαθμού, συμπεριλαμβανομένου και τούτου, μετά του φρενοβλαβούς ή του αιτούντος την παραδοχήν του φρενοβλαβούς, ή των υπηρετούντων εν τω φρενοκομείω ιατρών.

3) Διαβατήριον ή παν άλλο έγγραφον χρήσιμον εις βεβαίωσιν της ταυτότητος του αρρώστου.

Πάντα τ' ανωτέρω έγγραφα θέλουσι σημειούσθαι λεπτομερώς παρά του διευθυντού του φρενοκομείου εν εισιτηρίω δελτίω· τούτο δε και έκθεσις του ιατρού του φρενοκομείου δηλούσα την κατάστασιν των φρενών του εισελθόντος αρρώστου, θέλουσι πέμπεσθαι παρά του δι-

ευθυντού εντός 24 ωρών από της παραδοχής του αρρώστου προς τον νομόρχην.

Άρθρον 5

Εντός τριών ημερών από της παραδοχής των ανωτέρω εγγράφων οφείλει να κοινοποιήση επισήμως το όνομα και το επώνυμον, το επάγγελμα, την ηλικίαν και την κατοικίαν του τε εισαχθέντος εν τω φρενοκομείω αρρώστου και του αιτήσαντος την παραδοχήν αυτού, καθώς και την διαγνωσθείσαν ψυχικήν νόσον του εισαχθέντος α) εις τον εισαγγελέα του δικαστηρίου των Πρωτοδικών, εν τη περιφερεία του οποίου κείται το φρενοκομείον και εκείνου εν τη περιφερεία του οποίου έχει την κατοικίαν του ο άρρωστος, και β) εις τον δήμαρχον του δήμου, εις τον ανήκει ούτος.

Άρθρον 6

Δεκαπέντε ημέρας από της εν τω φρενοκομείω παραδοχής του αρρώστου ο διευθυντής πέμπει εις τον νομόρχην νέαν έκθεσιν του ιατρού του καταστήματος, εν η ούτος επιβαιοί ή επαναρθοί, εάν υπάρχει λόγος, τα εν τη κατά το άρθρον 4 εκθέσει του δηλωθέντα.

Άρθρον 7

Εν τω φρενοκομείω τηρείται βιβλίον ηριθμημένον και μονογραφημένον υπό του νομόρχου, εν ω εγγράφονται, αμέσως άμα τη παραδοχή εκάστου των εν τω φρενοκομείω εισαχθέντων, το όνομα, το επώνυμον, το επάγγελμα, η ηλικία και η κατοικία αυτών τε ως και των αιτησάντων συγγενών ή μη συγγενών την παραδοχήν αυτών και η ημερομηνία της τοποθετήσεως· γίνεται δε εν αυτώ μνεία της απαγγελιάσης την απαγόρευσιν αποφάσεως, εάν τοιαύτη εξεδόθη και το όνομα του διορισθέντος επιτρόπου· μεταγράφονται δ' ωσαύτως εν τω βιβλίω τούτω α) η εν τη προς παραδοχήν αιτήσει συνημμένη ιατρική πιστοποίησις, β) αι κατά τ' ανωτέρω άρθρα 4 και 6 υποβληθείσαι εις τον νομόρχην εκθέσεις του ιατρού του καταστήματος.

Ο ιατρός του φρενοκομείου οφείλει να σημειώνη εν τω βιβλίω τούτω, καθ' έκαστον μήνα τουλάχιστον, τας γενομένας μεταβολάς εις την κατάστασιν των φρενών εκάστου αρρώστου, ιδίως δε εις την ίασιν. Εν τω βιβλίω τούτω βεβαιούται και η έξοδος ή ο θάνατος αυτού, οι δε κατά το άρθρον 3 επισκεπτόμενοι τους αρρώστους και το κατάστημα οφείλουσι μετά το πέρας της επισκέψεώς των να εξετάζωσι το ειρημένον βιβλίον, και δηλούντες εν αυτώ την ημερομηνίαν της επισκέψεως και τας εξ αυτής τυχόν παρατηρήσεις των να υπογράφονται εν αυτώ.

Άρθρον 8

Πας εν τω φρενοκομείω εισηγμένος άρρωστος μένει ελεύθερος

ευθύς, ότε ο ιατρός του καταστήματος δηλώση εν τω κατά το προηγούμενον άρθρον βιβλίω ότι ιάθη.

Ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει να κοινοποιήση αμέσως εις τον νομάρχη την γραφείσαν εν τω βιβλίω περί της ίάσεως του αρρώστου δήλωσιν του ιατρού εάν δ' ο ιαθείς ήναι ανήλιξ ή απηγορευμένος, ο νομάρχης οφείλει να κοινοποιήση αμέσως την ιατρικήν δήλωσιν εις εκείνους, εις ους, κατά το άρθρον 12, ο ιαθείς πρέπει να παραδοθή και εις τον εισαγγελέα του δικαστηρίου των Πρωτοδικών, εν τη περιφερεία του οποίου έχει την κατοικίαν του.

Άρθρον 9

Πας εν τω φρενοκομείω εισηγμένος άρρωστος μένει ωσαύτως ελεύθερος και προ της κατά το ανωτέρω άρθρον περί ίάσεως δηλώσεως του ιατρού, ευθύς ότε ζητήσει την έξοδον αυτού εις των εξής:

α) Ο παρά του δικαστηρίου διωρισμένος επίτροπος του φρενοβλαβούς, ο προσωρινός διαχειριστής ή ο κηδεμών αυτού.

β) Ο σύζυγος ή η σύζυγος.

γ) Εάν δεν υπάρχει σύζυγος, οι ανιόντες και εν ελλείψει τούτων οι αμέσως κατιόντες συγγενείς.

δ) Ο υπογράψας την προς παραδοχήν εν τω φρενοκομείω αίτησιν, πλην εάν τις των συγγενών εδήλωσεν, ότι εναντιούται εις το να επιτραπή τούτο άνευ συναινέσεως του συγγενικού συμβουλίου.

ε) Τέλος, πας λαβών ειδικήν προς τούτο εντολήν του συγγενικού συμβουλίου.

Εάν προκύπη εξ αντιρρήσεως, κοινοποιηθείσης εις τον διευθυντήν του καταστήματος υπό τινος των κατά το ανωτέρω άρθρον εχόντων το δικαίωμα, ότι υπάρχει διαφωνία, είτε μεταξύ των ανιόντων, είτε μεταξύ των κατιόντων, είτε μεταξύ ανιόντων και κατιόντων συγγενών, τότε προκαλείται επί της διαφωνίας ταύτης η απόφασις του συγγενικού συμβουλίου.

Του εν τω φρενοκομείω δ' ανήλικος ή απηγορευμένου αρρώστου μόνος ο επίτροπος δύναται να αιτήση την από του φρενοκομείου απόλυσιν. Οσάκις ο ιατρός του φρενοκομείου νομίση ότι η κατάστασις των φρενών του αρρώστου δύναται να εκθέση εις κίνδυνον την δημοσίαν τάξιν, ή την προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών, ο διευθυντής θέλει προηγουμένως κοινοποιεί την δήλωσιν ταύτην του ιατρού εις τον νομάρχη, όστις δύναται να διατάξη να μένη εν τω φρενοκομείω ο άρρωστος και να μη εξέλθη άνευ ιδιαίτερας εγκρίσεως αυτού, εκτελουμένων περαιτέρω των διατάξεων του άρθρου 16.

Εάν ο νομάρχης δεν απαντήση εις την κοινοποίησιν του διευθυντού εντός δέκα ημερών, ο διευθυντής οφείλει να παραδίδη τον άρρωστον εις τον αιτήσαντα την έξοδο αυτού.

Άρθρον 10

Εντός εικοσιτεσσάρων ωρών από της εξόδου του αρρώστου, ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει να ειδοποιήση τον νομόρχην, γνωστοποιών αυτώ τα ονόματα και επώνυμα και τον τόπον της διαμονής των παραλαβόντων τον άρρωστον, την κατάστασιν των φρενών αυτού κατά την ώραν της εξόδου του, και εάν γνωρίζη τον τόπον, ένθα έμελλον να οδηγήσωσιν αυτόν οι παραλαβόντες, ο δε νομόρχης ειδοποιεί, εντός εικοσιτεσσάρων ωρών από της παραλαβής της κοινοποιήσεως του διευθυντού, τας αναφερομένας εν τω άρθρω 5 αρχάς, ων η δημοτική ειδοποιεί άμέσως την οικογένειαν, εις ην ανήκει ο ελθών.

Άρθρον 11

Ο νομόρχης δύναται πάντοτε να διατάξη την άμεσον έξοδον των κατ' αίτησιν εν τω φρενοκομείω εισηγμένων.

Άρθρον 12

Οι απηγορευμένοι παραδίδονται εις μόνους τους επιτρόπους των, οι δε ανήλικες εις εκείνους, υπό την νόμιμον επιμέλειαν των οποίων διατελούσι.

Β' Περί των υπό της αρχής διατασσομένων τοποθετήσεων

Άρθρον 13

Εν τη περιφερεία της διοικητικής Αστυνομίας Αθηνών και Πειραιώς ο διευθυντής αυτής, αλλαχού δε οι νομόρχαι και οι έπαρχοι διατάπτουσι αυτεπαγγέλτως την εν τω φρενοκομείω εισαγωγήν των τε απηγορευμένων και μη τοιούτων, όταν η φρενοβλαβεία αυτών δύναται να εκθέση εις κίνδυνον την δημοσίαν τάξιν, ή την προσωπικήν ασφάλεια των πολιτών.

Αι διαταγαί των μνησθεισών αρχών πρέπει να στηρίζονται εις ιατρικήν πιστοποίησιν, να ήναι ητιολογημέναι και να περιέχωσι τους λόγους, οίτινες καθιστώσιν αναγκαίαν την τοποθέτησιν εν τω φρενοκομείω· αύται δε, και αι κατά τα επόμενα άρθρα 15, 16, 17 και 19 εκδιδόμεναι, εγγράφονται εν βιβλίω ομοίω μετά του οριζομένου υπό του άρθρου 7, του οποίου πάσαι αι διατάξεις εφαρμόζονται και επί της εξ επαγγέλματος εισαγωγής των αρρώστων.

Άρθρον 14

Όταν εκ της φρενοβλαβείας τινός επίκειται κίνδυνος, είτε δι' ιατρικού αποδεικτικού βεβαιούμενος, είτε πασίδηλος, δύναται και οι δήμαρχοι των δήμων, οίτινες δεν είναι πρωτεύουσαι επαρχιών ή νομαρχιών, να διατάξωσι προσωρινά μέτρα περί του φρενοβλαβούς, αλλ' οφείλουσιν εντός εικοσιτεσσάρων ωρών ν' αναφέρωσιν εις τον έπαρχον, όστις αποφασίζει άνευ αναβολής.

Άρθρον 15

Κατά τον πρώτον μήνα εκάστης τριμηνίας, ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει να πέμπη εις τον νομάρχην έκθεσιν του ιατρού του καταστήματος περί της καταστάσεως των τηρουμένων εν αυτώ αρρώστων, περί της φύσεως και του χαρακτήρος της νόσου και περί των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Επί τη βάσει δ' αυτής ο νομάρχης αποφασίζει περί εκάστου ιδία, εάν πρέπη να διατηρηθή εν τω φρενοκομείω ή να εξέλθη.

Άρθρον 16

Εν τη περιπτώσει του άρθρου 9 § 4, ο νομάρχης δύναται, κατά τους εν τω άρθρω 13 εδ. 2 διαγεγραμμένους τύπους, να εκδώση ειδικήν διαταγήν, απαγορεύουσαν την έξοδον του ασθενούς, άνευ της αδείας του, ειμή μόνον χάριν της τοποθετήσεώς του εις άλλο κατάστημα· ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει να υπακούση εις την διαταγήν ταύτην.

Άρθρον 17

Αι κατά τα άρθρα 13, 14, 15 και 16 διαταγαί της αρχής, θέλουσι κοινοποιείσθαι εις τας εν τοις §§ α' και β' του άρθρου 5 σημειουμένας αρχάς· οι δε δήμαρχοι του τόπου της διαμονής των αρρώστων θέλουσιν ειδοποιεί αμέσως τας οικογενείας των.

Ο διευθυντής της αστυνομίας Αθηνών, Πειραιώς θέλει ειδοποιεί ωσαύτως τον νομάρχην Αττικής και Βοιωτίας, οσάκις διατάττη την εν τω φρενοκομείω τοποθέτησιν φρενοβλαβούς.

Αι περί προσθεσμιών και του τρόπου των κοινοποιήσεων διατάξεις του άρθρου 5 εφαρμόζονται και επί των ανωτέρω κοινοποιήσεων.

Άρθρον 18

Εάν εν τω διαστήματι, τω μεταξύ των γινομένων, κατά το άρθρον 15 εκθέσεων, ο ιατρός δηλώση εν τω κατά το άρθρον 7 βιβλίω ότι φρενοβλαβής τις δύναται να εξέλθη, ο διευθυντής οφείλει επί τη υπό του άρθρου 39 οριζομένη ποινή, ν' αναφέρη αμέσως εις τον νομάρχην, όστις διατάττει την έξοδόν του άνευ αναβολής.

Άρθρον 19

Οι πεμπόμενοι εις φρενοκομείον, κατά τα άρθρα 13 και 14, άρρωστοι, τοποθετούνται προσωρινώς εντός των πολιτικών νοσοκομείων ή θεραπευτηρίων. Εν ελλείψει τοιούτων, οι αρμόδιοι δήμαρχοι προμηθεύουσιν ίδιον προς προσωρινήν διατριβήν των οίκημα. Επ' ουδεμία δε περιπτώσει επιτρέπεται ίνα φρενοβλαβείς τοποθετώνται εν ταις φυλακαίς, ή μετάγονται μετά υποδίκων ή καταδίκων.

Άρθρον 20

Ο νομάρχης οφείλει ν' αναφέρει εντός 24 ωρών εις το υπουργείον των Εσωτερικών περί της εν τω φρενοκομείω τοποθετήσεως, της αναστολής της εκείθεν εξόδου, ή περί της απολύσεως παντός αρρώστου.

Ο υπουργός των Εσωτερικών έχει το δικαίωμα να εγκρίνη ή τροπολογή ή ν' ακυρώνη τας διαταγάς των νομαρχών, του διευθυντού της διοικητικής αστυνομίας Αθηνών και Πειραιώς και των επάρχων αλλ' οφείλει, εντός 24 ωρών από της παραλαβής της αναφοράς των, να κοινοποιήση εις αυτούς απόφασιν ητιολογημένη. Εάν όμως ο υπουργός κρίνη αναγκαίον να προκαλέση και άλλην ιατρικήν γνωμοδότησιν, δύναται ν' αναβάλη την οριστικήν απόφασίν του επί 15 το πολύ ημέρας, αλλ' οφείλει να κοινοποιήση εντός 24 ωρών εις τας ανωτέρω αρχάς το μέτρον τούτο. Παρελθούσης της προθεσμίας ταύτης, ή της δεκαπενθημέρου, όταν προκληθή και άλλη ιατρική γνωμοδότησις, άνευ απαντήσεως του υπουργού, εκτελείται η απόφασις των ανωτέρω μνησθεισών αρχών.

Γ' Γενικαί διατάξεις

Άρθρον 21

Απαγορεύεται η τοποθέτησις και διατήρησις φρενοβλαβών εν τοις νοσοκομείοις, τοις δι' άλλας νόσους καθεστημένοις· οι δε παραβαίνοντες την απαγόρευσιν ταύτην προϊστάμενοι των νοσοκομείων καταδιώκονται και τιμωρούνται κατά το άρθρον 39.

Άρθρον 22

Πας τοποθετημένος ή κρατούμενος εν φρενοκομείω, ο επίτροπος, ο προσωρινός διαχειριστής ή κηδεμών αυτού, και πας συγγενής ή φίλος έχουσι δικαίωμα κατά πάντα χρόνον ν' αποταθώσι προς το πρωτοδικείον, εν τη περιφερεία του οποίου κείται το φρενοκομείον, το οποίον, μετά τας απαιτούμενας εξετάσεις, εάν εύρη την αίτησιν βάσιμον, διατάττει την άνευ αναβολής έξοδον αυτού.

Οι αιτήσαντες την παραδοχήν του φρενοβλαβούς, εξ επαγγέλματος δε και οι εισαγγελείς, έχουσιν ωσαύτως το αυτό δικαίωμα. Εάν δ' ο εν τω φρενοκομείω τοποθετημένος ήναι δικαστικώς απηγορευμένος, το δικαίωμα τούτο έχει μόνος ο επίτροπος αυτού.

Η απόφασις εκδίδεται εφ' απλή αναφορά εν συμβουλίω αμέσως και άνευ αιτιολογίας.

Η αναφορά, η δικαστική απόφασις και τα άλλα έγγραφα, τα οποία ήθελε προκαλέσει η αίτησις, συντάσσονται επί απλού χάρτου.

Απαγορεύεται εις τον διευθυντήν του φρενοκομείου ν' αφανίση, ή εμποδίση αναφοράν ή αίτησιν, διευθυνομένην πρός τινα δικαστικήν ή διοικητικήν αρχήν, επί ταις υπό του άρθρου 39 οριζομέναις ποιναίς.

Άρθρον 23

Ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει ν' απολύσει αμέσως του καταστήματος πάντα εν αυτώ τοποθετημένον, ή κρατούμενον, ευθύς ότε διατάξη την έξοδον αυτού ο νομάρχης, κατά τα άρθρα 11, 15 και 18, ή το δικαστήριον, κατά το άρθρον 22, καθώς και εις τα περιπτώσεις των άρθρων 8 και 9. Ο παραβαίνων την διάταξιν ταύτην υπόκειται εις τας οριζόμενας υπό του άρθρου 327 του ποινικού νόμου ποινάς.

Γ' Μέτρα προς συντήρησιν της περιουσίας φρενοβλαβούς εντός φρενοκομείου τοποθετημένου και υπέρ του προσώπου αυτού

Άρθρον 24

Επί τη αιτήσει των συγγενών ή του συζύγου τοιούτου φρενοβλαβούς ή αυτού τούτου, ή αυτεπαγγέλτως επιμελεία του εισαγγελέως, το Πρωτοδικεϊόν της κατοικίας του έχει το δικαίωμα, κατά το άρθρον 664 της Πολιτικής Δικονομίας, να διορίση δι' αποφάσεως εν τω δικαστικώ συμβουλίω εκδιδομένης προσωρινόν διαχειριστήν, εκτός αν ο φρενοβλαβής διατελή ήδη υπό επίτροπον ως απηγορευμένος ή ανήλικος αχειράφетος. Ο διορισμός ούτος δεν δύναται να γενή ειμή προηγηθείσης γνωμοδοτήσεως του συγγενικού συμβουλίου και ακουσθέντος του εισαγγελέως. Η απόφασις είναι ανέκκλητος.

Άρθρον 25

Αι διατάξεις αι ορίζουσαι τους λόγους παραπήσεως ή απαλλαγής εκ της επιτροπείας, ανικανότητος προς το επιτροπεύειν και παύσεως ή αποβολής εκ της επιτροπείας εφαρμόζονται και εις τους προσωρινούς διαχειριστάς.

Άρθρον 26

Επί τη αιτήσει των εχόντων συμφέρον ή του εισαγγελέως το δικαστήριον δύναται να παραχωρήση επί των κτημάτων του προσωρινού διαχειριστού υπέρ του φρενοβλαβούς και υποθήκην μέχρι ποσού, εν τη αποφάσει οριζομένου. Ο εισαγγελεύς οφείλει εντός δεκαπέντε ημερών να ζητήση την εγγραφήν της υποθήκης.

Άρθρον 27

Ο προσωρινός διαχειριστής έχει το δικαίωμα να επιχειρή όλας τας αναγκαίας προς συντήρησιν και διαχείρισιν της περιουσίας του φρενοβλαβούς πράξεις, και να πληρώνη τα χρέη του· ιδίως δύναται να εκμισθώνη τα κτήματα αυτού επί τρία το πολύ έτη, και να εκποιή την κινητήν αυτού περιουσίαν δυνάμει αδείας του προέδρου των Πρωτοδικών.

Έχει προσέτι το δικαίωμα να παριστά τον φρενοβλαβή επί πάσης δίκης, την περιουσίαν αφορώσης, ως ενάγοντα ή εναγόμενον.

Εις τας παρ' αυτού επιχειρουμένας πράξεις εφαρμόζονται αναλόγως αι περί επιτροπείας διατάξεις, καθόσον ο παρών νόμος δεν ορίζει άλλο τι.

Άρθρον 28

Ο προσωρινός διαχειριστής οφείλει προς τούτοις να φροντίζει ίνα τα έσοδα του φρενοβλαβούς δαπανώνται εις περίθαλψιν αυτού και εις επιτάχυνσιν της ίάσεως αυτού, και ίνα ο φρενοβλαβής αναλάβη την πλήρη εξάσκησιν των δικαιωμάτων του, άμα η κατάστασίς του το επιτρέψη.

Η φροντίς αύτη δύναται όμως να ανατεθή και εις επίτηδες κηδεμόνα, οσάκις το δικαστήριον κρίνη τούτο αναγκαίον. Τούτο γίνεται υποχρεωτικώς, οσάκις προσωρινός διαχειριστής διωρίσθη ο επίδοξος κληρονόμος του φρενοβλαβούς.

Του κηδεμόνος τούτου ο διορισμός γίνεται ως ο του προσωρινού διαχειριστού, τα δε έργα αυτού είναι ωσαύτως υποχρεωτικά.

Άρθρον 29

Τα έργα του προσωρινού διαχειριστού παύουσιν άμα τη εξόδω του εν φρενοκομείω τοποθετηθέντος. Παύουν δε αυτοδικαίως και διά της παρελεύσεως τριετίας· δύναται όμως να διορισθή πάλιν ο αυτός διαχειριστής.

Άρθρον 30

Διορισθέντος προσωρινού διαχειριστού, αι επιδόσεις αι ενεργητέαι προς τον εν φρενοκομείω κρατούμενον γίνονται προς τον προσωρινόν διαχειριστήν. Αι τυχόν προς αυτόν τον πάσχοντα γινόμεναι, δύνανται κατά την κρίσιν του δικαστηρίου να κηρυχθώσιν άκυροι. Οι ορισμοί όμως των άρθρων 164-167 και 173 του εμπορικού νόμου δεν παραβλάπτονται εκ της παρούσης διατάξεως.

Άρθρον 31

Καθ' ην περίπτωσιν προσωρινός διαχειριστής δεν διωρίσθη, ο πρόεδρος των Πρωτοδικών κατ' αίτησιν του επιμελεστέρου διαδίκου διορίζει δικηγόρον ή συμβολαιογράφον τινά προς εκπροσώπευσιν του εντός φρενοκομείου τοποθετημένου εις τας απογραφάς, δικαστικάς απολλοτριώσεις και δικαστικάς διανομάς.

Δ' Διοίκησις του φρενοκομείου και πόροι προς συντήρησιν αυτού

Άρθρον 32

Προς διοίκησιν του καταστήματος νοσηλείαν τε και υπηρεσίαν των εν αυτώ ασθενών διορίζονται:

α) Εις διευθυντής, όστις θέλει είσθαι ο ιατρός του καταστήματος, επίμισθώ κατά μήνα δραχμών 400.

β) Εις δεύτερος ιατρός, εάν και όταν ήθελε παρουσιασθή ανάγκη τούτου, επί μισθώ κατά μήνα δραχμών 250.

γ) Εις οικονόμος επί μισθώ κατά μήνα δραχ. 200.

δ) Εις ιερέυς επί μηνιαίω μισθώ δραχ. 80.

Οι υπάλληλοι ούτοι, πλην του ιερέως, κατοικούσιν εν τω καταστήματι άνευ πληρωμής· χορηγείται δι' αυτοίς εκ του εν τω καταστήματι υλικού και ο νυκτερινός φωτισμός και η κατά τον χειμώνα θέρμανσις.

Άρθρον 33

Ο αριθμός και η αντιμισθία του αναγκαίου διά την λοιπήν υπηρεσία εν τω καταστήματι προσωπικού θέλει ορισθή διά Β. Διατάγματος· αλλ' ο μεν αριθμός αυτών θέλει αυξομειούσθαι, προσδιοριζόμενος αναλόγως του αριθμού και των διαφόρων τάξεων των νοσηλευομένων, ο δ' ανώτατος όρος της κατά μήνα αντιμισθίας, ήτις δύναται να χορηγηθή εις έκαστον αυτών, δεν θέλει υπερβαίνει τας δραχ. 100.

Διά του Β. Διατάγματος θέλουσι κανονισθή το τε λογιστικόν του φρενοκομείου και ο τρόπος της διαχειρίσεως της περιουσίας αυτού.

Άρθρον 34

Διά Βασ. Διατάγματος θέλουσι κανονισθή η τε εσωτερική υπηρεσία του φρενοκομείου και αι προς αλλήλους σχέσεις των υπαλλήλων και υπηρετών.

Άρθρον 35

Τα έξοδα της διατηρήσεως, διαμονής και θεραπείας των εν τω καταστήματι φρενοβλαβών είναι εις βάρος αυτών, ή όταν ούτοι δεν έχωσιν ιδίαν περιουσίαν, εις βάρος των κατά τον πολιτικόν νόμον οφειλόντων να χορηγώσιν αυτοίς έξοδα διατροφής. Εν ελλείψει ή απορία τοιούτων, τα έξοδα ταύτα καταβάλλονται υπό των δήμων, εις ους ανήκουσι, κατά το άρθρον 11 § 1 του περί δήμων νόμου.

Εάν τα εισοδήματα τινών δήμων δεν επαρκώσιν εις την απότισιν του όλου, ή μέρους της δαπάνης ταύτης, το δημόσιον θέλει χορηγεί διά του ετησίου προϋπολογισμού του Κράτους την απαιτουμένην εις απόρους δήμους βοήθειαν, προς απότισιν του όλου ή μέρους της ένεκα τούτου οφειλής αυτών.

Τα έξοδα προς μεταγωγήν εις το φρενοκομείον των φρενοβλαβών, τους οποίους αποστέλλουσιν αι αρχαί, κατά το άρθρον 13, θέλουσι καταβάλλεσθαι υπό του δημοσίου, επί τη βάσει αποδεικτικών, υποβαλλομένων παρά των αποστελλουσών αυτούς αρχών, αλλά θέλουσι λογίζεσθαι εις βάρος των αρρώστων, κατά την § α' του παρόντος άρθρου.

Η είσπραξις των κατά τα ανωτέρω πληρωτέων υπό των ιδιωτών και των δήμων θέλει γίνεσθαι, κατά τας διατάξεις του νόμου περί καταδιώξεως των καθυστερούντων εις το δημόσιον.

Άρθρον 36

Διατίμησις της απαιτουμένης δαπάνης προς διατήρησιν, διαμονήν και νοσηλείαν εκάστου των εν τω φρενοκομείω τοποθετημένων αρρώστων θέλει συνταχθή και εκδοθή διά Βασ. Διατάγματος· επί τη βάσει δ' αυτής θέλουσι προσδιορίζεσθαι τα εις το φρενοκομείον πληρωτέα παρ' εκάστου των κατά το άρθρον 35 υποχρέων.

Άρθρον 37

Ενόσω δεν επαρκώσιν αι εκ των πληρωνομένων υπό των εν τω φρενοκομείω τοποθετημένων αρρώστων εισπράξεις, και τα εκ της προσκτηθησομένης τυχόν υπ' αυτών περιουσία έσοδα, το δημόσιον θέλει καταβάλλει κατ' έτος τα προς συμπλήρωσιν της προς συντήρησιν του τε καταστήματος και των εν αυτώ νοσηλευομένων απαιτουμένης ετησίως δαπάνης.

Άρθρον 38

Διά την πρώτην αποκατάστασιν του φρενοκομείου και την προμήθειαν επίπλων, σκευών, ενδυμάτων, εργαλείων και άλλων αναγκαίων εις αυτό, επιτρέπει να δαπανηθώσιν εφ' άπαξ μέχρι δέκα και εξ χιλιάδων δραχμών.

Άρθρον 39

Αι παραβάσεις των διατάξεων των άρθρων 4, 5 και 7 του άρθρου 8, § β' των άρθρων 10, 12, 15, 16, 18 και 21 και της τελευταίας § του άρθρου 22 του παρόντος νόμου, αι γινόμεναι υπό του διευθυντού του φρενοκομείου, των ιατρών του καταστήματος ή των υπεθύνων προϊσταμένων νοσοκομείων δι' άλλα νοσήματα, τιμωρούνται διά φυλακίσεως από πέντε ημερών μέχρις ενός έτους και διά χρηματικής ποινής από πενήκοντα μέχρι δύο χιλιάδων δραχμών, ή διά της ετέρας των δύο τούτων ποινών.

Εάν δε τις των υπαλλήλων ή υπηρετών του φρενοκομείου φέρηται υβριστικώς ή κακοποιή τινά εν τω καταστήματι νοσηλευομένων τιμωρείται με την εν άρθρω 473 του ποινικού νόμου οριζομένην ποινήν.

Ο παρών νόμος ψηφισθείς υπό τε της Βουλής και της Γερουσίας και παρ' Ημών σήμεραν κυρωθείς, θέλει δημοσιευθή και εκτελεσθή ως νόμος του Κράτους.

Εν Αθήναις την 22 Μαρτίου 1862.

ΟΘΩΝ

Χ. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ