

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: "Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ Ο
ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ"**



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΖΙΤΖΙΚΑ ΜΕΡΟΠΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 1998

**“Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ”**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πίνακας Συντομογραφιών

Εισαγωγή	1
----------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1	Χρονικό πλαίσιο της Μεταρρύθμισης	7
1.2	Νομοθετικό πλαίσιο της Μεταρρύθμισης	11
1.3	Αντιδράσεις στην Μεταρρύθμιση	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1	Γενικά	18
2.2	Οι βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ.	19
2.3	Θεσμικό πλαίσιο των Κ.Ψ.Υ.	21
2.4	Διοικητικό και Οργανωτικό πλαίσιο των Κ.Ψ.Υ.	23
2.4.1	Βασικές αρχές της διοικητικής ανάπτυξης των Κ.Ψ.Υ.	24
2.4.2	Περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στα Νοσοκομεία	27
2.4.2.1	Προβλήματα δυσλειτουργίας προερχόμενα από εξωτερικούς παράγοντες	27
2.4.2.2	Προβλήματα δυσλειτουργίας προερχόμενα από εσωτερικούς παράγοντες	28
2.4.3	Περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις Νομαρχίες	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΧΕΣΕΙΣ Κ.Ψ.Υ. ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

3.1	Εισαγωγή	32
3.2	Οι διασυνδέσεις των Κ.Ψ.Υ.-Υφιστάμενη κατάσταση	33
3.2.1	Η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με το Γενικό Νοσοκομείο	33
3.2.2	Η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με τη Νομαρχία	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ. ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.)

4.1	Εισαγωγή	36
4.2	Τομέας ευθύνης των Κ.Ψ.Υ.	37
4.3	Προγράμματα Κοινωνικής παρέμβασης	38
4.4	Κατηγορίες ατόμων προς τους οποίους απευθύνονται τα προγράμματα	39

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.
(Κ.Ψ.Υ. ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ-ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ)
(Κ.Ψ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ)**

5.1	Γενικά στοιχεία των Κ.Ψ.Υ.	41
5.2	Στελέχωση των Κ.Ψ.Υ.	47
5.3	Το φάσμα των υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ.	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.

6.1	Γενικά	67
6.2	Διαχρονική πελατειακή κίνηση των Κ.Ψ.Υ.	68
6.2.1	Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου	68
6.2.2	Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου	75
6.3	Μερικά στοιχεία για τους χρήστες των υπηρεσιών	75
6.3.1	Το φύλο των χρηστών	76
6.3.2	Οι ηλικίες των χρηστών	80
6.3.3	Οι διαγνώσεις	85

91

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Δ.Σ. :	Διοικητικό Συμβούλιο
Ε.Σ.Ο. :	European Currency Unit
Ε.Κ.Δ.Δ. :	Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης
Ε.Ε. :	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Τ. :	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
Ε.Ο.Κ. :	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
Ε.Σ.Υ. :	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Ψ.Ε. :	Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Η.Π.Α. :	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ι.Κ.Α. :	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Α.Π.Η. :	Κέντρα Ανοικτής Περίθ. Ηλικιωμένων
Κ.Ε.Σ.Υ. :	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Θ.Λ. :	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου
Κ.Κ.Ψ.Υ. :	Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής
Κ.Ψ.Υ. :	Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Μ.Μ.Ε. :	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Μ.Ο. :	Μέσος όρος
Ο.Γ.Α. :	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Π.Ε. :	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση
Π.Ε.Σ.Υ. :	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
Π.Ο.Υ. :	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
Τ.Α. :	Τοπική Αυτοδιοίκηση
Τ.Ε. :	Τεχνολογική Εκπαίδευση
Τ.Ε.Ι. :	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Υ.Υ.Π. :	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας
Υ.Υ.Π.Κ.Α. :	Υπουρ. Υγείας Πρόν.Κοινων. Ασφαλ.
Φ.Ε.Κ. :	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
Ψ.Ν. :	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Ψ.Ν.Α. :

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ψ.Τ.Γ.Ν. :

Ψυχιατρικοί Τομείς Γενικών

Νοσοκομείων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλά χρόνια, στο χώρο της Ψυχιατρικής φροντίδας διεθνώς κυριαρχούσε το Άσυλο και ο εναγκαλισμός της Νευρολογίας. Μέχρι τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ Ασύλου και Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Η κύρια μορφή απάντησης λοιπόν στην Ψυχική αρρώστια, τόσο από την πλευρά της κοινωνίας, όσο και από την πλευρά του Ψυχιατρικού επαγγέλματος είναι ο εγκλεισμός και τα «τείχη».

Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα καταγγέλεται το «ολοκληρωτικό ίδρυμα» και έτσι αρχίζει μια περίοδος συνειδητοποίησης της συμβολής του Ασύλου στην χρονιοποίηση των ασθενών. Αυτό συνετέλεσε στην ανάπτυξη ενός γενικότερου προβληματισμού για την μέχρι τότε Ψυχιατρική φροντίδα. Έχουν τεθεί πλέον διεθνώς τα θεμέλια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Η δεκαετία του '60 διεθνώς χαρακτηρίζεται από μια προσπάθεια για ψυχιατρική μεταρρύθμιση με στόχο τη δημιουργία εξωασυλικών μορφών περίθαλψης των ψυχιατρικά αρρώστων και την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινοτικών – εξωνοσοκομειακών – υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι άρχισαν να δημιουργούνται:

- **Ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία (Ψ.Τ.Γ.Ν.) για βραχεία νοσηλεία ψυχιατρικά αρρώστων (κυρίως νέα περιστατικά).**
- **Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη αρρώστων.**
- **Ιδιαίτερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.), Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα κτλ.**
- **Κέντρα προ- και επαγγελματικής εκπαίδευσης των ψυχικά μειονεκτούντων ατόμων μέσα στα πλαίσια της όλης**

προσπάθειας για την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη τους.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη μιας από τις προαναφερθείσες ιδιαίτερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) με τρόπο τέτοιο ώστε να γίνουν αντιληπτά το πώς δημιουργήθηκαν, τους σκοπούς που επιτελούν και τέλος τη θέση που κατέχουν στην Ελληνική πραγματικότητα.

Η ύλη της εργασίας ταξινομήθηκε σε 6 κεφάλαια. Στα πρώτα τέσσερα κεφάλαια της εργασίας εξετάζεται η δημιουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, οι ρόλοι και οι σκοποί τους, το φάσμα των υπηρεσιών που παρέχουν όπως επίσης και οι σχέσεις τους με το υπόλοιπο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ευρύτερη κοινότητα προς την οποία απευθύνονται. Στα επόμενα τέσσερα κεφάλαια εξετάζονται δύο Κέντρα Ψυχικής Υγείας, το Κ.Ψ.Υ. του Δήμου Χαλανδρίου – Αγίας Παρασκευής και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου. Παρατίθενται στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία των συγκεκριμένων Κ.Ψ.Υ., το προσωπικό που τα στελεχώνει και το προφίλ των χρηστών των μονάδων αυτών και το διοικητικό – οργανωτικό πλαίσιο της μονάδας. Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας και ορισμένες λύσεις- προτάσεις σχετικά με τα όσα έχουν αναφερθεί,

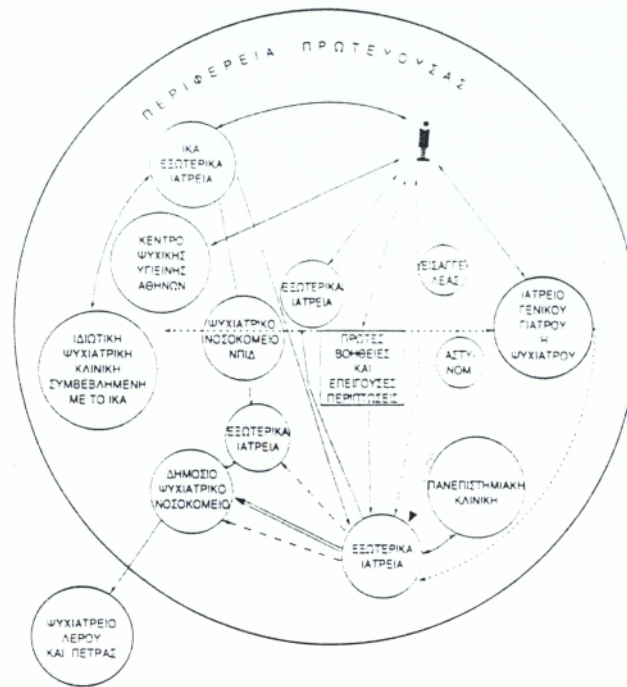
Η εργασία αυτή είναι αποτέλεσμα κυρίως έρευνας. Για το λόγο αυτό έχει δοθεί περισσότερη βαρύτητα στα 2 τελευταία κεφάλαια και λιγότερη στα πρώτα. Σκοπός της εργασίας δεν είναι η μονόπλευρη κριτική του συστήματος παροχής Ψυχιατρικής φροντίδας αλλά η παρουσίαση του τρόπου λειτουργίας του ύστερα από την μεταρρύθμιση της προηγούμενης δεκαετίας.

Ευχαριστώ για τη βοήθεια που μου προσέφεραν στη συγγραφή της εργασίας τους κ. Αθανάσιο Κωνσταντόπουλο, Διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου-Αγίας Παρασκευής, τον κ. Γρηγόριο Τυχόπουλο Διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, την κ. Μαρία Μητροσύλη ειδικό Επιστήμων Κοινωνικής Πολιτικής-Υγείας-

Πρόνοιας και τον κ. Μιχάλη Μαδιανό καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η όλη ιδέα για την έρευνα ανήκει στον Πρόεδρο του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας κ. Πισιμίση Θεόδωρο ο οποίος και κατεύθυνε όλη την προσπάθεια.

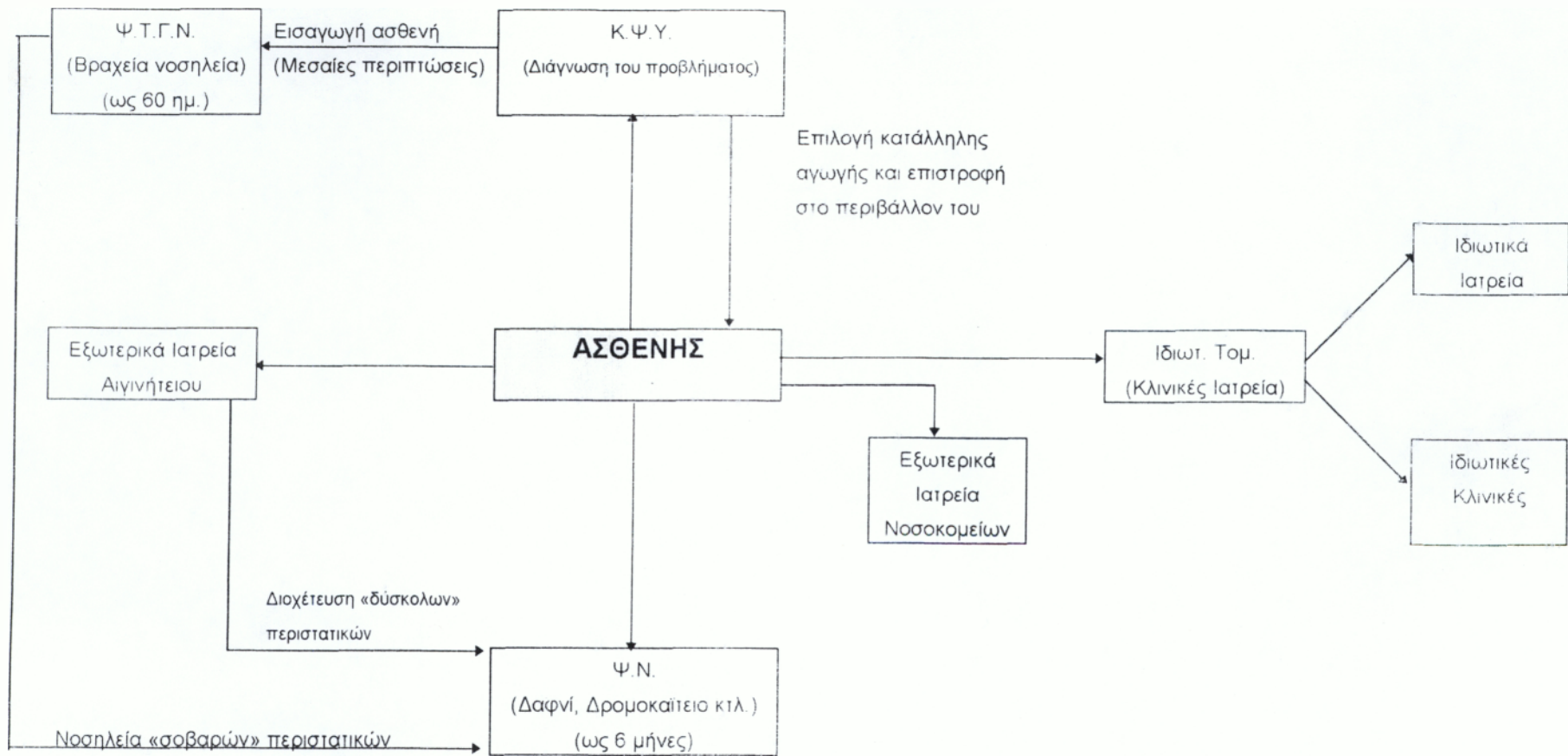
Σχ. 1.1 Διακίνηση ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικά νοσήματα στην περιφέρεια της πρωτεύουσας μέχρι το 1985



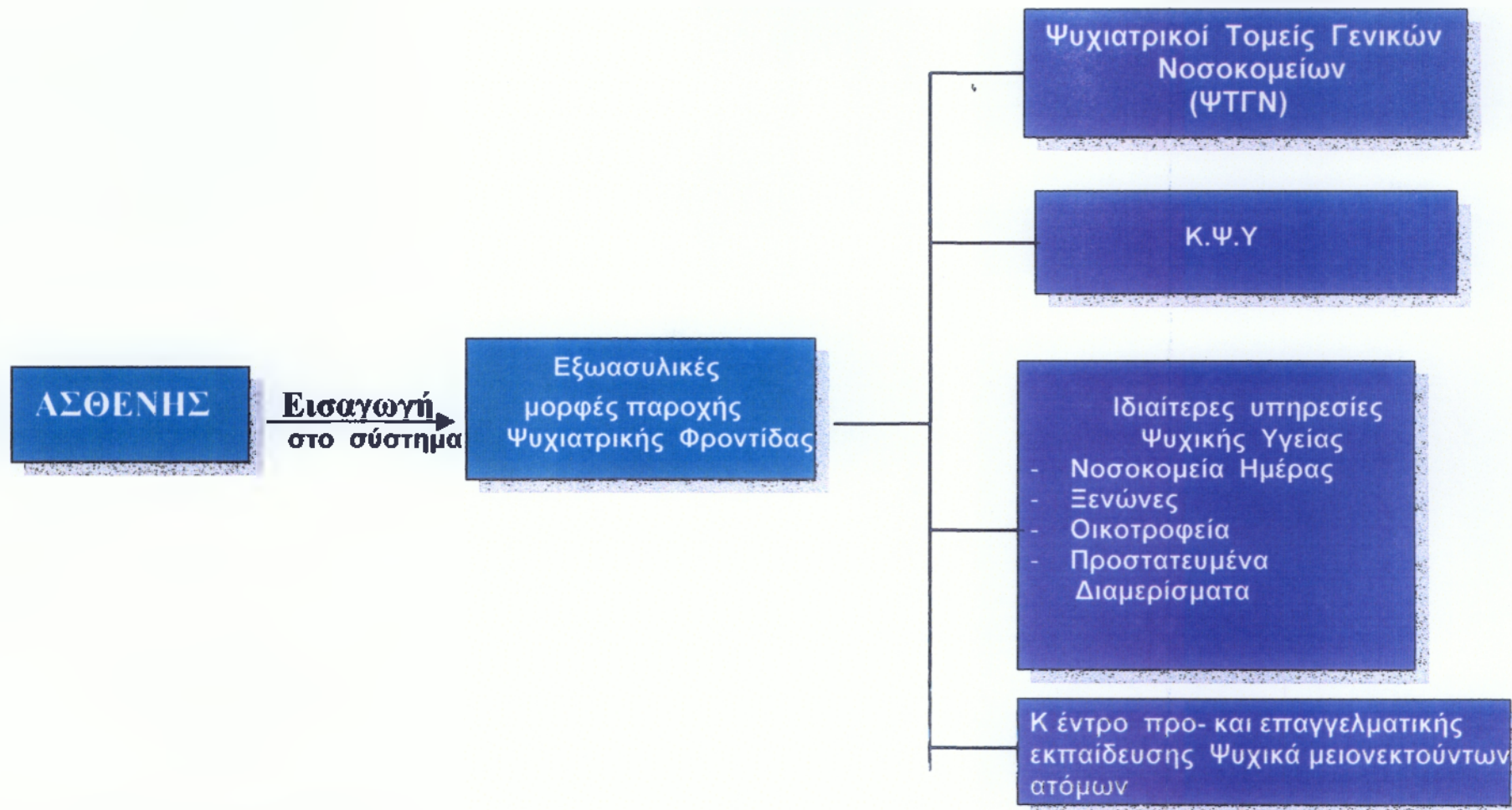
Σχ. 1.2 Διακίνηση ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικά νοσήματα σε αγροτικές περιοχές μέχρι το 1985



Πηγή: Περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας (ΚΕΠΕ, 1979)



Σχ 1.2. Η διακίνηση των ατόμων που πάσχουν από ψυχιατρικά νοσήματα στην περιφέρεια της πρωτεύουσας μετά την Μεταρρύθμιση Πηγή: Ιδία έρευνα.



Σχ. 1.3 Οι νέες υπηρεσίες παροχής Ψυχιατρικής Φροντίδας που δημιουργήθηκαν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Χρονικό πλαίσιο της μεταρρύθμισης

Ως τις αρχές της δεκαετίας του '80 δηλαδή ως την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα (Ν 1397/83) στο χώρο της παροχής Ψυχιατρικής φροντίδας κυριαρχούσαν δύο πόλοι:

A. Στον ένα πόλο υπήρχαν τα ιδιωτικά ιατρεία και οι πολυκλινικές του Ι.Κ.Α. Σε αυτές τις δύο μορφές παρέχονταν ουσιαστικά μόνο «εισιτήρια» για τον άλλο πόλο στον οποίο η εισαγωγή του ασθενούς σήμαινε τον πλήρη αποκλεισμό του από την υπόλοιπη κοινωνία.

B. Ο δεύτερος πόλος ήταν τα δημόσια Ψυχιατρεία και οι ιδιωτικές κλινικές. Αυτά λειτουργούσαν ως Άσυλα και ως χώροι απομόνωσης των ψυχικά αρρώστων από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Ως συνέχεια αυτών των λύσεων παρουσιάζονταν και μια τρίτη όπου οι ασθενείς που νοσηλεύονταν κυρίως στα δημόσια Ψυχιατρεία ανεξάρτητα με την πορεία της υγείας τους αν πέρανε κάποιο χρονικό διάστημα χωρίς επαφή με την οικογένεια τους, έμπαιναν στον κατάλογο των «αζήτητων» και στη συνέχεια στέλνονταν στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου (Κ.Θ.Λ.)

Επίσης στην Ελλάδα υπήρξε και η εξής καινοτομία: Αν κάποιος νοσηλεύομενος σε δημόσιο Ψυχιατρείο αντιμετώπιζε οποιαδήποτε πάθηση δεν διεκομίζονταν σε νοσοκομείο για την αποκατάσταση της υγείας του, αλλά το Ψυχιατρείο διέθετε δικές του κλινικές, χειρουργεία κτλ. στα οποία και παρέμενε . Δηλαδή οι ασθενείς των δημοσίων Ψυχιατρείων ήταν τελείως

απομονωμένοι από την υπόλοιπη κοινωνία ακόμη και στον χώρο της ιατρικής φροντίδας.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και τα αποτελέσματα που επιφέρουν τα χαρακτηριστικά αυτά (Μαδιανός 1994).

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών
2. Ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και αρρώστων.
3. Ανισοκατανομή Ψυχιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με το προσωπικό υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ανεπαρκής κατανομή χρηματοδότησης.
4. Απουσία ειδικού απογραφικού συστήματος αρρώστων.
5. Έλλειψη εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας.
Πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Ολιγάριθμα Άσυλα με μεγάλο αριθμό κρεβατιών.
2. Μακροχρόνια νοσηλεία.
3. Ανεπάρκεια αποτελεσματικότητας.
4. Απουσία εναλλακτικών λύσεων στην εισαγωγή στο Άσυλο.
5. Έλλειψη υπηρεσιών Κοινοτικής Υγιεινής και αποκατάστασης.
6. Απουσία Ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία.
7. Άνιση ποιότητα της αγοράς.

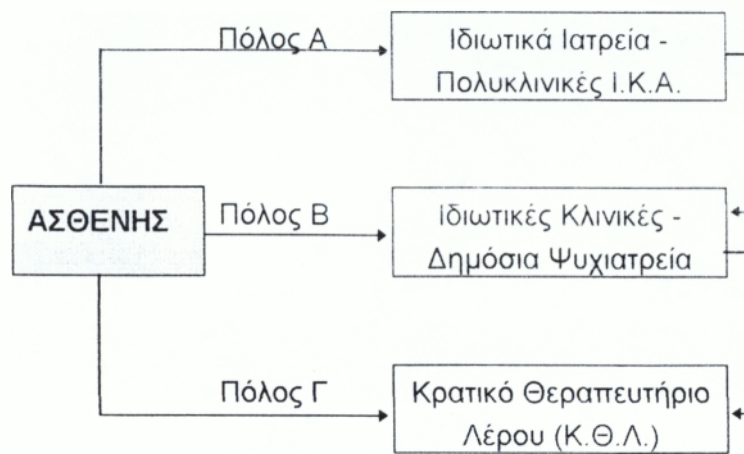
Όλα αυτά απαιτούσαν :

- **Αποπληθωρισμό των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και βαθμιαία αντικατάσταση τους από Ψυχιατρικές Μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία και από υπηρεσίες παροχής ψυχιατρικής φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο.**
- **Οργάνωση και εγκατάσταση υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επαγγελματικής εκπαίδευσης.**
- **Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και φροντίδας χρόνιων ασθενών στα Ψυχιατρεία που δεν απορροφούνται από άλλες ενδιάμεσες δομές.**
- **Εκπαίδευση του προσωπικού των ψυχιατρικών υπηρεσιών.**

Κατά την εποχή εκείνη στον υπόλοιπο κόσμο έχουν ήδη τεθεί τα θεμέλια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής από τις αρχές της δεκαετίας του '60.

Στον Ελλαδικό χώρο οι νέες αναζητήσεις δεν άφησαν αδιάφορο τον Ψυχιατρικό κόσμο. Όμως το γεγονός πως το Ελληνικό σύστημα παροχής υγείας τότε έκανε τα πρώτα βήματα του αλλά και η ίδια η Ελληνική πραγματικότητα συνετέλεσαν στην καθυστέρηση του όλου μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Έτσι χρειάστηκαν για τη χώρα μας 2 ακόμη δεκαετίες για να γίνουν τα πρώτα βήματα της μετρρύθμισης.



Σχ. 1.4. Η λειτουργία των διασυνδέσεων των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.
Πηγή: Ιδία έρευνα.

1.2 Νομοθετικό πλαίσιο της μεταρρύθμισης

Νομοθετικά η μεταρρύθμιση στην παροχή Ψυχιατρικής φροντίδας, οφείλεται στη σύμπτωση δύο γεγονότων:

Το πρώτο είναι η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα με τον Ν 1397/83 . Με αυτόν τον νόμο έχουμε για πρώτη φορά ειδικό άρθρο για την Ψυχική Υγεία (άρθρο 21). Σε αυτό το άρθρο προβλέπονταν ποιες δομές θα υπάρξουν στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Το άρθρο αυτό προσδιορίζει δύο δομές:

A. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

B. Τους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Τ.Γ.Ν.)

Επίσης στο άρθρο αυτό προσδιορίζονται και οι ακριβείς αρμοδιότητες αυτών.

Συγχρόνως η Ελληνική κυβέρνηση απευθύνεται στην Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με το γνωστό «Μνημόνιο» της 19^{ης} Μαρτίου του 1982, με το οποίο ζητούσε από την Ε.Ο.Κ. μια ειδική μεταχείριση για να μπορέσει να ενισχυθεί η φτωχότερη τότε χώρα κράτος-μέλος της, για να φτάσει στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους εταίρους.

Η απάντηση στο «Μνημόνιο» από πλευράς Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) ήταν σύνθετη: Προτάθηκε μια ειδική ενίσχυση στον κοινωνικό τομέα ώστε προοδευτικά η Ελλάδα να είναι σε θέση να συμμετάσχει στις κοινοτικές πολιτικές σε σχέση με κοινωνικά θέματα στο ίδιο επίπεδο με τους υπόλοιπους εταίρους. Στην πρόταση της επιτροπής στις 29 Ιουλίου 1983 προς το συμβούλιο Υπουργών και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τονίστηκε η πλήρης ανεπάρκεια του Ελληνικού Συστήματος ιατρικής κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και διανοητικά αναπήρων. Έτσι αποφασίστηκε η ανάπτυξη ενός νέου συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης που θα στηρίζονταν «σ'ένα

αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας εκτός των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων».

Η Ε.Ε. προχώρησε με απόφαση του Συμβουλίου της 26^{ης} Μαρτίου 1984 στον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/84 για «έκτακτη ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα». Το άρθρο 1 του Κανονισμού προέβλεπε «για την χρονική περίοδο από 1^{ης} Ιανουαρίου 1984 ως 31 Δεκεμβρίου 1988 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

Α. την ανάπτυξη υποδομής επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα.

Β την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους κατάρτιση».

Ο κανονισμός 815/84 είναι ειδικός, μοναδικός ίσως στην Ε.Ε. με την έννοια ότι δεν υπάρχει μ'αυτή τη μορφή τουλάχιστον για κανένα άλλο κράτος-μέλος. Η Ε.Ε. ως τότε δεν είχε ασχοληθεί ποτέ αποκλειστικά με θέματα Ψυχικής Υγείας. Αυτό λοιπόν αποτελεί την 1^η καινοτομία του κανονισμού. Αφορούσε μόνο την Ελλάδα αυτή ήταν και η 2^η καινοτομία διότι συνήθως οι κανονισμοί της Ε.Ο.Κ. αφορούν όλα τα κράτη μέλη) και επίσης οι πόροι που διατίθονταν δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέρα από τους προβλεπόμενους.

Οι στρατηγικοί στόχοι του πενταετούς προγράμματος αφορούσαν τρεις κυρίως τομείς:

Α. Την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την διαμόρφωση εναλλακτικών δομών. Η αποκέντρωση αυτή υλοποιήθηκε με την κατασκευή και τον εξοπλισμό 26 Κ.Ψ.Υ., 27 Ψ.Τ.Γ.Ν., 7 μονάδων οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας, Ψυχοπαιδαγωγικών Κέντρων, 41 Ξενώνων και 24 Εργαστηρίων προ και επαγγελματικής κατάρτισης.

Β. Την αποϊδρυματοποίηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την μετακίνηση ασθενών μακράς διάρκειας σε εναλλακτικές δομές κατοικίας στην κοινότητα.

Γ. Την εκπαίδευση του προσωπικού στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια, με νέες ιδέες, μεθόδους και τρόπους φροντίδας στους τομείς της κοινοτικής ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Το ποσό που κρίνονταν απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων και των 2 σκελών του Κανονισμού ανέρχονταν σε 120 εκ. Ε.Σ.Υ. κατανεμημένο ισόποσα. Το ποσό αυτό αντιπροσώπευε ποσοστό συμμετοχής από πλευράς Ε.Ε. 55% και το υπόλοιπο 45% θα διατίθονταν από Ελληνικούς Δημόσιους Πόρους.

Για την υποβοήθηση της πλήρωσης των παραπάνω προϋποθέσεων η Ε.Ε. προχώρησε στην τροποποίηση του Κανονισμού 815/84 με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 4130/88 του Συμβουλίου της 16^{ης} Δεκεμβρίου 1988.

Στο κείμενο η Επιτροπή εκτιμούσε:

«-Τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 του Κανονισμού (Ε.Ο.Κ.) 815/84 υλοποιούνται με βραδύτερο ρυθμό απ'ότι είχε προβλεφθεί αρχικά. Για το λόγο αυτό πρέπει να παραταθεί η διάρκεια ισχύος του Κανονισμού χωρίς να μεταβληθεί η συνολική συνδρομή (παράταση ως τις 31/12/94).

- Για να εξασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων της κοινοτικής παρέμβασης... και για να εφαρμοστούν αυστηρές μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου και να δοθεί στην Ελληνική Δημοκρατία τεχνική βοήθεια στους κατάλληλους τομείς.

- Κάτω από ορισμένες συνθήκες επιτρέπεται η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά οικοπέδων ή κτιρίων προς οικοδόμηση, επέκταση ή διαρρύθμιση .

Καθορίζεται σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης και παρέχεται τεχνική βοήθεια για το σύστημα στο οποίο περιλαμβάνεται η χρησιμοποίηση εμπειρογνωμόνων που καθορίζονται από κοινού από την Ελλάδα και την Επιτροπή».

Σε όλη τη προσπάθεια προστέθηκε και ο Ν 2071/92 στον οποίο υπάρχει ειδικό κεφάλαιο σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Στο κεφάλαιο αυτό κατοχυρώνεται το πλαίσιο της τομεοποίησης, αναφέρονται για λόγους νομικούς οι μονάδες Ψυχικής Υγείας που θεσμοποιούνται και επίσης γίνεται μια αναφορά σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς (εκούσια, ακούσια).

1.3 Αντιδράσεις στην Μεταρύθμιση

Η όλη προσπάθεια για μεταρρύθμιση είχε βασικά δύο σκέλη. Το ένα είχε να κάνει με την αποασυλοποίηση και αποκατάσταση των χρόνιων ψυχιατρικά ασθενών, και το άλλο με τη δημιουργία και ανάπτυξη πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων Ψυχιατρικών Υπηρεσιών και περίθαλψης. Μέσα σ' αυτό το δεύτερο σκέλος παρουσιάστηκαν αρκετές αντιδράσεις σε διάφορα επίπεδα: Αρχικά εμφανίστηκαν αντιδράσεις από τα Γενικά Νοσοκομεία σχετικά με την ίδρυση Ψυχιατρικών Τομέων σε αυτά. Οι αντιδράσεις αυτές εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

A. Ψυχολογικό επίπεδο

B. Αντιδράσεις που πηγάζουν από διάφορα συμφέροντα (οικονομικά, γοήτρου) και προβάλλονται μέσω του ψυχολογικού επιπέδου.

Στο ψυχολογικό επίπεδο παρουσιάστηκαν αντιδράσεις που βασίζονταν στο φόβο που προϋπήρχε για την τρέλα, τους ίδιους

τους ασθενείς, ακόμη και τους ψυχιάτρους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί (βλ.1.1) στο παρελθόν δεν υπήρχε καμία επαφή ανάμεσα στα Ψυχιατρεία και τα Γενικά Νοσοκομεία. Ακόμη η κοινωνία μας ουδέποτε είχε απαιτήσει περίθαλψη υψηλής ποιότητας για τα Ψυχιατρεία σε αντίθεση με τα Γενικά Νοσοκομεία.

Σχετικά με το δεύτερο επίπεδο υπήρχαν αρκετές αντιδράσεις λόγω ανταγωνισμού. Πολλοί γιατροί αλλά και αρκετά Δ.Σ. Γενικών Νοσοκομείων έβλεπαν τη δημιουργία των Ψυχιατρικών Τομέων αισθανόμενοι πως θα τους πάρουν κλίνες και κτίρια δηλαδή διαθέσιμους πόρους. Ακόμη υπήρχαν αντιδράσεις σχετικά με την επιλογή των συγκεκριμένων Γενικών Νοσοκομείων στα οποία θα δημιουργούνταν αυτοί οι τομείς, γεγονός που συνδυάζεται με τη γεωγραφική θέση των Νοσοκομείων, το χωροταξικό τους σχέδιο αλλά και την κατανομή της χρηματοδότησης.

Επίσης αντιδράσεις εμφανίστηκαν και από πλευράς ίδρυσης των Κ.Ψ.Υ. Στα Κ.Ψ.Υ. υπήρχε πρόβλημα με την εύρεση των οικοπέδων εξαιτίας του γεγονότος πως η κοινωνία είχε τους ψυχικά ασθενείς στο περιθώριο.

Και εδώ οι αντιδράσεις εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

- A. Ψυχολογικό επίπεδο
- B. Συμφέροντα

Στην περίπτωση αυτή οι αντιδράσεις ήταν πολύ μεγαλύτερες απ'ότι στα Νοσοκομεία. Αρχικά έχουμε αντίδραση από την Τ.Α. να μην παραχωρηθούν τα οικόπεδα. Ο λόγος γνωστός (βλ.1.1). Αποτέλεσμα ήταν πως από τα τέσσερα Κ.Ψ.Υ. που προβλέπονταν στον κανονισμό 815/84 στη Αττική, ένα για κάθε άξονα μόνο δύο υλοποιήθηκαν, ένα στο βόρειο άξονα, στο Χαλάνδρι και ένα στον δυτικό άξονα στο Περιστερί. Στην υπόλοιπη περιφέρεια δεν αντιμετωπίστηκε αυτό το πρόβλημα διότι χρησιμοποιήθηκαν οικόπεδα κληροδοτημένα.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των αντιδράσεων ήταν η παρακόλληση της όλης προσπάθειας μέσω γραφειοκρατικών ενεργειών και τελικά η μη τήρηση των όρων του κανονισμού 815/84

	Α ΦΑΣΗ 1984-1988			Β ΦΑΣΗ 1989-1993			Σύνολο
	Αθήνα - Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Λοιπή χώρα	Αθήνα - Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Λοιπή χώρα	
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ							
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	2	15	7	2	15	47
Ψυχ. Μοναδες σε Γεν. Νοσοκομεία (20 κρεβάτια)	3	2	1	3	1	18	28
Ψυχ. Μοναδες σε Παιδιατρικά και Νοσοκ. εφήβων σε Γεν. Νοσοκ.	2	1	-	-	-	-	3
Ξενώνες 15-20 θέσεων	1	1	15	13	4	158	49
Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Οξέων Περιστατικών σε Ψυχιατρείο (25 κρεβάτια)	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Αξιολόγησης	2	-	-	-	-	-	2
Σύνολο	18	8	31	23	7	48	135

Πίνακας 1.2 Το πενταετές πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Πηγή: Μαδιανός (1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Γενικά

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι μια από τις κύριες μορφές παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, που έχουν αναπτυχθεί διεθνώς, αλλά και στη χώρα μας, ύστερα από τη μεταρρύθμιση στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν το πρώτο φίλτρο στο σύστημα παροχής Ψυχιατρικής φροντίδας έτσι όπως έχει διαμορφωθεί στη χώρα μας αλλά και διεθνώς.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αρχικά εμφανίστηκαν στις Η.Π.Α. στην δεκαετία του '60. Σαν στόχο είχαν την κάλυψη των αναγκών πρόληψης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών των κατοίκων μιας περιοχής.

Στην αρχική τους μορφή τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (όπως ονομάζονταν τότε) περιελάμβαναν υπηρεσίες όπως μερικής φροντίδας, επείγουσας φροντίδας, συμβουλευτικές υπηρεσίες κτλ. Βέβαια με την πάροδο του χρόνου στελεχώθηκαν και από πιο ειδικές υπηρεσίες όπως παιδοψυχιατρική, ψυχογηριατρική κτλ. με αποτέλεσμα την εξειδίκευση τους προς αυτές.

Σήμερα συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες Γενικών και Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων στα οποία λειτουργούν Ψυχιατρικοί Τομείς. Σκοπός τους είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Πρέπει να σημειωθεί δε, πως τα Κέντρα Ψυχικής

Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνίστανται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί πως 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.

2.2 Οι βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ.

Εκτός από την ύπαρξη ενός κανονισμού λειτουργίας ενός Κ.Ψ.Υ., κρίνεται απαραίτητο ο συγκεκριμένος κανονισμός να διέπεται από τις βασικές αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής. Αυτές είναι : (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας).

A. Η γεωγραφική προσεγγιμότητα /τομεοποίηση

B Η διαθεσιμότητα (availability) και η ισότιμη παροχή υπηρεσιών με σταθερή ποιότητα.

Γ. Η θεραπευτική συνέχεια (continuity of care).

Δ. Η ολοκληρωμένη οργάνωση υπηρεσιών (comprehensiveness)

E. Η διασύνδεση και ο συντονισμός των υπηρεσιών.

Στ. Η αξιολόγηση.

Η τομεοποίηση σημαίνει ο ορισμός μιας συγκεκριμένης περιοχής της οποίας οι ασθενείς εξυπηρετούνται από μονάδες που βρίσκονται σε εκείνη την περιοχή και μόνο από αυτές.

Πίσω από την τομεοποίηση κρύβονται όλες οι υπόλοιπες αρχές. Η τομεοποίηση είναι μια από τις βασικές προϋποθέσεις μιας σωστής συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών. Με τη σωστή εφαρμογή της και τελικά τη σωστή διασύνδεση των υπηρεσιών θα αναπτυχθεί όλο το φάσμα των δυνατοτήτων του συστήματος και έτσι θα είναι σε θέση να καλύψει πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού προς τον οποίο απευθύνεται. Παρακάτω παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της τομεοποίησης στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Δρα ως προστατευτικό φίλτρο ενάντια στις εισαγωγές των ψυχιατρικά πασχόντων στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Ο άρρωστος θεραπεύεται κοντά στον τόπο κατοικίας του και το περιβάλλον του.
- Οι υπηρεσίες είναι άμεσα προσεγγίσιμες από τους ενδιαφερόμενους.
- Επιτυγχάνεται το θεραπευτικό συνεχές.
- Οργανώνεται ένα υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Ο ασθενής δεν επιλέγει ελεύθερα τις υπηρεσίες που επιθυμεί.
- Σε αρκετές περιπτώσεις δεν προτιμάται λόγω κοινωνικού στίγματος.
- Αμφισβητείται το Ιατρικό απόρρητο.

Η αρχή της ολοκληρωμένης οργάνωσης υπηρεσιών θα πρέπει να καλύπτει και τις τρεις βαθμίδες πρόληψης θεωρώντας τον ασθενή ως τμήμα της κοινότητας από την οποία δέχεται συνεχώς επιδράσεις.

Οι αρχές αυτές ενσωματώνουν τις βασικές αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και είναι παράλληλες με τις αρχές της Π.Ο.Υ. για το στόχο "Υγεία για όλους το 2000" (W.H.O. 1985).

2.3 Θεσμικό πλαίσιο των Κ.Ψ.Υ.

Η δόμηση του θεσμικού πλαισίου των Κέντρων Ψυχικής Υγείας έγινε με την έκδοση του Ν1397/83 και του κανονισμού της Ε.Ο.Κ. 815/84.

Αρχικά τα Κ.Ψ.Υ. υπάγονταν διοικητικά και λειτουργικά στα νοσοκομεία (Ψυχιατρικά ή Γενικά) της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκαν. Κατά την περίοδο αυτή εκδόθηκαν οι συστατικές πράξεις των πρώτων τεσσάρων Κέντρων Ψυχικής Υγείας (το 1988). Πρέπει να σημειωθεί πως ουσιαστικά Συστατική Πράξη έχει εκδοθεί μόνο για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου η οποία και εστάλει στα υπόλοιπα 3 Κ.Ψ.Υ. ως αντίγραφο διορθωμένο στα ονόματα!

Στη συνέχεια υπήρξε μια περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις Νομαρχίες της περιφέρειας όπου έδρευαν, κατά την οποία δεν εκδόθηκε ο Εσωτερικός Κανονισμός τους και έτσι δεν ολοκληρώθηκε ποτέ το θεσμικό τους πλαίσιο.

Αποτέλεσμα αυτών των ελλείψεων ήταν πως χωρίς την Συστατική Πράξη ήταν αδύνατη η στελέχωση των Κ.Ψ.Υ. από το μη ιατρικό επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό (οι θέσεις

αυτές δημιουργούνται με την έκδοση της πράξης που βγαίνει μεμονωμένα για κάθε κέντρο) και πως χωρίς τον Εσωτερικό Κανονισμό ήταν αδύνατο να καθοριστεί ο τρόπος διασύνδεσης των κέντρων με τα νοσοκομεία ή με τις άλλες μονάδες ψυχικής υγείας.

Επίσης πρέπει να επισημανθεί πως ο Εσωτερικός Κανονισμός προσδιορίζει τα καθήκοντα, τις υποχρεώσεις και το δικαιώματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (που προβλέπονται για τη στελέχωση των Κ.Ψ.Υ. -από τις συστατικές τους πράξεις- δηλαδή περιλαμβάνει όλα όσα είναι αναγκαία για να ρυθμίζουν τη γενικότερη λειτουργία του Κ.Ψ.Υ. Έτσι χωρίς τον Εσωτερικό Κανονισμό δεν μπορούσε να προσδιοριστεί πραγματικά και η σχέση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στα πλαίσια λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ.

Μέχρι σήμερα δεν έχει θεσμοθετηθεί ένας Κανονισμός λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. Μοναδική εξαίρεση έγινε για την περίπτωση του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου για το οποίο δημοσιεύτηκε κανονισμός λειτουργίας ύστερα από κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Προεδρίας και Υφυπουργό Οικονομικών (17/10/88).

Σύμφωνα με τον καθηγητή Ψυχιατρικής Μιχάλη Μαδιανό ένα υπόδειγμα κανονισμού ενός Κ.Ψ.Υ. βασισμένο στη διεθνή εμπειρία αλλά και στις ιδιαιτερότητες της χώρας μας είναι το ακόλουθο (Προτάσεις κανονισμού λειτουργίας ενός Κ.Ψ.Υ. Μαδιανός 1982):

Προτάσεις Κανονισμού λειτουργίας ενός Κ.Ψ.Υ.

-άρθρο 1: Παροχή υπηρεσιών με στόχο την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όλων των τύπων ψυχικών παθήσεων)

-άρθρο 2: Παροχή υπηρεσιών για όλες τις ηλικίες, προσεγγίσιμη από όλες τις κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, με ωράριο κατάλληλο. Η παροχή γίνεται στο χώρο του Κ.Ψ.Υ. ή της κατοικίας του αρρώστου.

-άρθρο 3: Το φάσμα παροχής υπηρεσιών ακολουθεί ευέλικτο και ολοκληρωμένο σχήμα (comprehensive) και καλύπτει κάθε ανάγκη και ψυχοπαθολογική κατάσταση (κρίση-ύφεση-συντήρηση-ίαση ή χρονιότητα).

-άρθρο 4: Η παροχή υπηρεσιών είναι τομεοποιημένη με τομέα ευθύνης από 60.000 έως 110.000 άτομα με αυτοτελή διοικητικά όρια (δήμοι, κοινότητες, συνοικιακά διαμερίσματα).

-άρθρο 5: Ο συντονισμός με τις άλλες υπηρεσίες υγείας είναι υποχρεωτικός, ιδιαίτερα στη συνεργασία για την ανάπτυξη δικτύου έγκαιρων παραπομπών ή στην περίπτωση νοσηλείας πελατών του Κ.Ψ.Υ.

-άρθρο 6: Η θεραπευτική διακλαδική ομάδα αναλαμβάνει κάθε περιστατικό με την ισότιμη συνεργασία των μελών της. Μέσα στις υποχρεώσεις της είναι η διατήρηση του θεραπευτικού συνεχούς και η αναζήτηση εκείνων των περιπτώσεων που χάθηκαν.

-άρθρο 7 : Ο αριθμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας περιλαμβάνει όλους τους κλάδους της ομάδας της ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, ειδικοί θεραπευτές, με υπεραντιπροσώπηση των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών.

-άρθρο 8: Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί χώρο εκπαίδευσης φοιτητών και σπουδαστών επαγγελματιών υγείας, ειδικευόμενων γιατρών στην ψυχιατρική, κοινωνική ιατρική και γενική ιατρική. Ιδιαίτερα η εργασία των ειδικευόμενων γιατρών στην ψυχιατρική δεν θα πρέπει να είναι μικρότερη των 12 μηνών.

-άρθρο 9 : Η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. ενσωματώνει τη συνεχή αξιολόγηση της από την οποία εξαρτάται η συνέχιση ή όχι ενός συγκεκριμένου τύπου παροχής υπηρεσιών.

-άρθρο 10: Στο Κ.Ψ.Υ. συστήνεται Επιτροπή Ψυχικής Υγείας με στόχο τη διασύνδεση με την κοινότητα-Τ.Α., το συντονισμό και τον προγραμματισμό κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρωτοβάθμια πρόληψη.

-άρθρο 11: Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή διοικητικό-οικονομικό οργανισμό, διασυνδεδεμένο με Γενικό Νοσοκομείο που έχει ψυχιατρικό τομέα ή με Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν.1397/83.

2.4 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.

Η εξέταση του διοικητικού-οργανωτικού πλαισίου των Κέντρων Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξεταστεί κατά δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους των Κέντρων Ψυχικής Υγείας:

- **Α Περίοδος: Υπαγωγή των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στα νοσοκομεία**

- **΄Β Περίοδος: Υπαγωγή των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στις Νομαρχίες**

2.4.1 Βασικές αρχές της διοικητικής ανάπτυξης ενός Κ.Ψ.Υ.

Η διοικητική ανάπτυξη ενός Κ.Ψ.Υ. πρέπει να διέπεται από έντεκα βασικές αρχές που καλύπτουν τις σχέσεις του προσωπικού μεταξύ τους και με το διευθυντή, τη φιλοσοφία της υπηρεσίας, τους στόχους της και την αξιολόγηση του έργου της (Karlan 1983, Μαδιανός 1994). Πιο συγκεκριμένα:

α. Το οργανωτικό σύστημα πρέπει να είναι ανοικτό με συμμετοχικές διαδικασίες για την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και δεξιοτήτων.

β. Η οργάνωση της υπηρεσίας πρέπει να διέπεται από συγκεκριμένη φιλοσοφία, σαφείς στόχους και επιδιώξεις.

γ. Ο προγραμματισμός πρέπει να γίνεται μετά από εκτίμηση των αναγκών και των δυνατοτήτων.

δ. Η δημιουργία συστήματος ενισχύσεων από το διευθυντή του κέντρου προς τα μέλη και από τα μέλη του κέντρου προς το διευθυντή. Η ενίσχυση του ηθικού αποτρέπει το φαινόμενο της «ψυχικής κόπωσης». Σύμφωνα με το πρόσφατο γλωσσάριο της Ε.Ψ.Ε. πρόκειται για μια αντίδραση στρες που αναπτύσσεται σε ένα άτομο το οποίο εργάζεται σε έναν τομέα με υψηλές απαιτήσεις. Μεταξύ των συμπτωμάτων παρουσιάζονται: μείωση της απόδοσης στην εργασία, κόπωση, ευαλωσιμότητα σε σωματικές αρρώστιες, χρήση ηρεμιστικών-οινοπνευματωδών που δρουν ως αγχολυτικά. Ως άμεση ανάγκη θεωρείται η

απομάκρυνση του εργαζομένου από το χώρο που προκαλεί τα φαινόμενα της ψυχικής κόπωσης.

ε. Ικανότητα προσαρμογής των στόχων και των κινήτρων ή και αλλαγής τους ανάλογα με τις διαπιστούμενες ανάγκες.

στ. Συνεχής παρακολούθηση της γενικότερης ατμόσφαιρας που δημιουργείται από τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και του κοινού.

ζ. Συνεχής αξιολόγηση του παρεχόμενου έργου και περιοδική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του.

η. Παροχή ευκαιριών που συνδέουν τη διοικητική ανάπτυξη με τη βελτίωση της οργάνωσης του κέντρου.

θ. Η ικανότητα της διαπραγμάτευσης αιτημάτων και προτάσεων.

ι. Η διαμόρφωση κανονισμού λειτουργίας με συμμετοχικές διαδικασίες

ια. Η ανάπτυξη του κέντρου ακολουθεί μια σταδιακή διοικητική οργάνωση.

Η σταδιακή διοικητική ανάπτυξη ενός Κ.Ψ.Υ. αφορά την ίδια την οργανωτική της δομή, τις σχέσεις με την κεντρική υπηρεσία, τις σχέσεις των μελών της διακλαδικής ομάδας και τις διυπηρεσιακές και ενδοϋπηρεσιακές συγκρούσεις για την εξουσία (πίνακας 2.4.1)

ΦΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΟΜΑΔΑΣ	ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ	ΔΙΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ	ΕΝΔΟΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ
Φάση I Αρχική φάση	Η υπηρεσία είναι χαλαρά δομημένη. Τα μέλη της ταυτίζονται με αυτή με βάση τους στόχους της	Τυπικές σχέσεις	Ενθουσιασμός και πίστη για την επιτυχία.	Αγώνας για την αυτονομία της υπηρεσίας.	
Φάση II η φάση της επέκτασης	Δημιουργούνται υποομάδες και τμήματα με κάποια δομή. Τα μέλη τους ταυτίζονται με την υποομάδα τους και νιώθουν υπερήφανοι γι'αυτήν έναντι των άλλων ομάδων.	Ανταγωνισμός για την αναγνώριση από την κεντρική εξουσία.	Αντίληψη των μελών κάθε τμήματος για την επιτυχημένη λειτουργία του.	Αγώνας για την απόκτηση πόρων σε ανταγωνισμό με παρόμοιου τύπου υπηρεσίες.	Ανταγωνισμός μεταξύ των τμημάτων της υπηρεσίας. Ανάγκη για συντονισμό. Αύξηση της δυσκολίας της επικοινωνίας λόγω αυξημένου μεγέθους των ομάδων.
Φάση III Η φάση της καθιέρωσης και της υποδοχής	Η υπηρεσία λειτουργεί μέσα σε μια ισορροπία μεταξύ της κεντρικής και αποκεντρωμένης οργανωτικής δομής. Τα μέλη ταυτίζονται με βάση τη συλλογική ικανοποίηση από την επίτευξη των στόχων	Η υπηρεσία καθιερώνεται από τη χρήση των υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητά τους	Εμπιστοσύνη κάθε μέλους για την αξία του και τις ικανότητές του	Οργανωτικές ανάγκες και στόχοι ή κοινωνικές ανάγκες και στόχοι.	

Πίνακας 2.4.1 Στάδια Διοικητικής Ανάπτυξης ενός Κ.Ψ.Υ.

Πηγή: Μαδιανός (1994)

2.4.2 Περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στα Νοσοκομεία

Κατά την περίοδο υπαγωγής τους στα Νοσοκομεία, τα Κ.Ψ.Υ. προβλεπόταν να λειτουργήσουν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες αυτών των νοσοκομείων με δικό τους προϋπολογισμό και διοίκηση. Λόγω όμως της έλλειψης του Εσωτερικού Κανονισμού υπήρξε ασάφεια σχετικά με τη διασύνδεση τους με τα νοσοκομεία. Ακόμη ποτέ δεν λειτούργησαν με δικό τους προϋπολογισμό και δεν διοικήθηκαν ποτέ σαν αυτοτελείς διευθύνσεις των νοσοκομείων.

Έτσι παρουσιάστηκαν προβλήματα που προέρχονταν από δύο κατηγορίες παραγόντων-αιτιών:

A. Προβλήματα δυσλειτουργίας προερχόμενα από εξωτερικούς παράγοντες.

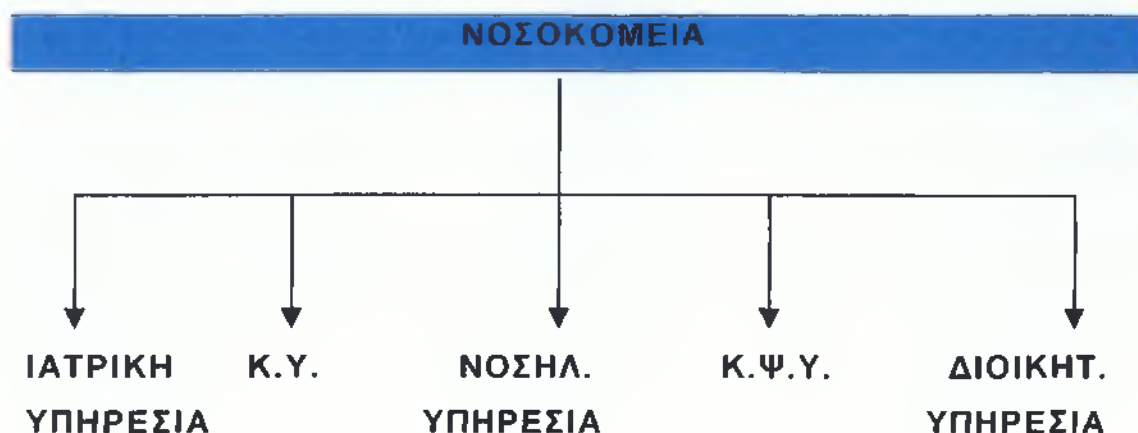
B. Προβλήματα προερχόμενα από εσωτερικούς παράγοντες.

2.4.2.1 Προβλήματα δυσλειτουργίας προερχόμενα από εξωτερικούς παράγοντες

Αρχικά προκλήθηκε πρόβλημα σχετικά με το επίπεδο ιεράρχησης των Κ.Ψ.Υ. με τις υπόλοιπες κύριες υπηρεσίες των νοσοκομείων. Όπως φαίνεται και από το σχήμα 2.1 (διάθρωση των υπηρεσιών των Νοσοκομείων) τα Κ.Ψ.Υ. βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ιεράρχησης κάτι που δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

Ακόμη η διοίκηση και διαχείριση των Κ.Ψ.Υ. από τα νοσοκομεία τους έδωσε ένα μοντέλο λειτουργίας που αφορούσε νοσοκομεία και όχι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Επίσης συχνά υπήρχε μεγάλη απόσταση μεταξύ Κ.Ψ.Υ. και Νοσοκομείου με αποτέλεσμα να εμφανίζονται «κωλύματα» και να παρακωλύεται η λειτουργία των Κ.Ψ.Υ.



Σχήμα 2.4.2.1 Διάθρωση των Νοσοκομείων

Πηγή: Ιδία έρευνα

2.4.2.2 Προβλήματα δυσλειτουργίας προερχόμενα από εσωτερικούς παράγοντες

Σχετικά με αυτά τα προβλήματα μπορούν να αναφερθούν η προβληματική εσωτερική διάρθρωση των Κ.Ψ.Υ. (π.χ. ανυπαρξία νοσηλευτικής υπηρεσίας) και η έλλειψη εσωτερικού κανονισμού.

Έτσι λόγω αυτής της κατάστασης ο διευθυντής του Κ.Ψ.Υ. αναγκαζόταν να διοικεί ένα μεγάλο αριθμό εργαζομένων χωρίς την ύπαρξη μιας διοικητικής πυραμίδας με αποτέλεσμα τη μη σωστή και αποτελεσματική διοίκηση.

2.4.3 Περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις Νομαρχίες

Κατά την περίοδο αυτή τα Κ.Ψ.Υ. ανήκουν διοικητικά και λειτουργικά στις διευθύνσεις υγείας των Νομαρχιών. Η εποπτεία τους γινόταν μέσω μιας τριμελούς επιτροπής στην οποία συμμετείχε και ο διευθυντής του Κ.Ψ.Υ. (βλ.σχήμα 2.2).

Στη διάρκεια αυτής της περιόδου παρουσιάστηκαν αρκετές δυσλειτουργίες σχετικά με τη διοίκηση των Κ.Ψ.Υ.:

Α. Υπήρχε παντελής έλλειψη προϋπολογισμού για το κάθε Κ.Ψ.Υ. με αποτέλεσμα τη μη σύνετη διαχείριση του και τη σπατάλη πόρων που ουσιαστικά δεν υπήρχαν.

Β. Αρκετές φορές διορίζονταν από τους Νομάρχες στις τριμελείς επιτροπές άτομα που ουδεμία σχέση είχαν με τη διοίκηση των Κ.Ψ.Υ.

Γ. Η τριμελής επιτροπή δεν ασκούσε σωστά τις αρμοδιότητες της με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να ασχολείται με θέματα όπως τήρηση του ωραρίου λειτουργίας, ή των εφημεριών των Κ.Ψ.Υ. και όχι με ουσιαστικά θέματα διοίκησης.

Δ. Οι Νομαρχίες δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με το χώρο της ψυχικής υγείας και έτσι δεν ήταν προετοιμασμένες κατάλληλα για να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να προκληθούν πολλές δυσλειτουργίες στα Κ.Ψ.Υ. (π.χ. προβλήματα μισθοδοσίας, προμηθειών κτλ) αλλά και λόγω της έλλειψης οργάνωσης και σχεδιασμού να επέλθει άσκοπη σπατάλη δημόσιων πόρων.

Ε. Με την υπαγωγή τους στις Νομαρχίες τα Κ.Ψ.Υ. κλήθηκαν να εξυπηρετήσουν πληθυσμούς σαφώς μεγαλύτερους από εκείνους που προβλέπονταν στις συστατικές τους πράξεις (ένα Κ.Ψ.Υ. έχει συνήθως περιοχή ευθύνης 90000 - 160000 ατόμων).

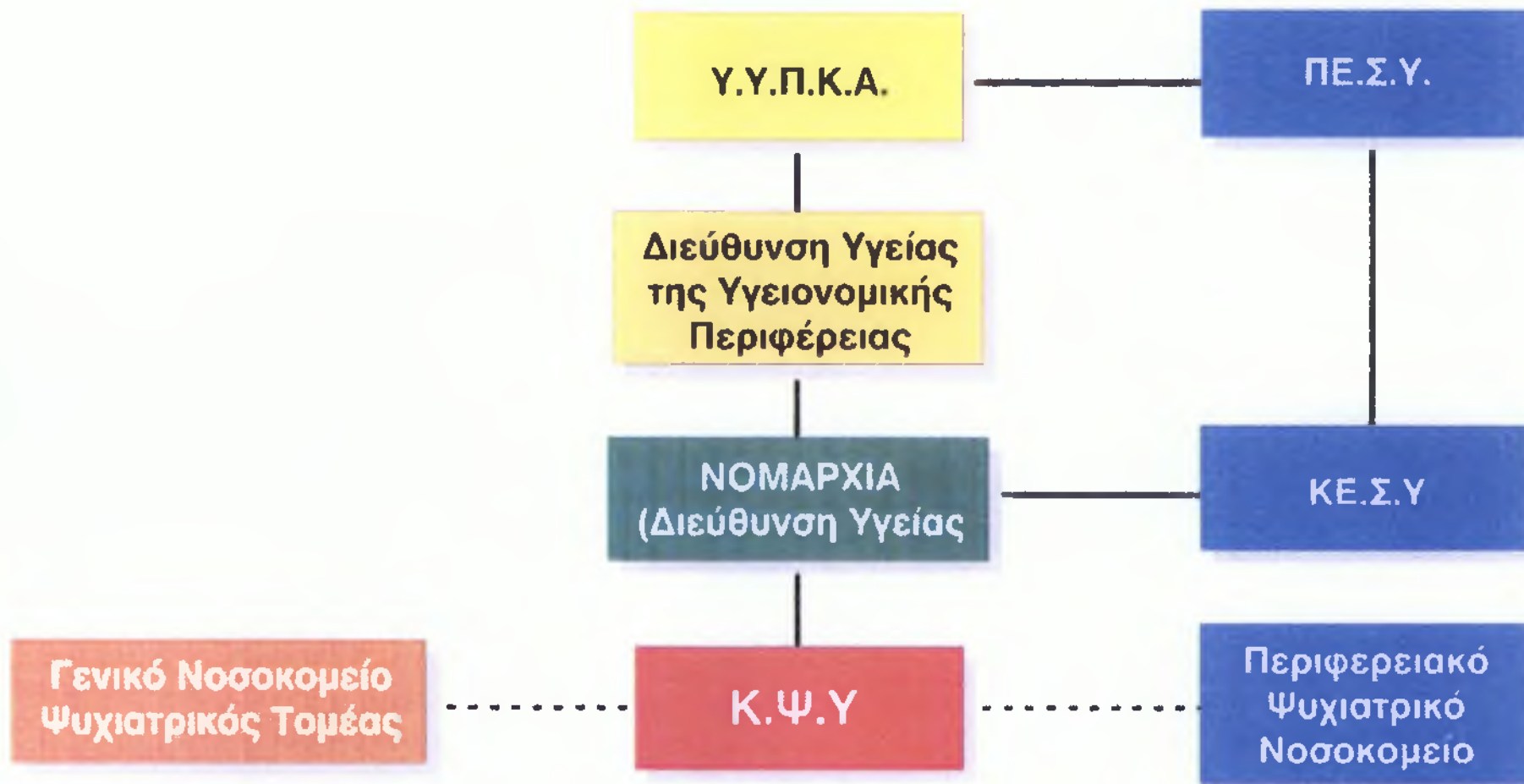
Χωρίς όμως τους αναγκαίους πρόσθετους υλικούς και ανθρώπινους πόρους κάτι τέτοιο ήταν αδύνατο με αποτέλεσμα να μειωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του έργου των Κ.Ψ.Υ.

ΣΤ. Η έλλειψη του αναγκαίου Εσωτερικού Κανονισμού οδήγησε στις προαναφερθείσες δυσλειτουργίες (βλ.2.3.1)



Σχ. 2.4.2 Η Διοικητική δομή ενός Κ.Ψ.Υ. (Υπαγωγή στα Νοσοκομεία)
Πηγή: Ιδία Έρευνα





Σχ. 2.4.3 Η Διοικητική δομή ενός Κ.Ψ.Υ. σύμφωνα με τον Ν. 2071/92 (Υπαγωγή στις Νομαρχίες)
 Πηγή: Ιδία Έρευνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΣΧΕΣΕΙΣ Κ.Ψ.Υ.ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Η αποασυλοποίηση και η επικράτηση νέων υπηρεσιών παροχής ψυχικής φροντίδας (κοινοτικές υπηρεσίες) διαδραμάτισαν πρώτιστο ρόλο στην ψυχιατρική αποκατάσταση των ασθενών. Για το λόγο αυτό η δεκαετία του '60 θεωρήθηκε ως δεκαετία της «**μεταβατικής φροντίδας**».

Οι σύγχρονες μέθοδοι Ψυχιατρικής Φροντίδας δίνουν μεγάλη έμφαση στην αποδοτική εξυπηρέτηση των αναγκών των αρρώστων. Χρειάζεται λοιπόν να υπάρχει μια ολιστική προσέγγιση της ψυχικής αρρώστιας.

Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να υπάρξει συνδυασμός Νοσοκομειακής και Κοινοτικής φροντίδας έτσι ώστε να επιτευχθεί θεραπευτική συνέχεια στην περίθαλψη και αποκατάσταση αφού αυτές συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Το βασικό μέσο για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή είναι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κ.Ψ.Υ. Όμως για να γίνουν όλα αυτά οφείλουν τα Κ.Ψ.Υ. να βρίσκονται σε άμεση σχέση και με τις άλλες υπηρεσίες κοινοτικής και νοσοκομειακής φροντίδας (Ψ.Τ.Γ.Ν., Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ξενώνες).

3.2 Οι διασυνδέσεις του Κ.Ψ.Υ. –Υφιστάμενη κατάσταση

Ύστερα από την ανάπτυξη των νέων μορφών παροχής κοινοτικής φροντίδας υποστηρίχθηκε και έγινε γενικά αποδεκτό πως οι νέες αυτές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι συνδεδεμένες άρρηκτα τόσο μεταξύ τους όσο και με τις παλιές μορφές υπηρεσιών.

Από την καθημερινή εμπειρία όμως, κάτι τέτοιο είναι αρκετά δύσκολο διότι συχνά αναδύονται ποικίλα προβλήματα.

3.2.1 Η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με το Γενικό Νοσοκομείο

Η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με τα Γενικά Νοσοκομεία δοκιμάστηκε κατά την περίοδο υπαγωγής τους σε αυτά κατά την οποία προέκυψαν τα γνωστά προβλήματα.(2.3.1). Έτσι το τελικό συμπέρασμα αυτού του εγχειρήματος για τη χώρα μας είναι πως η διασύνδεση έχει το χαρακτήρα της υποτέλειας (Μαδιανός 1994).

Κατά την περίοδο υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στα νοσοκομεία δεν υπήρχε αυτοτελής διεύθυνση τους αν και προβλέπονταν από τις Συστατικές Πράξεις τους. Επίσης δεν υπήρχε δικός τους προϋπολογισμός με αποτέλεσμα λόγω των ελλειμμάτων των Νοσοκομείων τα Κ.Ψ.Υ. να υποχρηματοδοτούνται. Ακόμη η διοίκηση τους ασκούνταν με τα νοσοκομειακά πρότυπα.

Όπως είναι γνωστό τα Κ.Ψ.Υ. σαν μέρος του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι διοικητικά και επιστημονικά αυτόνομα ως ένα βαθμό που δεν θα εμποδίζει τη

ροή των πελατών τους από τη μια υπηρεσία στην άλλη καθώς και τη διασύνδεση τους με αυτές. Αυτό πρέπει να γίνεται γιατί υπό άλλες συνθήκες θα υπάρξει συγκεντρωτισμός στο Γενικό Νοσοκομείο. Άλλωστε η βασική αρχή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής του συνεχούς της παροχής υπηρεσιών (continuity of care) υποστηρίζει μια τέτοια κατάσταση.

Τα Κ.Ψ.Υ. στις Η.Π.Α., Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αποτελούν αυτόνομους οργανισμούς οι οποίοι ελέγχονται είτε από την Τ.Α. ή το περιφερειακό σύστημα υγείας. Η διασύνδεση τους με τις υπόλοιπες υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας γίνεται μέσω της ισότιμης συμμετοχής μελών των Κ.Ψ.Υ. σε επιτροπές ρύθμισης διαφόρων προβλημάτων.

3.2.2 Η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με τη Νομαρχία

Κατά την περίοδο υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών, η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με αυτές ουσιαστικά έγινε χωρίς καμία υποδομή από μέρους των Νομαρχιών. Υπήρξαν αρκετές Νομαρχίες στις οποίες η Διεύθυνση Υγιεινής δεν διέθετε καν Νομίατρο και σύμφωνα με τον κ. Κωνσταντόπουλο, Διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου υπήρξε έλλειψη ξεχωριστού προϋπολογισμού για κάθε Κ.Ψ.Υ., έγιναν παρεμβάσεις για την τοποθέτηση μη ειδικών προς το αντικείμενο της διοίκησης των Κ.Ψ.Υ. στις θέσεις των τριμελών επιτροπών ενώ οι ίδιες οι τριμελείς επιτροπές είχαν

αρμοδιότητες απλού εισηγητικού οργάνου προς τη Διεύθυνση Υγιεινής της Νομαρχίας.

Όλη αυτή η κατάσταση επέφερε τελικά προβλήματα και στις σχέσεις Κ.Ψ.Υ. και Νοσοκομείου σε περιπτώσεις που ασθενείς των Κέντρων έπρεπε να χρησιμοποιήσουν και υπηρεσίες των Νοσοκομείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ. ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.)

4.1 Εισαγωγή

Η έννοια των Κ.Ψ.Υ. είναι αδιάσπαστα συνδεδεμένη με την έννοια της κοινότητας οριοθετημένης πληθυσμιακά και γεωγραφικά. Αυτή αποτελεί και τον τομέα ευθύνης του. Τα Κ.Ψ.Υ. ως οι βασικές μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας έχουν ευθύνη απέναντι στο σύνολο του πληθυσμού της συγκεκριμένης κοινότητας που εξυπηρετούν, πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας και έτσι θα πρέπει να εμφανίζονται ενεργητικά προς την κοινότητα και το σύνολο της.

Για να πετύχει ένα Κ.Ψ.Υ. τους βασικούς του στόχους πρέπει να ανπτύξει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων έτσι ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσει τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης του και να προσφέρει υπηρεσίες που πραγματικά χρειάζονται.

Για να οδηγηθεί ένα Κ.Ψ.Υ. προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να απαντηθούν ερωτήματα όπως ποιο είναι το πραγματικό του έργο, σε ποιους απευθύνεται, τι ευθύνη έχει απέναντι τους και ποια είναι η θέση του μέσα σε όλα αυτά.

Τέτοιου είδους ερωτήματα αποτελούν τη βάση των θεμάτων που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο.

4.2 Τομέας ευθύνης των Κ.Ψ.Υ.

Όπως ορίζεται από τον Ν2071/92 «σε κάθε νομό συνίσταται Τομέας Ψυχικής Υγείας». Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως έχει ήδη αναφερθεί προώθησε την τομεοποίηση (βλ. προηγ. Κεφ.) και έτσι με απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. έχει οριστεί σε 90000-160000 κατοίκους.

Λόγω όμως του μικρού αριθμού λειτουργούντων κέντρων αλλά και των διαφορών ανάμεσα στις περιοχές το πραγματικό μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης των Κ.Ψ.Υ. κυμαίνεται από 120000-300000 κατοίκους.

Αυτή η δυσαναλογία προκαλεί πολλά προβλήματα λόγω του ότι έχει γίνει διεθνώς αποδεκτή η άποψη πως ένα Κ.Ψ.Υ. για να ανταποκριθεί στο έργο του θα πρέπει να έχει πληθυσμό ευθύνης 50000 κατοίκους! Ακόμη ένα Κ.Ψ.Υ. θα πρέπει να ασκεί τη δραστηριότητα του μέσα στα όρια του τομέα ευθύνης του, μη αποδεχόμενο περιστατικά από άλλους τομείς κάτι που είναι συχνό φαινόμενο στη χώρα μας.

Τα Κ.Ψ.Υ. απευθύνονται ουσιαστικά στο σύνολο του πληθυσμού του τομέα ευθύνης και ιδιαίτερα σε:

- αυτούς που προσέρχονται στα Κ.Ψ.Υ. για διάγνωση κάποιου προβλήματος και θεραπείας του.
- αυτούς που δεν προσέρχονται στα Κ.Ψ.Υ. για οποιαδήποτε λόγο αλλά αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα.
- σε όλους τους υπόλοιπους (υγιείς) στην προσπάθεια πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Κάθε Κ.Ψ.Υ. κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του υιοθετεί κάποια μέθοδο (την πιο αποδοτική κατά την εμπειρία του) για να εκτιμήσει τις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού ευθύνης του και έτσι να υιοθετήσει τα κατάλληλα προγράμματα.

Συνήθως τα στοιχεία που αντλούν τα Κ.Ψ.Υ. για τις εκτιμήσεις τους προέρχονται από φορείς της συγκεκριμένης περιοχής, ή από την παρακολούθηση και καταγραφή ορισμένων κρίσιμων ομάδων του πληθυσμού (π.χ. άτομα με ειδικές ανάγκες).

Συνήθως οι μέθοδοι αυτοί είναι:

- **χρήση ερωτηματολογίου**
- **στοιχεία από φορείς της κοινότητας**
- **καταγραφή ψυχιατρικών περιστατικών από άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.**

4.3 Προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης

Βασικό μέρος της δραστηριότητας ενός Κ.Ψ.Υ. αποτελούν και τα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης.

Σε αυτά αναπτύσσονται δραστηριότητες που απευθύνονται στα παιδιά, στους εφήβους, στους ηλικιωμένους, σε ασθενείς σοβαρών ασθενειών, αλλά και στο προσωπικό που στελεχώνει τη μονάδα.

Οι χώροι όπου αναπτύσσεται ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι:

- **Παιδικοί σταθμοί**
- **Σχολεία**
- **Κ.Α.Π.Η.**
- **Διάφοροι σύλλογοι**
- **Νοσοκομεία**

Το είδος αυτών των προγραμμάτων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με τη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. αλλά και την κοινότητα προς την οποία απευθύνονται.

Από την πλευρά του Κ.Ψ.Υ. σημαντικό ρόλο παίζει η επάνδρωση του με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό με θεωρητική κατάρτιση και εμπειρία.

Από την πλευρά της κοινότητας απαιτείται να υπάρχουν οι χώροι που προαναφέρθηκαν έτσι ώστε να είναι δυνατή η προσέγγιση του πληθυσμού.

Τα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης αποσκοπούν συνήθως στην ενημέρωση του πληθυσμού πάνω σε θέματα Ψυχικής Υγείας. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ευκολότερη η επαφή των ατόμων με το Κ.Ψ.Υ. και εξασφαλίζεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.

Ένα πρόγραμμα κοινοτικής παρέμβασης για να είναι επιτυχημένο θα πρέπει να έχει συνέχεια στα αποτελέσματά του, ακόμα και μετά τη λήξη του.

4.4 Κατηγορίες ατόμων προς τους οποίους απευθύνονται τα προγράμματα

Τα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης απευθύνονται κυρίως στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού όπως φαίνεται και παρακάτω:

Ομάδες πληθυσμού

- Παιδιά
- Έφηβοι
- Ηλικιωμένοι
- Γονείς
- Άτομα με χρόνιες ασθένειες
- Εκπαιδευτικοί
- Επαγγελματίες υγείας
- Όλους όσους εκδηλώνουν ενδιαφέρον

4.5 Σχέσεις Κ.Ψ.Υ. με την κοινότητα

Μέσω των προγραμμάτων που αναπτύσσουν, τα Κ.Ψ.Υ. προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα πλέγμα δεσμών/σχέσεων με την κοινότητα ευθύνης τους. Έτσι βρίσκονται σε άμεση επαφή με τους Δήμους και τις Δημοτικές αρχές, με την Τ.Α. , τα Μ.Μ.Ε. με τα Σχολεία και τους εκπαιδευτικούς φορείς, με τους Συλλόγους, καθώς επίσης με τους επαγγελματίες αλλά και τους φορείς υγείας και πρόνοιας που εντάσσονται στην κοινότητα.

Μέσα από την συνεργασία τους με αυτούς τους φορείς εξασφαλίζεται η ενσωμάτωση των Κ.Ψ.Υ. στην κοινότητα και έτσι εξασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή των Κ.Ψ.Υ. στη διαμόρφωση και λήψη αποφάσεων σχετικών με θέματα Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.

(Κ.Ψ.Υ. ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ-ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ)

(Κ.Ψ.Υ. ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ)

5.1 Γενικά στοιχεία των Κ.Ψ.Υ.

Το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου είναι τα πρώτα που λειτούργησαν στη χώρα μας, αν εξαιρέσει κανείς το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.) Βύρωνα-Καισαριανής που λειτουργεί στο Λεκανοπέδιο Αττικής από το 1979 με διαφορετική όμως υπόσταση.

Το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου άρχισε να λειτουργεί το 1990 (τέλη 1989), ως αποκεντρωμένη υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Α. "ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ". Αρχικά το Κ.Ψ.Υ. προσέφερε τις υπηρεσίες του στους κατοίκους του Δήμου Αγίας Παρασκευής και αργότερα του Δήμου Χαλανδρίου. Από την 1-1-93 ανήκε διοικητικά στη Νομαρχία Ανατολικής Αττικής εξυπηρετώντας όλη την Ανατολική Αττική, ενώ για την κοινοτική παρέμβαση λειτουργούσε μόνο για τους δύο αρχικούς Δήμους. Στη συνέχεια αφού παρήλθε η περίοδος υπαγωγής στις Νομαρχίες, ξαναπέρασε στην αρμοδιότητα του Π.Γ.Ν.Α. "ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ". Πρέπει να σημειωθεί πως το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου είναι το πρώτο Κ.Ψ.Υ. του Ε.Σ.Υ. απ'αυτά που ιδρύθηκαν βάσει του άρθρου 21 του Ν1397/83 και το πρώτο που λειτούργησε στην Αττική την 1-9-89.

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Μάρτιο του 1990 ως αποκεντρωμένη υπηρεσία του Ψ.Ν.Α. προσφέροντας τις υπηρεσίες στους κατοίκους του Δήμου Περιστερίου και των όμορων περιοχών. Από την 1-1-93 ανήκε

διοικητικά στην Νομαρχία Δυτικής Αττικής εξυπηρετώντας όλη τη Δυτική Αττική. Στη συνέχεια, ξαναπέρασε στα χέρια του Ψ.Ν.Α. και έκτοτε λειτουργεί ως αποκεντρωμένη υπηρεσία αυτού.

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου έχει Κοινοτικό προσανατολισμό, με κεντρικό τομέα τον Δήμο Περιστερίου, όμως οι δραστηριότητες του καλύπτουν και τις όμορες περιοχές (πληθυσμός ευθύνης περίπου 300.000, πληθυσμός Δήμου Περιστερίου σύμφωνα με την Απογραφή του 1991: Άνδρες 62.211, Γυναίκες 70.364).

Σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας, και τις Συστατικές Πράξεις τους, στα Κ.Ψ.Υ. υπάρχουν δύο κύριες υπηρεσίες:

A Υπηρεσία Ενηλίκων

B Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Οι οποίες απαρτίζονται από:

α Ιατρεία Ψυχιατρικής ή Παιδοψυχιατρικής

β Μονάδα Μερικής Νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής)

γ Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας

δ Γραφείο Γραμματείας

Επί πλέον στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου λειτουργούν:

- **Ψυχομετρικό Εργαστήριο.**
- **Ψυχοθεραπευτικές ομάδες καθώς και βραχεία ατομική ψυχοθεραπεία.**
- **Πρόγραμμα Ημερήσιας Φροντίδας σε καθημερινή βάση. Αναπτύσσονται δραστηριότητες κοινωνικό-θεραπευτικού χαρακτήρα.**
- **Κοινωνική Λέσχη Ασθενών, μια φορά την εβδομάδα. Αναπτύσσονται δραστηριότητες ψυχαγωγικού χαρακτήρα.**

Όλες αυτές οι υπηρεσίες πλαισιώνονται από

-Ψυχιάτρους

-Ψυχολόγους

-Παιδοψυχολόγους

- Κοινωνικούς Λειτουργούς
- Λογοθεραπευτές
- Επισκέπτες Υγείας
- Παιδαγωγούς κτλ

Τα Κ.Ψ.Υ λειτουργούν σε πενθήμερη βάση πρωί-απόγευμα για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών που φτάνουν σε αυτά.

Στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου αντιμετωπίζονται αρκετά περιστατικά εκτός όμως από περιπτώσεις αλκοολισμού και τοξικομανίας ιδιαίτερα όταν αυτά τα προβλήματα είναι τα κύρια στοιχεία της ψυχοπαθολογίας του ασθενή.

Ο τρόπος αντιμετώπισης των περιστατικών ανάμεσα στα στα δύο κέντρα είναι παρόμοιος με ελάχιστες διαφορές που οφείλονται στην οργάνωση του κάθε Κ.Ψ.Υ. *"Στο Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου, ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας βλέπει αμέσως το περιστατικό που έρχεται χωρίς ραντεβού, ώστε κάποιος που π.χ. πήρε μετά από πολύ κόπο, σκέψη ή ενδοιασμούς την απόφαση να ζητήσει βοήθεια, να τύχει άμεσης ανταπόκρισης, προλαμβάνοντας έτσι την επιδείνωση των προβλημάτων του"* (Αθ. Κωνσταντόπουλος, Διευθυντής του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου).

Για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των περιστατικών προσφέρονται:

1. Ένα σύστημα υποδοχής των ασθενών το οποίο να μην ψυχιατρικοποιεί δηλαδή ένα σύστημα εξωασυλικής μορφής πέρα από τα πλαίσια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Το πρώτο ραντεβού γίνεται από έναν επαγγελματία υγείας και μετά τη συζήτηση στην διεπιστημονική ομάδα το περιστατικό παραπέμπεται ανάλογα σε γιατρό ή σε κάποιον επαγγελματία υγείας. Από κει και πέρα η συνεργασία συνεχίζεται με το ίδιο άτομο.
2. Η διαγνωστική φάση ολοκληρώνεται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, ή άλλον επαγγελματία υγείας μέσα από :

Α Ψυχιατρική διάγνωση

Β Ψυχολογικά tests

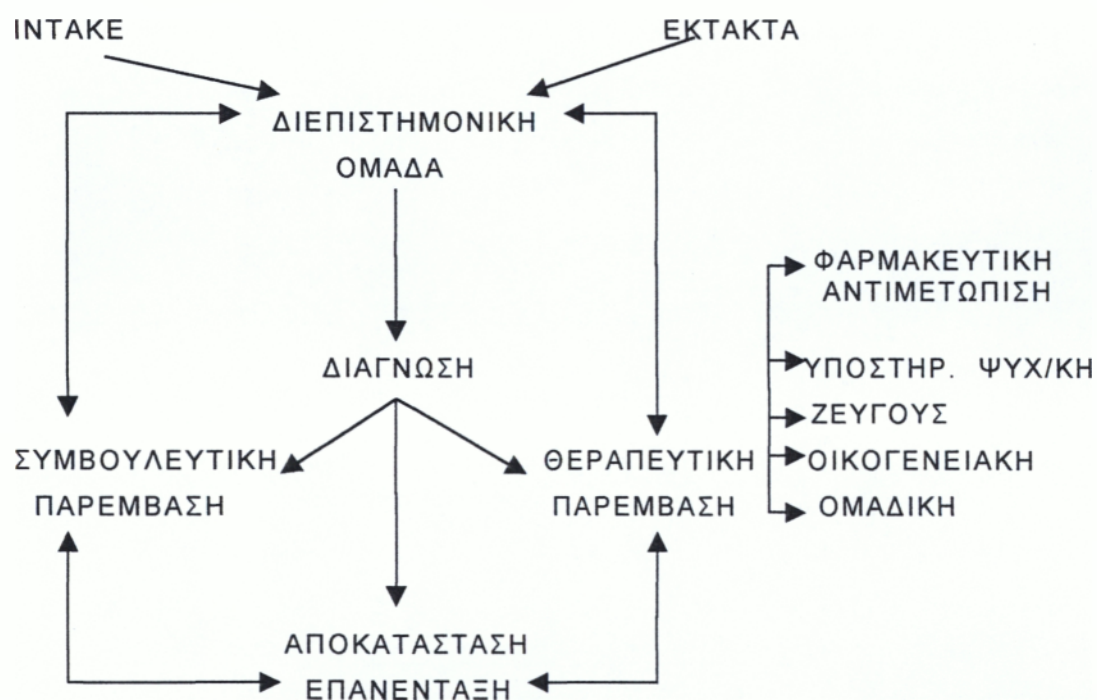
Γ Τον εντοπισμό των κοινωνικών και οικογενειακών διαστάσεων του προβλήματος, καθώς και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που αυτές έχουν στη λειτουργικότητα του ατόμου.

3. Φαρμακευτική αγωγή.

4. Συμβουλευτική βοήθεια

5. Θεραπευτική παρέμβαση όπως: Υποστηρικτική Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία- Γνωσιακή , Θεραπεία ζεύγους-Θεραπεία Οικογένειας-Ομαδική θεραπεία.

6. Αποκατάσταση και επανένταξη του ατόμου για τις περιπτώσεις που απαιτείται.



Σχήμα 5.1 Ο τρόπος αντιμετώπισης των περιστατικών από το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου.

Πηγή: Ιδία Έρευνα

Ο τρόπος αντιμετώπισης των περιστατικών στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου είναι παρόμοιος με αυτόν που ισχύει με το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου.

Ο θεραπευτικός χειρισμός των περιστατικών λειτουργεί μέσα από μια σειρά ομάδων. Χαρακτηριστικά στοιχεία του θεραπευτικού έργου του Κ.Ψ.Υ. είναι ότι καλύπτει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών αρρώστων αλλά και του πληθυσμού του οποίου η δυσλειτουργία μπορεί να εκδηλώνεται στις διαπροσωπικές ή οικογενειακές σχέσεις, στην εργασία ή στην σχολική προσαρμογή και απόδοση.

Σε αντίθεση με το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου που υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου οι θεραπευτικοί χειρισμοί λειτουργούν μέσα από μια σειρά ομάδων.

Η αρχική ομάδα που αναλαμβάνει τα περιστατικά είναι η ομάδα **ανάληψης** η οποία αφού καταγράψει το διατυπούμενο αίτημα από τον άμεσα ενδιαφερόμενο ή άλλον, και διευκρινίσει ζητήματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε παραπομπή περιστατικού, καθορίζει την πορεία του δίνοντας ραντεβού για την εξέταση του στο κέντρο.

Κατόπιν υπάρχουν τρεις διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες χειρίζονται τα περιστατικά. Οι ομάδες αυτές είναι ελαστικές, βρίσκονται σε επικοινωνία μεταξύ τους με τη ανάπτυξη διαφόρων τύπων συνεργασιών, αλλά και μέσω της μεγάλης κλινικής ομάδας, η οποία απαρτίζεται από όλα τα μέλη του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου. Ο διαχωρισμός σε τρεις υποομάδες της μεγάλης κλινικής ομάδας έγινε για λόγους οικονομίας χρόνου αλλά και πιο άμεσου χειρισμού των περιστατικών. Το προσωπικό που στελεχώνει τις τρεις υποομάδες οι οποίες αποτελούν και τους κυρίαρχους φορείς του θεραπευτικού έργου, εναλλάσσεται και διαφοροποιείται σε τακτά διαστήματα, διατηρώντας βέβαια τη σχέση και την αναλογία των ειδικοτήτων μεταξύ τους.

Η μεγάλη κλινική ομάδα συνεδριάζει μια φορά την εβδομάδα, σε τακτή ημέρα και ώρα, ενώ οι μικρές ομάδες

συνεδριάζουν και αυτές μια φορά την εβδομάδα αλλά έχουν την δυνατότητα έκτακτης συνεδρίασης όταν κρίνεται αναγκαίο από τις ίδιες, για τις ανάγκες κάποιων περιστατικών.

Το πρώτο στάδιο χειρισμού των περιστατικών από τις ομάδες αφορά την διάγνωση, αξιολόγηση και επιλογή του θεραπευτικού σχήματος (άτομο-θεραπευτικά μέσα) και στόχων. "Η διαγνωστική φάση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την μετέπειτα πορεία του περιστατικού, λόγω του ότι η καλύτερη αντιμετώπιση του ή οι επιπλοκές της πορείας του σχετίζονται άμεσα με τη αρχική αξιολόγηση. Οι διαγνωστικές συνεντεύξεις πραγματοποιούνται με καθορισμένες συναντήσεις. Η διαγνωστική επεξεργασία του περιστατικού καλύπτει, κατά μ.ο. περίπου 5 ώρες κλινικής δουλειάς, οι οποίες καταναλώνονται σε διαγνωστικές συνεντεύξεις (δύο ώρες), ψυχολογικές δοκιμασίες (δύο ώρες), παρουσίαση, συζήτηση και επιλογή του κεντρικού θεραπευτή (μία ώρα)". Γρηγόριος Τυχόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου.

Οι τρεις "μικρές κλινικές ομάδες", βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία μεταξύ τους, αλλά και με τη "μεγάλη κλινική ομάδα" για κλινικούς χειρισμούς αλλά και άλλους, όπως εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς.

Η θεραπεία κρίνεται κατά περίπτωση, όχι μόνο βάσει της ψυχιατρικής νοσογραφίας αλλά και της ψυχολογικής δόμησης των δυνατοτήτων και των ισορροπιών του ίδιου και της οικογένειας, καθώς και των λειτουργικών διαδικασιών, μέσα στις οποίες εξελίσσονται οι δυσλειτουργίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι συνδυασμός:

- A. Βιολογικής παρέμβασης (Φαρμακευτική αγωγή)
- B. Ψυχολογικής θεραπείας και
- Γ. Βοήθειας σε κοινωνικό επίπεδο.

Πρέπει να επισημανθεί, ότι στα περισσότερα περιστατικά και ειδικότερα σε αυτά που αφορούν ψυχώσεις στην αρχική φάση ακολουθείται μια ποικιλία προσέγγισης, η οποία γίνεται από

ομάδα θεραπευτών. Αυτή περιλαμβάνει: επαφή με την οικογένεια, επίσκεψη στο σπίτι, συνεργασία με προγενέστερους θεραπευτές ή φορείς κ.α.

Η παραπάνω επιλογή είναι αναγκαία για μια σειρά από λόγους, όπως η θεραπευτική συνέχεια, ή εμπλοκή της οικογένειας στο θεραπευτικό σχήμα κτλ.

5.2 Στελέχωση των Κ.Ψ.Υ.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί (βλ. προηγ. κεφ.) η στελέχωση των Κ.Ψ.Υ. είναι ένα πολύ μεγάλο ζήτημα στο οποίο υπάρχουν πολλές δυσκολίες και ελλείψεις. Όπως είναι φυσικό τα συγκεκριμένα Κ.Ψ.Υ. που εξετάζονται στο παρόν κεφάλαιο αντιμετωπίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό αυτά τα προβλήματα εκτός των άλλων και για το λόγο πως είναι τα πρώτα Κ.Ψ.Υ. που λειτούργησαν στη χώρα μας.

Το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου είναι το μοναδικό Κ.Ψ.Υ. για το οποίο έχει εκδοθεί Εσωτερικός Κανονισμός λειτουργίας (Φ.Ε.Κ. 777/Β/26.10.88). Σύμφωνα με αυτό, για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. προβλέπονται 20 θέσεις επιστημονικού και μη προσωπικού.

Ο Εσωτερικός Κανονισμός του Κ.Ψ.Υ. συμπληρώθηκε στις 20/04/89 και στις προβλεπόμενες θέσεις προσωπικού προστέθηκαν άλλες 15 θέσεις συνολικά (πίνακας 5.2).

Χαρακτηριστικό και των 2 αποφάσεων είναι πως οι θέσεις των ιατρών /ψυχιάτρων δεν αναφέρονται λόγω του ότι ποτέ δεν προκηρύχθηκαν.

Αυτό συνέβη διότι όταν δημιουργήθηκαν τα Κ.Ψ.Υ. ,τα αρμόδια Νοσοκομεία που διοικητικά είχαν την ευθύνη γι'αυτά,

πλήρωσαν τις θέσεις αρχικά με δικής τους επιλογής προσωπικό. Προσλήψεις επιστημονικού προσωπικού άρχισαν να γίνονται από τις αρχές του 1994.

Έτσι το 1995 από τις θέσεις που προβλέπονταν, 20 ήταν καλυμμένες (πίνακας 5.2.1).

Στη διάρκεια του 1995 έγιναν προσλήψεις τόσο επιστημονικού όσο και βοηθητικού προσωπικού και έτσι το 1996 ο αριθμός υπάρχοντος προσωπικού έφτασε τα 24 άτομα.

Στους πίνακες 5.2, 5.2.1, παρουσιάζεται αντίστοιχα το προβλεπόμενο προσωπικό, το υφιστάμενο προσωπικό το 1995 και το υφιστάμενο προσωπικό σήμερα (στοιχεία 1996).

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
	1 Διευθ/ντης Ψυχίατρος
	4 Επιμελητές Α (Ψυχίατροι)
	2 Επιμελητές Β (Ψυχίατροι)
	1 Επιμελητής Α (Παιδοψ/τρος)
	1 Επιμελητής Β (Παιδ/τρος)
	5 Ψυχολόγοι
	7 Κοινωνικοί Λειτουργοί
	3 Νοσηλεύτριες
	3 Επισκ. Υγείας
	5 Διοικητικοί Υπάλληλοι
	3 Εργοθεραπευτές
	4 Καθαρίστριες
	1 Επιμελητής
	1 Λογοθεραπευτής
ΣΥΝΟΛΟ:	41

Πίνακας 5.2 Προβλεπόμενες θέσεις προσωπικού κατά ειδικότητα στο Κ.Ψ.Υ.
Πηγή :Φ.Ε.Κ. 777/Β/26-10-88

Επιστημονικό προσωπικό	
Υπηρεσία ενηλίκων	
	* Ψυχίατροι 4
	* Νοσηλευτ. 2
	* Κοινων. Λειτ. 2
	* ψυχολόγοι 1

* Εργοθερ. -
* Επισκ. 3
* Διοικητ. 2
Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία
* Παιδοψυχ. 1
* Νοσηλευτ. 1
* Κοινων. Λειτουργ. 2
* Ψυχολόγοι 1
* Εργοθερ. -
* Ψυχοπαίδ. -
* Λογοθερ. -
* Διοικητικοί 1

Πίνακας 5.2.1 Υπάρχον προσωπικό κατά ειδικότητα το 1995

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ.-Ιδία Έρευνα

- 1 ψυχίατρος απουσίαζε με αναρρωτική άδεια για 5 μήνες
- 1 ψυχίατρος αποχώρησε από την υπηρεσία την 12/05/95
- 1 κοινωνικός λειτουργός αποχώρησε από την υπηρεσία την 30/06/95.

Από αυτές τις θέσεις πληρούνται σήμερα οι εξής:

Υπαρχον προσωπικό κατά ειδικότητα
1 Διευθυντής Ψυχίατρος
2 Επιμελητές Α (Ψυχίατρος/παιδοψυχίατρος)
1 Επιμελητής Β (Ψυχίατρος με απόσπαση)
1 Επιμελητής Β (Παιδοψυχίατρος)
4 Ψυχολόγοι
4 Κοινωνικοί λειτουργοί
3 Νοσηλεύτριες
3 Επισκέπτριες υγείας
3 Διοικητικοί υπάλληλοι
1 Επιμελητής μονάδας (βοηθητικό προσωπικό)
1 Καθαρίστρια
ΣΥΝΟΛΟ: 24

Πίνακας 5.2.2 Υπάρχον προσωπικό κατά ειδικότητα

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ.

Η σχέση που υπάρχει μεταξύ των οργανικών και υπάρχοντων θέσεων φαίνεται καλύτερα από τον πίνακα 5.2.3:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
Ψυχίατροι	9	5	4
Ψυχολόγοι	5	4	1
Κοινωνικοί Λειτ.	7	4	3
Νοσηλ.	3	3	-
Ψυχολόγοι	3	3	-
Κοινωνικοί Λειτ.	5	3	2
Εργοθερ.	3	-	3
Καθαριστρ.	4	1	3
Λογοθεραπευτές	1	--	1
Επιμελ.	1	1	-
ΣΥΝΟΛΟ	41	24	16

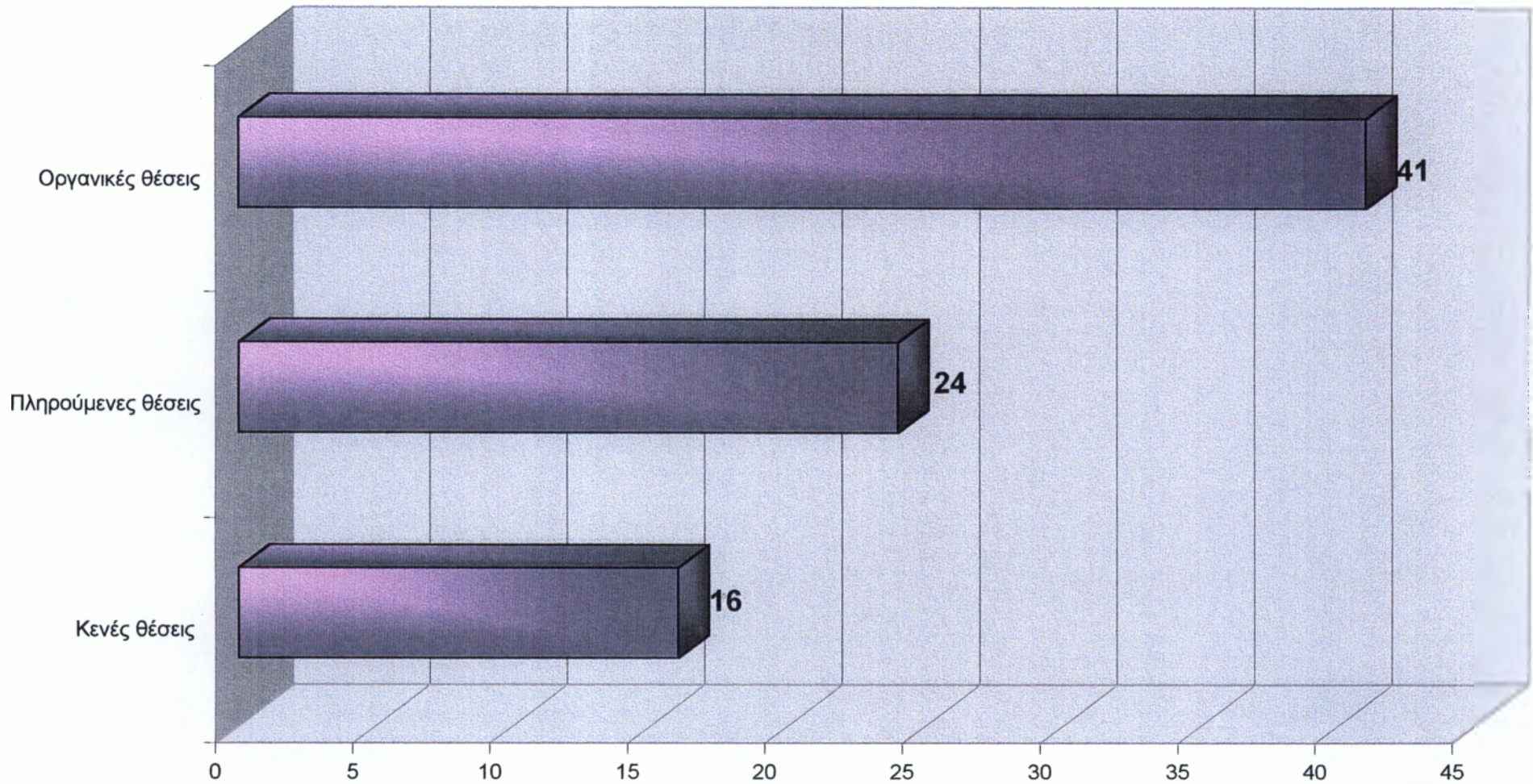
Πίνακας 5.2.3 Οργανικές-πληρούμενες θέσεις κατά ειδικότητα
Πηγή: Ιδία έρευνα

Όπως φαίνεται και από τα παρατιθέμενα στοιχεία υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός κενών θέσεων προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες. Αυτό αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα για το Κ.Ψ.Υ. το οποίο σε γενικά πλαίσια υπολειτουργεί αφού υπάρχει μη πλήρωση σε καίριες ειδικότητες όπως αυτή του Ψυχιάτρου, του Εργοθεραπευτή και του Κοινωνικού Λειτουργού.

Εκφρασμένες σε ποσοστά οι κενές θέσεις αποτελούν το 40% σε σχέση με το 60% των υπάρχοντων θέσεων που είναι σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα για τα δεδομένα της χώρας μας.

Όπως φαίνεται από την σύγκριση των 2 συνόλων (προβλεπόμενο-υπάρχον προσωπικό) η πληρότητα του Κ.Ψ.Υ. σε προσωπικό ανέρχεται στο 60% περίπου.

Σχέση Οργανικών-Υπαρχόντων θέσεων προσωπικού στο Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου



Για το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου δεν έχει εκδοθεί ακόμη Συστατική Πράξη και Εσωτερικός Κανονισμός που να ρυθμίζει τη λειτουργία του. Το ΚΕ.Σ.Υ. με επανακοινοποίηση της απόφασης της 59^{ης} Ολομέλειας έστειλε στις 31-10-96 μια απόφαση η οποία αποτελεί έναν «Εσωτερικό Κανονισμό Κ.Ψ.Υ.» καθώς και μια Συστατική Πράξη η οποία δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένα πιστό αντίγραφο του Εσωτερικού Κανονισμού και της Συστατικής Πράξης (Φ.Ε.Κ.777/Β/28-10-88) που ψηφίστηκε για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου τροποποιημένο στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου μέσω της Διεύθυνσης Ιατρικής Αντίληψης ως Φ.Ε.Κ. ίδρυσης αυτού με χειρόγραφες διορθώσεις όπου χρειαζόνταν (π.χ. στις ημερομηνίες και στις επωνυμίες)!

Λόγω της έλλειψης Εσωτερικού Κανονισμού στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, το προσωπικό που προβλέπεται είναι το ίδιο με αυτό του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής και για' αυτό κρίνεται σκόπιμο η μη παρουσίαση του για 2^η φορά.

Σύμφωνα με στοιχεία του 1995 στο κέντρο υπηρετούν 19 άτομα και στις δύο υπηρεσίες του Κ.Ψ.Υ. (πίνακας 5.2.4).

ΥΠΑΡΧΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
Υπηρεσία για ενήλικους	
*Ψυχίατροι	4
*Κοιν. Λειτουργοί	3
*Ψυχολόγοι	4
* Άλλες ειδικότητες	4
*Διοικητικοί	2
Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία	
*Ψυχολόγοι	1
*Λογοθεραπευτές	1
ΣΥΝΟΛΟ 19	

Πίνακας 5.2.4 Υπάρχον προσωπικό στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου (στοιχεία 1995)

Πηγή :Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. ίδια Έρευνα

Ειδικότητα	Οργανικές θέσεις	Υπηρετούντες θέσεις	Κενές θέσεις
Ψυχίατροι	9	4	5
Ψυχολόγοι	5	5	0
Κοινωνικοί Λειτουργοί	7	3	4
Νοσηλεύτες	3	0	3
Επισκέπτες Υγείας	3	*	0
Διοικητικοί Υπάλληλοι	5	2	3
Εργοθεραπευτές	3	0	3
Καθαρίστριες	4	*	0
Επιμελητές	1	*	0
Λογοθεραπευτές	1	1	0
Σύνολο	41	19	12

Πίνακας 5.2.5 Σχέση οργανικών και κενών θέσεων προσωπικού (στοιχεία 1995)

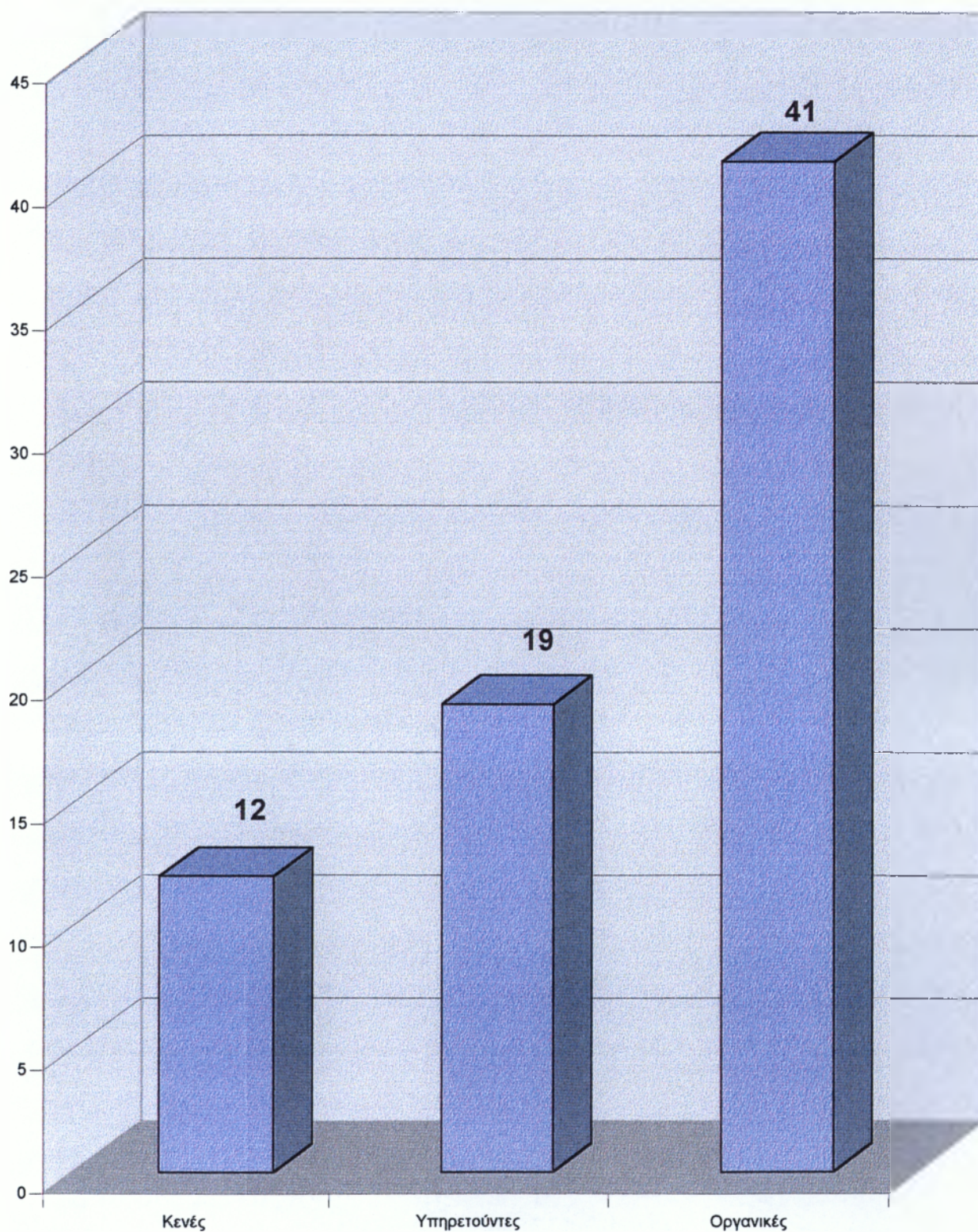
Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα

- γι'αυτές τις ειδικότητες δεν γνωρίζουμε ακριβώς το προσωπικό αφού συμπεριλαμβάνονται στην κατηγορία «άλλες ειδικότητες».

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 5.2.5. υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και ειδικά σε θέσεις επιστημονικού προσωπικού όπως αυτή του ψυχιάτρου και του νοσηλευτή.

Εκφρασμένες σε ποσοστά οι κενές θέσεις αποτελούν το 53% σε σχέση με το 47% των υπαρχόντων θέσεων που είναι σε χαμηλά επίπεδα.

Σχέση Οργανικών-Πληρούμενων-Κενών θέσεων προσωπικού στο κ.Ψ.Υ. Περιστέρου



5.3 Το φάσμα των υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ.

Στα Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και Περιστερίου εξυπηρετούνται -όπως αναφέρθηκε- άτομα που φτάνουν εκεί με ραντεβού ή ως «έκτακτα περιστατικά» καθώς και μια κατηγορία ατόμων που ενδιαφέρονται κυρίως για την έκδοση κάποιου πιστοποιητικού (π.χ. Δείκτης νοημοσύνης).

Εκτός όμως από αυτές τις υπηρεσίες, η διάθρωση του κέντρου παρέχει μια ευρύτερη παρέμβαση στη κοινότητα (προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης) η οποία εστιάζεται κυρίως στους γονείς, στους ηλικιωμένους και στην εκπαίδευση τόσο του προσωπικού του κέντρου, όσο και του προσωπικού άλλων φορέων.



Σχημ. 5.3 Το φάσμα υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ.

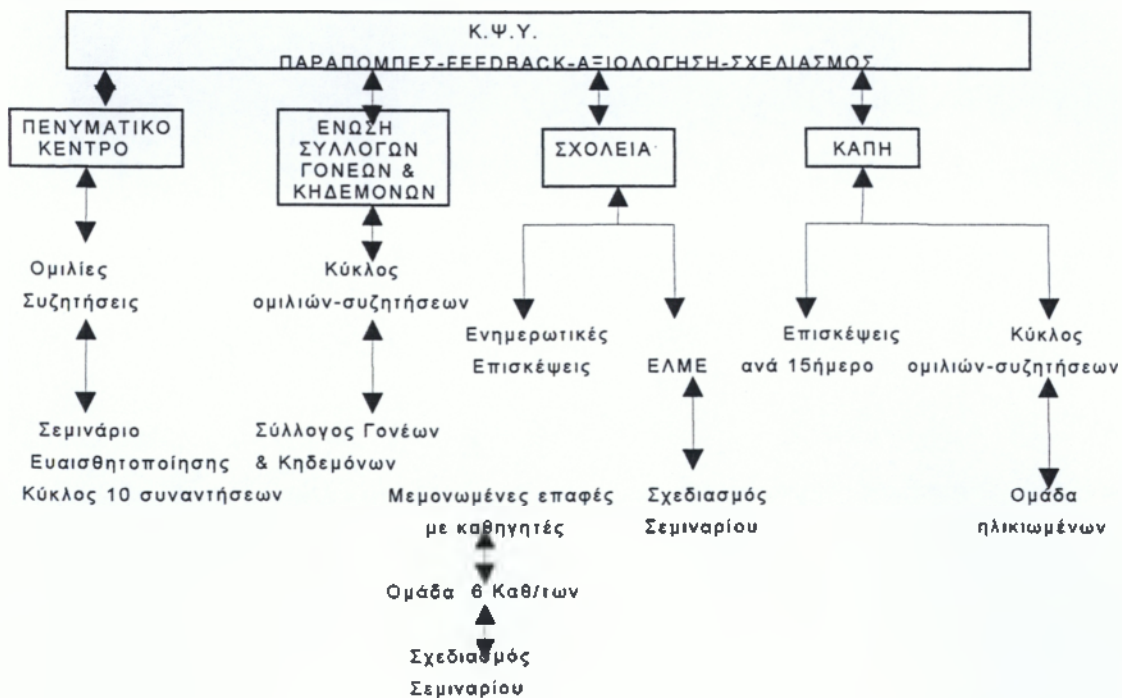
Πηγή: Ιδία έρευνα

Σχετικά με το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου, ο κ. Αθ. Κωνσταντόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής του Κέντρου αναφέρει: «... Ξεκινώντας την κοινοτική παρέμβαση αρχίσαμε τη γνωριμία με φορείς και υπηρεσίες που λειτουργούσαν στους δύο Δήμους Αγίας Παρασκευής, Χαλανδρίου. Έγινε καταγραφή των υπηρεσιών και αλληλοενημέρωση. Η συνεργασία μας σ'αυτή τη φάση περιορίστηκε στην αλληλοπαραπομπή περιστατικών.

προγράμματα αιτήματα και δεν βγήκαμε στην κοινότητα με ένα πρόγραμμα προσχεδιασμένο το οποίο πιθανά να μην ανταποκρίνεται και στις ανάγκες της κοινότητας.

Ανταποκρινόμαστε στα αιτήματα που μπορούμε και χρησιμοποιούμε το feedback που παίρνουμε από τους χρήστες των προγραμμάτων για το σχεδιασμό και την ιεράρχηση των επομένων μας παρεμβάσεων, σχεδιάζοντας ταυτόχρονα και ιεραρχώντας τα επόμενα βήματα.

Ο χώρος που χρησιμοποιούμε είναι αυτός της κοινότητας (Κ.Α.Π.Η., Κέντρο Νεότητας-Πνευματικό Κέντρο-Σχολεία-Σύλλογοι Γονέων), σε συνεργασία πάντα με το προσωπικό που εργάζεται εκεί. Εμείς έχουμε την επιστημονική ευθύνη, τη δομή, την οργάνωση. Κρατάμε σταθερά την ημέρα και ώρα, την αίθουσα και τα άτομα από τη διεπιστημονική ομάδα, που συνεργάζονται με τον εκάστοτε φορέα.



Σχήμα 5.3.1 Η παρέμβαση στην Κοινότητα (Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής – Χαλανδρίου)

Πηγή: Ιδία Έρευνα

... Θεωρούμε πρωταρχικής σημασίας τη συνεργασία του Κ.Ψ.Υ. με τους γονείς, μιας και η οικογένεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου.

Στο Δήμο Αγίας Παρασκευής ξεκινήσαμε αργανώνοντας σειρά ομιλιών που εντάχθηκαν στο ευρύτερο πλαίσιο ομιλιών του Πνευματικού Κέντρου του Δήμου. Οι ομιλίες αυτές κάλυψαν θέματα που αφορούσαν: τη σύγχρονη οικογένεια, κοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία. Στόχος αυτών των ομιλιών ήταν η γνωριμία και η ενημέρωση των κατοίκων του Δήμου, καθώς και η δυνατότητα εξερεύνησης των αναγκών και των αιτημάτων που θα αναδύοταν από το ακροατήριο. Ένα αίτημα που αναδύθηκε ήταν η οργάνωση Σεμιναρίου ευαισθητοποίησης γονέων, σε θέματα που αφορούν τις σχέσεις και τα προβλήματα στην οικογένεια (ο αριθμός των συναντήσεων ήταν εκ των προτέρων καθορισμένος, κάθε κύκλος Σεμιναρίου περιελάμβανε 10 συναντήσεις). Στόχος του Σεμιναρίου ήταν η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση-ενημέρωση των μελών του σε θέματα σχέσεων και δυσκολιών μέσα στην οικογένεια.

...Στο Χαλάνδρι συνεργαστήκαμε με την Ένωση Συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων όπου πλησιάσαμε τους γονείς μέσω αυτής. Οργανώθηκε και εκεί σειρά ομιλιών, με θέματα που εδώ αφορούσαν την οικογένεια, ψυχολογία παιδιών και εφήβων κτλ. Μέσα από αυτή τη συνεργασία σύλλογοι γονέων από σχολεία του Χαλανδρίου ζήτησαν ομιλίες στο χώρο του σχολείου τους. Έχει ήδη ξεκινήσει αυτή η νέα μορφή συνεργασίας.

....Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν ενεργό παράγοντα της Ελληνικής οικογένειας. Μ'αυτή τη σκέψη ξεκίνησε η συνεργασία του Κ.Ψ.Υ. με τα Κ.Α.Π.Η. των δύο Δήμων.

Σε πρώτη φάση υπήρξε η συνεργασία με το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η., με σκοπό το σχεδιασμό συνεργασίας βάση των αναγκών και των δυνατοτήτων στα πλαίσια της λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. Και στα δύο Κ.Α.Π.Η. ξεκινήσαμε με ομιλίες, γενικά για

τη σύγχρονη κοινωνία και την τρίτη ηλικία, με στόχο τη γνωριμία μαζί τους.

...Στο Κ.Α.Π.Η. Χαλανδρίου λειτουργεί ψυχογηριατρικό ιατρείο και γίνονται ομιλίες σε τακτά διαστήματα.

... Στο Κ.Α.Π.Η. Αγίας Παρασκευής λειτουργεί ομάδα συζήτησης (κάθε 15 ημέρες, 20-30 μέλη) . Ξεκινούν με μικρές εισηγήσεις γύρω από τα θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία και που καθορίζονται από τους συμμετέχοντες.

Μέσα από αυτές τις συναντήσεις δίνονται ερεθίσματα που θα βοηθήσουν τα μέλη της ομάδας αυτής να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους, τις εμπειρίες τους, τις γνώσεις και τα συναισθήματα τους, ώστε να βοηθηθούν στην ανακάλυψη καινούργιων ενδιαφερόντων και στη συνέχιση και αξιοποίηση της Ελληνικής παράδοσης του σήμερα.

Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά κοινοτικά στοιχεία του κέντρου για το έτος 1995 δαπανήθηκαν οι εξής εργατώρες σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης:

Κατανομή εργατωρών για το 1995

Εργατώρες	Σκοπός/πρόγρ.
135,5	Κ.Α.Π.Η.
75	Πνευματ. Κέντρο
106,5	Επισκ.κατ,οίκον
2	Σχολεία
1	Σύλλογοι
34	Εξωτερικοί φορείς
ΣΥΝΟΛΟ 354	

Πίνακας 5.3.1 Εργατώρες που δαπανήθηκαν το 1995

Πηγή: Ιδία έρευνα

Οι περισσότερες εργατοώρες για το έτος 1995 δαπανήθηκαν σε προγράμματα που αφορούσαν τα Κ.Α.Π.Η. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως δίνεται μεγαλύτερη προσοχή σε αυτά τα προγράμματα από μέρους του Κ.Ψ.Υ. αλλά το πιο πιθανόν είναι αυτά τα προγράμματα να έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή εκ μέρους του κοινού και για αυτό το λόγο να χρειάζεται να δαπανηθούν περισσότερες ώρες. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπόψη και η φύση των προγραμμάτων. Έτσι πιθανόν στα Κ.Α.Π.Η. τα προγράμματα να είναι μεγαλύτερης διάρκειας και συνεπώς να απορροφούν περισσότερες εργατοώρες.

Ένα άλλο στοιχείο που φαίνεται σε αυτά τα στοιχεία είναι οι επισκέψεις κατ'οίκον. Η δραστηριότητα αυτή του κέντρου εξ'ορισμού δεν συμπεριλαμβάνεται στα κοινοτικά προγράμματα αλλά αποτελεί επέκταση της αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών. Επειδή όμως γι'αυτό το σκοπό δαπανούνται ώρες από το προσωπικό, συμπεριλαμβάνεται μαζί με τις άλλες δραστηριότητες κοινοτικής παρέμβασης του Κ.Ψ.Υ.

Ειδικότερα οι ώρες που δαπανήθηκαν κατά εργαζόμενο συνολικά για όλες τις δραστηριότητες του κέντρου τα έτη 1995, 1996 ήταν:

(1995)

Προγράμματα μη συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ.

Ειδικότητα	Ωρες
Ψυχίατρος Επιμ.Α	299
Ψυχίατρος Επιμ.Β	40
Διευθυντης Ψυχιατρ.	135
Παιδοψυχ. Επιμ Β	220
Ψυχίατρος Επιμ.Β	138
Ψυχολόγος Π.Ε.	215

Ψυχολόγος Π.Ε.	196
Διοικητικός Τ.Ε.	4
Κοινωνικός Λειτουργ. Τ.Ε.	220
Κοινωνικός Λειτουργ. Τ.Ε.	243
Κοινωνικός Λειτουργ. Τ.Ε.	146,5
Κοινωνικός Λειτουργ. Τ.Ε.	30
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	168
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	108
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	201,5
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	94
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	154
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	225
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:	2837
Μ.Ο. ανά εργ.	157,6

Πίνακας 5.3.2 Εργατώρες που δαπανήθηκαν σε προγράμματα μη συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ.

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα

Όπως είναι αναμενόμενο οι περισσότερες ώρες δαπανούνται από Ψυχιάτρους, Παιδοψυχιάτρους και Κοινωνικούς Λειτουργούς δηλαδή το πλέον επιστημονικό προσωπικό του κέντρου.

(1995):

Προγράμματα συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ.

Ειδικότητα	Ωρες
Διοικητικός Π.Ε.	45
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	45
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	45
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	45
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:	180
Μ.Ο. ανά εργ.	45

Πίνακας 5.3.3 Εργατώρες που δαπανήθηκαν σε προγράμματα συγχρηματοδοτούμενα από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα.

(1996):

Προγράμματα μη συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ.

Ειδικότητα	Ωρες
Ψυχίατρος Επιμ. Α	279
Δ/ντης Ψυχίατρος	171
Παιδοψυχ. Επιμ. Β	231
Ψυχίατρος Επιμ. Β	174
Ψυχίατρος Επιμ. Α	24
Ψυχολόγος Π.Ε.	341
Ψυχολόγος Π.Ε.	505
Διοικητικός Π.Ε.	4
Κοινων. Λειτ. Τ.Ε.	222
Κοινων. Λειτ. Τ.Ε.	30
Κοινων. Λειτ. Τ.Ε.	230
Κοινων. Λειτ. Τ.Ε.	76
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	146
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	152,5
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	137
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	189
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	80
Επισκ. Υγείας Τ.Ε.	105
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:	3096,5
Μ.Ο. ανά εργ.	172

Πίνακας 5.3.4 Εργατοώρες που δαπανήθηκαν ανά εργαζόμενο σε προγράμματα μη συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ.

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα

Ατομα που συμμετείχαν στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης

Σκοπός/Πρόγραμμα	Ατομα
Κ.Α.Π.Η.	99
Πνευματικό Κέντρο	
* σεμινάριο ευαισθητοποίησης	279
* ομιλίες	110
Επισκέψεις κατ'οίκον	54
Σχολεία	--
Ομιλίες	50
Εξωτερικοί φορείς	1
ΣΥΝΟΛΟ	593

Πίνακας 5.3.5 Ατομα που συμμετείχαν στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης για το 1995

Πηγή: Ιδία έρευνα

Μεγάλη προσοχή δίνεται επίσης και στον τομέα της εκπαίδευσης τόσο του προσωπικού του Κ.Ψ.Υ. όσο και των άλλων φορέων που έρχονται σε επαφή με αυτό. Οι λόγοι για τους οποίους γίνεται αυτό είναι ευνόητοι. Για να μπορέσει το Κ.Ψ.Υ. να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κοινότητας δεν φτάνει μόνο να γνωρίζει αυτές. Θα πρέπει και το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό να είναι ικανά εκπαιδευμένο έτσι ώστε να γνωρίζει το σωστό τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων.

Η εκπαίδευση του προσωπικού του Κ.Ψ.Υ. ανανεώνεται συνεχώς μέσα από:

-εβδομαδιαίες συγκεντρώσεις της μεγάλης διεπιστημονικής ομάδας (όλο το προσωπικό), και των μικρότερων διεπιστημονικών ομάδων.

-ένα συνεχές πρόγραμμα εκπαίδευσης σε συνδυασμό και με άλλες ψυχιατρικές δομές.

- **επισκέψεις σε άλλες υπηρεσίες (ψυχιατρικές).**
- **συνέδρια.**
- **σεμινάρια.**
- **εκπαιδευτικά προγράμματα.**

Η εκπαίδευση του προσωπικού άλλων φορέων εκτός του Κ.Ψ.Υ. περιλαμβάνει τις εξής ομάδες προσωπικού:

- **εκτοετείς φοιτητές της Ιατρικής Σχολής**
- **φοιτητές των τμημάτων Νοσηλευτικής και**
- **Επισκεπτριών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Αθηνών.**
- **φοιτητές της ειδικότητας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής**
- **γενικοί γιατροί**
- **άλλες ιατρικές ειδικότητες**

Η εκπαίδευση του προσωπικού άλλων φορέων γίνεται από το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. το οποίο διδάσκει και εκπαιδεύει τις παραπάνω ειδικότητες προσωπικού πάνω σε γνωστικά αντικείμενα της αρμοδιότητας του. Έτσι τα Κ.Ψ.Υ. βρίσκεται σε συνεχή διασύνδεση με φορείς όπως:

- **το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.)**
- **τη Σχολή Δημόσιας Υγείας (Πρώην Υγειονομική Σχολή Αθηνών)**
- **το Ινστιτούτο Paster**
- **τα Γενικά Νοσοκομεία**
- **τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία**
- **τις Νοσηλευτικές Σχολές**

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου ασκεί και αυτό σημαντικό έργο σε αυτούς τους τομείς. Εκτός από τις κύριες υπηρεσίες, το Κ.Ψ.Υ. ειδικότερα παρέχει:

***Ενημέρωση στους κατοίκους του Δήμου Περιστερίου σε θέματα Ψυχικής υγείας με στόχο την πρόληψη, ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου.**

***Συμβουλευτική βοήθεια, ψυχιατρική εκτίμηση και θεραπεία σε άτομα κάθε ηλικίας χρησιμοποιώντας σύγχρονες μεθόδους σε μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση.**

***Συμβουλευτική υποστήριξη σε ζευγάρια ή οικογένειες που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα.**

***Άμεση βοήθεια σε επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα στο Κέντρο ή στο σπίτι για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους.**

***Ψυχολογική και Ψυχιατρική βοήθεια σε παιδιά και εφήβους. Συμβουλευτική βοήθεια σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού, ειδική εκπαίδευση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και λογοθεραπεία.**

Η διάθρωση του Κ.Ψ.Υ. παρέχει ευρύτερη παρέμβαση στην κοινότητα η οποία έχει χαρακτήρα:

- 1. Πρωτογενούς πρόληψης**
- 2. Δευτερογενούς πρόληψης**
- 3. Τριτογενούς πρόληψης**

μέσω των προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης που αναπτύσσει.

Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του έργου ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Βασικός στόχος της πρωτοβάθμιας παρέμβασης είναι η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, δηλαδή η μείωση των νέων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών στην Κοινότητα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι την αρχική περίοδο λειτουργίας παρατηρήθηκε προσέλευση μεγάλου αριθμού περιστατικών υπερηλίκων και μικρού αριθμού από περιστατικά όπως οι ψυχώσεις, τα οποία βρίσκονται στην Κοινότητα και τα οποία όταν υποτροπιάζουν, επανέρχονται στα μεγάλα άσυλα. Για το λόγο αυτό έγιναν οι εξής παρεμβάσεις:

- 1. τακτικές ομιλίες σε Κ.Α.Π.Η. με σκοπό την ενημέρωση και έγκαιρη παρέμβαση σε αιτήματα ανάλογου πληθυσμού**

2. Ερευνητική δουλειά πάνω στα ήδη υπάρχοντα περιστατικά του Κέντρου, έτσι ώστε να προσδιοριστεί το profile των πελατών του κέντρου, οι ανάγκες τους και το είδος των προβλημάτων τους.
3. Ερευνητική δουλειά στη κοινότητα του Περιστερίου, με σκοπό την επισήμανση των ψυχωτικών κατοίκων με ιστορικό νοσηλείας
4. Συμμετοχή σε εκδηλώσεις του Δήμου
5. Ομιλίες σε ραδιοφωνικούς σταθμούς

Οι παραπάνω εκδηλώσεις απέβλεπαν στη γνωριμία του Κ.Ψ.Υ. με την κοινότητα και την εγκατάσταση μιας συνεχούς σχέσης με αυτήν. Σημαντικό στοιχείο επίσης είναι και το γεγονός πως στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου δεν υπάρχει χρηματοδότηση από την Ε.Ε.

Ως δευτερογενής πρόληψη θεωρείται η μείωση διάρκειας των ψυχικών διαταραχών και των επιπτώσεων τους με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία τους.

Στο σημείο αυτό επισημαίνεται το εξής: το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου δημιουργήθηκε σε περιοχή η οποία έχει ιδιαίτερα προβλήματα και το αίτημα των κατοίκων ήταν και είναι αρκετά μεγάλο. Επειδή η λειτουργία του Κέντρου είναι σχετικά πρόσφατη, θεωρήθηκε η δευτερογενής πρόληψη ως ο κεντρικός άξονας των δραστηριοτήτων του.

Σχετικά με το εκπαιδευτικό έργο του Κ.Ψ.Υ. ισχύουν τα εξής: Από την έναρξη λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο αποτελούν αντικείμενο της εργασίας μας. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος παρουσιάζουν μέλη της θεραπευτικής ομάδας, θέματα ή άρθρα, τα οποία αφορούν την τρέχουσα φάση της εργασίας του Κ.Ψ.Υ. Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος μια φορά το μήνα υπάρχει εξωτερικός ομιλητής σε θέμα το οποίο αφορά τους προβληματισμούς της διεπιστημονικής ομάδας.

Μέλη του Κ.Ψ.Υ. αναλαμβάνουν δραστηριότητα εκπαιδευτού είτε εντός του Κ.Ψ.Υ. σε ομάδες φοιτητών που το επισκέπτονται στα πλαίσια των προγραμμάτων των σχολών τους, είτε ακτός του Κ.Ψ.Υ. προσκαλούμενοι από άλλους φορείς ή υπηρεσίες.

Επίσης στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου λειτουργεί εποπτεία σε κλινικά περιστατικά, η οποία έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα αλλά και κλινικό χαρακτήρα.

Αναφορικά με το ερευνητικό έργο του Κ.Ψ.Υ. ο Διοικητικός του Διευθυντής, κος Γ. Τυχόπουλος αναφέρει"... έχουν ήδη πραγματοποιηθεί ερευνητικά προγράμματα που αφορούσαν το σύνολο των πελαών μας ή ιδιαίτερες ομάδες όπως τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τους ψυχωσικούς κατοίκους Περιστερίου που νοσηλεύτηκαν στο παρελθόν σε κρατικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής. Με βάση αυτά έχουν γίνει δημοσιεύσεις σε ψυχιατρικά έντυπα, εργασιών του Κέντρου από ομάδες ή και μεμονωμένα μέλη του".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.
ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ-ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ
ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

6.1 Γενικά

Όπως είναι γνωστό βασικό στοιχείο για την εξέταση μιας μονάδας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως είναι τα Κ.Ψ.Υ., είναι εκτός από τις δυνατότητες παροχών που αυτή έχει και οι χρήστες αυτών των παροχών. Κατά κύριο λόγο οι χρήστες είναι αυτοί που κατευθύνουν τελικώς τη μονάδα στην παροχή εκείνων των υπηρεσιών που χρειάζονται. Είναι λοιπόν επόμενο μέσα στην όλη προσπάθεια παρουσίασης του θεσμού των Κ.Ψ.Υ. να γίνει και μια αναφορά στους χρήστες των συγκεκριμένων Κ.Ψ.Υ. που παρουσιάζονται.

Όσο αφορά τα αριθμητικά στοιχεία των 2 Κ.Ψ.Υ. δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής το γεγονός πως το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου βρίσκεται τοποθετημένο σε μια περιοχή κοντά στο Ψ.Ν.Α. Αντιθέτως το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου εξυπηρετεί πληθυσμό σε περιοχές που δεν υπάρχουν άλλες ψυχιατρικές Υπηρεσίες. Έτσι είναι φυσικό πως τα σύνολα που παρουσιάζονται στους πίνακες να είναι μεγαλύτερα για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου.

Μεγάλο ρόλο επίσης παίζουν και οι ταξικές διαφορές των 2 περιοχών. Είναι γεγονός πως στο Δήμο Περιστερίου και τους

γειτονικούς του, εκτός από Έλληνες κατοικούν και άλλες εθνικότητες όπως Τσιγγάνοι (Αγ. Βαρβάρα, Αιγάλεω), Αλβανοί (Βοτανικός), Πολωνοί και Ρώσοι (Κολωνός). Συνήθως τα άτομα αυτών των Εθνικοτήτων δεν προσέρχονται σε τέτοιου είδους υπηρεσίες, είτε γιατί δεν μπορούν (π.χ. δεν έχουν ασφάλιση ή εργασία), είτε γιατί δεν ξέρουν, είτε γιατί δεν θέλουν. Στους Δήμους Αγίας Παρασκευής και Χαλανδρίου το ποσοστό αυτών των εθνικοτήτων μειώνεται κατακόρυφα και κυρίως οι Δήμοι αυτοί κατοικούνται από Έλληνες αστούς.

6.2 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΛΑΤΕΙΑΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ Κ.Ψ.Υ.

6.2.1 Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου

Από την ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου ως σήμερα έχει υπολογιστεί πως εξετάστηκαν συνολικά 20.737 περιστατικά από τα οποία 4.085 ήταν νέα περιστατικά (1^η επαφή με το Κ.Ψ.Υ.) και 16.652 ήταν επαναληπτικά περιστατικά (σε αυτά τα νούμερα συμπεριλαμβάνεται και το πρώτο τρίμηνο του 1997). Από αυτά τα περιστατικά 13.784 εξετάσθηκαν στο τμήμα Ενηλίκων (2.168 νέα περιστατικά και 11.616 επαναληπτικά) και 6.913 εξετάσθηκαν στο Ιατροπαιδαγωγικό τμήμα (1.877 νέα περιστατικά και 5.036 επαναληπτικά).

Τα ποσά αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 6.2

ΕΤΗ	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 α τρίμ.	Συνολο
Νέα περιστ.	40*	262	410	567	641	630	605	705	225	4085
Επαναλ.	--	921	1688	2293	3063	3092	2589	2341	665	16652
ΣΥΝΟΛΟ	40	1183	2098	2860	3704	3722	3194	3046	890	20737

Πίνακας 6.2 Συγκεντρωτική πελατειακή κίνηση

Πηγή: Γραμματεία Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου-- Ιδία Έρευνα

Από τον πίνακα 6.2 και τις διαγραμματικές απεικονίσεις παρατηρούμε πως από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας υπάρχει μια σταθερή αύξηση των νέων περιστατικών που φτάνουν στο Κ.Ψ.Υ. Η αύξηση αυτή κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στις δραστηριότητες του Κ.Ψ.Υ. με σκοπό τη γνωριμία του με το κοινό. Με αυτές το κοινό αρχίζει να γνωρίζει το Κ.Ψ.Υ. , το εμπιστεύεται με αποτέλεσμα να απευθύνεται σε αυτό. Αυτή η κατάσταση διατηρείται ως το 1993. Στα επόμενα χρόνια που ακολουθούν παρουσιάζονται αυξομειώσεις στα νέα περιστατικά που φτάνουν στο Κ.Ψ.Υ. Οι αυξομειώσεις αυτές σύμφωνα και με τον Διευθυντή του Κέντρου κο Κωνσταντόπουλο είναι φυσιολογικές και εξαρτώνται αποκλειστικά από το επίπεδο παρουσίασης ψυχικών προβλημάτων του πληθυσμού.

Ακόμη θα πρέπει να συμπεριληφθεί ως καθοριστικός παράγοντας το γεγονός πως κατά την έναρξη λειτουργίας του, το Κ.Ψ.Υ. είχε ως περιοχή ευθύνης μόνο τον Δήμο Αγίας Παρασκευής. Από την περίοδο όμως υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις Νομαρχίες ο πληθυσμός ευθύνης αυξήθηκε και συνεπώς είναι λογικό να αυξάνονται και τα περιστατικά που φτάνουν στο Κ.Ψ.Υ.

Το ίδιο γεγονός ενισχύθηκε και από την προσάρτηση του Δήμου Χαλανδρίου στις αρμοδιότητες του Κ.Ψ.Υ.

Σχετικά με τα επαναληπτικά περιστατικά παρατηρούμε τα εξής: Ως το 1994 υπάρχει μια σταθερή αύξηση των επαναληπτικών περιστατικών. Αυτό ερμηνεύεται με διάφορους τρόπους

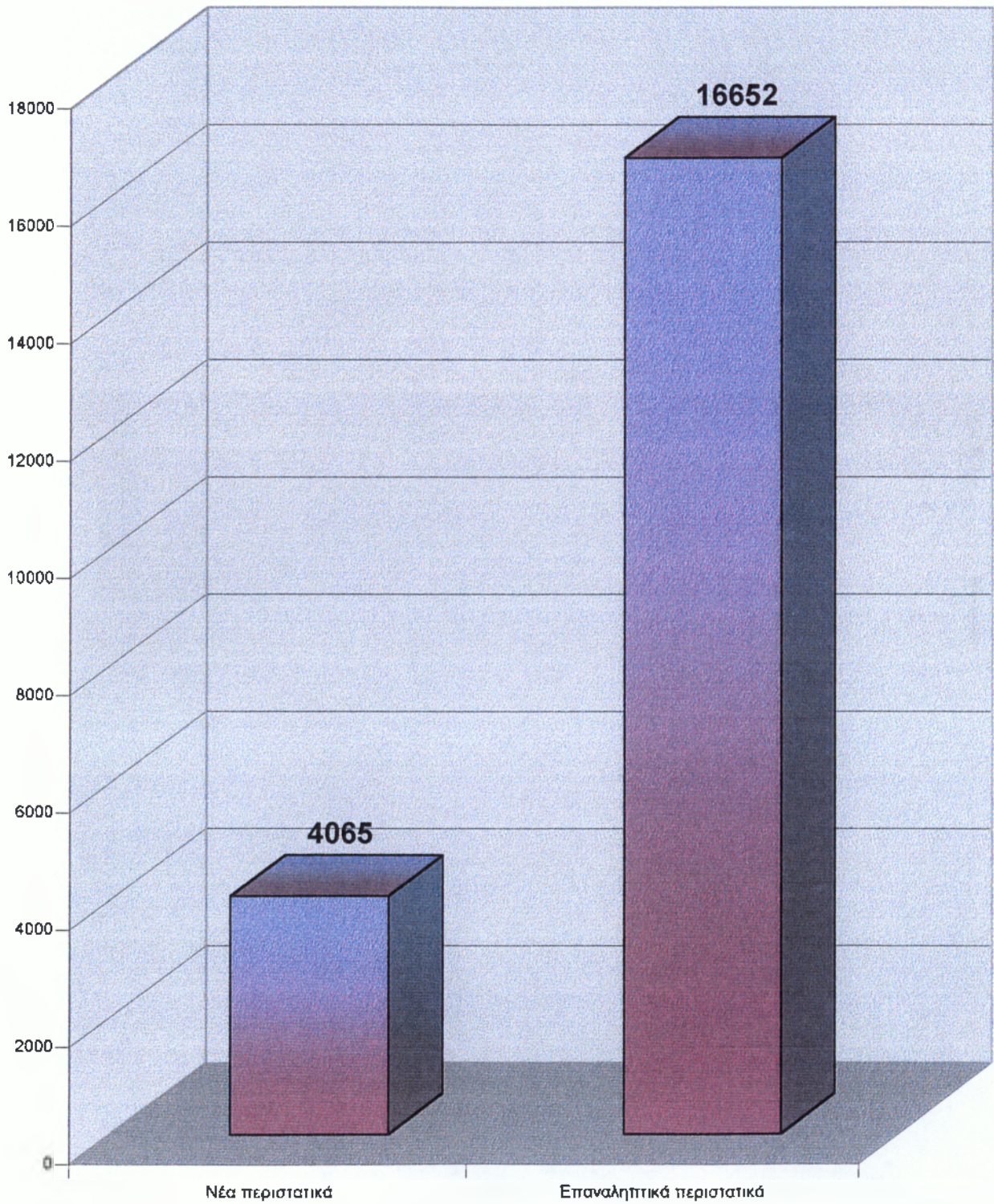
-Ο πληθυσμός έχει αρχίσει να εμπιστεύεται τη γνώμη των ειδικών και γι'αυτό τους συμβουλευεται σε κάθε πρόβλημα του.

-Υπάρχει το φυσιολογικό φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας (revolving door), κατά το οποίο κάποιος που αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής υγείας εμπλέκεται σε ένα σύστημα που είναι δύσκολο να βγει από αυτό. Έτσι παγιδεύεται και αναγκάζεται να γυρίσει πίσω για εξετάσεις.

-Επίσης υπάρχει και ο φόβος από το περιβάλλον και τον ίδιο τον ασθενή σχετικά με την ίαση και έτσι επανέρχεται για εξετάσεις.

-Τέλος μεγάλο ρόλο παίζει και η αντιμετώπιση των διαφόρων περιστατικών από το Κ.Ψ.Υ. Έτσι όταν επιλέγεται σαν τρόπος αντιμετώπισης π.χ. η συμβουλευτική παρέμβαση, ο ασθενής παρακολουθείται και όπως είναι αυτονόητο χρειάζεται να επανέρθει στο Κ.Ψ.Υ. για εξετάσεις ξανά.

Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ.



Η αναλογία που υπάρχει ανάμεσα στα νέα και στα επαναληπτικά περιστατικά είναι 1/4. Αυτό σημαίνει πως σε ένα νέο περιστατικό αναλογούν κατά Μ.Ο. 4 επαναληπτικά ή αλλιώς κάθε ασθενής που εξετάζεται στο Κ.Ψ.Υ. επανέρχεται κατά Μ.Ο. 4 φορές στο Κ.Ψ.Υ.

Πιο αναλυτικά τα νούμερα του πίνακα 6.2 εκφράζονται ως εξής:

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΤΗ	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*2	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	--*1	114	254	343	368	349	310	307	123	2168
ΕΠΑΝΑΛΗΠΤ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	--	437	985	1485	2262	2466	1924	1608	449	11616
ΣΥΝΟΛΟ	--	551	1239	1828	2630	2815	2234	1915	572	13784

Πίνακας 6.2.1.1 Διαχρονική πελατειακή κίνηση στην Υπηρεσία Ενηλίκων.

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου – Ιδία Έρευνα.

*1 Δεν υπάρχουν στοιχεία λόγω έλλειψης μηχανογράφησης.

*2 Τα στοιχεία αφορούν μόνο το α΄ τρίμηνο

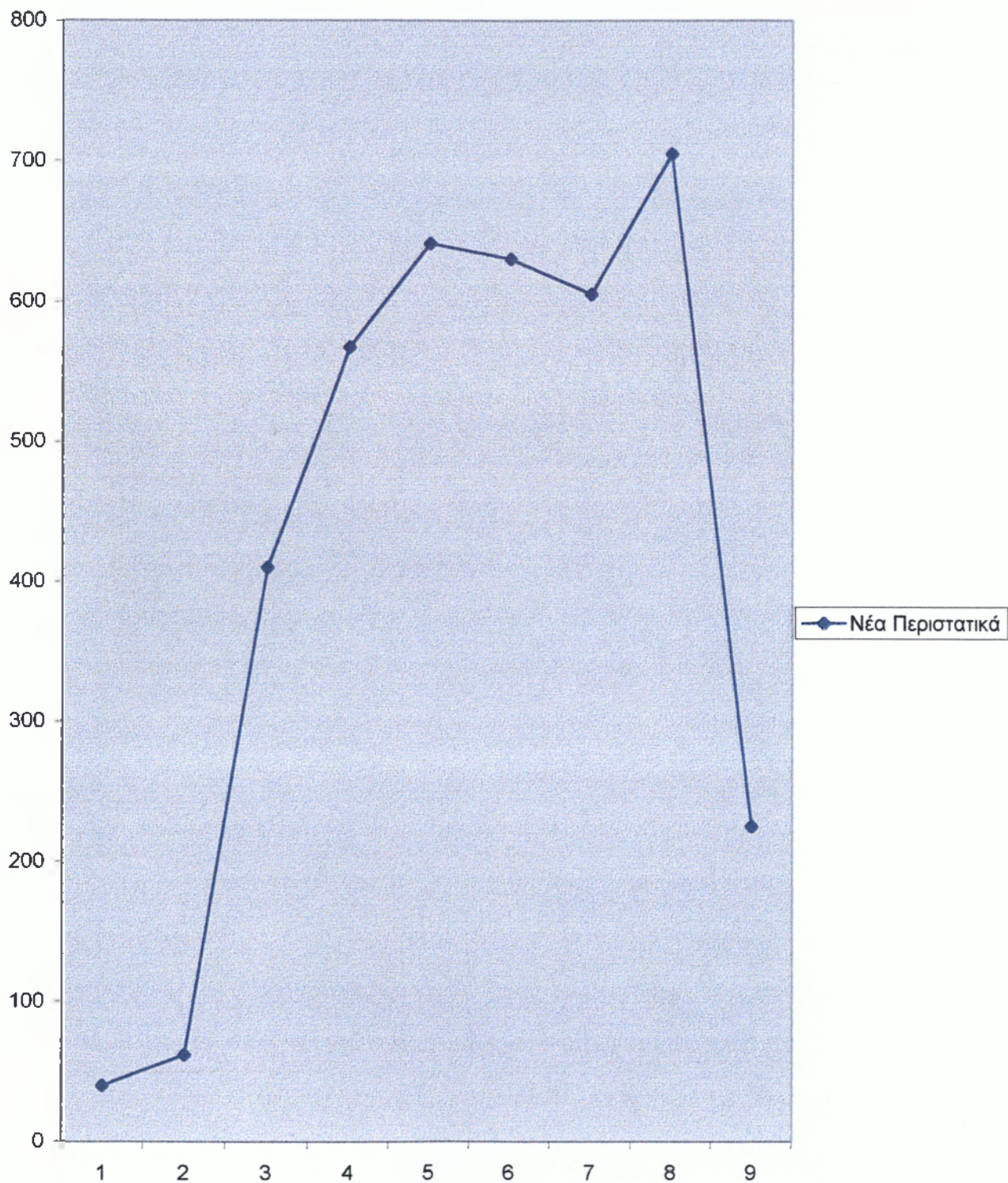
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΕΤΗ	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997*	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	40*	148	156	224	273	281	295	398	102	1917
ΕΠΑΝΑΛΗΠΤ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	--	484	703	808	801	626	665	733	216	5036
ΣΥΝΟΛΟ	40	632	859	1032	1074	907	960	1131	318	6953

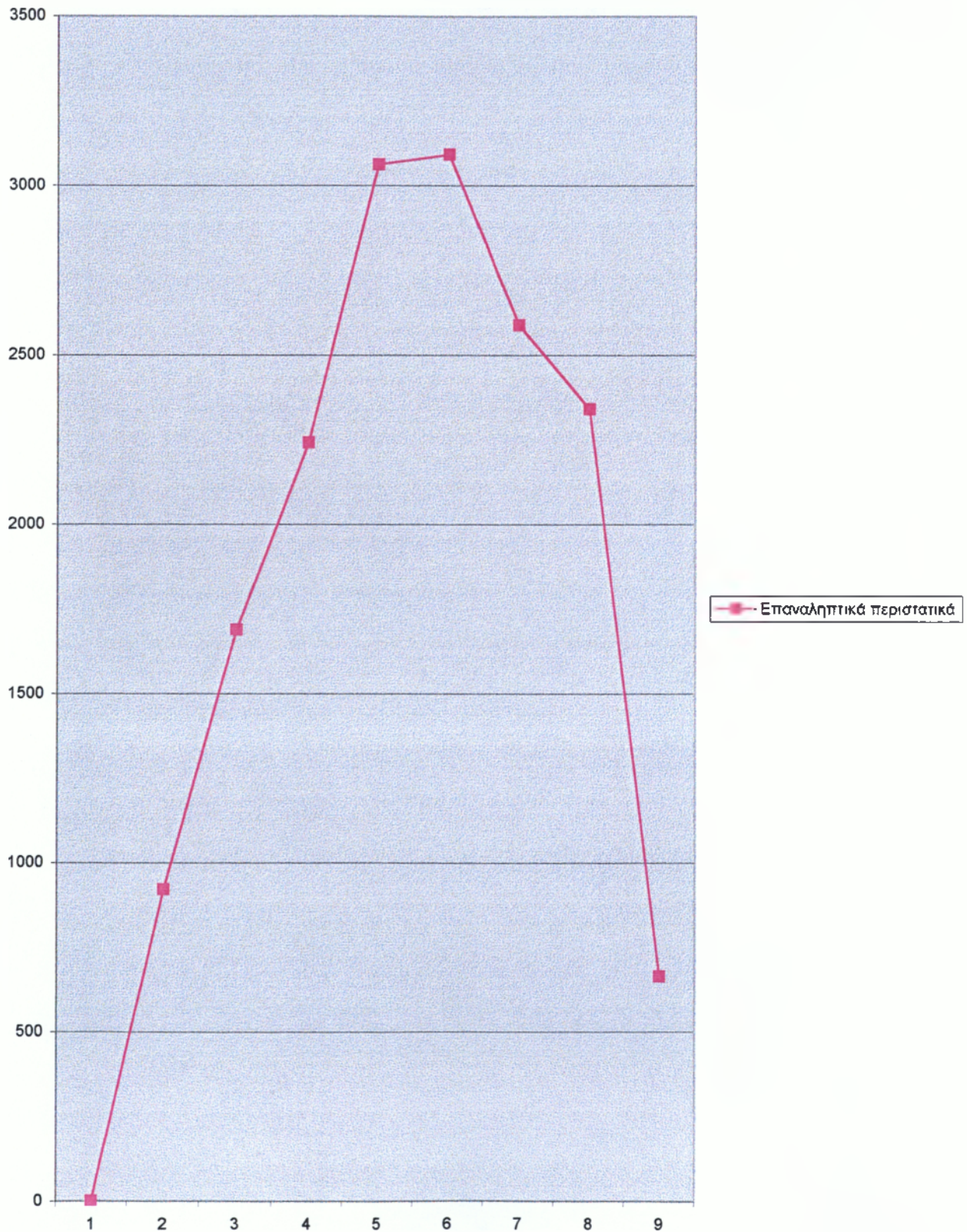
Πίνακας 6.2.1.2 Διαχρονική πελατειακή κίνηση στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου – Ιδία Έρευνα.

Στοιχεία Νέων περιστατικών που εξετάστηκαν στο Κ.Ψ.Υ. Από την ημερομηνία έναρξης ως σήμερα



Στοιχεία Επαναληπτικών Περιστατικών που εξετάστηκαν στο Κ.Ψ.Υ.



6.2.2 Πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου

Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία της γραμματείας του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, έχει υπολογιστεί πως από τον Μάρτιο του 1990 ως τον Δεκέμβριο του 1996, έχουν εξυπηρετηθεί στο Κ.Ψ.Υ. 23500 περιστατικά. Ειδικότερα κατά τη διάρκεια του 1995 εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Κ.Ψ.Υ. συνολικά 4494 περιστατικά, από τα οποία 489 ήταν νέα περιστατικά (1^η επαφή με το Κ.Ψ.Υ.) και 4005 ήταν επαναληπτικά περιστατικά (συστηματικές θεραπείες). Από αυτά τα περιστατικά 4065 εξετάστηκαν στο τμήμα ενηλίκων (367 νέα περιστατικά και 3698 επαναληπτικά) και 429 εξετάσθηκαν στο ιατροπαιδαγωγικό τμήμα (122 νέα περιστατικά και 307 επαναληπτικά).

Τα ποσά αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 6.2.2

	Υπηρεσία Ενηλίκων	Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία	Σύνολο
Νέα περιστατικά	367	122	489
Επαναληπτ. Περιστατικά	3698	307	4005
Σύνολο	40665	429	4494

Πίνακας 6.2.2 Πελατειακή κίνηση του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου το 1995.

Πηγή :Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ.– Ιδία Έρευνα.

6.3 Μερικά στοιχεία για τους χρήστες των υπηρεσιών

Για μια υπηρεσία όπως τα Κ.Ψ.Υ. αυτό που έχει μεγάλη σημασία πέρα από τα αναπτυσσόμενα προγράμματα και τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι η απήχηση που έχουν αυτά στο

κοινό που απευθύνονται. Για το λόγο αυτό λοιπόν οι χρήστες των παροχών των Κ.Ψ.Υ. αποτελούν ένα από τα πιο βασικά στοιχεία για την εξέταση των μονάδων αυτών.

6.3.1 Το φύλο των χρηστών

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία των γραμματειών των Κ.Ψ.Υ. για το έτος 1995 διαπιστώνεται πως υπάρχει μια σαφής υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στην Υπηρεσία Ενηλίκων (1785 γυναίκες έναντι 449 ανδρών στο Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και 1430 άνδρες έναντι 2635 γυναικών στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου) ενώ στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία ισχύει το αντίθετο (293 αγόρια έναντι 147 κοριτσιών στο Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και 250 αγόρια έναντι 170 κοριτσιών στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου). Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται στους πίνακες 6.3.1, 6.3.2.

	Υπηρεσία Ενηλίκων		Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία		
	Ανδρες	Γυναίκες	Αγόρια	Κορίτσια	Γονείς
Αριθμ. Ασθενών που εξεταστ. για πρώτη φορά	96	214	91	37	167
Συνολικός αριθμ. που εξετάσθηκαν.	449	1785	293	147	353

Πίνακας 6.3.1 Στοιχεία κίνησης εξωτερικών ιατρείων για το 1995.

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου- Ιδία Έρευνα.

	Υπηρεσία ενηλίκων		Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία	
	Ανδρες	Γυναίκες	Αγόρια	Κορίτσια
Αριθμός νέων Περιστατικών	139	228	71	51
Συνολικός αριθμός Περιστατικών	1430	2635	250	170

Πίνακας 6.3.2 Στοιχεία κίνησης εξωτερικών ιατρείων για το 1995.

Πηγή :Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου- Ιδία Έρευνα.

Στην προσπάθεια ανάλυσης των παραπάνω δεδομένων, οι Διευθυντές των συγκεκριμένων Κ.Ψ.Υ. υποστηρίζουν πως τα ανωτέρω στοιχεία οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες εμπιστεύονται περισσότερο το Κ.Ψ.Υ. απ'ότι οι άνδρες. Αυτό όμως είναι σχετικό. Δεδομένου πως οι γυναίκες είναι αυτές που κατά κύριο λόγο στην Ελληνική οικογένεια μένουν περισσότερο στο σπίτι, είναι φυσικό να ενημερώνονται περισσότερο περί των νέων υπηρεσιών στην γειτονιά τους. Επίσης, τις περισσότερες φορές οι μητέρες είναι αυτές που ασχολούνται με το σχολείο των παιδιών και έτσι μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων που ανέπτυξε το Κ.Ψ.Υ. στα σχολεία της περιοχής ήρθαν σε επαφή μαζί του.

Εξάλλου οι γυναίκες από τη φύση τους είναι πιο συναισθηματικές και γι'αυτό το λόγο φορτίζονται περισσότερο σύμφωνα με τους κους Παπαδόπουλο και Νταϊλιάνη, Ψυχολόγους του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου. Η σύγχρονη εποχή γεμίζει με άγχος τη γυναίκα που πια διαδραματίζει πολλαπλό ρόλο (εργαζόμενη, νοικοκυρά, σύζυγος, μητέρα). Ο ίδιος ο ρυθμός της ζωής της την γεμίζει με άγχη τα οποία πια δεν ξεπερνιούνται τόσο εύκολα.

Σε αντίθεση με αυτά οι άνδρες δεν ενημερώνονται τόσο πολύ γι'αυτά τα ζητήματα αλλά και αν ενημερωθούν δεν ζητούν τόσο εύκολα τη βοήθεια των ειδικών. Αυτό έχει συνυφαστεί με

την παλαιόχρονη αντίληψη που θέλει τον άνδρα σαν το πιο ενεργητικό και δυνατό μέλος της οικογένειας. Οι ίδιοι οι άνδρες συχνά δεν εκδηλώνουν τους πραγματικούς τους φόβους και τις περισσότερες φορές δεν δέχονται ή δεν γνωρίζουν στη χειρότερη περίπτωση πως χρειάζονται βοήθεια.

Στην Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία η κατάσταση χρήζει ιδιαίτερης αναφοράς. Η ψυχοπαθολογία των παιδιών είναι ιδιαίτερη και τελείως διαφορετική από αυτή των ενηλίκων. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει σε παρόμοιες υπηρεσίες άλλων Κέντρων (οι οποίες και παρουσιάστηκαν στο 1^ο Συνέδριο για τις νέες δομές, τον Νοέμβριο του 1993), στις παιδικές ηλικίες τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα συναισθηματικά είναι έναντι των κοριτσιών και αυτό οφείλεται στο ότι σε αυτή την ηλικία πληροφορούνται και βιώνουν τις διαφορές των δύο φύλων και τον ρόλο που καλούνται να παίξουν στη σύγχρονη κοινωνία. Ένα αγόρι περνάει τη φάση της εφηβείας πολύ πιο επώδυνα αφού πλέον υφίσταται αλλαγές σωματικές και συναισθηματικές ξένες προς αυτό. Σε αυτές τις ηλικίες αρχίζει να καταλαβαίνει τις διαφορές που έχει με τα θηλυκά μέλη της οικογένειας του και αναζητά πια ένα ανδρικό πρότυπο συνήθως τον πατέρα. Λόγω όμως της σύγχρονης ζωής κατά κανόνα οι γονείς και περισσότερο οι πατεράδες λείπουν τον περισσότερο καιρό και δεν βρίσκουν αρκετό χρόνο να ασχοληθούν με τα προβλήματα των παιδιών. Έτσι τα αγόρια βιώνουν καταστάσεις αρκετά δύσκολες γι'αυτά που συνήθως οδηγούν την οικογένεια στην αντίληψη πως το παιδί έχει κάποιο πρόβλημα.

Τα κορίτσια με τη σειρά τους βιώνουν πιο ομαλά αυτά τα πράγματα αφού ο ρόλος που καλούνται να διαδραματίσουν φαίνεται από τα παιδικά τους χρόνια. Αρκετά από αυτά βέβαια έχουν και την τύχη να έχουν τη μητέρα τους στο σπίτι η οποία τα βοηθά να ξεπερνούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν .

Από τον πίνακα 6.3.1 προκύπτει και ένα άλλο σημαντικό στοιχείο. Από το σύνολο των ανδρών που εξετάσθηκαν το 21%

προσήλθε για πρώτη φορά στο Κ.Ψ.Υ. ενώ το υπόλοιπο 79% αποτελείται από συστηματικές θεραπείες. Στις γυναίκες το ποσοστό αυτό των πρώτων επισκέψεων πέφτει στο 11%, ενώ το υπόλοιπο 89% ακολουθούσε ή ακολούθησε (διότι μέσα σε αυτά τα ποσοστά μπορεί να συμπεριλαμβάνονται και τα άτομα που προσήλθαν στο Κ.Ψ.Υ. για πρώτη φορά μέσα στο έτος). Αυτά τα άτομα (άνδρες ή γυναίκες) μπορεί να ακολούθησαν με τη σειρά τους μια συγκεκριμένη αγωγή.

Στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία το 31% του συνόλου των αγοριών προσήλθε στο Κ.Ψ.Υ. για πρώτη φορά ενώ στα κορίτσια το ποσοστό αυτό πέφτει στο 25%.

Από όλα αυτά μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα πως από τα 2 φύλα και στις δύο υπηρεσίες οι γυναίκες τείνουν να επανέρχονται στο Κ.Ψ.Υ. σε αντίθεση με τους άνδρες. Οι λόγοι βεβαίως έγκεινται στον τύπο της διάγνωσης αφού είναι τεκμηριωμένο πως διαφορετικές διαταραχές εκδηλώνουν τα δύο φύλα μεταξύ τους. Έτσι η πολυπλοκότητα του προβλήματος καθορίζει και τον τρόπο αντιμετώπισης.

Ένα πρόσθετο στοιχείο που προκύπτει είναι πως στο Κ.Ψ.Υ. όταν πρόκειται να εξετασθεί ένα παιδί εξετάζονται κατά κανόνα και οι γονείς του γιατί όπως πιστεύεται από τους ψυχολόγους τα περισσότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά ξεκινούν από παράγοντες της οικογένειας.

6.3.2 Οι ηλικίες των χρηστών.

Σε αυτή την ενότητα για την καλύτερη συναγωγή συμπερασμάτων η ηλικία των ασθενών που εξετάσθηκαν κατά το έτος 1995 χωρίστηκε σε 3 κλίμακες. Έτσι από το συνολικό αριθμό των περιστατικών στην υπηρεσία ενηλίκων του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου διαπιστώθηκαν τα εξής: το 59% των ανδρών είχε ηλικία ως 35 ετών (πρώτη κλίμακα), το 33% ήταν από 36 ως 64 ετών (δεύτερη κλίμακα), και το υπόλοιπο 8% ήταν άνω των 65 ετών.

Κλίμακα	Ανδρες		Γυναίκες	
	Αριθμός ασθενών	%	Αριθμός ασθενών	%
Μέχρι 35 ετών	264	59	813	45
36-64	150	33	937	52
Ανω των 65	35	8	34	2
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	449	100	1785	100

Πίνακας 6.3.2.1 Ηλικίες ασθενών που εξετάσθηκαν στην υπηρεσία ενηλίκων κατά το έτος 1995

Πηγή: Ιδία έρευνα.

Σχετικά με το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου από τον συνολικό αριθμό των νέων περιστατικών στην υπηρεσία ενηλίκων διαπιστώθηκαν τα εξής: το 62% των ανδρών είχε ηλικία ως 35 ετών (1^η κλίμακα), το 34% ήταν από 36-63 ετών (2^η κλίμακα) και το υπόλοιπο 4% ήταν άνω των 65 ετών (3^η κλίμακα).

Σχετικά με τις γυναίκες οι αναλογίες είναι παρόμοιες με τους άνδρες κατά κλίμακα. Έτσι στην πρώτη κλίμακα (17-35

ετών) αντιστοιχεί ποσοστό 54,9%, στη δεύτερη κλίμακα 36% (36-64 ετών) και στην τρίτη κλίμακα (άνω των 65 ετών) 10%.

Κλίμακα	Ανδρες		Γυναίκες	
	Αριθμός ασθενών	%	Αριθμός ασθενών	%
1 ^η κλίμακα (ως 35ετών)	87	62	123	54
2 ^η κλίμακα (36-64 ετών)	47	34	83	36
3 ^η κλίμακα (άνω των 65 ετών)	5	4	22	10
Σύνολο ασθενών	139	100	228	100

Πίνακας 6.3.2.1 Ηλικίες ασθενών που εξετάσθηκαν στην υπηρεσία ενηλίκων το 1995

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ.– Ιδία Έρευνα

Σχετικά με τους άνδρες τα ποσοστά αυτά φανερώνουν πως οι νεότερες ηλικίες ζητούν περισσότερο τις φροντίδες του Κ.Ψ.Υ.

Σύμφωνα με τον Διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. κων Κωνσταντόπουλο *"Οι άνδρες στις ηλικίες αυτές είναι περισσότερο πληροφορημένοι σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες και θα μπορούσε να πει κανείς πως τείνουν να ξεπεράσουν τις πατροπαράδοτες αντιλήψεις της κοινωνίας περί του στίγματος της σχιζοφρένειας. Έτσι δεν φοβούνται πια να απευθυνθούν για βοήθεια όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα".*

Άλλωστε σε αυτές τις ηλικίες ο άνδρας κατακλύζεται από πολλές πιέσεις και άγχη. Καλείται να ανταποκριθεί σε πάρα πολλές διαφορετικές συνθήκες και να εγκλιματιστεί σε νέα συστήματα (σπουδές, στρατός, εύρεση εργασίας, δημιουργία οικογένειας). Το πρόβλημα με τους άνδρες είναι πως από τη

φύση τους αλλά και από την ίδια την κοινωνία πιστεύεται πως πρέπει να περάσουν όλα αυτά τα στάδια μέσα σε αυτό το χρονικό περιθώριο. Αυτό τους γεμίζει περισσότερο άγχος αφού στη σημερινή κοινωνία αυτό καθίσταται ολοένα και πιο δύσκολο.

Στην επόμενη χρονική κλίμακα (36-64 ετών) το ποσοστό πέφτει στο 33%. Αυτό δείχνει πως κάτι λιγότερο από το ήμισυ του συνόλου ανήκει σε αυτή τη κατηγορία. Ύστερα από έρευνα του κου Τυχόπουλου διαπιστώθηκε πως συνήθως στην κατηγορία αυτή ανήκουν οικογενειάρχες που στην πλειοψηφία τους δεν μπορούν να ανεχτούν τις αλλαγές που προήλθαν τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους αλλά και η αντίθετη ομάδα ανδρών, δηλαδή αυτοί που πιστεύουν πως δεν τα κατάφεραν σε αυτές τις αλλαγές. Αυτό φαίνεται πιο καθαρά και στην επόμενη ενότητα.

Στην τρίτη κλίμακα περιλαμβάνεται ένα μικρό ποσοστό ανδρών μόλις 8%. Με βάση αυτό το ποσοστό το πιο εύκολο θα ήταν να επικαλεστεί κανείς πως η τρίτη ηλικία έχει ακόμη προκατάληψη σχετικά με τις υπηρεσίες παροχής ψυχιατρικής φροντίδας ή δεν γνωρίζει γι'αυτές. Όμως δεν είναι έτσι. Όπως αναφέρεται και στην ενότητα 5.3.2 το Κ.Ψ.Υ. έχει αναπτύξει ομάδες συζήτησης στα Κ.Α.Π.Η. των 2 Δήμων όπου τα μέλη τους συζητούν τα προβλήματα που τους απασχολούν και αλληλοβοηθούνται. Έτσι πολύ μικρός αριθμός ηλικιωμένων έρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του Κ.Ψ.Υ.

Σχετικά με τις γυναίκες οι αναλογίες διαφοροποιούνται κατά κλίμακα. Έτσι στην πρώτη κλίμακα (17-35 ετών) αντιστοιχεί ποσοστό 45%, στη δεύτερη κλίμακα (36-64 ετών) 52% και στην τρίτη κλίμακα (άνω των 65 ετών) 2%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη 2^η κλίμακα στην οποία κατά κανόνα ανήκουν γυναίκες παντρεμένες, μητέρες. Οι ηλικίες 36-64 χρονών είναι πολύ σοβαρές για τις γυναίκες αφού σε αυτές τις ηλικίες εμφανίζεται το φαινόμενο της λεγόμενης "κάμψης". Με τον όρο αυτό εννοείται η αντίληψη που δημιουργείται στις γυναίκες ότι δεν μπορούν να κάνουν κάτι

αξιόλογο πέρα από αυτά που έχουν ήδη κάνει (καριέρα, οικογένεια, παιδιά). Οι γυναίκες σε αυτό το στάδιο της ζωής τους συνειδητοποιούν το πέρασμα του χρόνου και χρειάζονται στήριξη. Ίσως και γι'αυτό το λόγο να απευθύνονται στο Κ.Ψ.Υ. γιατί ας μην ξεχνάμε σε αυτές τις ηλικίες συνήθως ελοχεύει και ο κίνδυνος της κατάθλιψης, φαινόμενο που κατά κύριο λόγο συναντάται στις γυναίκες.

Η πρώτη κλίμακα η οποία διαγτηρεί το αμέσως επόμενο ποσοστό (45%) αποτελείται από γυναίκες που βρίσκονται στην παραγωγική τους ηλικία. Αυτό σημαίνει (όπως αναφέρθηκε και στην περίπτωση των ανδρών) πολλές και συχνές αλλαγές στη ζωή οι οποίες αγχώνουν τις γυναίκες. Μια ιδιαιτερότητα αυτής της κλίμακας είναι και η μητρότητα η οποία συνήθως συμβαίνει σε αυτές τις ηλικίες. *" Η μητρότητα είναι μια ψυχοφθόρα διαδικασία η οποία γεμίζει με άγχος την έγκυο για την ομαλή εξέλιξη της, για το παιδί που πρόκειται να έρθει αλλά και για την ίδια για το αν θα μπορέσει να τα καταφέρει",* έτσι υποστήριξε σε συνέντευξη που η κα Μητροσύλη. Έτσι αρκετές φορές γυναίκες σε τέτοια κατάσταση καταφεύγουν στο Κ.Ψ.Υ. για να εκφράσουν τις απόψεις τους και να καθυσηχάσουν τους φόβους τους.

Στην Τρίτη ηλικία ισχύει ότι ειπώθηκε ήδη και για τους άνδρες ηλικιωμένους.

Στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία τα πράγματα έχουν ως εξής: Και σε αυτήν την υπηρεσία οι ηλικίες χωρίστηκαν σε τρεις κλίμακες και από το σύνολο των περιστατικών προέκυψε ότι στο Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου 10% των αγοριών ήταν ως 5 ετών, 67% άνηκαν στην ηλικία 6-12 ετών και 23% ήταν ηλικίας 13-17 ετών.

Σχετικά με τα κορίτσια 16% ήταν ως 5 ετών, 62% ήταν ηλικίας 6-12 ετών, 22% ήταν ηλικίας 13-17 ετών.

Κλίμακα	Αγόρια		Κορίτσια	
	Αριθμός περιστατικών	%	Αριθμός περιστατικών	%
1 ^η (ως 5 ετών)	29	10	24	162
2 ^η (6-12 ετών)	197	67	91	62
3 ^η (13-17 ετών)	67	23	32	22
Σύνολο	293	100	147	100

Πίνακας 6.3.2.2 Ηλικίες ασθενών που εξετάστηκαν στην ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. κατά το έτος 1995.

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα

Κλίμακα	Αγόρια		Κορίτσια	
	Αριθμός περιστατικών	%	Αριθμός περιστατικών	%
1 ^η κλίμακα (ως 5 ετών)	-	0	-	0
2 ^η κλίμακα (6-12 ετών)	32	45	20	60
3 ^η κλίμακα (13-17 ετών)	39	55	31	40
Σύνολο	71	100	51	100

Πίνακας 6.3.2.3 Ηλικίες παιδιών που εξετάστηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία το 1995

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ιδία Έρευνα

Από τα ποσοστά των πινάκων 6.3.2.2 και 6.3.2.3. σχετικά και με τα δύο φύλα προκύπτει πως περισσότερο οι ηλικίες 6-12 ετών απευθύνονται στο Κ.Ψ.Υ.

Αυτές είναι οι ηλικίες κατά τις οποίες αρχίζουν να γίνονται ορατές οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (βλ. προηγ. ενότητα). Όμως σε αυτές τις ηλικίες εμφανίζονται και οι πρώτες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί σχετικά με το νέο σύστημα στο οποίο εντάσσεται, το σχολείο. Τα παιδιά σε αυτήν την περίοδο της ζωής

τους καλούνται να ενταχθούν σε ένα καινούργιο περιβάλλον γεμάτο με νέους κανόνες και καθήκοντα. Η μάθηση αποκαλύπτεται σε αυτά και βιώνεται ως μια πολύ δύσκολη εμπειρία (Απλά μαθήματα Κοινωνιολογίας, σελ 125). Τότε επέρχονται οι διάφορες μαθησιακές διαταραχές καθώς και οι συναισθηματικές διαταραχές. Το παιδί πέρα από την ικανότητα της μάθησης πρέπει να αποδείξει πως διαθέτει και την ικανότητα να αποχωριστεί για λίγο τους γονείς του (ας μην διαφεύγει της προσοχής το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας που αναπτύσσονται σε αυτές τις ηλικίες), και την ικανότητα του να συνυπάρχει αρμονικά με τα άλλα παιδιά στο σχολείο και να υπακούει στους κανόνες του.

Όλα αυτά βιώνονται συνήθως με αρνητικά συναισθήματα κυρίως από τα αγόρια τα οποία νιώθουν να καταπιέζονται.

Στην επόμενη κλίμακα (13 -17 ετών) αντιμετωπίζονται κυρίως αναπτυξιακές διαταραχές αλλά και περιστατικά που ανήκουν στην προηγούμενη κλίμακα (συνήθως τα περιστατικά της προηγούμενης κλίμακας απαιτούν μακρόχρονη θεραπεία).

Στην πρώτη κλίμακα (ως 5 ετών) κυρίως αντιμετωπίζονται περιστατικά νοητικής καθυστέρησης.

6.3.3 Οι διαγνώσεις

Σε αυτή την ενότητα για την καλύτερη παρουσίαση των συμπερασμάτων αλλά και λόγω του μεγάλου πλήθους διαγνώσεων ακολουθήθηκε η ομαδοποίηση των διαγνώσεων που χρησιμοποιείται από το Υπουργείο Υγείας. Τα αποτελέσματα

Διαταραχές	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Οργανικά Ψυχοσύνδρομα	31	6,9	13	0,7
Σχιζοφρένεια & άλλες ψυχώσεις	103	22,9	129	7,2
Συναισθηματικές Διαταραχές	36	8	467	26
Διαταραχές άγχους/σωματο- ποίησης	64	14	376	21
Εξάρτηση από οινόπνευμα	-	-	1	0,06
Εξάρτηση από ουσίες	1	0,2	26*	1,4
Άλλη	214	48	781	44
ΣΥΝΟΛΑ	449	100	1793	100,36

Για 8 από τους ασθενείς η διάγνωση της εξάρτησης είναι διάγνωση επιπλέον της βασικής ψυχιατρικής διαταραχής. Λόγω αυτού υπάρχει διαφορά και στο σύνολο.

Πίνακας 6.3.3.1 Διαταραχές ατόμων που εξετάστηκαν στην υπηρεσία ενηλίκων το 1995

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου- Ίδια Έρευνα

Από αυτά τα ποσοστά στους άνδρες το μεγαλύτερο (48%) εμφανίζει μια διαταραχή της 7ης πέρα από τις κύριες ομάδες με αμέσως επόμενη την σχιζοφρένεια. Στις γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει και αυτό στην κατηγορία 7 με αμέσως επόμενη τις συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως καταθλιψη).

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ο θεσμός των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Διαταραχές της μάθησης	149	51	44	30
Διαταραχές επικοινωνίας	3	1	-	-
Αυτισμός και άλλες διαταραχές	3	1	-	-
Σύνδρομα ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητας	3	1	-	-
Νοητική καθυστέρηση	11	4	19	13
Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές	13	4,5	16	11
Ενουρήση	3	1	-	-
Άλλες διαταραχές	19	6,5	6	4
Επιληψία	3	1	6	4
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	-	-	-	-
Σχιζοφρένειες και άλλες ψυχώσεις	5	2	3	2
Συναισθηματικές διαταραχές	51	17	25	17
Διαταραχές αγχους/σωματ	8	3	9	6
Εξαρτήσεις από οινόπν	-	-	-	-
Εξαρτήσεις από ουσίες	-	-	-	-
Άλλη	22	7	19	13
ΣΥΝΟΛΑ	293	100	147	100

Πίνακας 6.3.3.2 Διαταραχές παιδιών που εξετάστηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία το 1995

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου- Ιδία Έρευνα.

Από αυτά τα ποσοστά στα αγόρια αλλά και στα κορίτσια το μεγαλύτερο (51% και 30% αντίστοιχα) εμφανίζει διαταραχές της μάθησης και ακολουθούν όλες οι άλλες κατηγορίες.

Στην υπηρεσία ενηλίκων του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου από τον αριθμό των νέων περιστατικών διαπιστώθηκε πως το 32% των εξετασθέντων ανδρών για το έτος 1995 έπασχε από ψυχώσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην 7^η κατηγορία, το 30% αντιμετώπιζε συναισθηματικές διαταραχές, 16.5% αντιμετώπιζε σχιζοφρένεια καθώς και ίδιο ποσοστό εμφάνιζε διαταραχές άγχους, και ένα 5% αντιμετώπιζε οργανικά ψυχοσύνδρομα.

Στις γυναίκες 30% συμπεριλαμβάνεται στην κατηγορία 7, 29% αντιμετώπιζε συναισθηματικές διαταραχές, 28% διαταραχές άγχους και από 6,5% αντιμετώπιζε οργανικά ψυχοσύνδρομα και σχιζοφρένεια.

Στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία σχετικά με τα αγόρια διαπιστώθηκε πως το 87% των νέων περιστατικών για το έτος 1995 αντιμετώπιζε διαταραχές της μάθησης και το υπόλοιπο 13% νοητική καθυστέρηση. Στα κορίτσια 84% αντιμετώπιζε διαταραχές της μάθησης και 16% νοητική καθυστέρηση.

Διαταραχές	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	Αριθμός Περ.	%	Αριθμός περ.	%
1. Οργανικά Ψυχοσύνδρομα	7	5	15	6,5
2. Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχώσεις	23	16,5	15	6,5
3. Συναισθηματικές Διαταραχές	42	30	66	29
4. Διαταραχές άγχους/σωμ.	23	16,5	64	28
5. Εξάρτηση από οινόπνευμα	-	-	-	-
6. Εξάρτηση από	-	-	-	-

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ο θεσμός των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα

ουσίες				
7. Άλλη	44	32	68	30
Σύνολο	139	100	228	100

Πίνακας 6.3.3.3 Διαταραχές ατόμων που εξετάστηκαν στην Υπηρεσία Ενηλίκων το 1995

Πηγή : Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. – Ίδια Έρευνα.

Διαταραχές	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%
1 Διαταραχές της μάθησης	62	87	43	84
2 Διαταραχές της επικοινωνίας	-	-	-	-
3 Αυτισμός και άλλες διαταραχές	-	-	-	-
4 Σύνδρομο ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητας	-	-	-	-
5 Νοητική καθυστέρηση	9	13	8	16
6 Άλλες αναπτυξιακές διαταραχές	-	-	-	-
7.Επιληψία	-	-	-	-
8 Οργανικά Ψυχοσύνδρομα	-	-	-	-
9 Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις	-	-	-	-
10 Συναισθηματικές διαταραχές	-	-	-	-
11 Διαταραχές άγχους	-	-	-	-
12 Εξαρτήσεις από οινόπνευμα	-	-	-	-
13 Εξαρτήσεις από ουσίες	-	-	-	-
14. Άλλη	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΑ	71	100	51	100

Πίνακας 6.3.3.4 Διαταραχές παιδιών που εξετάστηκαν στην Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία το 1995

Πηγή: Γραμματεία του Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου- Ίδια Έρευνα.

Προσπαθώντας κανείς να ερμηνεύσει αυτά τα δεδομένα παρατηρεί πως τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και ερμηνεύονται βιβλιογραφικά, τόσο για τη χώρα μας, όσο και παγκοσμίως αφού σύμφωνα με τον Cheng (1988) του οποίου οι απόψεις έχουν ανακοινωθεί στο Internet: **"την τελευταία εικοσαετία έχει αυξηθεί ο αριθμός των ανδρών που χαρακτηρίζονται από ελάχισσες ψυχικές διαταραχές και μη ψυχιατρικές καταστάσεις (προβλήματα γάμου, ενδοοικογενειακά κτλ.), γεγονός που υποστηρίζεται από διαχρονικές επιδημιολογικές έρευνες, οι οποίες αποκαλύπτουν πως ενώ ο επιπολασμός κατάθλιψης και συναισθηματικών διαταραχών είναι αυξημένος στο γυναικείο φύλο, εντούτοις ελάχισσες ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται κατά μεγάλο ποσοστό στο ανδρικό φύλο"**.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ως τις αρχές της δεκαετίας του '50, η μόνη μορφή περίθαλψης που παρέχονταν στους ψυχιατρικά αρρώστους περιοριζόταν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Άσυλα), με τη μορφή του μακροχρόνιου – και συχνά δια βίου – εγκλεισμό των αρρώστων σε αυτά.

Το μοντέλο αυτό (ασυλικό), λόγω της υπερπλήρωσης των ασύλων και της ανάγκης για αποσυμφόρηση τους, οδηγήθηκε σε αδιέξοδο τη δεκαετία του '50. Η κατάσταση αυτή είχε ως αποτέλεσμα να τεθεί ο προβληματισμός για την ανάγκη μιας διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχιατρικά αρρώστων.

Στον Ελλαδικό χώρο οι νέες αναζητήσεις δεν άφησαν αδιάφορο τον Ψυχιατρικό κόσμο. Όμως το γεγονός πως το Ελληνικό σύστημα παροχής υγείας τότε έκανε τα πρώτα βήματα του αλλά και η ίδια η Ελληνική πραγματικότητα συνετέλεσαν στην καθυστέρηση του όλου μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Η μελέτη των αιτιών και των παραγόντων καθυστέρησης της ανάπτυξης των Ψυχιατρικών μεταρρυθμιστικών κινήσεων στη χώρα μας ίσως εστιάζεται σε τέσσερις κυρίως συντελεστές. Πολιτικοί, Πολιτιστικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί παράγοντες στην μεταπολεμική Ελλάδα επηρέασαν αρνητικά κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια ή ιδέα και συντήρησαν το συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών και την εκπαιδευτική ημιμάθεια.

Παράγοντες που επηρέασαν την καθυστέρηση της ανάπτυξης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας μετά το 1950.

Πολιτικοί: Απουσία παράδοσης ισχυρής Τ.Α. σε αντίθεση με χώρες όπως η Γαλλία, Η.Π.Α. Ιταλία. Πολιτικές συνθήκες ακατάλληλες.

Κοινωνικοί-Πολιτιστικοί: Χαμηλό επίπεδο συνηθειοποίησης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ως αποτέλεσμα χαμηλού εκπαιδευτικού (πολιτιστικού) επιπέδου και χαμηλού επιπέδου ζήτησης υπηρεσιών.

Οικονομικοί: Αυξημένοι προϋπολογισμοί για την άμυνα. Αυξημένη προτεραιότητα στην εκβιομηχάνιση και τις οικοδομικές κατασκευές.

Άλλοι παράγοντες: Αντιστάσεις των Ιατρικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών στην ενσωμάτωση Ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Έτσι χρειάστηκαν δύο ακόμη δεκαετίες και ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ. για να γίνουν τα πρώτα βήματα της μεταρρύθμισης στη χώρα μας.

Πρέπει να σημειωθεί πως νομοθετικά η μετρρύθμιση στην παροχή Ψυχικής Υγείας οφείλεται στην ψήφιση των Ν1397/83. του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. και στην ψηφισή του Ν2071/92.

Ο Ν1397/83 είναι ο πρώτος στον οποίο υπάρχει ειδικό άρθρο αναφερόμενο στην Ψυχική Υγεία (άρθρο21). Σε αυτό τα άρθρο προσδιορίζονταν για πρώτη φορά οι νέες δομές, καθώς και το θεσμικό πλαίσιο που θα τις διέπει.

Έτσι δημιουργήθηκαν:

- **Ψ.Τ.Γ.Ν.**
- **Κ.Ψ.Υ.**
- **Ξενώνες**
- **Μονάδες Οξέων Περιστατικών**
- **Μονάδες Αξιολόγησης**

• **Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης για Ψυχικά Μειονεκτούντα άτομα**

Επίσης στο άρθρο αυτό προσδιορίζονταν και οι ακριβείς αρμοδιότητες των δομών αυτών.

Μεγάλη βοήθεια για την εκκίνηση της μεταρρύθμισης δόθηκε και από την Ε.Ε. με την εκδοση και ψήφιση του Κανονισμού 815/84.

Είναι γενικά αποδεκτό από την Ελληνική αλλά και την Διεθνή Ψυχιατρική Κοινότητα ότι ο Κανονισμός 815/84 λειτούργησε καταλυτικά στην υλοποίηση του Προγράμματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης θέτοντας το πενταετές πρόγραμμα υλοποίησης των στόχων του όλου σχεδίου το οποίο επικεντρώθηκε σε τρεις τομείς:

Οχι Βολα

α Την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

β Την αποιδρυματοποίηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την μετακίνηση ασθενών μακράς διάρκειας σε εναλλακτικές δομές κατοικίας στην κοινότητα.

γ Την εκπαίδευση του προσωπικού στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Παρ'όλες όμως τις ευοίωνες εξαγγελίες των ειδικών, με τις υπάρχουσες εμπειρίες είναι ευνόητο ότι θα χρειαστεί τουλάχιστον μια δεκαετία για να ολοκληρωθεί σταδιακά το μεγαλύτερο ποσοστό των αναγκαίων αυτών υπηρεσιών. Χαρακτηριστικός είναι ο πίνακας:

Υπάρχουσες και αναγκαίες Ψυχιατρικές υπηρεσίες (1996).

Τύπος υπηρεσίας	Υπάρχουν		Χρειάζονται		Σύνολο
Κ Ψ Υ	33	40,2%	49	59,8%	82
Κρεβ σε Γεν Νοσοκ	327	26,3%	914	73,7%	1241
Θέσεις σε Γεν Νοσοκ	326	17,2%	1574	82,8%	1900
Θέσεις Ψυχιατρικής	1577	16,5%	7981	83,5%	9558

Αποκ				
Θέσεις Οικοτρ	1037	31,8%	2223	68,2%
				3260

Πηγή :Μαδιανός (1996).

Ο Ν2071/92 κάλυψε ορισμένα κενά όπως αυτά της ακούσιας εισαγωγής για την οποία δεν είχε προβλεφθεί καμία ειδική νομοθετική ρύθμιση. Όμως ακόμη και μετά από αυτό, υπάρχει απουσία συγκεκριμένης εκπαιδευτικής πολιτικής για την στελέχωση των νέων Ψυχιατρικών δομών.

Η επικέντρωση και μόνο του νόμου με συγκεκριμένα μέτρα σε μια και μόνη από τις πλείστες όσες συνιστώσες του προβλήματος της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης- στη διαδικασία δηλαδή της εισαγωγής- είχε ως αποτέλεσμα:

1. Να προάγει την κοινωνική αντίληψη ότι το μοναδικό πρόβλημα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας είναι η νοσηλεία και το σχεδόν μοναδικό μέλημα της πολιτείας είναι η αποφυγή της.
2. Να εμπεδώσει την αντίληψη ότι η νοσηλεία αυτή καθαυτή είναι για το άτομο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές βλαπτικό συμβάν και αποτελεί τιμωριτική παρέμβαση μάλλον παρά επιβαλλόμενη από την φύση της διαταραχής θεραπευτική τακτική.
3. Να εξομοιώνεται η Ψυχιατρική θεραπεία και νοσηλεία με σύστημα αναγκαστικής συμμόρφωσης ανάλογα με το σωφρονιστικό σύστημα. Έτσι διερωτάται κανείς αν το άτομο με Ψυχιατρική διαταραχή που υπόκεινται σε νοσηλεία για θεραπευτικούς σκοπούς «δικάζεται» για τις πράξεις του ή αν αξιολογείται η κατάσταση της Ψυχικής του Υγείας.

Η όλη προσπάθεια για μεταρρύθμιση στη χώρα μας είχε δύο σκέλη. Το ένα είχε να κάνει με την αποϊδρυματοποίηση που

όλοι επιθυμούσαν και ήταν από τους αρχικούς σκοπούς του πενταετούς προγράμματος του Κανονισμού 815/84. Το δεύτερο σκέλος αφορούσε τη δημιουργία των υπηρεσιών παροχής κοινοτικής φροντίδας. Στο σκέλος αυτό παρουσιάστηκαν αρκετές δυσκολίες τόσο από την μεριά της κοινωνίας, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας.

Οι αντιδράσεις αυτές εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

α Ψυχολογικό επίπεδο

β Αντιδράσεις που πηγάζουν από διάφορα συμφέροντα .

— Οι μεγαλύτερες αντιδράσεις εμφανίστηκαν σχετικά με την ίδρυση των Κ.Ψ.Υ. που αποτελούν μια από τις βασικότερες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας παροχής Ψυχικής Υγείας.

— Τα Κ.Ψ.Υ. πρωτοξεκίνησαν στις Η.Π.Α., σε μια χώρα με διαφορετικό ιστορικό υπόβαθρο και προβλήματα και για το λόγο αυτό η υιοθέτηση τους από την Ελλάδα απαιτούσε μεταλλαγή του όλου σχεδιασμού του θεσμού στα πρότυπα της χώρας μας.

Αρχικά έπρεπε να προσδιοριστούν οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες θα βασιζόνταν όλη η λειτουργία του θεσμού. Αυτό έγινε από τους ειδικούς οι οποίοι βασίστηκαν στις αρχές της Π.Ο.Υ. που και αυτή είχε βασιστεί στο έργο του Gerald Caplan το 1964, το οποίο βέβαια αναφερόταν στις Η.Π.Α. Έτσι οι αρχές που προκηρύχθηκαν, διακήρυτταν πολλά μη λαμβάνοντας όμως υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες που υπάρχουν σε κάθε χώρα και πολύ περισσότερο στη δική μας.

Ιδιαίτερα η αρχή της τομεοποίησης που εμφανίζεται ως η νέα στρατηγική στο σχεδιασμό των μονάδων, γεμάτη από προτερήματα, σε τελική ανάλυση καταλύει το δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει ελεύθερα τις υπηρεσίες που επιθυμεί, το Ιατρικό απόρρητο και προωθεί τον κοινωνικό στιγματισμό που τόσο πολύ υπάρχει στον τομέα της παροχής Ψυχιατρικής Υγείας.

Στη συνέχεια θα έπρεπε να δομηθεί το θεσμικό πλαίσιο των Κ.Ψ.Υ. Αυτό έγινε με την έκδοση των Ν1397/83 , Ν2071/92 και τον Κανονισμό της Ε.Ο.Κ. 815/84. Και σε αυτή την προσπάθεια

όμως υπήρχαν κενά. Υπεύθυνοι διοικητικά για τα Κ.Ψ.Υ. ήταν σε πρώτη φάση τα Νοσοκομεία (Γενικά και Ψυχιατρικά). Κατά την περίοδο αυτή δημιουργήθηκαν αρκετά προβλήματα προερχόμενα από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες.

Η διοικητική υπαγωγή των Κ.Ψ.Υ. στα Νοσοκομεία είχε τον χαρακτήρα της υποτέλειας. Δεν υπήρχε αυτοτελής διεύθυνση των Κ.Ψ.Υ. όπως θα έπρεπε, ούτε ειδικός προϋπολογισμός για αυτό. Η διοίκηση τους ασκούσαν σύμφωνα με τα νοσοκομειακά πρότυπα με κάθετη επικοινωνία αντί της οριζόντιας που απαιτείται. Ακόμη η έλλειψη Εσωτερικού Κανονισμού των Κ.Ψ.Υ. δυσχέρανε κατά πολύ το έργο τους αλλά και αυτό των Νοσοκομείων αφού σε αρκετές περιπτώσεις υπήρξε συγκεντρωτισμός στη Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου ο διευθυντής της οποίας δεν μπορούσε να γνωρίζει τις συνθήκες παροχής υπηρεσιών από τα Κ.Ψ.Υ.

Από το 1993, τα Κ.Ψ.Υ. υπάγονταν στις Νομαρχίες της περιοχής που έδρευαν. Η εποπτεία τους γίνονταν μέσω μιας τριμελούς επιτροπής. Και αυτό το εγχείρημα επέφερε πολλά προβλήματα και λειτούργησε ως τροχοπέδη στην ολοκλήρωση του θεσμικού πλαισίου των Κ.Ψ.Υ.

Η απόφαση για την υπαγωγή πάρθηκε χωρίς να υπάρχει καμιά υποδομή από μέρους των Νομαρχιών για κάτι τέτοιο. Το αποτέλεσμα ήταν η παντελής έλλειψη προϋπολογισμού για το κάθε Κ.Ψ.Υ. και η μη σύνετη διαχείριση των πόρων που προϋπήρχαν. Η τριμελής επιτροπή που ήταν αρμοδια για τα θέματα των Κ.Ψ.Υ. απαρτιζόνταν από άτομα που δεν είχαν ειδικεύεται γι'αυτό και έτσι οι Επιτροπές ουσιαστικά είχαν αρμοδιότητες απλού εισηγητικού οργάνου προς τη Διεύθυνση Υγιεινής της Νομαρχίας.

Με την υπαγωγή τους στις Νομαρχίες τα Κ.Ψ.Υ. εξυπηρετούσαν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό από αυτόν που προβλέπεται (90.000-160.000) γεγονός που οδήγησε σε μείωση της αποδοτικότητας.

Είναι επομένως ουσιαστικό το θέμα της διοικητικής αυτοτέλειας των Κ.Ψ.Υ. ή της συγχώνευσης τους με κάποια μεγαλύτερη μονάδα όπως το Ψυχιατρείο ή το Γενικό Νοσοκομείο.

Τα διάφορα προβλήματα που δημιουργήθηκαν και επιβάρυναν τη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. από τις διοικητικές υπαγωγές τους στα Νοσοκομεία και τις Νομαρχίες, φανέρωσαν και τα προβλήματα που υπάρχουν σχετικά με τη διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με αυτές τις υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τον κ. Τυχόπουλο «τα Κ.Ψ.Υ. ως βασικό μέσο για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντα και για να επιτελέσουν τους στόχους τους οφείλουν να είναι στενά συνδεδεμένα με άλλες υπηρεσίες».

Από την καθημερινή πρακτική όμως αναδύονται ποικίλλα προβλήματα τα οποία δυσχεραίνουν τόσο τη λειτουργική όσο και την επιστημονική σχέση αυτών των υπηρεσιών και των Κ.Ψ.Υ.

Η περίοδος υπαγωγής τους στα Νοσοκομεία (Γενικά και Ψυχιατρικά), φανέρωσε πως η διασύνδεση τους με αυτά είχε τον χαρακτήρα της υποτέλειας. Τα Νοσοκομεία δεν έδειξαν προθυμία να συνεργαστούν με τα Κ.Ψ.Υ., μη αναγνωρίζοντας τα ως αυτοτελείς διευθύνσεις τους αν και αυτό προβλέπονταν. Επίσης δεν υπήρχε προϋπολογισμός για τα Κ.Ψ.Υ. και η διοίκηση τους ασκούνταν σύμφωνα με τα νοσοκομειακά πρότυπα, μη λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες αυτών των μονάδων. Επειδή τα Κ.Ψ.Υ. διαθέτουν διαφορετική δομή και ύφος εργασίας, υπάρχει σημαντικό πρόβλημα στη διασύνδεση. Επίσης η ανεπαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας σχετικά με το τι είναι και τι μπορούν να προσφέρουν τα Κ.Ψ.Υ. δυσχέρανε περισσότερο τη διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ τους.

Με τη σειρά της, η περίοδος υπαγωγής των Κ.Ψ.Υ. στις Νομαρχίες φανέρωσε πως και αυτή η διασύνδεση είχε τα προβλήματα της. Η διασύνδεση ουσιαστικά έγινε χωρίς καμιά υποδομή από μέρους των Νομαρχιών. Οι νομαρχίες –οι οποίες

ουσιαστικά ήταν άσχετες με το θέμα της παροχής Ψυχικής Υγείας ως τότε βρέθηκαν απροετοίμαστες αφού οι περισσότερες δεν διέθεταν καν Νομίατρο. Οι τριμελείς Επιτροπές που οργανώθηκαν για να βοηθήσουν, απαρτίστηκαν από άτομα που δεν διέθεταν ούτε τα στοιχειώδη προσόντα για να ανήκουν σε αυτές. Τα αποτελέσματα ήταν η έλλειψη ξεχωριστού προϋπολογισμού για τα Κ.Ψ.Υ., η μείωση των αρμοδιοτήτων από τις διοικήσεις τους και η δυσχέραση των σχέσεων τόσο σε επίπεδο διασύνδεσης με τη Νομαρχία όσο και με τα Νοσοκομεία σε περιπτώσεις που πελάτες των Κ.Ψ.Υ. έπρεπε να χρησιμοποιήσουν και υπηρεσίες των Νοσοκομείων.

Βέβαια η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. δεν αρκείται μόνο σε αυτές τις 2 υπηρεσίες, όμως αυτές είναι οι δύο πιο κύριες στη χώρα μας και είναι και αυτές οι οποίες διαχειρίζονται τα θέματα που αφορούν τα Κέντρα.

Παρ'όλα αυτά, τα προβλήματα που δημιουργούνται σχετικά με τη διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με τις προαναφερθείσες δομές του Κράτους δεν προέρχονται πάντα από αυτές.

Ένα από τα κύρια προβλήματα που δημιουργούνται αναφορικά με τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, έχει να κάνει με την τομεοποίηση η οποία στη χώρα μας ουσιαστικά δεν τηρείται, θύμα της Ελληνικής συνήθειας και του τοπικού χρωματισμού των περιφερειών (Μαδιανός 1994).

Η πληροφόρηση του κοινού αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην διασύνδεση των υπηρεσιών. Εάν το κοινό προς το οποίο απευθύνονται δεν είναι ευαισθητοποιημένο, τότε το πιο πιθανό είναι να μην επωφεληθεί από τις κοινοτικές υπηρεσίες και έτσι να στραφεί προς τις παραδοσιακές μορφές ξανά (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο) με τις γνωστές συνέπειες.

Για να αποφευχθούν αυτά τα δύο προβλήματα, τα Κ.Ψ.Υ. αναπτύσσουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ώστε να προωθήσουν την τομεοποίηση, να ευαισθητοποιήσουν το κοινό τους, να το πληροφορήσουν για το έργο τους και έτσι να καταφέρουν να

λειτουργήσουν απελευθερωμένα από τα πρόσθετα προβλήματα που δημιουργούνται στη λειτουργία τους.

Βασικό πρωταρχικό στοιχείο για την επιτυχία των παραπάνω, αποτελεί ο ορισμός του Τομέα ευθύνης των Κ.Ψ.Υ. Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο της μεταρρύθμισης αυτός έχει οριστεί σε 90.000-160.000 άτομα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τηρείται. Ο μικρός αριθμός λειτουργούντων Κ.Ψ.Υ. και οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων περιοχών, αυξάνουν το πραγματικό μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης σε 120.000-130.000 άτομα προκαλώντας πολύ σοβαρά προβλήματα στην λειτουργία των Κέντρων και την αποδοτικότητα τους.

Ένας άλλος τρόπος καταπολέμησης αυτών των προβλημάτων είναι και η ανάπτυξη των προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης που, σαν στόχο, έχουν να δραστηριοποιήσουν το κοινό και να συμβάλουν στην πρωτοβάθμια παροχή Ψυχικής Υγείας. Τα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης αναπτύσσονται σε χώρους όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Σχολεία, οι Παιδικοί Σταθμοί, τα Νοσοκομεία κτλ. και τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτά είναι συνήθως παιδιά, γονείς, ηλικιωμένοι, εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες της υγείας. Έτσι τα Κ.Ψ.Υ. προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα πλέγμα με την κοινότητα ευθύνης τους ώστε να εξασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στη διαμόρφωση και λήψη αποφάσεων σχετικών με θέματα Ψυχικής Υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα του τρόπου λειτουργίας αλλά και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα Κ.Ψ.Υ. αποτελούν τα δύο παλαιότερα Κ.Ψ.Υ. που ιδρύθηκαν στη χώρα μας –εκτός του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής το οποίο λειτουργεί από το 1979-, το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου. Τα κέντρα αυτά ξεκίνησαν τη λειτουργία τους μέσα στα έτη 1989-1990 σκοπεύοντας να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού στον βόρειο και τον δυτικό άξονα του λεκανοπεδίου Αττικής.

Και τα δύο Κέντρα, λόγω του γεγονότος πως ήταν τα πρώτα Κ.Ψ.Υ. που λειτούργησαν στη χώρα μας ουσιαστικά ξεκίνησαν τη λειτουργία τους χωρίς οργανωτικό σχεδιασμό και με πολλές ελλείψεις. Εσωτερικός Κανονισμός μέχρι σήμερα έχει εκδοθεί μόνο για το πρώτο ενώ για το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου ισχύει ακριβώς η ίδια Συστατική Πράξη με αλλαγές στα ονόματα και τις επωνυμίες που αφορούν το συγκεκριμένο Κ.Ψ.Υ. Μεγάλο πρόβλημα αποτέλεσε επίσης και η τοποθεσία των συγκεκριμένων Κ.Ψ.Υ. αφού η εγκαθίδρυση τους στους Δήμους προκάλεσε πολλές αντιδράσεις στην Τ.Α. και τους κατοίκους των περιοχών.

Ξέχωρα από αυτά τα προβλήματα, τα Κ.Ψ.Υ. ξεκίνησαν τη λειτουργία τους, οργανώνοντας ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα απευθυνόμενο στην Κοινότητα με στόχο την γνωριμία τους με το κοινό, τη πληροφόρηση του και την ευαισθητοποίηση του σχετικά με θέματα Ψυχικής Υγείας. Βέβαια όπως ειπώθηκε και παραπάνω, τα προβλήματα ήταν πολλά, η χρηματοδότηση ελλιπής και οι αλλαγές στο διοικητικό σύστημα των Κέντρων ισχυρά εμπόδια.

Τα Κ.Ψ.Υ. μαζί με όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα, είχαν να αντιμετωπίσουν – και το αντιμετωπίζουν μέχρι σήμερα – και το πρόβλημα της ελλιπής στελέχωσης τους. Ο Εσωτερικός Κανονισμός που εκδόθηκε για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής – Χαλανδρίου, προέβλεπε κάποιες θέσεις προσωπικού για το Κ.Ψ.Υ., μη περιλαμβάνοντας όμως βασικές ειδικότητες επιστημονικού προσωπικού όπως αυτές των ιατρών/ψυχιάτρων. Αυτό έγινε γιατί από την εποχή που η λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. βρίσκονταν στο στάδιο των συζητήσεων, τα αρμόδια νοσοκομεία που θα είχαν την διοικητική επίβλεψη τους, είχαν ήδη καλύψει τις θέσεις αυτές με δικό τους προσωπικό. Έτσι όταν ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τα συγκεκριμένα Κ.Ψ.Υ. η πληρότητα του προσωπικού ανέρχονταν για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου στο 60% και για το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου στο 53% περίπου. Προσλήψεις προσωπικού άρχισαν να γίνονται από το 1994 που τα Κ.Ψ.Υ. άνηκαν ξανά διοικητικά ξανά στα Νοσοκομεία

αφού κατά την περίοδο υπαγωγής τους στις Νομαρχίες, η κατάσταση έμεινε στάσιμη. Όμως ακόμη και μετά από αυτό, παραμένει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός κενών θέσεων προσωπικού και στα 2 Κ.Ψ.Υ. (16 κενές θέσεις για το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου και 12 κενές θέσεις για το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου), δημιουργώντας πολλές δυσλειτουργίες αφού οι ελλείψεις συνήθως υπάρχουν σε θέσεις όπως αυτές των Ψυχιάτρων, των Εργοθεραπευτών και των Κοινωνικών Λειτουργών.

Σχετικά με το φάσμα υπηρεσιών που αναπτύσσουν τα συγκεκριμένα Κ.Ψ.Υ., πρέπει να επισημανθεί πως έχει γίνει πάρα πολύ κλή προσπάθεια η οποία κατά κύριο λόγο οφείλεται στις διοικήσεις των Κέντρων.

Αναφορικά με το Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην γνωριμία του Κ.Ψ.Υ. με το κοινό μέσω των υπάρχοντων δομών των δήμων όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Σχολεία, τα Πνευματικά Κέντρα κτλ. Δαπανούνται αρκετές ώρες από το προσωπικό στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης για τα οποία υπάρχει χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.). Έτσι κατά μ.ο. δαπανούνται 158 ώρες ανά εργαζόμενο, για λογαριασμό αυτών των προγραμμάτων που φαίνονται να αποδίδουν όπως αναφέρεται και στο σχετικό κεφάλαιο.

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, αναπτύσσει και αυτό ένα πλήρες πρόγραμμα δραστηριοτήτων κοινοτικής παρέμβασης τα οποία απευθύνονται στο κοινό με στόχο την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη του. Στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου δεν παρέχεται πρόσθετη χρηματοδότηση από το Ε.Κ.Τ. γεγονός που δυσχεραίνει το έργο του, όμως παρ'όλα αυτά τα μέλη της διοίκησης του Κέντρου δίνουν μεγάλη προσοχή σε αυτές τις δραστηριότητες.

Το πως λειτουργούν αυτά τα Κέντρα μέσα στην κοινότητα και το τι απήχηση έχουν στο κοινό στο οποίο απευθύνονται,

φαίνεται από την διακύμανση της πελατειακής τους κίνησης αλλά και από το προφίλ των ανθρώπων που εξυπηρετούν.

Τα στοιχεία της συγκεντρωτικής πελατειακής κίνησης που υπάρχουν και για τα 2 Κ.Ψ.Υ. φανερώνουν πως από την ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας των Κέντρων -σε συνδυασμό με τα διάφορα προγράμματα που αναπτύσσουν- υπάρχει μια σχεδόν σταθερή αύξηση των περιστατικών που φτάνουν σε αυτά, τόσο σε επίπεδο πρώτης επαφής όσο και σε επίπεδο συστηματικών θεραπειών.

Σχετικά με το προφίλ των χρηστών των Κέντρων, από την έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε πως κατά κύριο λόγο τα Κ.Ψ.Υ. επισκέπτονται περισσότερο οι γυναίκες και τα αγόρια (ως 17 ετών) παρά οι άνδρες και τα κορίτσια. Συνήθως οι ηλικίες των χρηστών κυμαίνονται για τους ενήλικους άνδρες ως 35 ετών και για τις γυναίκες 36-64 ετών, ενώ για τα παιδιά (αγόρια και κορίτσια) 6-12 ετών. Αναφορικά με τις διαγνώσεις ο κύριος αριθμός των ενηλίκων αντιμετωπίζει συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια και διαταραχές που συνδέονται με το άγχος και το στρες, κάτι που είναι αναμενόμενο για την εποχή μας. Σχετικά με τα παιδιά, οι πιο συνήθεις διαγνώσεις αφορούν μαθησιακές δυσκολίες, νοητική καθυστέρηση και συναισθηματικές διαταραχές.

Σαν επιστέγασμα όλων αυτών θα πρέπει να σημειωθεί πως μια συνολική εκτίμηση της κατάστασης των Ψυχιατρικών πραγμάτων στη χώρα μας, μας πείθει ότι τείνει προς την εκπλήρωση κάποιων στόχων της επιθυμητής μεταρρύθμισης αλλά απέχει σημαντικά ακόμη από την ολοκλήρωση της.

Αναφορικά με τα Κ.Ψ.Υ. από πλευράς κρατικών Κ.Ψ.Υ. λειτουργούν σήμερα 23 από τα οποία τα 8 βρίσκονται στην ευρεία Περιφέρεια Αθηνών, ενώ έχουν προγραμματιστεί ακόμη 13 Κ.Ψ.Υ., ως προγράμματα του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ.

**Περιφερειακή κατανομή υπαρχόντων και
προγραμματισμένων κρατικών Κ.Ψ.Υ. (Μάιος 1993)**

Υγειονομικές Περιφέρειες	Κ.Ψ.Υ.		Σύνολο
	Υπάρχουν	Προγραμμ.	
1. Ευρεία Περιφέρεια Αθηνών	8	8	16
2. Στερεά. Εύβοια	1	-	1
3. Ηπειρος, Κέρκυρα	1	1	2
4. Θεσσαλία	2	1	5
5. Θεσ/νίκη, Κεντρ. Μακ.	4	1	5
6. Δυτ. Μακεδ.	-	-	-
7. Ανατ. Μακεδ.	2	-	2
8. Θράκη	1	1	2
9. Νησιά Αιγαίου	-	1	1
10. Κρήτη	2	-	2
11. Ανατ. Πελλοπ.	1	-	1
12. Δυτ. Πελλοπ.	1	-	1
Σύνολο	23	13	36

Όλα αυτά φανερώνουν βέβαια πως κατά την τετραετία 1985-1989 υπήρξε μια έντονη ανάπτυξη των Κ.Ψ.Υ. χωρίς όμως ο υπάρχον αριθμός τους να πλησιάζει αυτόν των αναγκών του πληθυσμού. Σε αντίθεση κατά την τετραετία 1989-1993 και έκτοτε, η ανάπτυξη Κ.Ψ.Υ. (αλλά και των υπολοίπων ψυχιατρικών δομών) ανακόπηκε και έφτασε μέχρι του σημείου της επιπέδωσης της.

Βέβαια παρά την προαναφερθείσα στασιμότητα στη δημιουργία νέων Κ.Ψ.Υ., τα Κ.Ψ.Υ. που έχουν ήδη δημιουργηθεί αποδίδουν σημαντικότατο έργο όπως φάνηκε και από τις

παρουσιάσεις των 2 εξετασθέντων Κ.Ψ.Υ. (Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου, Περιστερίου) και μάλιστα σε αρκετές περιπτώσεις κάτω από δυσμενέστερες συνθήκες, είτε λόγω έλλειψης προσωπικού, είτε λόγω έλλειψης στοιχειώδους οργανωτικού σχεδιασμού (χρηματοδότηση, κτιριακή υποδομή, σχεδιασμός λειτουργίας).

Όμως παρ'όλη τη σημαντικότητα του έργου που προσφέρουν τα Κ.Ψ.Υ. δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί πως ο πληθυσμός της χώρας έχει στραφεί προς τις νέες Ψυχιατρικές Υπηρεσίες. Η πολιτεία από την μεριά της δεν έχει κάνει καμία προσπάθεια για ενημέρωση του πληθυσμού.

Παράδειγμα της έλλειψης ενημέρωσης είναι ότι Πανελλαδική έρευνα που έγινε το 1993 έδειξε ότι με εξαίρεση τη Θεσσαλονίκη όπου το 74% των κατοίκων γνωρίζουν τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους, στην υπόλοιπη Ελλάδα το 75% του πληθυσμού αγνοεί την ύπαρξη των μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής του.

Σε ότι αφορά την λειτουργία των Κ.Ψ.Υ., το θεσμικο-διοικητικο-οργανωτικό πλαίσιο τους παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, τα οποία αντί να λυθούν έστω και μερικά, με τον Ν2071/92 αυξήθηκαν.

Μπορεί ο Ν2071/92 να κάλυψε μερικά κενά όπως αυτά της ακούσιας νοσηλείας ασθενών όμως δεν γίνεται πουθενά λόγος για συγκεκριμένη εκπαιδευτική πολιτική για τη στελέχωση των νέων Ψυχιατρικών Δομών. Ο Ν2071/92 επικεντρώθηκε ουσιαστικά, μόνο στο πρόβλημα της εισαγωγής του ασθενούς αγνοώντας τα πλείστα προβλήματα που υπάρχουν σχετικά με την αποιδρωματοποίηση και την δημιουργία νέων υπηρεσιών παροχής Ψυχιατρικής φροντίδας. Έτσι τα Κ.Ψ.Υ. παρέμειναν έρμαιο στα χέρια της εκάστοτε κυβέρνησης, χωρίς να διαθέτουν ούτε καν Εσωτερικό Κανονισμό και λειτουργώντας υπαγόμενα τότε στα Νοσοκομεία και τότε στις Νομαρχίες.

Εσωτερικό Κανονισμό και λειτουργώντας υπαγόμενα τότε στα Νοσοκομεία και τότε στις Νομαρχίες.

Με βάση τα παραπάνω η ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν έχει επιτευχθεί ακόμη:

-Υπάρχουν νόμοι όπου πρέπει να δημιουργηθούν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Αυτό που απουσιάζει δυστυχώς είναι η έλλειψη οργανωτικού σχεδιασμού.

-Κάποιες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που επρεπε να δημιουργηθούν με βάση το πενταετές πρόγραμμα δεν έχουν ακόμη γίνει. Από πλευράς κρατικών Κ.Ψ.Υ.λειτουργούν 23 από τα 47 που ορίζονται με βάση την τομεοποίηση. Από αυτά τα 8 βρίσκονται στην ευρεία περιφέρεια Αθηνών, ενώ έχουν προγραμματιστεί ακόμη 13

Περιφερειακή κατανομή υπαρχόντων και προγραμματισθέντων κρατικών Κ.Ψ.Υ. (Μαΐος 1993).

Πηγή : Μαδιανός (1994)

Υγειονομικές Περιφέρειες	Κ.Ψ.Υ		
	Υπάρχουν	Προγραμμ.	Σύνολο
Ευρεία περιοχή Αθηνών	8	8	16
Στερεά, Εύβοια	1	-	1
Ήπειρος, Κέρκυρα	1	1	2
Θεσσαλία	2	1	2
Θεσ/νίκη, Κ. Μακεδονία	4	1	5
Δυτική Μακεδονία	-	-	5
Ανατολική Μακεδονία	2	-	-
Θράκη	1	1	2
Νησιά Αιγαίου	-	1	2
Κρήτη	2	-	1
Ανατ. Πελοπόννησος	1	-	2
Δυτική Πελοπόννησος	1	-	1

Βάσει όλων των παραπάνω επισημάνσεων σωστό θα ήταν να υπάρξει σχεδιασμός. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προχωρήσει σε πρώτη φάση η αποκατάσταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα ήδη υπάρχοντα Κ.Ψ.Υ. είτε λόγω έλλειψης προσωπικού είτε λόγω έλλειψης χρηματοδότησης. Αυτό θα γίνει με προκήρυξη θέσεων προσωπικού εκπαιδευμένου στην Κοινωνική Ψυχιατρική, με την θεσμοθέτηση ξεχωριστού προϋπολογισμού στα Νοσοκομεία για τα Κ.Ψ.Υ. αλλά και με την απόσυρση της ρήτρας που θέλει τα Κ.Ψ.Υ. να στεγάζονται σε κτίρια που αποτελούν δωρεές του κράτους. Σε μια δεύτερη φάση θα πρέπει να προχωρήσουν προς υλοποίηση και τα υπόλοιπα προγράμματα του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. έτσι ώστε να προχωρήσει η εξάπλωση και ολοκλήρωση του δικτύου μονάδων Ψυχικής Υγείας, πράγμα το οποίο αποτελεί βασικό στόχο του μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Επίσης βασικό θέμα που θα πρέπει να διευθετηθεί είναι και το θεσμικο-νομοθετικό πλαίσιο που θα διέπει τη λειτουργία και την διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. ώστε να διευκολυνθεί η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών και η καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των χρηστών. Ως λύση προτείνεται, η διοικητική αυτονομία των Κ.Ψ.Υ. με παράλληλη τη συμμετοχή στην επιστημονική διοίκηση της Κεντρικής Μονάδας π.χ. Ψυχιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο το Κ.Ψ.Υ. διαθέτει στο Ψυχιατρείο ή στο Γενικό Νοσοκομείο ένα τμήμα δυναμικότητας 10-12 κλινών, τα οποία διατίθενται για την κάλυψη των ενδονοσοκομειακών αναγκών των κατοίκων του τομέα ευθύνης του Κ.Ψ.Υ. Έτσι τα κρεβάτια, π.χ. ενός Ψυχιατρείου διατίθενται στα Κ.Ψ.Υ. και στους κατοίκους των αντίστοιχων τομέων αυθύνης του για ολιγοήμερη νοσηλεία. Μ'αυτόν τον τρόπο αναιρείται ο ολοκληρωτισμός στη διάθρωση της δομής του Ψυχιατρείου αφού θα υπάρχουν μικρές μονάδες με επιστημονικό προσωπικό το οποίο θα έχει άλλη αντίληψη για την Ψυχιατρική περίθαλψη που διακινείται μεταξύ Κ.Ψ.Υ. και Ψυχιατρείου,

αλλάζοντας τον προσανατολισμό της θεραπευτικής και κοινωνικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της Ψυχικής αρρώστιας, με συνέπεια το Ψυχιατρείο να χάνει την Ασυλιακή του ταυτότητα και απομόνωση του. Το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται ήδη στην Γαλλία με πάρα πολύ επιτυχία.

Μια άλλη λύση οποία υποστηρίζεται κυρίως από επαγγελματίες της υγείας είναι αυτή που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. όπου οι καταναλωτές των υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ. διοικούν τα Κ.Ψ.Υ. έμμεσα συμμετέχοντας με εκπροσώπους τους στο Δ.Σ. του Κ.Ψ.Υ. ή το ελέγχουν με την αξιολόγηση του μέσα από την θεσμοθετημένη συμμετοχή τους στη λειτουργία του.

Βέβαια μέσα σε όλα αυτά θα ήταν σωστό να θεσμοθετηθεί και η διασύνδεση των Κ.Ψ.Υ. με τις υπόλοιπες δομές όπως έχει γίνει για τους Ψ.Τ.Γ.Ν. οι οποίοι με την Υπουργική Απόφαση της 25-5-87 διασυνδέονται με τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία «λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, ώστε να υπάρχει ενιαία και αποτελεσματικά αντιμετώπιση των προβλημάτων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας». Στον πίνακα αναφέρονται ορισμένες μέθοδοι επίτευξης του συντονισμού των Ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Μέθοδοι επίτευξης συντονισμού των νέων Ψυχιατρικών Δομών.

1. Οργανωτικά θέματα:	Κανονισμός που να ενισχύει τον συντονισμό.
2. Διοικητικά θέματα:	Κοινή διοικητική υπηρεσία. Κοινός πόροι. Αξιολόγηση που απαιτεί τα συντονισμό.
3. Κλινικά θέματα:	Κεντρική κοινή επιστημονική επιτροπή. Ροή των πληροφοριών. Κοινά ερευνητικά προγράμματα.
4. Ιδεολογικά θέματα:	Κοινή ιδεολογία.

Ουσιαστικό επίσης θέμα αποτελεί και η άμεση χάραξη μιας στρατηγική ενημέρωσης (αγωγή ψυχικής υγείας) του πληθυσμού από την πολιτεία, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες Ψυχικής υγείας ώστε σταθερά και σταδιακά να αλλάξει η νοοτροπία γύρω από τα θέματα της Ψυχικής Υγείας και της Ψυχικής ασθένειας.

Βέβαια για το λόγο αυτό θα πρέπει να προωθηθούν και να διευκολυνθούν κατά περιοχές, συλλογικά εκπαιδευτικά προγράμματα τόσο για το προσωπικό των Κ.Ψ.Υ. όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών και επίσης αποτελεσματικό θα ήταν αν ιδρυθεί μια Επιτροπή Παρακολούθησης και Αξιολόγησης της λειτουργίας των Κ.Ψ.Υ. η οποία θα παρεμβαίνει διορθωτικά τόσο στον σχεδιασμό όσο και στην υλοποίηση προγραμμάτων για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τα πρότυπα και τα στάνταρντ που έχουν τεθεί από το πενταετές πρόγραμμα του Κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ.

Κλείνοντας αυτή την έρευνα θα πρέπει να σημειωθεί πως μετά από 2 δεκαετίες μεταρρυθμιστικών προσπαθειών παραμένουν άλυτα αρκετά προβλήματα όπως αυτό της τροχιάς που ακολουθεί ο ψυχιατρικά άρρωστος μέσα στο νέο Ψυχιατρικό κύκλωμα. Παρ'όλο που η επικράτηση των Νέων Δομών σαν στόχο είχε την αποασυλοποίηση και την επιβολή ενός συστήματος αντιμετώπισης που να μην ψυχιατρικοποιεί, εντούτοις τα αποτελέσματα δείχνουν πως ο άρρωστος και πάλι καταλήγει στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, μόνο που πλέον δέχεται πρώτα τις υπηρεσίες των Νέων Δομών πρωτού κριθεί απαραίτητος ο εγκλεισμός του. Έτσι θα έλεγε κανείς πως οι νέες δομές ουσιαστικά αναλαμβάνουν το ρόλο των «φίλτρων» του συστήματος και δεν επιτελούν σωστά το λόγο για τον οποίο δημιουργήθηκαν.

Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε περαιτέρω προβληματισμούς όπως:

Η υλοποίηση του συνεχούς της φροντίδας είναι ορατή μέσα και έξω από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τις νέες δομές;

Ποιο ήταν το μέχρι σήμερα αποτέλεσμα των «μικρο» και «μάκρο» ενεργειών των ομάδων στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας με στόχο τη μείωση του αποκλεισμού και κοινωνικού στιγματισμού του Ψυχικά πάσχοντα και της οικογένειάς του;

Έχει πραγματικά αλλάξει η κουλτούρα των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στην προαγωγή πρακτικών ενάντια στην Ασυλική λογική τόσο μέσα στα Ιδρυμάτα όσο και στις κοινοτικές υπηρεσίες;

Εκτός από διοικητικού τύπου αξιολογήσεις, γιατί δεν έχει υπάρξει μια εμπειριστατωμένη ποιοτική μελέτη αξιολόγησης της λειτουργίας των νέων υπηρεσιών;

-Γιατί δεν έχουν μέχρι σήμερα εξασφαλιστεί εθνικοί πόροι από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας για τη συνέχιση του 815/84;

Μπορεί η μεταρρύθμιση στη χώρα μας να μας πρόλαβε στο κατώφλι της νέας χιλιετηρίδας όμως τα δεδομένα δείχνουν πως έχει πολύ δρόμο μπροστά της για να ολοκληρωθεί

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΟΖΑΔΙΝΟΣ Θ. (1992). «*Η συμβολή της διασύνδεσης των Ιατρικών Υπηρεσιών και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην παραγωγή της Υγείας*». Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 40. Αθήνα
- «ΕΚΘΕΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΤΗΣ Ε.Ο.Κ» (1991). Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 23. Αθήνα
- ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ V. ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ (1991). «*Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*». Εκδόσεις Εποπτεία, Αθήνα.
- ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ. «*Κανονισμός 815/84*». Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, αριθμός L88/1-3 Βρυξέλλες, 1984.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. ΜΙΧΑΛΗΣ (1994). «*Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της . Από την θεωρία στην πράξη*». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. ΜΙΧΑΛΗΣ (1997). «*Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα 1984-1996*». Περιοδικό Νέα Υγεία, τεύχος 15, Αθήνα.
- ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΜΑΡΙΑ (1995). «*Μελέτη της Νομικής και Κοινωνικής θέσης των ασθενών στο Κρατικό θεραπευτήριο Λέρου*. Εκδόσεις Αϊβαλή, Αθήνα.
- ΜΙΧΑΛΑΚΕΑΣ Α. (1994). «*Απόψεις που αφορούν το κεφάλαιο ΣΤ του Νομου 2071/92*». Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 46, Αθήνα.
- ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ.Ν. (1994). «*Παρατηρήσεις στα άρθρα του Νομοσχεδίου για την υγεία που αναφέρονται στην Ψυχική Υγεία*». Τετράδια Ψυχιατρικής , τεύχος 46, Αθήνα.

- ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤΕΛΙΟΣ (19970. «*Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Προς μια συγκεκριμένη ουτοπία*».Περιοδικό Νέα Υγεία, τεύχος 15, Αθήνα.
- ΤΥΧΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Π., ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑΣ Ε., ΝΤΑΙΛΙΑΝΗΣ Κ., (1991). «*Κέντρο Ψυχικής Υγείας ,Α. (26-27 Νοεμβρίου 1993 Εθνικό Κέντρο Δημόκριτος). «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι νέες δομές Ψυχιατρικής Φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα*». Πρακτικά Συνεδρίου.
- Φ.Ε.Κ. 123. Νόμος 2071/92 «*Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση Συστήματος υγείας*».
- Φ.Ε.Κ. 143/7-10-83 «*Εθνικό Σύστημα Υγείας*»
- Φ.Ε.Κ. 177. 13/8/73 «*Περί Ψυχικής Υγιεινής και περιθάλψεως των Ψυχικά πασχόντων*».
- Φ.Ε.Κ. 777. (Β/26-10-88) «*Συστατική Πράξη του Κ.Ψ.Υ. Αγίας Παρασκευής-Χαλανδρίου*».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ¹

Η περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων από την αρχαιότητα έως τον 19ο αιώνα

Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στη χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια (concept) της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα από την ιστορική πορεία του έθνους.

Η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια από τους κλασικούς χρόνους – και αυτό φαίνεται από τα κείμενα που διασώθηκαν – περιλαμβάνει την υπερφυσική αιτιολογία της. Ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Είναι ένα διαφορετικό άτομο που κατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και της

1. Για τη συγγραφή του κεφαλαίου αυτού χρησιμοποιήθηκαν, ως βασική βιβλιογραφία, οι εργασίες των Mora (1975), Foucault (1972), Rothman (1971), Στριγγάρη (1987), Pichot (1983), Πλουμπίδη (1981, 1989), Χαβιάρα-Καραχάλιου (1987), Κωνσταντέλου (1986), Σιμάτη και Σουερέφ (1989). Ιδιαίτερα θα πρέπει να επισημανθεί η συμβολή του έργου του Δ. Πλουμπίδη στην ιστορική ανάλυση της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο έως τις αρχές του 20ού αιώνα.

Λύσσης. Τον 4ο π.Χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια με τη γνωστή θέση ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος). Έτσι, μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας. Οι Ιπποκρατικοί απέρριπταν τη θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια, σε αντίθεση με τις γνωστές επικρατούσες απόψεις, και εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις, όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων, η υποβολή σε λογοθεραπεία και η παραμονή σε ιερά όπως του Απόλλωνα στους Δελφούς κ.ά. Αναφέρονται 420 τέτοια ιερά σε ολόκληρη την Ελλάδα. Ο Απόλλων εθεωρείτο ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση «φρενοβλαβίας», γι' αυτό απεκαλείτο Λοξίας.

Η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών» για πρώτη φορά αναπτύσσεται στους «Νόμους» από τον Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατόν να καταδικαστεί από τον Δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με τη ρητή απαγόρευση των επαφών του με την κοινότητα.

Μετά το διάστημα αυτό, ο εγκλειστος έπρεπε να απελευθερωθεί αν και εφόσον η συμπεριφορά του είχε βελτιωθεί, αλλιώς θα έπρεπε να θανατωθεί.

Στην πραγματικότητα, οι ψυχικά άρρωστοι στην Αθήνα εκρατούντο στο σπίτι τους κάτω από συνεχή παρακολούθηση και αν οι συγγενείς τους εγκατέλειπαν, ετιμωρούντο.

Ο Αριστοτέλης εισήγαγε πρώτος την εμπειρική παρατήρηση πάνω στις διαταραχές της συμπεριφοράς του ανθρώπου και την έννοια της κάθαρσης, με τη χρήση μουσικής, κρασιού και αφροδισιακών, ιδιαίτερα για τα μελαγχολικά άτομα. Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο μελαγχολία, που προέρχεται από την ιπποκρατική μέλαινα χολή, για άτομα με διαταραχές της αντίληψης.

Ο θρίαμβος του ρασιοναλισμού ήρθε με τους Επικούριους και τους Στωικούς κατά τον 3ο π.Χ. αιώνα.

Στη Ρωμαϊκή εποχή δημιουργούνται τα πρώτα νομικά θέματα περί των ψυχικά ασθενών, ενώ η διδασκαλία του Γαληνού καλύπτει κάθε ιατρική πράξη της εποχής εκείνης.

Τον 3ο μ.Χ. αιώνα, ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί τη θεραπεία των ψυχικά αρρώστων, οι οποίοι, σημειωτέον, διέμεναν σε δωμάτια με απόλυτη ησυχία χωρίς επισκέψεις συγγενών τους. Οι άρρωστοι ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες, μια πρακτική που μοιάζει μ' αυτή που σήμερα αποκαλούμε ψυχόδραμα.

Ειδικότερα ο Σωρανός, ο οποίος γεννήθηκε στην Έφεσο και έζησε στις αρχές τ.υ 2ου μ.Χ. αιώνα στη Ρώμη, μεταξύ άλλων κειμένων άφησε «οδηγίες» για την περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων απαγορεύοντας τη χρήση αλυσίδων και τον εγκλεισμό τους σε σκοτεινά υπόγεια ή τη χρήση σωματικής βίας, αφού όλα αυτά «χειροτερεύουν την κατάστασή τους». Κατά τον Σωρανό, οι ψυχασθενείς πρέπει να διαμένουν σε χώρους που είναι μέτρια φωτισμένοι, με μέση θερμοκρασία και πλήρη ασφάλεια. Πρέπει να αποφεύγονται οι επισκέψεις που συχνά αναστατώνουν τους αρρώστους, όπως και οι έξοδοί τους. Όσοι άρρωστοι ήταν διεγερτικοί θα έπρεπε να καθλώνονται με υφασμάτινους ιμάντες χωρίς όμως να τραυματίζονται. Είναι φανερό, από τα γραπτά του, ότι ο Σωρανός είναι ένας αρκετά σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του.

Γενικά, η αντίληψη για τον ψυχικά άρρωστο στους κλασικούς χρόνους στην Ελλάδα είναι, για το λαό και τους ειδικούς, ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων.

Κατά τους Βυζαντινούς χρόνους, τον 4ο αιώνα, κλασικό παράδειγμα οργάνωσης ασυλιακής φιλανθρωπικής περίθαλψης αποτελεί το έργο του Μεγάλου Βασιλείου, το 372 μ.Χ., η «Βασιλειάς» (Κωσταντέλος, 1984). Στα ιδρύματα αυτά περιεθάλποντο και ψυχικά άρρωστοι. Ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος αργότερα ίδρυσε αρκετά νοσοκομεία στην Κωνσταντινούπολη.

Οι Άραβες, από τον 6ο μ.Χ. αιώνα, φαίνεται ότι έχουν ειδικούς χώρους για να εγκλείονται οι ψυχασθενείς, κάτω μάλιστα από ανθρωπιστικές συνθήκες, σύμφωνα με γραπτά κείμενα. Τον 14ο αιώνα υπήρχαν ορισμένα άσυλα όπου εκρατούντο έγκλειστοι ψυχικά άρρωστοι όπως στο Metz (1100), στην Ουψάλα (1305), στο

Bergamo (1325), στη Φλωρεντία (1385). Την ίδια εποχή, στην πόλη Gheel της Φλαμανδίας λειτουργούσε ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας που είχε σχέση με την τοπική λατρεία της Αγίας Δάφνης, η οποία εθεωρείτο η προστάτις των «τρελών». Βλέπουμε δηλαδή μια σχέση μεταξύ του αρχαίου Δαφνίου Απόλλωνα και της χριστιανικής Αγίας Δάφνης.

Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στην Ευρώπη κτίστηκε στη Βαλένσια το 1409, στην Ισπανική χερσόνησο, στον ίδιο δηλαδή χώρο που λειτουργούσε η Ιερά Εξέταση, από τον ιερέα *Gilbert Jofre* (1350-1417).

Μεταξύ του 1412 και 1489, πέντε παρόμοια ιδρύματα δημιουργήθηκαν και στην Ισπανία. Τον 18ο αιώνα άρχισαν να μετατρέπονται, στη Γαλλία, Γερμανία, Αγγλία και αλλού, πύργοι σε φρενοκομεία, όπου εγκαταλείπονταν οι «τρελοί, οι οργανικά γέροι, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι μικρονοϊκοί, οι μικροκλέφτες και τα ορφανά παιδιά», να ζήσουν σε συνθήκες πρωτόγονες με το στίγμα της τιμωρίας από το Θεό για τις δήθεν αμαρτίες τους. Μια άλλη άποψη που επικρατούσε τότε ήταν ότι «οι τρελοί» είχαν ανεξάντλητα αποθέματα αντοχής και έτσι δικαιολογείτο η εγκατάλειψή τους σε συνθήκες αθλιότητας, στέρησης τροφής κ.λπ.

Το 1247, στο Μοναστήρι της Αγίας Μαρίνας της Βηθλεέμ στο Λονδίνο, αναφέρεται ότι μπήκε ο πρώτος ψυχιατρικός άρρωστος, αν και μόνο από το 1330 το μοναστήρι άρχισε να λειτουργεί σαν νοσοκομείο. Από το 1547 κάλυπτε τις ανάγκες της πόλης του Λονδίνου. Οι θεραπευτικές μέθοδοι περιελάμβαναν την απόλυτη νηστεία, την καθήλωση, τους ξυλοδαρμούς και τα βασανιστήρια που κατέληγαν στο θάνατο. Το 1486 άνοιξε στην Αλσατία το πρώτο νοσοκομείο για επιληπτικούς.

Ο Johann Weyer ή Wier (1515-1588) ήταν μεταξύ των πρώτων που αγωνίστηκαν ώστε να απομυθοποιηθούν και να εκλείψουν οι δαιμονοκρατικές απόψεις για τους «τρελούς» και να επικρατήσει το ιατρικό μοντέλο, με το έργο του *De Praestigiis Daemonium*.

Στην τσαρική Ρωσία, το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο ιδρύθηκε το 1762 στο Νοβγκορόντ, ενώ λίγα χρόνια αργότερα ιδρύονται άσυλα στη Μόσχα και στην Αγία Πετρούπολη το 1776 (Galashyan, 1968).

Ο 18ος αιώνας υπήρξε το ορόσημο για τις «επαναστάσεις» στην ψυχιατρική περίθαλψη αρχίζοντας από τον Johann Christian Reil, γερμανό γιατρό (1759-1813), που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχιατρική». Ο Reil ήταν καθηγητής της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Halle και του Βερολίνου και είχε αγωνιστεί για την αναγνώριση της Ψυχιατρικής ως ξεχωριστής έδρας στην Ιατρική Σχολή.

Ο Philippe Pinel, (1745-1826), γιατρός, καθηγητής της Υγιεινής και Παθολογίας και διευθυντής του φρενοκομείου της Bicêtre από το 1793 και από το 1795 της Salpêtrière, υπήρξε ο απελευθερωτής κυριολεκτικά των τρελών από τις αλυσίδες τους την ιστορική ημέρα της 24ης Μαΐου του 1798· εννιά χρόνια μετά την 14η Ιουλίου του 1789 που σήμανε την αρχή της Γαλλικής Επανάστασης. Ο Pinel αφαίρεσε συμβολικά τις αλυσίδες από πενήντα τροφίμους της Bicêtre.

Στον πίνακα που φιλοτέχνησε το 1876 ο Γάλλος ζωγράφος ρομαντικής τεχνοτροπίας, Robert Fieury, απεικονίζεται παραστατικά η απελευθέρωση, από τον Philippe Pinel στο Άσυλο της Bicêtre, της πρώτης ψυχικά άρρωστης από τις αλυσίδες της.

Ο Pinel θεωρήθηκε, δίκαια, ο επαναστάτης στην ψυχιατρική περίθαλψη αφού φρόντισε για την αναδιοργάνωσή της ως προς το κτιριακό της σκέλος, με νέα ευρύχωρα κτίρια που εξωτερικά ομοίαζαν με τα βασιλικά ανάκτορα των Βερσαλιών, με το διαχωρισμό των τροφίμων τους σε τμήματα ησύχων, ανησύχων, ανιάτων κ.λπ. Ο Pinel, το 1801, έγραψε το κλασικό σύγγραμμα με τον τίτλο *Traité médicophilosophique sur l'alienation mentale*, που αποτελεί το πρώτο κλινικό ψυχιατρικό έργο.

Ο 19ος αιώνας δεν φημίζεται για τις βελτιώσεις των συνθηκών διαμονής των ψυχικά άρρωστων στα άσυλα. Οι άρρωστοι παρέμεναν συνήθως στοιβαγμένοι σε μεγάλους ή μικρούς χώρους με άχυρα στο δάπεδο, ρακένδυτοι, κάτισχνοι, δεμένοι με αλυσίδες, γεμάτοι ακαθαρσίες. Η τροφή τους ήταν ελάχιστη, τόση όσο για να διατηρηθούν στη ζωή, η δε θνησιμότητα ήταν μεγάλη. Αρκετοί, που ήταν ανήσυχoi ή διεγερτικοί, εκρατούντο σε κλουβιά όπως τα άγρια θηρία των ζωολογικών κήπων. Ήταν μάλιστα σύνηθες το φαινόμενο, σε ορισμένα άσυλα της Γαλλίας και της Αγ-

γλίας, τις Κυριακές, της επίσκεψης των εγκλείστων από το κοινό με την καταβολή ενός μικρού ποσού δίκην επισκέψεως σε ζωολογικό κήπο, όπως συνέβαινε στο Άσυλο Bethlehem του Λονδίνου. Αντίθετα, στην πόλη της Βασιλείας της προτεσταντικής Ελβετίας, υπάρχουν γραπτά που ομιλούν για την εργασιακή απασχόληση από τα τέλη του 18ου αιώνα των λεγόμενων «ελαφρών» περιπτώσεων ψυχικής αρρώστιας. Στη Φιλαδέλφεια των Η.Π.Α., ο Benjamin Rush, (1745-1812), ίδρυσε το 1751 το Ψυχιατρείο της Πενσυλβάνια. Το 1773 άνοιξε το πρώτο Πολιτειακό Άσυλο στη Virginia και το 1791 λειτούργησε, στην πόλη της Νέας Υόρκης, το πρώτο τοπικό Άσυλο. Ο Guillaunce Ferrus (1784-1861), που διαδέχθηκε τον Pinel στη διεύθυνση του ασύλου της Bicêtre, προσπάθησε να διαχωρίσει τους ψυχικά αρρώστους από τους άστεγους, τους εγκληματίες, τους αλήτες, σε ιδιαίτερους θαλάμους και τμήματα, ενώ οργάνωσε μια αγροτική καλλιεργήσιμη έκταση όπου κάποιοι ψυχικά άρρωστοι απασχολούνταν σε αγροτοκτηνοτροφικές εργασίες.

Ο Γερμανός E. Pienitz, μαθητής και αυτός του Pinel, οργάνωσε το Ψυχιατρείο του Sonnenstein στον ομώνυμο μεσαιωνικό πύργο, όπου η θεραπευτική πρακτική περιελάμβανε την εργασιακή τους απασχόληση με συγκεκριμένο πρόγραμμα και καθοδήγηση, από τις πιο ελαφρές στις πιο περίπλοκες εργασίες, μέσα από ενισχύσεις ή τιμωρίες σε όσους δεν ήταν ακαταλόγιστοι.

Στις 21 Σεπτεμβρίου 1839, ο Άγγλος γιατρός Connally (1794-1866), 41 χρόνια μετά τον Pinel, αφαίρεσε κάθε μέσο καθήλωσης και καταστολής, – δηλαδή αλυσίδες, κλωβούς, μεταλλικούς μανδύες κ.λπ. – στο άσυλο του Hanwell. Τον αιώνα του Διαφωτισμού κτίστηκαν αρκετά ακόμη ιδρύματα για κάθε είδους «περιθωριακούς», όπως το Zuchthaus στο Αμβούργο το 1620, το Hotel-Dieu στο Παρίσι το 1656, στο St. Lazare (1632) και στο Senlis (1668), ενώ στην Αγγλία, το 1744, ένας νόμος του Κοινοβουλίου καθόριζε τους κανόνες λειτουργίας των ιδρυμάτων αυτών.

Το 1751 ιδρύθηκε το Νοσοκομείο του Αγίου Λουκά στο Moorsfield της Αγγλίας, ενώ το 1796 ιδρύθηκε το ησυχαστήριο της Υόρκης, από τον William Tuke (1732-1819), με 30 περίπου αρρώστους που ακολουθούσαν μη βίαιες μεθόδους θεραπείας.

Ο Vincenzo Chiarugi, (1759-1829) διηύθυνε με ανθρωπισμό το νοσοκομείο του Bonifacio που ίδρυσε ο Μέγας Δούκας Πέτρος Λεοπόλδος (1747-1792) στη Φλωρεντία, ο οποίος πέρασε τον ειδικό νόμο για τους φρενοβλαβείς· επρόκειτο για έναν εξαιρετικά προοδευτικό νόμο, σύμφωνα με τον οποίο απαγορεύονταν οι βίαιες μέθοδοι καταστολής και θεσπίζονταν μέτρα ανθρωπιστικής θεραπευτικής μεταχείρισης. Στις Η.Π.Α. μόνο με τη βιομηχανική επανάσταση του 19ου αιώνα άρχισαν να χτίζονται τα πρώτα Άσυλα· στην Πενσυλβάνια το 1817, στη Νέα Υόρκη (το άσυλο Bloomingdale το 1821), στη Μασσαχουσέτη το άσυλο McLean το 1818. Μεταξύ του 1825 και 1865, είχαν κτιστεί 18 νοσοκομεία καθώς και 62 άσυλα. Το πρώτο ίδρυμα που εφάρμοσε την ανθρωπιστική θεραπευτική ήταν το νοσοκομείο του Worcester στην πολιτεία της Μασσαχουσέτης το 1833, με τον Horace Mann, ενώ στην πολιτεία της Νέας Υόρκης υπήρξαν δύο παρόμοιας κατεύθυνσης ιδρύματα. Μια δασκάλα από τη Μασσαχουσέτη, η Dorothea Lynde Dix, (1802-1887), άρχισε μια εκστρατεία σε όλες σχεδόν τις πολιτείες της Βόρειας Αμερικής για την αλλαγή των τρόπων θεραπευτικής προσέγγισης και της σχετικής νομοθεσίας. Σε αυτήν οφείλεται η κατασκευή 32 ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Στη Γαλλία, ο Esquirol (1722-1840) υπήρξε ο πρόεδρος, το 1830, μιας Επιτροπής της οποίας τα συμπεράσματα οδήγησαν στη ριζική αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Το 1908 ο Clifford Beers, έχοντας ο ίδιος οδυνηρές εμπειρίες από τις νοσηλείες του σε άσυλα των Η.Π.Α., συνέγραψε το αυτοβιογραφικό έργο *A mind that found itself*. Υπήρξε ο άνθρωπος που οργάνωσε το Κίνημα της Ψυχικής Υγιεινής μετά τη δεκαετία του 1910 στις Η.Π.Α., και αργότερα στην Ευρώπη, και το οποίο υιοθέτησε και το Ιατροπαιδαγωγικό Κίνημα (Child-guidance movement).

Στο Albany της πολιτείας της Νέας Υόρκης λειτούργησε από τον Mosler, το 1902, για πρώτη φορά Ψυχιατρική Κλινική στο τοπικό Γενικό Νοσοκομείο, ενώ το 1912 ο A. Meyer ίδρυσε την Ψυχιατρική Κλινική στη Βαλτιμόρη στο Πανεπιστήμιο John Hopkins.

Η μοναστηριακή περίθαλψη των ψυχασθενών στην Οθωμανική Αυτοκρατορία (πλουμπίδης, 1981,1989)

Ορισμένα μοναστήρια σε μερικές περιοχές της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας είχαν τη φήμη κέντρων εξορκισμού και θεραπείας «δαιμονισμένων, τρελών, επιληπτικών και διεγερτικών αρρώστων».

Υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι ανήσυχoi άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με αγίασμα και τις προσευχές. Τέτοιες περιοχές στον ελλαδικό χώρο ήταν η Χίος, όπου υπήρχαν αρκετά μοναστήρια όπως εκείνα των καθολικών Καπουτσίνων του Αγίου Ρόκκου, η Εκκλησία των Ταξιαρχών στα Μεστά και το Μοναστήρι της Αγίας Ματρώνας.

Στην Κεφαλλονιά η συγκέντρωση ψυχασθενών γινόταν στο μοναστήρι του Αγίου Γερασίμου, στη Θεσσαλονίκη στο μοναστήρι του Αγίου Αντωνίου, στην Κέρκυρα στην εκκλησία του Αγίου Σπυριδώνα, στην Αττική στο μοναστήρι του Δαφνίου, στη Σμύρνη στην εκκλησία του Αγίου Χαραλάμπους· ψυχασθενείς συγκεντρώνονταν, επίσης, και σε ορισμένα μοναστήρια του Αγίου Όρους.

Στη Ρουμανία υπήρχαν μοναστήρια όπως εκείνο στο Nogoesti της Βλαχίας, και τρία άλλα μοναστήρια στη Μολδαβία.

Στην Αίγυπτο υπήρχαν, τον 19ο αιώνα, τα μοναστήρια του Αγίου Σάββα στην Αλεξάνδρεια και του Αγίου Γεωργίου στο Κάιρο που δέχονταν ψυχικά αρρώστους τους οποίους δεν ήθελαν να κρατήσουν οι συγγενείς τους. Στην Κωνσταντινούπολη υπήρχαν δεκάδες εκκλησιαστικοί χώροι όπου κατέφευγαν οι ψυχικά άρρωστοι, όπως το μοναστήρι του Αγίου Γεωργίου στη νήσο Πρίγκιπο, η εκκλησία της Αγίας Βλαχέρνας, τα μοναστήρια του Προδρόμου των Ταταούλων, της Παναγίας του Μπαλουκλή, της Φανερωμένης στην Κύζηκο, της Παναγίας της Σιλυβριανής ειδικά για επιληπτικούς αρρώστους και η εκκλησία του Εγρή Καπή.

Άλλα μοναστήρια στη Μικρά Ασία βρίσκονταν στην Προύσα,

το μοναστήρι του Αγίου Ευστρατίου, στην Καισάρεια το μοναστήρι του Αγίου Ιωάννου, ενώ στη Θράκη-Ανδριανούπολη ήταν το μοναστήρι των Ταξιαρχών.

Στα περισσότερα μοναστήρια γίνονταν δεκτοί χριστιανοί ορθόδοξοι και ετερόδοξοι (μουσουλμάνοι και εβραίοι). Σε ορισμένα γινόταν επιλεκτική διαλογή αρρώστων, ενώ άλλα δέχονταν μόνον επιληπτικούς ή μελαγχολικούς ή μανιακούς ή διεγερτικούς ή μόνον ήσυχους αρρώστους. Μερικά μοναστήρια αργότερα μετατράπηκαν σε άσυλα ή μικρά νοσοκομεία όπως εκείνο της Μαρκούτζας στη Ρουμανία.

Η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη στην Οθωμανική Αυτοκρατορία και το Ελληνικό κράτος μέχρι τον 19ο αιώνα (Πηουμίδης, 1981, 1989)

Στον ελλαδικό χώρο τα πρώτα άσυλα ιδρύθηκαν σε συγκεκριμένους τόπους. Το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1838, από βρετανική διοίκηση επί του αρμοστή Ε. Douglas. Το άσυλο στεγάστηκε στους στάβλους του ιππικού στη συνοικία του Σαρόκκου της πόλης της Κέρκυρας. Πρώτος διευθυντής του χρημάτισε ο Hadway, άγγλος γιατρός, με υποδιευθυντή τον Π. Ζαγκάρολα. Από το 1876 μέχρι το 1887, διευθυντής του ψυχιατρείου υπήρξε ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, που είχε σπουδάσει ιατρική στην Ιταλία και ακολουθούσε ουμανιστική προσέγγιση στην ψυχιατρική.

Το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλλονιά, από τους Άγγλους, ένα άσυλο σε ένα στρατώνα κατά το πρότυπο της ίδρυσης του ασύλου της Κέρκυρας.

Το 1885 λειτουργούσε στη Μαγνησία ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς.

Στην Κωνσταντινούπολη υπήρξε ένας αριθμός ιδρυμάτων που δέχονταν ψυχασθενείς. Στα μέσα του 16ου αιώνα τοποθετείται η ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμιντζίδων, δηλαδή των ναυτικών, που δεχόταν ψυχοπαθείς. Το 1780 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Σταυροδρομίου, ενώ το 1839 ιδρύθηκε το νοσοκομείο

του Επταπυργίου πάνω στα θεμέλια του παλιού ξύλινου νοσοκομείου που λειτουργούσε από το 1739 και είχε καταστραφεί από πυρκαγιά. Οι λεγόμενοι «φρενόληπτοι» μεταφέρθηκαν το 1848 σε ειδικό κτίριο στο χώρο του νοσοκομείου.

Το 1855 ιδρύθηκε το άσυλο La Paix στην Κωνσταντινούπολη από καθολικές καλόγριες. Το 1748 ιδρύθηκε, από τους Χιώτες Μαυρογορδάτο και Σεβαστόπουλο, το Γραικικό νοσοκομείο της Σμύρνης με τμήμα φρενοκομείου και ειδικό υδροθεραπευτήριο. Με δωρεά του Πέτρου Σκυλίτση κτίστηκε το 1750-60 το νοσοκομείο στην πόλη της Χίου το οποίο ανακατασκευάστηκε μετά τους καταστροφικούς σεισμούς του 1881 και περιελάμβανε τμήμα ψυχασθενών το οποίο έπαψε να λειτουργεί το 1948. Στην Κωνσταντινούπολη, από πλευράς Οθωμανών, ιδρύθηκαν δύο φρενοκομεία: το 1465 το Νοσοκομείο του Τζαμιού Φατίχ που είχε ιδρύσει ο Μωάμεθ ο Β' και ήταν το πρώτο φρενοκομείο και το 1527 το δεύτερο που εγκαταστάθηκε στο νοσοκομείο του Τζαμιού του Σουλεϊμάν.

Το 1583 ιδρύθηκε, από τη Σουλτάνα Βαλιντέ, το ομώνυμο νοσοκομείο, ενώ το 1580 ιδρύθηκε το νοσοκομείο Τοπ Ταχί. Και τα δύο αυτά ιδρύματα δέχονταν ψυχικά αρρώστους.

Στην Ανδριανούπολη ιδρύθηκε το 1485 από τον Βαγιαζήτ τον Β' ένα νοσοκομείο που δεχόταν και ψυχικά αρρώστους. Στα άσυλα αυτά υπήρχε συνήθως μεικτός πληθυσμός, δηλαδή ψυχωτικοί, μανιακοί, μελαγχολικοί, αλκοολικοί, πόρνες, οργανικά γέροντες, άποροι ή ορφανοί νέοι. Οι πλούσιοι συνήθως πλήρωναν κάποιο νοσήλειο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιελάμβανε, κατά κανόνα, υδροθεραπεία με καταιονισμούς, χαμάμ ή μασάζ, καθήλωση με αλυσίδες από τα άκρα, τη μέση ή το λαιμό και ραβδισμούς ή μανδύα καθήλωσης για τους διεγερτικούς αρρώστους. Συχνά γινόταν χρήση αφαιμάξεων, των καθαρτικών και άλλων «ιαματικών» παρασκευασμάτων.

Η ψυχιατρική περίθαλψη στο ανεξάρτητο Ελληνικό κράτος (1833-1900)

(Πήουμπίδης, 1981· Χαβιάρα-Καραχάλιου, 1987· Μάτσα, 1984)

Λίγα χρόνια μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους, τον Ιανουάριο του 1833, οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία· επρόκειτο για το Υγειονομικό Τμήμα ή Αστυνομία που ανήκε στη Γραμματεία (Υπουργείο) των Εσωτερικών (3-4-1883, Βασιλικό Διάταγμα του Όθωνα) με πρώτο οργανωτή της υπηρεσίας το Βαυαρό γιατρό των ανακτόρων Wittpfer. Το 1914, το Υγειονομικό Τμήμα έγινε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντιλήψεως (Ν. 516/1914) στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το 1917, η Διεύθυνση μετατράπηκε σε αυτοτελές «Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως» (ΒΔ 8/7/1917). Το 1922, μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή, συνεστήθη Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως (Ν.Δ. 13-12-1922), ενώ το 1928 δημιουργήθηκε Υφυπουργείο Υγιεινής το οποίο το 1929 μετατράπηκε σε αυτοτελές Υπουργείο Υγιεινής· όμως το 1932 καταργήθηκε και μετατράπηκε σε Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως. Ακολούθησε μια σειρά συγχωνεύσεων και ανεξαρτητοποιήσεων κατά τα έτη 1935, 1936, 1940, 1945, 1952, 1964, 1967, 1968.

Το πρώτο υγειονομικό νομοθέτημα ήταν ο γνωστός νόμος ΨΜΒ/1862 «Περί των Φρενοκομείων» και ακολούθησε ο νόμος της 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο.

Ο Νόμος ΨΜΒ της 19/5/1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων» καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου κ.λπ. του αρρώστου. Ο δε Νομάρχης, Δήμαρχος και ο Αστυνομικός Διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για τη διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού μετά από δικαστική απόφαση του Πρωτοδικείου.

Ο Νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον Υπουργό Υγείας κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδου ή απόλυση του αρρώστου μέσα σε 24 ώρες. Σε ανάλογο χρονικό διάστημα ο Υπουργός είχε το δικαίωμα, με αιτιολογημένη απόφασή του, να εγκρίνει, να τροποποιή-

σει ή να ακυρώσει τις προηγούμενες αποφάσεις ή να απαιτήσει νέα γνωμάτευση. Σύμφωνα με το νόμο, την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν άμεσοι συγγενείς ή και λοιποί που είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις.

Ο άρρωστος μπορούσε να εξέλθει του ιδρύματος μετά από έγγραφη βεβαίωση του αρμοδίου ψυχιάτρου. Τέλος, ο Νόμος ΨΜΒ προέβλεπε την προσφυγή στο Πρωτοδικείο με αίτημα την έξοδο του αρρώστου.

Το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας

Το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι από την περιοχή της Κέρκυρας. Το 1839 εγκαινιάστηκε το Ψυχιατρείο που είχε εγκατασταθεί στους στρατώνες του Βρετανικού στρατού στην τότε αγροτική τοποθεσία Άγιος Ρόκκος (Σαρόκκο). Όπως παραθέτουν οι Σιμάτης και Σουερέφ (1989), ο κυβερνήτης Douglas ανέφερε στο ιδρυτικό διάταγμα ότι:

«Καίτοι διατεθειμένοι να θεωρώμεν εν άσυλον διά τους φρενοβλαβείς μόνον ως τόπον καθείρξεως δι' εκείνα τα άθλια όντα τα οποία μένοντα εν ελευθερία θα διετάραπτον την ησυχίαν της κοινωνίας και αγκαλά απασχολούμενος πάντοτε εις τον νουν αι ιδέαι κελίων και αλύσεων και εξ άλλου μέρους επειδή ημείς είμεθα εκ φύσεως ολίγον ευδιάθετοι να διαλεχθώμεν περί υποθέσεως τοσούτων θλιβεράς και οικτράς και μόλον τούτου φυσικόν το να μας ενδιαφέρει τα μέγιστα η κατάστασις των δυστύχων εκείνων, οίτινες ευρίσκονται κατάκλειστοι μεταξύ των τοίχων ενός τοιούτου αναγκαίου καταστήματος και τοιαύτην αλήθειαν πρέπει αναμφιβόλως να την αισθανθή πας φιλάνθρωπος αναγνώστης» (Gazetta degli Stati Uniti delle isole Ionie, 1838).

Οι άρρωστοι γρήγορα αυξήθηκαν στους 65, ενώ οι πρώτοι γιατροί του ασύλου ήταν Βρετανοί. Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης υπήρξε ο πρώτος Έλληνας γιατρός που ανέλαβε ως διευθυντής το 1874. Ουσιαστικά, το άσυλο της Κέρκυρας κάλυπτε τις ανάγκες όλης της τότε ελληνικής επικράτειας. Εκεί οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες «αναμεμιγμένοι μετά των εξαμβλωμάτων της κοι-

ωνίας, συνδιδαιτώμενοι μετά των ληστών και κακούργων...» (Τσιριγώτης, 1877 – αναφέρεται από τους Σιμάτη και Σουερέφ, 1989).

Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης γεννήθηκε στην Κέρκυρα το 1841. Σπούδασε, από το 1860, ιατρική στην Πίζα της Ιταλίας όπου η επίδραση της ανθρωπιστικής ψυχιατρικής του Chiarugi ήταν έντονη (Σιμάτης και Σουερέφ, 1989). Ο Τσιριγώτης θεωρείται ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος της σύγχρονης Ελλάδας. Διηύθυνε από το 1874 μέχρι το 1886 το φρενοκομείο της Κέρκυρας. Το 1878 επισκέφθηκε, μετά από απόφαση της τότε Κυβέρνησης, ψυχιατρεία στην Ιταλία και με τις εμπειρίες αυτές άρχισε την ανοικοδόμηση νέων κτιρίων το 1880 (Σιμάτης και Σουερέφ, 1989). Πίστευε ότι το ψυχιατρείο δεν έπρεπε να είναι καγκελόφρακτο και έπρεπε να διαθέτει μικρή σχετικά δύναμη κρεβατιών, όχι περισσότερα των 300, καθώς και αρκετές εκτάσεις για να απασχολούνται οι άρρωστοι.

Ο Τσιριγώτης ήταν μια πολύπλευρη και δημιουργική προσωπικότητα και είχε εφαρμόσει ανθρωπιστικής έμπνευσης θεραπευτικές μεθόδους στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, όπως την εργοθεραπεία και τη λεγόμενη «ηθική θεραπεία» η οποία συνίστατο στην πατρική σχέση του αρρώστου με το γιατρό μέσα από το διάλογο (την ψυχοθεραπεία) και τις παραινέσεις. Δημοσίευσε επίσης στατιστικές μελέτες γύρω από τη διακίνηση του πληθυσμού του ασύλου, τα χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων και την εξέλιξη της νόσου τους. Ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης πέθανε το 1919 στην Αθήνα σε ηλικία 78 ετών.

Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο¹

Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά (1880) του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805-1880), αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων, με το όνομα «Φρενοκο-

1. Αξίζει να σημειωθεί ότι η λεπουργία του τράβηξε την προσοχή του F. Sanborn, Επιθεωρητή των Ψυχιατρείων της Μασσαχουσέτης, ο οποίος έγραψε ένα άρθρο για την «τρέλα» στην Ελλάδα, το 1893, στο περιοδικό *Journal of Mental Science*.

μείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου». Αξίζει να σημειωθεί ότι το ζεύγος είχε μια κόρη νοητικά καθυστερημένη. Στις 16/4/1882 συστήθηκε, με το ΦΕΚ 82/82, το «Εν Αθήναις Φιλανθρωπικόν Καθίδρυμα Φρενοκομείον Ζώρζη και Ταρσής Δρομοκαΐτου», ενώ στις 27/5/1887 συστήθηκε το ιδιωτικό φρενοκομείο στη θέση Αγία Βαρβάρα του Δαφνίου σε έκταση 321 στρεμμάτων που παραχωρήθηκε από το κράτος. Η επιθυμία των εκτελεστών της διαθήκης ήταν να ανεγερθεί σύγχρονο ψυχιατρείο, γι' αυτό κατέφυγαν στη βοήθεια του Γάλλου ψυχιάτρου Lunier, επίτιμου γενικού επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της Γαλλίας, ο οποίος χρημάτισε τεχνικός σύμβουλος επί των κατασκευών. Το ίδρυμα θεμελιώθηκε το 1884 και εγκαινιάστηκε την 1/10/1887, με 4 νοσηλευτικά περίπτερα, με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών καθώς και με βοηθητικά κτίρια και υδροθεραπευτήριο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το Δρομοκαΐτειο απετέλεσε το χώρο στον οποίο άλλοι χιώτες φιλάνθρωποι, όπως ο Συγγρός, η Έλενα Βενιζέλου, ο Α. Πάλλης, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Θεολόγος κ.ά., δώριζαν σημαντικά ποσά για την κατασκευή περιπτέρων και τη γενικότερη ενίσχυση των δραστηριοτήτων του ιδρύματος.

Οι πρώτοι γιατροί του ιδρύματος ήταν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, που ήρθε από το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, ο καθηγητής Μ. Κατσαράς, ο Μ. Γιαννήρης, ο Ι. Ζηλανάκης.

Ο Τσιριγώτης διηύθυνε το Δρομοκαΐτειο από το 1887 έως το 1903. Διάδοχος του Τσιριγώτη υπήρξε ο γιατρός Μιχάλης Γιαννήρης (1865-1956) από τη Χίο, ο οποίος είχε σπουδάσει στη Γαλλία. Διηύθυνε το Δρομοκαΐτειο έως το 1942. Είχε συγγράψει αρκετά έργα και πρωτότυπες μελέτες, όπως το *Περί της νοσηλείας και περιθάλψεως των φρενοπαθών εν τοις φρενιατρείοις. Η κατ' οίκον προς μόρφωσιν των νοσοκόμων, Περί των φρενοπαθών εν Ελλάδι* κ.ά. Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαΐτειου αρχίζει από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στην Γ' Κλινική από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά, οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις: εξασφαλίστηκε επίσης ιδιωτικός χώρος για κάθε άρρωστο, οι δε τραπεζαρίες εξοπλίστηκαν με μικρά

τραπέζια και καθίσματα αντί των πάγκων. Εφαρμόστηκαν, παράλληλα, κάποιες κοινωνιοθεραπευτικές μέθοδοι (ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνιοθεραπεία, κοινωνική λέσχη, ποδοσφαιρικές συναντήσεις, ψυχόδραμα, παραστάσεις αρχαίου δράματος). Οι δραστηριότητες της Γ' Κλινικής συνδέθηκαν με κάποιες πρωτοποριακές, για την εποχή του 1960, κινήσεις όπως εκείνη της Εβδομάδας Ψυχικής Υγείας στην Αθήνα, που οργανώθηκε από τις 2 έως τις 8 Μαΐου 1962 από την Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής και απέβλεπε στην εξοικείωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας αλλά και με τους ίδιους τους ψυχικά αρρώστους· αξίζει να σημειωθεί ότι συνέχισε για χρόνια ένα παρόμοιο έργο με σχολές γονέων, διαλέξεις και άλλες δραστηριότητες.

Οι προοδευτικές αυτές δραστηριότητες, δυστυχώς, παρέμειναν στο επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων μιας μικρής ομάδας ειδικών, γιατί ίσως οι πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της εποχής εκείνης δεν επέτρεψαν την εξάπλωσή τους σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα. Εξαίρεση ίσως είναι η περίπτωση της Α' Κλινικής του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. με διευθυντή τον Ν. Ρασσιδάκη, της οποίας η δομή και οι δραστηριότητες διέφεραν αισθητά από εκείνες άλλων τμημάτων του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλη τη χρονιότητα του πληθυσμού του Δρομοκαΐτειου και τις υποβαθμισμένες συνθήκες ορισμένων τμημάτων κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, ελάχιστος αριθμός αρρώστων, συγκριτικά με άλλα ψυχιατρεία, μεταφέρθηκε στη Λέρο.

Η δύναμη του Δρομοκαΐτειου ανερχόταν σε 880 κρεβάτια το 1988, το δε ιατρικό μόνιμο προσωπικό αυξήθηκε στα 29 άτομα. Το Δρομοκαΐτειο ανήκει από το 1986 (ΦΕΚ 12 τεύχος 1ο 13/2/1986) στο Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας. Στο νοσοκομείο αυτό λειτουργεί σχολή ειδίκευσης στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική.

Η ψυχιατρική περίθαλψη από το 1900 μέχρι το 1981 (Παουμπίδης, 1981, 1989)

Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας περιελάμβανε το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο (σαν Πανεπιστημιακό νοσοκομείο), το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας με 425 συνολικά κρεβάτια, και 8 μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτης), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλονιά, ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες 5 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από τον Νόμο ΨΜΒ, αλλά αργότερα από τη νομοθεσία του 1923 (πίνακας 8.1). Με εξαίρεση το Αιγινήτειο (1905), που θεωρήθηκε από τον Μ. Γιαννήρη πρόδρομος του νοσοκομείου του Η. Rouselle στη Γαλλία, και όπου νοσηλεύονταν οξέα και ελαφρά περιστατικά, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του άσυλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, οι δε συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες. Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση στην Ψυχιατρική, στα πρώτα χρόνια της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, περιελάμβανε τις παραδόσεις του Μ. Βενιζέλου, από το 1851 έως το 1861, και του Α. Βιτσάρη μετά το 1862. Ο καθηγητής Μ. Κατσαράς θεωρείται ο θεμελιωτής της διδασκαλίας της Νευρολογίας και της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα (1894-1928). Ο Μ. Κατσαράς οργάνωσε το Αιγινήτειο (1905) ως εκπαιδευτικό νοσοκομείο. Μέχρι το διαχωρισμό της έδρας της Ψυχιατρικής και της Νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, το 1964, διετέλεσαν καθηγητές οι Παμπούκης και Πατρίκιος. Όλοι οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι που προαναφέρθηκαν ήταν οργανιστές με έντονη τη νευρολογική θεώρηση των ψυχικών νόσων.

Στο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, και αργότερα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (1964-1968), ο καθηγητής Δ. Κουρέτας ήταν ο κύριος εκφραστής της Ψυχαναλυτικής Σχολής στη χώρα μας, χωρίς βέβαια να παύει να ασχολείται με το αντικείμενο της Νευρολογίας, μια που η έδρα ήταν κοινή (στο Παν/μιο Θεσ/νίκης).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη μόνη Δαφνίου. Οι αυξανόμενες ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη – μέσα από τις κοινωνικές και

Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ.)	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο 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 Χανίων (Νέα κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

οικονομικές εξελίξεις, τον εξαστισμό, την εκβιομηχάνιση, το μετασχηματισμό της ελληνικής οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική (πατέρας-μητέρα-παιδί) – καθώς και η αποτυχία σχεδιασμού κρατικής πολιτικής είχαν αποτέλεσμα την προσθήκη εκατομμυρίων κρεβατιών στα ήδη υπάρχοντα, με συνέπεια τη δημιουργία των σημερινών ψυχιατρείων που αποτελούν ένα υδροκεφαλικό σύστημα.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Φιλανδριανός, 1977· Πλούμπιδης, 1981)

Στις αρχές της πρώτης δεκαετίας του αιώνα μας δημιουργείται στην Αθήνα η πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων, ψυχικά αρρώστων· συγκεκριμένα στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών στην περιοχή της Πλάκας. Το 1914 η εστία μεταφέρεται σε μια απομακρυσμένη τότε περιοχή, στο Μοσχάτο, όπου δημιουργείται το Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών το οποίο λειτουργεί μέχρι το 1919. Από εκεί οι έγκλειστοι, που διέμεναν σε άθλιες συνθήκες, μεταφέρθηκαν στην Αγία Ελεούσα της Καλλιθέας (Φιλανδριανός, 1977).

Το 1919 άρχισε να λειτουργεί, σε ένα εγκαταλελειμένο κτίριο στην Αγία Ελεούσα της Καλλιθέας, ένα άσυλο χωρητικότητας 50 ατόμων που γρήγορα αυξήθηκαν στα 500. Το άσυλο αυτό ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών αφού το Υπουργείο Πρόνοιας ιδρύθηκε μόλις το 1922 και είχε προσωπικό-φύλακες, μέλη της χωροφυλακής. Μετά την καταστροφή του 1922 αυξήθηκε ο πληθυσμός των εγκλειστών σε μεγάλο βαθμό. Το 1924 το άσυλο της Αγίας Ελεούσας θα μετονομαστεί σε Υγειονομικό Ίδρυμα υπό τον έλεγχο του νέου Υπουργείου Πρόνοιας. Τότε άρχισε και ένας υποτυπώδης διαχωρισμός των εγκλειστών σε εκείνους που είχαν ανάγκη ψυχιατρικής μέριμνας και σε εκείνους που δεν είχαν, ενώ άρχισε να παρέχεται κάποιου είδους θεραπευτική αγωγή, όπως δισκία βαρβιτουρικών, βρωμιούχα άλατα, χλωράλη κ.ά., για τους «ανησύχους» αρρώστους ή αντισυφιλιδική θεραπεία για τους συφιλιδικούς. Το 1925 απαλλοτριώθηκαν τα πρώτα 50 στρέμματα για την ίδρυση του πρώτου κρατικού Ψυχιατρείου στην Αττική, βόρεια της περιοχής της Μονής του Δαφνίου, γνωστού και ως

παλαιού χώρου «θεραπείας» ψυχασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μονή έκειτο στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους, όπως έχουμε ήδη αναφέρει προηγουμένως.

Οι κατασκευαστικές εργασίες διήρκεσαν μέχρι το 1934, οπότε ολοκληρώθηκε η κατασκευή των πρώτων πέντε παραπηγμάτων με 25 κρεβάτια το καθένα. Εκεί μεταφέρθηκαν σιγά-σιγά όλοι οι έγκλειστοι του ασύλου της Αγίας Ελεούσας, όπου διέμεναν κάποιοι χρόνια «αζήτητοι» άρρωστοι, κάποιοι δηλαδή σαν κι αυτούς που ζούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου. Στις 21/2/1934 δημοσιεύθηκε ο Νόμος 6077/34 «Περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων». Αυτή ήταν μια πρώτη νομοθετική ρύθμιση της οργάνωσης της ψυχιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης της χώρας. Ο νόμος αυτός προέβλεπε έναν εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, τη διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τη δομή της λειτουργίας ως προς το προσωπικό κάθε ειδικότητας. Μεταξύ 1934 και 1940 κατασκευάστηκαν τα τέσσερα πρώτα περίπτερα δύναμης 380 κρεβατιών, δημιουργήθηκαν χώροι απομόνωσης τεχνικών συνεργείων, μικροβιολογικό εργαστήριο, φαρμακείο και χειρουργείο, θυρωρείο, διοικητήριο και καφενείο. Τοποθετήθηκε σύστημα υδροδότησης και ηλεκτρισμού. Το 1934 νοσηλεύονταν εκεί 1.200 άτομα που αυξήθηκαν κατά 300 όταν αργότερα έκλεισε το άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Την ίδια περίοδο καθιερώθηκε η χρήση ιστορικών μεθόδων στατιστικής ταξινόμησης. Το 1937 δημοσιεύθηκε ο νόμος 965/37 «Περί οργανώσεως των Δημοσίων και Υγειονομικών Ιδρυμάτων» που ενίσχυσε τη νομική μορφή του Δαφνίου, ενώ ο οργανισμός του προσδιορίστηκε νομικά το 1955 (ΦΕΚ 137, 1/6/1955).

Σύμφωνα με τον αναμορφωμένο οργανισμό του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών, «σκοπός του είναι η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη των ψυχικώς εν γένει νοσούντων, η καθιέρωση της προληπτικής ψυχιατρικής με ίδρυση εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου και συμβουλευτικού ιατροπαιδαγωγικού σταθμού, η παρακολούθηση των εξερχομένων του Ιδρύματος, η μόρφωση και η εξειδίκευση του επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού

και η εκτέλεσις ερευνητικών εργασιών εις τον κλάδον της ψυχιατρικής και νευρολογίας».

Από πλευράς θεραπευτικής εφαρμόστηκε, από το 1936, η ινσουλινική κωματοθεραπεία και αργότερα το ηλεκτροσόκ και η λοβοτομή, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 γενικεύθηκε η χορήγηση χλωροπρομαζίνης και άλλων ψυχοφαρμάκων. Το 1956 ιδρύθηκε η Επιστημονική Ένωση των Νευροψυχιάτρων του Ιδρύματος και οργανώθηκαν, η κοινωνική υπηρεσία, τα ψυχολογικά και τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά εργαστήρια, η «απασχολησιοθεραπεία» και το τμήμα φυσιοθεραπείας. Στη δεκαετία του 1980 το Ψυχιατρείο είχε 23 βασικά περίπτερα νοσηλείας στα οποία προστέθηκαν, με τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84, το τμήμα Οξέων Περιστατικών, το τμήμα Βραχείας Νοσηλείας και το νέο Ψυχογηριατρικό. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του Ψυχιατρείου: έτσι, από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών (ΒΔ 784 21/10/1965) και, σχετικά πρόσφατα, σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του Ε.Σ.Υ.

Το Ψυχιατρείο της Λέρου

Με το τέλος της τραγικής δεκαετίας του '40, τα υπάρχοντα τότε ψυχιατρεία βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη από νοσηλευόμενους σε άθλιες συνθήκες: κάθε κρεβάτι π.χ., φιλοξενούσε δύο άτομα κ.λπ. Η αποσυμφόρηση των ασύλων ήρθε, κατά συνέπεια, ως επιτακτική ανάγκη. Το 1957 διαμορφώθηκε η ιδέα, από κρατικούς ψυχιάτρους, να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε μια αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές ασχολίες: η ιδέα αυτή βρήκε τη σύμφωνη γνώμη του Ελβετού ψυχιάτρου Repond που διηύθυνε μια αγροτική αποικία για ψυχικά αρρώστους.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57Α και δέχθηκε τους πρώτους 300 αρρώστους στις 2-1-1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας (Λοιμοκαθακτήριο Αθηνών), που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953. Η επιλογή των αρρώστων έγι-

νε με κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Η μεταφορά τους πραγματοποιήθηκε με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού. Σιγά-σιγά ο αριθμός των αρρώστων πολλαπλασιάστηκε γιατί μεταφέρθηκαν άρρωστοι από τα ψυχιατρεία της Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας και των Χανίων.

Η πρώτη ονομασία του Ψυχιατρείου ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» με έδρα το Λακκί, με δύναμη 650 κρεβατιών. Το 1965, με το Β.Δ. 169-10/12/25/2/ ΦΕΚ 30 1965Α, κατελήφθησαν τα τότε εγκαταλελειμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στα Λέπιδα και το ίδρυμα μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείον Λέρου» με μία ανάπτυξη 2.650 κρεβατιών (Β.Δ. 169 10/12/25-2-1965). Από το 1977 το Ψ.Ν.Λ. ενοποιήθηκε με το εκεί πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού, που είχε δύναμη 50 κρεβατιών.

Το 1980 οι νοσηλευόμενοι έφθασαν τους 2.000. Το 1988 ο αριθμός των αρρώστων ανερχόταν στους 1.150, ενώ πρόσφατα, το 1991, ήταν 991. Παράλληλα με το Ψυχιατρείο λειτουργεί και το παράρτημα του ΠΙΚΠΑ Λέρου με 150 βαριά νοητικά και σωματικά ανάπηρα παιδιά. Στις αρχές του 1980 το προσωπικό του Ψυχιατρείου Λέρου ανερχόταν σε χίλια περίπου άτομα, αν και ο αριθμός των ψυχιάτρων ήταν ένας έως δύο. Η κατάσταση που επικρατούσε μέχρι πρόσφατα στο Ψυχιατρείο της Λέρου είναι αυτή που έχει περιγράψει ο Goffman: αναφέρθηκε δηλαδή σε ένα ολοκληρωτικό ίδρυμα, κάτι μεταξύ στρατοπέδου συγκέντρωσης και ασύλου της δεκαετίας του 1930. Το πρόβλημα του Ψυχιατρείου Λέρου έχει πάρει τώρα διεθνείς διαστάσεις και αποτελεί το κέντρο του ενδιαφέροντος διάφορων φορέων και οργανισμών (Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ., Υπουργείο Υγείας, Ε.Ψ.Ε., Βασιλικό Κολέγιο των Ψυχιάτρων), οι οποίοι έχουν διατυπώσει προτάσεις για τη διάλυση ή τη συρρίκνωσή του. Όλες οι προτάσεις είναι συναρτημένες με την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα (βλέπε Έκθεση Επιτροπής Ε.Ψ.Ε.).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω πρέπει να δεχθούμε ότι η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με μόνη διαφορά την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων. Ο θε-

σμός του ασύλου στη Δύση εδραιώθηκε κατά την Αναγέννηση (15ο-17ο αιώνα), για να αμφισβητηθεί η χρησιμότητά του, με τη Γαλλική Επανάσταση, από τον Pinel, χωρίς όμως την ουσιαστική κατάργησή του μέσα από την αλλαγή των τότε κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στις οποίες ο ψυχικά άρρωστος δεν συμμετείχε. Ίσως στη διαιώνιση των ασύλων και στην απομόνωση της ψυχιατρικής συνέβαλε η διάδοση των ιδεών του Pinel και των μαθητών του· ο Pinel θεωρούσε ότι ο *aliené* (ο αλλοτριωμένος, ο αλλοπαρμένος) πρέπει να παρατηρείται κλινικά και να θεραπεύεται διά της ηθικής διαπαιδαγώγησης στο ψυχιατρείο, διαχωρισμένος από τους υπόλοιπους αρρώστους, απομονώνοντας έτσι την ψυχιατρική από την γενικότερη ιατρική (Αμπατζόγλου, 1991).

Στον ελλαδικό χώρο η καθυστέρηση ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι. Ο πίνακας 8.2 περιγράφει χρονολογικά τους κυριότερους σταθμούς εξέλιξης της ψυχιατρικής στη χώρα μας έως το 1981.

Οι κυριότερες χρονολογίες στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα έως το 1981.

-
- 1838: Ίδρυση του Ψυχιατρείου στην Κέρκυρα από τους Άγγλους.
 - 1862: Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων».
 - 1887: Ίδρυση Δρομοκαΐτειου.
 - 1905: Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
 - 1915: Πρώτη διάλεξη για την ψυχανάλυση από τον Μανόλη Τριανταφυλλίδη.
 - 1934: Ίδρυση του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. στο Δαφνί.
 - 1936: Ίδρυση της Νευρολογικής-Ψυχιατρικής Εταιρίας Αθηνών.
 - 1946: Πρώτη εφαρμογή ηλεκτροσόκ, ECT.
 - 1948: Πρώτη εγχείρηση λοβοτομής στο Δαφνί.
 - 1954: Εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων.
 - 1956: Ίδρυση του Τμήματος Ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος (Ν.Π.Ι.Δ.).
 - 1958: Ίδρυση του ασύλου στη Λέρο και μεταφορά χρόνιων αρρώστων από άλλα άσυλα εκεί.

- 1961: Ίδρυση του Ο.Γ.Α. και δυνατότητα νοσοκομειακής κάλυψης των αγροτών.
- 1964: Ίδρυση του Κ.Ψ.Υ.Ε. ως Ν.Π.Ι.Δ.
- 1964: Διαχωρισμός της έδρας της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 1971: Ίδρυση κέντρου ημερήσιας περίθαλψης στη Θεσσαλονίκη στο Κ.Ψ.Υ.
- 1973: Νέος νόμος (104) «Περί Ψυχικής Υγιεινής».
- 1977: Παροχή δωρεάν ψυχοφαρμάκων στους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.
- 1977: Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο.
- 1978: Έναρξη 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την Ευρεία Περιφέρεια Αθηνών καθώς και του Νοσοκομείου Ημέρας.
- 1978: Υπουργική απόφαση που τροποποιεί το άρθρο του Ν.104.
- 1978: Εμφάνιση, με δημοσιεύματα, νέων ρευμάτων για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής.
- 1978: Νόμος 963 για την αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.
- 1978: Ίδρυση Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.
- 1979: Ίδρυση Αγροτικών Κέντρων Υγείας.
- 1979: Ίδρυση του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 1980: Ίδρυση του Κ.Κ.Ψ.Υ. τη Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στη Θεσσαλονίκη.
- 1980: Ίδρυση του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ψυχιατρικής Παγκρατίου.
- 1981: Διαχωρισμός των ειδικοτήτων της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και αύξηση του χρόνου ειδίκευσης.
- 1981: Οργάνωση της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης στη Φωκίδα.

Είναι εμφανές ότι στη δεκαετία του 1970, συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, παρουσιάζονται κάποιες πρώτες εξελίξεις

στην ψυχιατρική. Από πλευράς σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών, ιδρύεται, το 1971, το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κ.Ψ.Υ. στη Θεσσαλονίκη και, το 1977, στην Αθήνα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινίτσειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το πρώτο αστικού τύπου *Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής* που εξυπηρετεί τους δήμους Καισαριανής-Βύρωνα.

Το 1978 αρχίζει η λειτουργία της 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινίτσειο για την εξυπηρέτηση της ευρείας περιοχής Αθηνών. Στο νομοθετικό τομέα η δεκαετία του '70 σημαδεύεται από το Νομοθετικό Διάταγμα της Δικτατορίας 104/1973 «Περί Ψυχικής Υγιεινής» και το Υπουργικό Διάταγμα Λ₂β/5345/78 «Περί τροποποίησης του άρθρου 2 της Υπ. Απόφασης Γ₂β/3036/73». Η τελευταία αναφερόταν στην εφαρμογή του άρθρου 4 του Ν.Δ. 104/73.

Ο σημαντικότερος, τέλος, νεωτερισμός στην ψυχιατρική είναι ο διαχωρισμός της ειδικότητας της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και η αύξηση του χρόνου ειδικότητας από ένα χρόνο σε τρία χρόνια, που ισχύει από τον Ιανουάριο του 1982.

Στον ιδεολογικό τομέα, από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής απέναντι στην παραδοσιακή ψυχιατρική στον ελλαδικό χώρο από άτομα που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, καθώς και ομάδες συμπάραστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων, με συνεντεύξεις στον ημερήσιο τύπο, με καταγγελίες σε φυλλάδια και μπροσούρες.

Θα πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων-κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη Δυτική Ευρώπη.

Όλη αυτή η κίνηση είχε τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

(α) Ήταν ανώνυμη και ιδεολογικά κάλυπτε κυρίως τον εξωκοινωνοβουλευτικό χώρο. (β) Ήταν βασισμένη σε ξένα πρότυπα (αγγλοσαξονικά και κυρίως γαλλικά). (γ) Διέπετο έντονα από προσωπικές εμπειρίες και βιώματα ατόμων που αποτελούσαν το ρεύμα και προέρχονταν μέσα από την εργασία ή την επαφή τους με την ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα. Περιελάμβανε μικρό αριθ-

μό μελών, κυρίως ειδικευόμενους ψυχιάτρους, νέους ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Υπήρχε έντονος ιδεολογικός και προσωπικός ανταγωνισμός των ομάδων του ρεύματος, με αποτέλεσμα την κατά διαστήματα απενεργοποίησή τους ή τη διάσπασή τους. Σε καμιά περίπτωση το «ρεύμα» δεν μπόρεσε να πάρει το χαρακτήρα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής Κίνησης των Basaglia, Pirella και άλλων, κάτω από τις τότε συνθήκες της ελληνικής ψυχιατρικής πραγματικότητας.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι μέχρι το 1981 υπήρχε μια σημαντική χρονική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Κ.Ψ.Υ.
ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 1993
(ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΥΧΟΠΟΥΛΟΣ και ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο παράρτημα αυτό παρουσιάζεται η έκθεση του κ.Τυχόπουλου (διευθυντής του Κ.Ψ.Υ.) και των συνεργατών του (Παναγούλιας, Νταϊλιάνης, Παπαδόπουλος, 1993) σχετικά με το προφίλ των χρηστών του Κ.Ψ.Υ. για το διάστημα Μάρτιος 1992-Μάρτιος 1993 δηλαδή όσο αφορά τον τρίτο χρόνο λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ.

Η έκθεση αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια του πρώτου συνεδρίου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και τις νέες δομές τον Νοέμβριο του 1993 στο οποίο και παρουσιάστηκε.

Τα στοιχεία που αφορούν τους χρήστες παρουσιάζονται μέσα από πίνακες και ορισμένα σχόλια τα οποία αρκούνται μόνο στην παρουσίαση αριθμών χωρίς αιτιολόγηση τους. Σε ορισμένες κατηγορίες επιχειρείται κατά περίπτωση σύγκριση με αντίστοιχα στοιχεία του δεύτερου έτους τα οποία έχουν δημοσιευτεί στα «Ψυχιατρικά Τετράδια (1992)». Η οποιαδήποτε αιτιολόγηση των πινάκων και οι διαγραμματικές απεικονίσεις τους έγιναν στα πλαίσια της παρουσίασης του Κ.Ψ.Υ. στην παρούσα εργασία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έκθεσης, το Κ.Ψ.Υ. Περισταρίου επισκέφτηκαν για τουλάχιστον 1 φορά πέραν της πρώτης επαφής 316 άτομα με σαφή υπεροχή των γυναικών (139). Η σχέση ανδρών-γυναικών όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 1 δεν διαφέρει ουσιωδώς αυτής του δεύτερου έτους. Στον πίνακα 1 υπάρχουν και οι επιπρόσθετες κατηγορίες Αγόρια και κορίτσια οι οποίες αφορούν άτομα κάτω των 17 ετών

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΑΝΔΡΕΣ	80	25,3
ΑΓΟΡΙΑ	74	23,4
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	139	44

ΚΟΡΙΤΣΙΑ	23	7,3
ΣΥΝΟΛΟ	316	100*

*Αριθμητικά τα ποσά αυτά φανερώνουν και τις αναλογίες που παρουσιάστηκαν για το 1995 στις προηγούμενες ενότητες αφού και εκεί υπήρχε σαφής υπεροχή των γυναικών η οποία και έχει ήδη αιτιολογηθεί.

Η ποσοστιαία κατανομή ανά φύλο και οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζεται στον πίνακα 2. Οι ομάδες που υπερέχουν είναι αυτές των άγαμων ανδρών και των έγγαμων γυναικών γεγονός που χαρακτήριζε και τον αντίστοιχο πίνακα του 2^{ου} έτους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	ΕΓΓΑΜΟΙ		ΑΓΑΜΟΙ		ΧΗΡΟΙ		ΔΙΑΖΕΥΜ.		<17 ΕΤΩΝ		ΣΥΝ.
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#
ΑΝΔΡ.	27	17,64	5	33,3	1	0,65	1	0,65	74	48,3	153
			1	3						6	
ΓΥΝ.	69	42,33	4	26,3	21	12,8	7	4,29	23	14,1	163
			3	8		8				1	
ΣΥΝ.	96	30,37	9	29,7	22	6,96	8	2,53	97	30,6	316
			4	4						9	

Σχετικά με τα ποσά που αναφέρονται στον πίνακα 2 πρέπει να επισημανθούν τα εξής :

Όπως είναι γνωστό στις Κοινωνικές Επιστήμες η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί δείκτη «προσαρμογής» του ατόμου στην κοινωνία. Στην Ψυχιατρική επιδημιολογία όμως αλλά και στην κλινική Ψυχιατρική εξετάζεται συνήθως η οικογενειακή κατάσταση ως πιθανή πηγή «ανισορροπίας» (Μητροσύλη, 1995). Για το λόγο αυτό εμφανίζονται και οι διαφοροποιήσεις κατά κατηγορία στον πίνακα 2.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών της συγκεκριμένης μονάδας, η ομάδα που υπερέχει έναντι των άλλων με στατιστική σημαντικότητα είναι αυτή της Στοιχειώδους Εκπαίδευσης, κάτι που συμφωνεί με τα αντίστοιχα στοιχεία του 2^{ου} έτους αλλά με ποσοστά 28,5% για την Μέση Εκπαίδευση και 38,5% για την Στοιχειώδη Εκπαίδευση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Μορφωτικό επίπεδο	#	%
Ανώτερη-Ανώτατη Εκπαίδευση	13	4,1
Μέση Εκπαίδευση	76	24,1
Στοιχειώδης Εκπαίδευση	168	53,1
Ειδικό Σχολείο	26	8,2
Αναλφάβητοι	33	10,5
Σύνολο	316	100

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί κριτήριο διάκρισης της κοινωνικής θέσης των ασθενών σε σχέση με τη διαστρωμάτωση της Ελληνικής κοινωνίας. Είναι γεγονός πως κύρια, άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνήθως αποτελούν τους χρήστες των μονάδων ψυχικής υγείας κάτι που αποδεικνύει αυτά που υποστηρίχθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των χρηστών, η ομάδα που φαίνεται να υπερέχει έναντι των άλλων, εάν αφαιρεθεί αυτή των Μαθητών-Φοιτητών, είναι η ομάδα των Εργαζόμενων. Η διαπίστωση αυτή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με όσα έχουν υποστηριχθεί περί άγχους και γρήγορου ρυθμού ζωής της βιομηχανικής κοινωνίας του

σήμερα στο προηγούμενο κεφάλαιο. Για τους λόγους αυτούς παρουσιάζεται το μεγάλο ποσοστό στην κατηγορία Εργαζόμενοι.

Η ομάδα που χρήζει ιδιαίτερης αναφοράς είναι αυτή των Μαθητών_Φοιτητών η οποία κατέχει και το μεγαλύτερο ποσοστό (35,4%). Οι ηλικίες της μάθησης είναι ευρέως γνωστό πως μαστιζονται από πολύ σοβαρά προβλήματα και άγχη τα οποία σχετίζονται με το σχολείο, το Πανεπιστήμιο και την επαγγελματική αποκατάσταση. Σε μια κοινωνία που ένα από τα μεγάλα της προβλήματα είναι η ανεργία, η ανάγκη για εξειδίκευση και επαγγελματική αποκατάσταση είναι επιτακτική και σε ορισμένες περιπτώσεις καταντά αυτοσκοπός για το άτομο και το περιβάλλον του.

Στα αντίστοιχα στοιχεία του 2^{ου} έτους, η επικρατούσα ομάδα είναι αυτή των ανέργων, και σε σχέση προς τους εργαζόμενους τελείως αντίστροφη αυτής του τρίτου έτους

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Εργασιακή κατάσταση	#	%
Εργαζόμενοι	68	21,5
Ανεργοί	42	13,3
Συνταξιούχοι	27	8,5
Μαθητές-Φοιτητές	112	35,4
Οικιακά	50	15,8
Δεν υπάρχουν στοιχεία	17	5,4
Σύνολο	316	100

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι ασφαλιστικοί φορείς από τους οποίους προήρθαν οι χρήστες του Κ.Ψ.Υ. Στον πίνακα αυτόν είναι ενδεικτική η μεγάλη πλειοψηφία των ασφαλισμένων από το Ι.Κ.Α., με δεύτερους κατά σειρά αυτούς του Δημοσίου και τρίτους τους ασφαλισμένους από τον Ο.Γ.Α. Σε σχέση με τους 2

προηγούμενους πίνακες (Μορφωτικό επίπεδο και εργασιακή κατάσταση) υπάρχει αντιστοιχία στις αναλογίες αφού στο Ι.Κ.Α., στο Ο.Γ.Α. και στο Δημόσιο ασφαρίζονται κατά κύριο λόγο οι περισσότεροι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι (δηλαδή ένα μεγάλο ποσοστό που ανήκει στην Στοιχειώδη και Μέση εκπαίδευση).

Στα αντίστοιχα στοιχεία του 2^{ου} έτους, η σειρά των τριών ομάδων ήταν Ι.Κ.Α.(49%), Ο.Γ.Α.(18,9%) και ανασφάλιστοι (14,2%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ασφαλιστικός φορέας	#	%
Ανασφάλιστοι	20	6,3
Ο.Γ.Α.	26	8,2
Ι.Κ.Α.	167	52,8
Δημόσιο	38	12,1
Λοιπά	59	18,7
Δεν υπάρχουν στοιχεία	6	1,7
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η ανλογία των χρηστών από τον Δήμο Περιστερίου προς αυτούς από τις όμορες περιοχές. Οι αντίστοιχοι αριθμοί για το δεύτερο έτος ήταν Περιστερί(73,1%), Άλλοι (26,9%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Τόπος κατοικίας	#	%
Περιστέρι	187	59,2
Άλλος	129	40,8
Σύνολο	316	100

Από τον πίνακα 6 φαίνεται πως στο Κ.Ψ.Υ. καταφθάνουν άτομα που μένουν τόσο στο Περιστέρι όσο και στις όμορες περιοχές γεγονός που σημαίνει πως το Κ.Ψ.Υ. έχει καταφέρει να προσεγγίσει σχεδόν όλη την περιοχή ευθύνης του.

Στον πίνακα 7 εξετάζεται το είδος της κατοικίας των ατόμων που επισκέφτηκαν το Κ.Ψ.Υ. Με βάση αυτά τα στοιχεία γίνεται εμφανές ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των χρηστών κατοικούν σε ιδιόκτητες κατοικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Κατοικία	#	%
Ιδιόκτητη	221	69,9
Ενοίκιο	62	19,6
Φιλοξενείται	22	6,9
Δεν υπάρχουν στοιχεία	11	3,5
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Εξετάζοντας τον τόπο καταγωγής των χρηστών (πίνακας 8) είναι εντυπωσιακή η υπεροχή της ομάδας των χρηστών που

γεννήθηκαν εκτός Περιστερίου, κάτι που αποδεικνύει το νεοσύστατο της περιοχής, αποτέλεσμα της εσωτερικής μετανάστευσης. Τα αντίστοιχα στοιχεία του δεύτερου έτους δεν παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφορές απ'αυτά του τρίτου έτους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Καταγωγή πελατών	#	%
Περιστερί	10	3,2
Άλλο	306	96,8
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Στον πίνακα 9 φαίνεται το δίκτυο παραπομπών των πελατών του Κ.Ψ.Υ., με σαφή υπεροχή αυτών που παραπέμπονται από Ψυχιατρικές υπηρεσίες. Στα αντίστοιχα στοιχεία του δεύτερου έτους αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ δεν υπάρχει αλλαγή όσον αφορά τη σειρά των ομάδων τα ποσοστά για τις δύο πρώτες ομάδες είναι αντίστοιχα: Ψυχιατρικές Υπηρεσίες 38,9%, Υγειονομικές Υπηρεσίες 30,9%. Όμως δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας και το γεγονός πως το συγκεκριμένο Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί ως αποκεντρωμένη υπηρεσία του Ψ.Ν.Α. και είναι επόμενο πολλά περιστατικά που φτάνουν στο Ψ.Ν.Α. να παραπέμπονται στο Κ.Ψ.Υ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Φορέας Παραπομπής	#	%
Ψυχιατρικές Υπηρεσίες	140	44,3
Υγειονομικές Υπηρεσίες	75	23,7
Προνοιακές Υπηρεσίες	9	2,8
Εκπαιδευτικοί Φορείς	17	5,4

Αυτοπαρουσιαζόμενοι	15	4,8
Πελάτες	26	8,2
Άλλοι	32	10,1
Δεν υπάρχουν στοιχεία	2	0,7
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Μια άλλη παράμετρος σχετική με την παραπομπή των ασθενών στο Κ.Ψ.Υ. είναι και το αν αυτοί οι ασθενείς είχαν στο παρελθόν άλλη επαφή με Ψυχιατρική υπηρεσία. Από τα στοιχεία που υπάρχουν στον πίνακα 10 φαίνεται πως για το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που επισκέφτηκαν το Κ.Ψ.Υ. ήταν η πρώτη επαφή με Ψυχιατρικές Υπηρεσίες. Εντούτοις τα στοιχεία του δεύτερου έτους δείχνουν το αντίστροφο. Τα στοιχεία αυτά είναι ενθαρρυντικά και φανερώνουν τα αποτελέσματα των προγραμμάτων παρέμβασης που υλοποιεί το Κ.Ψ.Υ. Σύμφωνα με τον κ.Τυχόπουλο τα περισσότερα περιστατικά που εξετάσθηκαν τον δεύτερο χρόνο λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. προέρχονταν από συστηματικές χρόνιες θεραπείες που πριν την ίδρυση του Κ.Ψ.Υ. γίνονταν στο Ψ.Ν.Α. Όμως τα στοιχεία του τρίτου έτους δείχνουν σαφή μείωση των περιστατικών αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Προηγούμενη επαφή με Ψ.Υ.	#	%
ΝΑΙ	124	39,2
ΟΧΙ	192	60,8
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Στον πίνακα 11 φαίνεται το ελάχιστο ποσοστό των επαναπροσελεύσεων τον τρίτο χρόνο λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ., κάτι που δεν διαφέρει από την εικόνα που παρουσίαζε και το δεύτερο έτος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Επαναπροσέλευση	#	%
ΝΑΙ	5	1,6
ΟΧΙ	311	98,4
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

Στον πίνακα 12 έχουμε μια εικόνα της πορείας των περιστατικών στο διάστημα του τρίτου έτους λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ. Συγκριτικά με το δεύτερο έτος, έχουμε μια αύξηση της ομάδας των ατόμων που περατώθηκε η παρακολούθησή τους στο Κ.Ψ.Υ. και μια ανάλογη αύξηση της ομάδας των ατόμων που διέκοψαν την παρακολούθησή τους για διάφορους λόγους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΠΟΡΕΙΑ	#	%
Περατώθηκε	159	50,3
Διέκοψε	124	39,2
Συνεχίζει	27	8,6
Παραπέμφθηκε	4	1,3
Εισ. σε Νοσοκομείο	2	0,6
ΣΥΝΟΛΟ	316	100

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

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 έχει 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 απεριορίιστα 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 διατάξει 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 δύνανται 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 Ένδικα 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 ένδικα 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 επιτροπός 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 της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί σε διευθύνσεις υγείας νομού της 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 άγονων 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.

4. Ιατροί που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία 5 ετών σε έμμισθη θέση ως αγροτικοί ιατροί δύνανται να λάβουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής μετά από 12 μηνών εκπαίδευση.

Κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσης αυτών, οι παραπάνω ιατροί είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν τις υποχρεώσεις των υπολοίπων ειδικευμένων ιατρών, σε κενές οργανικές θέσεις ειδικευομένων έχοντες προτεραιότητα έναντι άλλων. Ο συνολικός χρόνος μετεκπαίδευσης καθορίζεται ως ακολούθως: 4 μήνες στην παθολογία, 2 μήνες στην καρδιολογία, 2 μήνες στη γενική χειρουργική, 2 μήνες στη μαιευτική-γυναικολογία και 2 μήνες στην παιδιατρική.

Άρθρο 22

Ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου

1. Εφεξής οι ιατροί των αγροτικών ιατρείων, περιφερειακών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών καλούνται ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 104/1973

Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Προτάσσει του Ημετέρου Υπουργικού Συμβουλίου,
απεφασίσαμεν και διατάσσομεν:

Άρθρο 1

Ορισμός Ψυχιατρικών Καταστημάτων

1. Ψυχιατρικά Καταστήματα ή θεραπευτήρια ψυχικών νόσων και παθήσεων νοούνται κατά το παρόν Κρατικά Ιδρύματα ή ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου ή ιδιωτικά κλινικά ή σκοπός είναι η πρόληψις, η διάγνωσις, η θεραπεία, η επίβλεψις ή η ανάρρωσις των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων.

2. Άπαντα τα εμπύπνοντα εις την έννοιαν της προηγούμενης παραγράφου Ψυχιατρικά Καταστήματα ή θεραπευτήρια ψυχικών νόσων και παθήσεων τελούν υπό την εποπτείαν και τον έλεγχο του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, επιφυλασσομένων των περί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής διατάξεων των Ν.Σ. 572/1970 και 1096/1972.

Άρθρο 2 *Τρόπος και προϋποθέσεις αναγνώρισεως*

Δι' αποφάσεων του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών ορίζονται τα της αναγνώρισεως των εν άρθρω 1 του παρόντος αναφερομένων Καταστημάτων ή θεραπευτηρίων ως ψυχιατρικών τοιούτων, ως επίσης και αι απαιτούμεναι προϋποθέσεις διά την κατά τα ως άνω αναγνώρισιν, εξαιρέσει των υποκειμένων εις τας διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργάνωσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως».

Άρθρο 3 *Κανονισμοί εσωτερικής λειτουργίας*

1. Διά κανονισμών εσωτερικής λειτουργίας εκδιδομένων εντός έτους από της δημοσιεύσεως του παρόντος διά τα λειτουργούντα ή μέλλοντα να λειτουργήσουν Κρατικά Ψυχιατρικά Ιδρύματα ή ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου ή ιδιωτικές κλινικές, εγκρινομένων υπό του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και δημοσιευομένων διά της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, ρυθμίζονται εν γένει τα της εσωτερικής λειτουργίας αυτών.

2. Οι κατά τ' ανωτέρω κανονισμοί συνάπτονται (υπό του Διοικητικού Συμβουλίου) επί τη βάσει υποδείγματος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών ενιαίου διά τα Κρατικά Ψυχιατρικά Ιδρύματα, τα ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου και τας ιδιωτικές κλινικές αντιστοίχως.

Άρθρο 4 *Εισαγωγή και έξοδος νοσούντων ή πασχόντων*

Δι' αποφάσεων του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών δημοσιευομένων διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως ρυθμίζονται τα της εισαγωγής και εξόδου των εις τα εν άρθρω 1 Καταστήματα των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων, εξαιρέσει των διά δικαστικών αρχών εγκλειομένων εις αυτά, ως και των εμπιπόντων εις τας διατάξεις του επομένου άρθρου του παρόντος, της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη νοσηλίων ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια.

Άρθρο 5 *Επικίνδυνοι ψυχοπαθείς*

1. Εν κατεπειγούση περιπτώσει όταν ο πάσχων είναι επικίνδυνος εις την δημοσίαν τάξιν ή προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών, ή δι' εαυτόν, δύνανται να αιτήσωσι την κατόπιν ητιολογημένης ιατρικής πιστοποιήσεως, άμεσον εισαγωγήν ή διακομιδήν αυτού εις Νοσοκομείον ή κλινικήν

ψυχικών νόσων, ο σύζυγος ή η σύζυγος, πας συγγενής εξ αίματος μέχρι του δεύτερου βαθμού, ο επίτροπος, ο προσωρινός διαχειριστής, ο διευθυντής του Νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται ή προσήχθη ο πάσχων, ο εισαγγελεύς ή η αστυνομική αρχή.

Η αίτησις υποβάλλεται εις την αρμοδίαν αστυνομικήν ή εισαγγελικήν αρχήν, η δε μεταφορά του πάσχοντος εις το Νοσοκομείον ψυχικών νόσων ενεργείται μερίμνη της αστυνομικής αρχής μετ' απόφασιν του Εισαγγελέως.

2. Ο Διευθυντής του Νοσηλευτικού Ιδρύματος υποχρεούται να δεχθεί τον πάσχοντα κατόπιν συμφώνου γνώμης του διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού, εφ' όσον πιστοποιήση την επείγουσαν ανάγκην νοσηλείας.

3. Ο ούτως εισαχθείς εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων αφήεται ελεύθερος ευθύς ως παύση να είναι επικίνδυνος μετά προηγουμένην βεβαίωσιν του οικείου διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού του, οπωσδήποτε όμως εντός μηνός από της εισόδου του, εκτός εάν εν τω μεταξύ συντρέχουν προϋποθέσεις ακουσίας νοσηλείας αυτού.

Άρθρο 6

Παιδοψυχιατρικά Καταστήματα

1. Διά κοινής αποφάσεως των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Οικονομικών, δημοσιευομένης διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως, δύναται:

α) Να ιδρυθή ίδιον νευρολογικόν ή ψυχιατρικόν Τμήμα διά παιδας και εφήβους παρά Γενικώ Νοσοκομείω άνω των τριακοσίων κλινών, ή παρά Νοσοκομείω Παίδων άνω των πενήκοντα κλινών.

β) Να ιδρύωνται θεραπευτικά παιδαγωγικά Κέντρα ημέρας νυκτός.

Εις τα κέντρα ταύτα γίνονται δεκτοί ανήλικοι ανήκοντες: εις οιαδήποτε ψυχοπαθολογικήν κατηγορίαν της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας αντιστοίχως 3-12 και 13-17 ετών.

Εις τα άνω Κέντρα ή κεχωρισμένως τούτων δύναται να λειτουργήσει και Οικοτροφείον δι' εσωτερικούς εφήβους.

γ) Να ιδρύωνται εις τας έδρας των Νομών και εις Νοσηλευτικά ιδρύματα ή θεραπευτήρια δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου και αλλαχού, ιατρεία ψυχικής υγιεινής διά την ψυχολογική έρευναν παιδων και εφήβων.

Ως είρηται ιατρεία συμπληρούνται σταδιακώς διά συστάσεως ιατροπαιδαγωγικών σταθμών.

Τα των αυτών ως άνω υπουργικών αποφάσεων καθορίζονται οι όροι ιδρύσεως και λειτουργίας τόσον των Νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή Θεραπευτηρίων Δημοσίου όσον και των υπό των ιδιωτών ιδρυομένων θερα-

πευτικών Κέντρων ημέρας ως και η σύνθεσις του προσωπικού των εν τω παρόντα αναφερομένων θεραπευτηρίων, τμημάτων, κέντρων, οικογενειακών ιατρείων και σταθμών ως επίσης και πάσα άλλη λεπτομέρεια.

Άρθρο 7

Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί

Οι υπό του εδαφ. γ' της παρ. 1 του προηγουμένου άρθρου προβλεπόμενοι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί δύνανται να ιδρύωνται υπό ιδιωτών δι' αποφάσεως του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Οι σταθμοί ούτοι τελούν υπό την εποπτείαν και τον έλεγχο του Υπουργού των Κοινωνικών Υπηρεσιών, όστις δικαιούται να διατάξη την διακοπήν λειτουργίας τινός τούτων, οσάκις διαπιστωθή ότι λειτουργεί πλημμελώς.

Οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, πλην των υπό των ιδιωτών ιδρυόμενων, υποχρεούνται όπως εξετάζουν παιδιάς και εφήβους επιτροπευόμενους υπό των δικαστηρίων ανηλίκων ως και των εν τοις Πρωτοδικείοις εδρευουσών εταιρειών προστασίας ανηλίκων.

Οι διατάξεις των άρθρων 2, 3 και 4 του παρόντος εφαρμόζονται και επί των υπό του άρθρου 6 και του παρόντος προγράμματος των παιδοψυχιατρικών Καταστημάτων και ιατροπαιδαγωγικών σταθμών.

Άρθρο 8

Στατιστικά στοιχεία

Τα Νοσοκομεία Ψυχικών Νόσων ως και πάντα τα εν τω Νόμω αναφερόμενα καταστήματα υποχρεούνται, όπως κατά χρονικά διαστήματα καθοριζόμενα δι' αποφάσεως του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών δημοσιευομένης διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως, υποβάλουν εις την αρμοδίαν υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών τα υπό ταύτης εκάστοτε αιτούμενα, επί τη βάσει υποδειγμάτων, στατιστικά στοιχεία.

Άρθρο 9

Αποκατάστασις ψυχικώς πασχόντων

1. Η αποκατάστασις ψυχικώς πασχόντων, συνισταμένη εις την παρακολούθησιν, θεραπείαν, και κοινωνικήν προσαρμογήν αυτών, διενεργείται εις τα κατ' άρθρα 1, 6 και 7 του παρόντος προβλεπόμενα Καταστήματα.

2. Ψυχικώς πάσχοντες και αναπροσαρμοσθέντες κοινωνικώς δύνανται να αποκατασταθούν επαγγελματικώς προσλαμβανόμενοι υπό δοκιμασίαν εν καταλλήλω εργασία το πολύ επί έτος, κατά παρέκκλισιν των ισχυουσών διατάξεων περί σχέσεως εργασίας.

Η διαδικασία προσλήψεως, τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα των προσλαμβανομένων, η αμοιβή τούτων, η διαδικασία λύσεως ή παρατάσεως της συμβάσεως εργασίας ως και πάσα συναφής λεπτομέρεια ρυθμίζεται διά κοινών αποφάσεων των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Εθνικής Οικονομίας, Τομεύς Απασχολήσεως, δημοσιευομένων διά της εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

3. Εν περιπτώσει υποτροπής της ψυχικής παθήσεως ή συμπεριφοράς του πάσχοντος εργαζομένου, ασυμβιβάστου ή καθιστώσης δυσχερή την ομαλήν λειτουργίαν της επιχειρήσεως, διαπιστουμένης υπό ψυχιάτρου έχοντος την δημοσίαν υπαλληλικήν ιδιότητα, ο εργοδότης δικαιούται εντός του ως άνω ορίου του έτους να καταγγείλη την μετ' αυτού σύμβασιν εργασίας, άνευ τηρήσεως των υπό του Νόμου 2112/1920 «περί υποχρεωτικής καταγγελίας συμβάσεως εργασίας, ιδιωτικών υπαλλήλων» ως ετροποποιήθη διά μεταγενεστέρως προβλεπομένων διατυπώσεων και υποχρεώσεων.

4. Αν η καταγγελία της συμβάσεως ήθελε χωρήσει μετά την πάροδον του πρώτου από της προσλήψεως έτους, το διάστημα τούτο θα προσμετρήται ως διαδραμόν εν εργασία χρόνος, προς απολογισμόν της αποζημιώσεως.

Άρθρο 10

Λέσχει ψυχαγωγίας – Κυλικεία

1. Παρ' εκάστω Νοσοκομείω ή Κλινική Ψυχικών Νόσων λειτουργεί Λέσχη διά την ψυχαγωγίαν και προς διευκόλυνσιν της κοινωνικής αναπροσαρμογής των ψυχικώς πασχόντων δι' ης επιδιώκεται η βαθμιαία εξοικείωσις αυτών εις τον κοινωνικόν βίον.

2. Εν τη ανωτέρω λέσχη λειτουργεί κυλικείον, υπ' ευθύνη του ιδρύματος, εξυπηρετούμενον υπό των ασθενών.

Άρθρο 11

Σχολαί νοσοκόμων ψυχικής υγιεινής

1. Διά Π.Δ/των εκδιδομένων προτάσει των Υπουργών Κοινωνικών Υπηρεσιών και Οικονομικών δύνανται να ιδρύωνται παρά τοις Νοσοκομείοις ψυχικών νόσων σχολαί βοηθών νοσοκόμων ψυχικής υγιεινής μονοετούς φοιτήσεως.

2. Οι όροι ιδρύσεως και λειτουργίας, η σύνθεσις του διδακτικού προσωπικού και η διδακτέα ύλη των εν τη προηγουμένη παραγράφω αναφερομένων σχολών καθορίζονται διά των εις αυτών ως άνω Π.Δ/των.

Άρθρο 12

Άρνησις παραλαβής προσώπων μη χρηζόντων νοσηλείας

1. Υπόχρεοι κατά τας κειμένας διατάξεις προς διατροφήν ή περίθαλψιν νοσηλευομένων προσώπων και απομακρυνομένων εκ Νοσοκομείων ή Κλινικών Ψυχικών Νόσων, αρνούμενοι όπως παραλάβουν υπό της διευθύνσεως, τιμωρούνται διά ποινής φυλακίσεως μέχρις εξ μηνών υποχρεούμενοι άμα και εις καταβολήν νοσηλίων υπέρ του νοσοκομείου ή της κλινικής, από του εν τη εγγράφω προσκλήσει τιθεμένου χρόνου.

2. Τ' ανωτέρω εφαρμόζονται αναλόγως και ως προς τους έχοντες την επιμέλειαν ακουσίως εισαχθέντων αχειραφέντων ανηλίκων και τους επιτρόπους απηγορευμένων.

Άρθρο 13

Κυρώσεις

1. Πάσα παράβασις των υπό του παρόντος Νόμου ή των κατ' εξουσιοδότησιν τούτου εκδιδομένων εκάστοτε Π. Δ/των ή υπουργικών αποφάσεων επιβαλλομένων υποχρεώσεων συνεπάγεται διά μεν τας Ιδιωτικές Κλινικές πρόστιμον μέχρι 50.000 δρχ., εν υποτροπή δε και πρόσκαιρον ή οριστικήν διακοπήν της λειτουργίας, διά δε τους ιατρούς και νοσοκόμους πρόσκαιρον μέχρι τριών μηνών απαγόρευσιν ασκήσεως του επαγγέλματος.

2. Αι ανωτέρω κυρώσεις, επιβάλλονται δι' αποφάσεως των κατά τας κειμένας διατάξεις αρμοδίων οργάνων.

Άρθρο 14

Καταργούμεναι διατάξεις

Από της ισχύος του παρόντος παύουν ισχύοντες:

α) Ο νόμος ΨΜΒ 1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων». β) Ο Νόμος 4741 του 1930 περί οργανώσεως του Δημοσίου Ψυχιατρείου Κερκύρας πλην του άρθρου 12 του αυτού «Περιουσία του Δημ. Ψυχιατρείου Κερκύρας», όπερ διατηρείται εν ισχύι.

γ) Ο Νόμος 6077 του 1934 «περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων».

δ) Πόσα διάταξις αντικειμένη τω παρόντι.

Άρθρο 15

Έναρξις ισχύος

Η ισχύς του παρόντος άρχεται από της δημοσιεύσεως αυτού διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως

Εν Αθήναις τη 11 Αυγούστου 1973

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ
ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 4 ΤΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 104/73 Ν.Δ.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Έχοντες υπ' όψιν: την διάταξιν του άρθρου 4 του υπ' αριθ. 104/73 Ν.Δ. «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων», αποφασίζομεν:

Καθορίζομεν ως ακολούθως τα της εισαγωγής και εξόδου των ψυχικώς νοσούντων ή πασχόντων, τα της νοσηλείας των, της καταβολής ή μη των νοσηλίων, ως και λοιπάς λεπτομερείας.

Άρθρο 1

Εκουσία εισαγωγή ασθενούς

1. Πας ψυχικώς πάσχων ή νοητικώς υπολειπόμενος ενήλιξ και μη απηγορευμένος ή χειράφετος ανήλιξ, δύναται να εισαχθή εις Νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων οικεία βουλήσει και κατόπιν υπογραφής σχετικής δηλώσεως υπ' αυτού.

2. Εκουσίως, ομοίως, δύναται να εισαχθή προς παρατήρησιν εν τω θεραπευτηρίω και οιοσδήποτε, άνευ άλλης διατυπώσεως πλην της ιατρικής πιστοποιήσεως του εξωτερικού ιατρού του Ιδρύματος υπό του Διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού και της υπογραφής υπό του ασθενούς της σχετικής υπευθύνου δηλώσεως. Η διάρκεια δε της παρακολουθήσεως και νοσηλείας δεν δύναται να υπερβή τον ένα (1) μήνα, μετά την συμπλήρωσιν του οποίου ο Διευθυντής του Νοσοκομείου υποχρεούται όπως χορηγήση εξιτήριον εις τον υπό παρατήρησιν νοσηλευόμενον, κατόπιν γνωματεύσεως του Διευθυντού ιατρού ή αναπληρωτού του, ή να παρατείνη την παραμονήν του προς ειδικήν νοσηλείαν επί έναν εισέτι μήνα, κατόπιν σχετικής γνωματεύσεως του θεράποντος και παρακολουθούντος την περίπτωσιν ιατρού ως και τη αιτήσει του ίδιου ασθενούς, εκτός εάν εν τω μεταξύ η κατάστασίς του έχει επιδεινωθεί εις βαθμόν ώστε να κρίνεται η έξοδός του είτε ως πρόωρος είτε ως επικίνδυνος.

3. Όταν επί παρομοίας περιπτώσεως (αιτήσεως προς εκουσίαν εισαγωγήν) ο ιατρός του εξωτερικού ιατρού αμφιβάλλει περί της ανάγκης νοσηλείας του αιτούντος, συντάσσει ειδικήν γνωμάτευσιν, δι' ης προτείνεται η προς παρατήρησιν εισαγωγή του ασθενούς, υπό τον όρον ότι: 1) η διάρκεια τούτης δεν θα υπερβαινή το εικοσαήμερον και 2) ότι θα εγκρί-

νη την ως άνω γνωμάτευσιν και ο Διευθυντής του Ιδρύματος. Εφ' όσον όμως η είσοδος του ασθενούς θεωρηθή περιττή, δύναται ο ιατρός να αποκλείση ταύτην. Μετά την παρέλευσιν του εικοσαημέρου ο υπό παρατήρησιν είτε λαμβάνει εξιτήριο, είτε παραμένει προς νοσηλείαν 1) εκουσίως μετά σύμφωνον γνώμην του ιατρού ή 2) ακουσίως εφ' όσον υπό του ιατρού κριθή τούτο απαραίτητον.

4. Εκτός των ανωτέρω δύνανται να υποβληθούν, οικεία βουλήσει, εις ειδικευμένην θεραπείαν εντός νοσοκομείων ή κλινικών ψυχικών νόσων και οι έχοντες ανάγκην ταύτης καθ' έξιν αλκοολικοί, τοξικομανείς ως και οι εμφανίζοντες ειδικά προβλήματα συμπεριφοράς επιληπτικοί.

5. Εις νευρολογικήν κλινικήν νοσηλεύονται οι εκ νευρολογικών νοσημάτων πάσχοντες άνευ ψυχωτικών διαταραχών, δεκτοί τη πιστοποιήσει της παθήσεώς των υπό του αρμοδίου Διευθυντού ή επιμελητού ιατρού της οικείας κλινικής του ιδρύματος, όστις εισάγει τούτον προς θεραπείαν δι' έν το πολύ έτος και εφ' όσον η πάθησις εξ ης πάσχει ο εισαγόμενος κριθή ως ιάσιμος ή βελτιώσιμος.

Άρθρο 2

Ακουσία εισαγωγή ασθενούς

1. Οι ψυχικώς πάσχοντες δύνανται να εισαχθούν προς παρατήρησιν ή προς νοσηλείαν εν νοσοκομείω ή κλινική ψυχικών νόσων άνευ της θελήσεως αυτών, κατόπιν ιατρικής γνωματεύσεως.

Εάν οι προαναφερόμενοι είναι απηγορευμένοι ή αχειράφετοι ανήλικοι, απαιτείται διά την εισαγωγήν αίτησις του Επιτρόπου αυτών ή του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου των.

2. Ενήλικοι μη απηγορευμένοι ή ανήλικοι χειράφετοι ή μη τελούντες υπό επιμέλειαν προσώπου τινός εισάγονται ακουσίως προς νοσηλείαν, κατόπιν αιτήσεως του συζύγου ή συγγενούς εξ αίματος μέχρι δευτέρου βαθμού. Την ακουσίαν νοσηλείαν του πάσχοντος δύναται να ζητήση και παρ τρίτος ή η αστυνομική αρχή διά του Εισαγγελέως Πλημμελειοδικών.

3. Ο πάσχων εξετάζεται εις το εξωτερικόν ιατρείον του Ιδρύματος υπό του προϊσταμένου αυτού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού και εν ελλείψει τούτου υπό Διευθυντού ιατρού ή νομίμου αναπληρωτού αυτού. Εφ' όσον εκ της εξετάσεως ταύτης προκύπτει ότι ούτος έχει ανάγκην νοσηλείας εν τω νοσοκομείω ή την κλινικήν ψυχικών νόσων συντάσσεται παρά του εξετάσαντος ιατρική γνωμάτευσις περί της ανάγκης ταύτης.

4. Ο Διευθυντής του νοσοκομείου ψυχικών νόσων προ της εισαγωγής του πάσχοντος εν αυτώ εξετάζει τα προσκομισθέντα στοιχεία ως και τα τοιαύτα της ταυτότητος του πάσχοντος και του αιτούντος προς διαπίστωσιν κατά πόσον ο τελευταίος δικαιούται να υποβάλη αίτησιν, το παραδεκτόν της προσκομιζομένης ιατρικής γνωματεύσεως, καθώς και την κα-

τά την προηγουμένην παράγραφον γνωμάτευσιν του εξετάσαντος τον πάσχοντα ιατρού.

5. Ακουσίως εισαχθείς εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, δύναται, εν περιπτώσει υποτροπής της νόσου, να επανεισαχθή εντός ενός έτους εις το εις ο ενοσηλεύθη νοσοκομείον ή κλινικήν. Εις την περίπτωσην ταύτην ο ψυχικώς νοσών γίνεται δεκτός υπό του Διευθυντού του Νοσοκομείου άνευ άλλης διατυπώσεως, πλην της ιατρικής πιστοποιήσεως του εξωτερικού ιατρού του νοσοκομείου.

6. Επί κατεπειγουσών περιπτώσεων καθ' ας ασθενής τις καθίσταται επικίνδυνος διά τον εαυτόν του ή τους συνανθρώπους του, δύναται οιοσδήποτε τρίτος (συγγενής ή μη) να ειδοποιήση σχετικώς περί αυτού την Αστυνομικήν Αρχήν, ήτις οδηγεί τούτον εις το πλησιέστερον κρατικόν ιατρείον (Νοσοκομείον, Υγειονομικόν Σταθμόν, Αγροτικόν Ιατρείον κ.λπ.), ο ιατρός του οποίου γνωματεύει περί της ανάγκης εισαγωγής του εις ψυχιατρικόν ίδρυμα (Νοσοκομείον ή κλινικήν).

7. Ο ούτω πως μεταφερόμενος εις ψυχιατρικόν κατάστημα ασθενής εισάγεται υποχρεωτικώς προς παρατήρησιν διαρκείας μιας εβδομάδος. Ο Επιστημονικός Διευθυντής ή αναπληρωτής του ιατρός του ψυχιατρείου οφείλει να γνωματεύση εντός της εβδομάδος ότι: 1) ο ασθενής είναι ψυχωτικός και επικίνδυνος οπότε δι' ειδικής γνωματεύσεως ενός ψυχιάτρου του Νοσοκομείου παραμένει δι' ειδικήν νοσηλείαν ή 2) ότι δεν είναι ψυχωτικός και επικίνδυνος οτε εξέρχεται αμέσως, εκτός εάν ο ίδιος επιθυμεί να δύναται, τη αιτήσει του, μετά σύμφωνον γνώμην του ιατρού, να παραμείνη ως εκουσίως νοσηλευόμενος επί εικοσαήμερον (20) εισέτι.

Άρθρο 3

Εισαγωγή κατά περιφέρειας

1. Η εισαγωγή ασθενούς εις Δημόσια θεραπευτήρια ψυχικών παθήσεων λαμβάνει χώραν κατά περιφέρειας, ήτοι:

α) Εις Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών: Οι εκ των Νομών Αττικής, Βοιωτίας, Ευβοίας, Κυκλάδων, Λέσβου, Σάμου, Φωκίδος, Φθιώτιδος και Χίου.

β) Εις το Ψυχιατρείον Λέρου: Οι εκ Δωδεκανήσου.

γ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Χανίων: Οι εκ Κρήτης.

δ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης: Οι εκ των νομών Δράμας, Έβρου, Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κοζάνης, Κιλκίς, Καστοριάς, Καβάλας, Ξάνθης, Πέλλης, Ροδόπης, Σερρών, Φλωρίνης και Χαλκιδικής.

ε) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου: οι εκ των νομών Γρεβενών, Καρδίτσας, Κοζάνης, Λαρίσης, Μαγνησίας, Πιερίας και Τρικάλων.

στ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Κερκύρας: Οι εκ των νομών Κερκύρας, Άρτης, Ιωαννίνων, Θεσπρωτίας και Πρεβέζης.

ζ) Εις το Κρατικόν Θεραπευτήριον Ψυχικών Παθήσεων Τριπόλεως: Οι εκ των νομών Πελοποννήσου, Ζακύνθου και Κεφαλληνίας.

2. Εξαίρεσις εκ της ανωτέρω γεωγραφικής κατανομής επιτρέπεται εις τρεις περιπτώσεις: α) όταν ο ασθενής και οι οικείοι του είναι εγκατεστημένοι από 4μήνου εις την περιφέρειαν εις ην ευρίσκεται το θεραπευτήριον και τούτο θα αποδεικνύεται διά βεβαιώσεως της Αστυνομικής Αρχής και β) όταν δεν υπάρχουν κενά θέσεις του Θεραπευτηρίου της περιφέρειας του ασθενούς, αποδεικνυομένου τούτου διά βεβαιώσεως του οικείου θεραπευτηρίου και γ) όταν η φύσις της νόσου και η ψυχική κατάστασις του ασθενούς επιβάλλουν κατά την υπεύθυνον γνωμάτευσιν του Δ/ντού ιατρού την άμεσον εισαγωγήν του ασθενούς εις νοσοκομείον.

Άρθρο 4

Απαιτούμενα δικαιολογητικά

Διά την έκδοσιν εισιτηρίου απαιτούνται τα κάτωθι δικαιολογητικά

α) Εκουσίας εισαγωγής

(α) Αίτησις του πάσχοντος ή των συγγενών του εφ' ης επικολλάται πρόσφατος φωτογραφία του πάσχοντος.

(β) Εισιτήριο Ρυθμιστικού Κέντρου ή Ασφαλιστικού Ταμείου.

(γ) Γνωμάτευσις του εξωτερικού ιατρείου του οικείου ιδρύματος εκδομένη υπό του Δ/ντού ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού του.

(δ) Χρηματικόν ένταλμα καταβολής νοσηλείας ή πιστοποιητικόν δωρεάν νοσηλείας.

Η γνωμάτευσις του εξωτερικού ιατρείου, του Ρυθμιστικού Κέντρου και των ασφαλιστικών ταμείων ισχύουν διά χρονικόν διάστημα εβδομήντα δύο ωρών.

β) Ακουσίας εισαγωγής

(α) Αίτησις, εφ' ης επικολλάται πρόσφατος φωτογραφία του πάσχοντος, παρά των συγγενών ή εντολή αστυνομικής αρχής ή εισαγγελέως.

(β) Γνωμάτευσις δύο ιατρών, εξ ών εις τουλάχιστον ψυχίατρος, διαπιστούντων την νόσον και την ανάγκην άμέσου εισαγωγής του πάσχοντος εν νοσοκομείω ή κλινικήν ψυχικών νόσων παρά Γεν. νοσοκομείω. Μη υπάρχοντος ψυχιάτρου εν τη αυτή ή πλησιεστέρα πόλει, η αίτησις δέον να συνοδεύηται από γνωματεύσεως δύο ιατρών παθολόγων ή γενικής ιατρικής.

Η γνωμάτευσις αυτή δύναται να εκδοθή και παρά του ιατρού του εξωτερικού ιατρείου του Νοσοκομείου εις ο πρόκειται να νοσηλευθή.

Αι γνωματεύσεις αυτάι δεν γίνονται δεκταί εφ' όσον παρήλθεν 15νθημέρον από της εκδόσεώς των.

(γ) Χρηματικόν ένταλμα καταβολής νοσηλείας ή πιστοποιητικόν απορίας.

Άρθρο 5 Τρόπος νοσηλείας

1. Επί ψυχικώς πασχόντων ενηλίκων εισαχθέντων εκουσίως εις νοσοκομεία ή κλινικάς ψυχικών νόσων ενεργούνται άπαισαι αι ιατρικαί ή χειρουργικαί επεμβάσεις διαγνωστικού, θεραπευτικού ή προφυλακτικού χαρακτήρος μόνον κατά τους κανόνας της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και κατόπιν συναινέσεως των υφισταμένων την επέμβασιν προσώπων.

2. Επί ψυχικώς πασχόντων εισαχθέντων εκουσίως, μετατραπείσης όμως της εν αυτοίς νοσηλείας των εις ακουσίαν, ενεργούνται αι επεμβάσεις και άνευ της συναινέσεως αυτών, εφ' όσον αύται ενεργούνται κατά τους κανόνας της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και σκοπούν εις την εξυπηρέτησιν του αληθούς συμφέροντος του ασθενούς και κατόπιν α) της συναινέσεως του έχοντα την επιμέλειαν αυτού ή του συζύγου, παντός πλησιεστέρου αυτού συγγενούς εξ αίματος μέχρι και του δευτέρου βαθμού, β) του επιτρόπου αυτού αν ο πάσχων έχει τεθή υπό απαγόρευσιν και γ) του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου αν ο πάσχων είναι αχειράφετος ανήλιξ. Μη υπάρξεως των ανωτέρω προσώπων ή αρνήσεως της συναινέσεως αυτών ζητείται η άδεια του αρμοδίου εισαγγελέως.

Εις την άνω περίπτωσιν, εάν δεν παρασχεθή η συναίνεσις του δικαιουμένου ή η άδεια του εισαγγελέως δύναται ο διευθυντής του νοσοκομείου, κατόπιν συμφώνου γνώμης του Διευθυντού Ιατρού να διατάξη την εκ του νοσοκομείου έξοδον του πάσχοντος τηρουμένων των διατάξεων του Ν.Δ. υπ' αριθ. 104/73, εκτός εάν ο ασθενής κρίνεται ως επικίνδυνος ότε συνιστάται επιτροπή εκ τριών διευθυντών Ιατρών ήτις κατόπιν εξετάσεως του ασθενούς γνωματεύει υπευθύνως διά την ανάγκην της επεμβάσεως.

Άρθρον 6 Δωρεάν νοσηλεία

1. Η νοσηλεία εις τα νοσοκομεία ψυχικών παθήσεων Ν.Δ. 2592/53 ως και εις τα μετά του δημοσίου συμβεβλημένα τοιαύτα παρέχεται δωρεάν εις τας κλινάς Γ' θέσεως βάσει πιστοποιητικού απορίας.

2. Εις τους εισαγομένους βάσει του άρθρου 5 του υπ' αριθ. 104/73 Ν.Δ. εφ' όσον διαπιστωθή εντός εξαμήνου υπό της Κοινωνικού Λειτουργού του Νοσοκομείου προκειμένου περί ιδρυμάτων Ν.Δ. 2592/53 ή

των οικείων Κέντρων Κοιν. Πολιτικής δυσχέρεια καταβολής των νοσηλείων, της δυσχερείας ταύτης κρινομένης δι' αποφάσεως του Διοικητικού Συμβουλίου του ιδρύματος, και προκειμένου περί των μετά του Υπουργείου συμβεβλημένων δι' αποφάσεων του οικείου Νομάρχου.

3. Εις τους νοσηλευομένους ων η νοσηλεία παρατείνεται πέραν της πενταετίας εξαιρέσει των διαθετόντων περιουσιακά στοιχεία των οποίων τα εισοδήματα καρπούνται συγγενείς.

4. Εις περίπτωσιν διακοπής της καταβολής των κεκανονισμένων νοσηλείων ο ασθενής δύναται να παραμείνη εις την επί πληρωμή θέσιν αυτού μέχρις ενός μηνός, μεθ' ο Διευθυντής του Νοσοκομείου ψυχικών νόσων υποχρεούται να μεταφέρει τούτον εις θέσιν απόρων όπου και κλινικώς τοποθετείται εφ' όσον εμπίπτει εις την παρ. 1.

5. Από εφαρμογής των διατάξεων του υπ' αριθ. 57/73 Ν.Δ. «περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας οικονομικώς αδυνάτων και καταργήσεως των διεπουσών τον θεσμόν της απορίας διατάξεων» παύει η ισχύς του πιστοποιητικού απορίας και ισχύουν αι αποφάσεις συμφώνως το ύπερθεν ν.δ.

Άρθρον 7

Έξοδος εκουσίως εισαχθέντων

1. Ο εκουσίως εισαχθείς προς νοσηλείαν εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων δύναται να ζητήσει τη αιτήσσει του ή τη αιτήσσει των συγγενών του μετά υπευθύνου δηλώσεως των ότι αναλαμβάνουν την ευθύνην του ασθενούς, την έξοδόν του εκ του ψυχιατρικού καταστήματος.

Εις την περίπτωσιν ταύτην ο Διευθυντής του νοσοκομείου, εφ' όσον δεν συντρέχει λόγος αρνήσεως της εξόδου κατά τας διατάξεις, υποχρεούται να χορηγήση αμελλητί εξιτήριον εις τον αιτούντα την έξοδον.

2. Ο Διευθυντής του νοσοκομείου δύναται να αρνηθή την έξοδον εις τον πάσχοντα κατόπιν γνωματεύσεως του Διευθυντού ιατρού της κλινικής εις ην νοσηλεύεται ο πάσχων ή του νομίμου αναπληρωτού του, ότι ο εν λόγω ασθενής τυγχάνει επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους άλλους ή ότι η αίτησις εξόδου του εκ του νοσοκομείου οφείλεται εις παθολογικά αίτια. Εφαρμόζονται εν προκειμένω και εντός τεσσαράκοντα οκτώ (48) ωρών αι περί ακουσίας νοσηλείας διατάξεις.

3. Εάν ο εκουσίως εισαχθείς θεωρηθή ως μη χρήζων περαιτέρω νοσηλείας, αρνείται όμως να εξέλθη του νοσοκομείου ή της κλινικής, εκβάλλεται τη βοήθεια της αστυνομικής αρχής, κατόπιν αιτήσεως του Διευθυντού του ιδρύματος προς αυτήν.

Άρθρον 8
Έξοδος ακουσίως εισαχθέντων

1. Πας ακουσίως εισαχθείς εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, παραδίδεται αμελλητί εις τους υποχρέους προς παραλαβήν του, αφ' ης στιγμής παύση έχων ανάγκην της εν τω νοσοκομείω νοσηλείας και κατόπιν σχετικής περί τούτου γνωματεύσεως του Διευθυντού Ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού αυτού, ότι ο ασθενής δεν χρήζει περαιτέρω νοσοκομειακής νοσηλείας και ότι κατέστη κοινωνικώς βιώσιμος.

2. Την έξοδον των ανωτέρω δύνανται να αιτώνται:

α) ο υπογράψας την προς εισαγωγήν εν τω ψυχιατρείω αίτησιν, και εν αδυναμία ή εν αρνήσει τούτου όπως παραλάβη τον ασθενή τότε δικαιούνται ο σύζυγος ή η σύζυγος ή οι συγγενείς.

3. Εις τας ανωτέρω περιπτώσεις, ο Διευθυντής του νοσοκομείου παραδίδει μεν τον ακουσίως νοσηλευόμενον εις τον αιτούντα υπό την προϋπόθεσιν όμως ότι ο αιτών θα υπογράψη δήλωσιν ότι αναλαμβάνει υπευθύνως τον ασθενή.

Άρθρον 9
Απόρριψις αιτήσεως εξόδου ακουσίως εισαχθέντων

1. Εάν ο πάσχων κριθή παρά του θεράποντος Ιατρού επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους τρίτους, ο Διευθυντής του νοσοκομείου μετά σύμφωνον γνώμην του Ιατρού Διευθυντού ή του νομίμου αναπληρωτού αυτού οφείλει ν' απορρίψη την αίτησιν.

2. Εάν ο πάσχων δεν κριθή μεν επικίνδυνος δι' εαυτόν ή τους τρίτους, αλλά υπάρχει πιθανότης να εκδηλώσῃ αντικοινωνικήν τινά συμπεριφοράν και η πρόωρος έξοδος του ασθενούς αποβή βλαπτική διά την υγείαν του, ο Διευθυντής μετά σύμφωνον γνώμην του Ιατρού Διευθυντού ή νομίμου αναπληρωτού αυτού δύναται να απορρίψη την αίτησιν των συγγενών.

Άρθρο 10
Παραλαβή εξερχομένου ψυχοπαθούς ακουσίως εισαχθέντος

1. Ο λαμβάνων εξιτήριο πάσχων παραδίδεται:

α) Εις τους δικαιουμένους ως εν άρθρω 8 παράγραφος 2. Προκειμένου περί συγγενών λαμβάνεται υπ' όψιν ως προτεραιότης ο βαθμός συγγενείας και εφ' όσον επιδεικνύεται υπό των ενδιαφερομένων το απαιτούμενο ενδιαφέρον.

2. Εάν μεταξύ των συγγενών επέλθη διαφωνία ως προς την έξοδον του ασθενούς, τότε συγκαλείται οικογενειακόν συμβούλιον, παρουσία Ειρηνοδίκου, το οποίον αποφαινεται σχετικώς.

3. Ο παραλαβών τον ασθενή καθίσταται υπόχρεως:
- α) διά την εξωνοσοκομειακή ιατρική παρακολούθησιν
 - β) διά πάσαν ποινικήν και αστικήν ευθύνην αυτού, υποβάλλει δε υπεύθυνον δήλωσιν περί των ως άνω υποχρεώσεών του.

Άρθρο 11

Έξοδος κατόπιν δικαστικής αποφάσεως

1. Πας δικαιούμενος να αιτήση την ακουσίαν νοσηλείαν του ψυχικώς πάσχοντος, δύναται δι' αιτήσεώς του να αιτήση από το Πρωτοδικεῖον της περιφερείας του νοσοκομείου ή της κλινικής την άνευ αναβολής έξοδον του πάσχοντος εφ' όσον ο αρμόδιος Επιστημονικός Διευθυντής αρνεῖται να επιτρέψη την έξοδον αυτού.

2. Η απόφασις του δικαστηρίου των πρωτοδικών εκδίδεται κατά την διαδικασίαν της εκουσίας δικαιοδοσίας ως νόμω προτιμωμένη, εφαρμοζομένων των οικείων διατάξεων του Κώδικος Ποινικής Δικονομίας, είναι δε πάντοτε προσωρινώς εκτελεστή και όταν ακόμη καθορίζεται υπό του δικαστηρίου. Η αναφορά, η δικαστική απόφασις και τα άλλα έγγραφα τα οποία ήθελε προκαλέσει η αίτησις των ενδιαφερομένων, συντάσσονται εφ' απλού χάρτου.

3. Πας μη δικαιούμενος να αιτήση την ακουσίαν νοσηλείαν, είσοδον ή έξοδον του ψυχικώς πάσχοντος, αλλ' επιθυμών την έξοδον αυτού εκ του Νοσοκομείου προς έτερον σκοπόν (γάμον κ.λπ.) δέον δι' αιτήσεώς του να αιτήση από το πρωτοδικεῖον το ανάλογον δικαίωμα.

Άρθρο 12

Έξοδος υπό όρους

1. Ο Διευθυντής ιατρός δύναται, οποτεδήποτε κρίνει σκόπιμον, να εισηγήται εις τον διευθυντήν του Νοσοκομείου ψυχικών νόσων την εξ αυτού έξοδον παντός πάσχοντος υπό όρους παρ' αυτού καθοριζομένους και αφορώντας εις την θεραπευτικήν του πάσχοντος αγωγήν ως και τας συνθήκας διαβιώσεως αυτού.

Εις την περίπτωσην ταύτην ο Διευθυντής του Νοσοκομείου χορηγεί εξιτήριον εις τον νοσηλευόμενον.

Άρθρο 13

1. Δοκιμαστικάί άδειαι

α) Εις νοσηλευομένους εις νοσοκομεία ή κλινικάς ψυχικών νόσων δύναται να χορηγηθή υπό του Διευθυντού του νοσοκομείου κατόπιν προτάσεως του Διευθυντού ιατρού δοκιμαστική άδεια διάρκειας μέχρις έξι (6)

μητών, δυναμένη να ανανεωθεί μετά προηγουμένην εξέτασιν του ασθενούς εις τα εξωτερικά ιατρεία του ιδρύματος.

2. Απλοί άδειαι

Υπό του Διευθυντού του νοσοκομείου χορηγείται κατόπιν προτάσεως του Διευθυντού Ιατρού άδεια εξόδου διάρκειας μέχρι τριών ημερών καθ' εβδομάδα. Κατά την διάρκειαν της άδειας ο ασθενής θεωρείται ως ανήκων εις την δύναμιν των νοσηλευομένων. Εις τούτον δέον όπως χορηγούνται τα αναγκαιούντα φάρμακα, τα οποία έχει ανάγκην διά το χρονικόν διάστημα της άδειας του.

Άρθρο 14

Μεταφορά επικινδύνων (χρονίως) ψυχικών πασχόντων εις έτερον νοσοκομείον ψυχικών νόσων

1. Επιτρέπεται η μεταφορά επικινδύνων δι' εαυτούς ή τους τρίτους, πασχόντων εις έτερον Νοσοκομείον ή Κλινικήν ψυχικών νόσων κατόπιν αιτήσεως του επιτρόπου διά τους απηγορευμένους, του έχοντος την επιμέλειαν διά τους αχειράφετους ανηλίκους, του προσωρινού διαχειριστού δι' ους διωρίσθη τοιούτος, ως και κατόπιν αιτήσεως του συζύγου ή της συζύγου ή τινός των συγγενών εξ αίματος μέχρι και του δεύτερου βαθμού ή του εισαγγελέως διά λοιπούς ακουσίως νοσηλευομένους. Εις την περίπτωσιν τα δικαιούμενα να αιτήσωσι την μεταφοράν πρόσωπα είναι περισσότερα και εν τούτων εναντιωθή, η αίτησις μετά Ιατρικής γνωματεύσεως του Διευθυντού Ιατρού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού, διαβιβάζεται υπό του Νοσοκομείου εις τον οικείον Εισαγγελέα, όστις αποφαινεται περί της ανάγκης ή μη της μεταφοράς. Προς τον σκοπόν τούτον δύναται ο εισαγγελεύς να διατάξη πραγματογνωμοσύνην.

2. Η κατά την προηγουμένην παράγραφον μεταφορά ενεργείται δια παραδόσεως του πάσχοντος φροντίδι του νοσοκομείου ή της κλινικής εν η νοσηλεύεται εις το νοσοκομείον εις ο θα μεταφερθή ο νοσηλευόμενος, της σχετικής δαπάνης βαρυνούσης τον αιτούντα.

3. Αι αρμόδια υπηρεσίαι του Υπουργείου, εφ' όσον κρίνουν απαραίτητον την μεταφοράν των νοσηλευομένων εις έτερον νοσοκομείον ή κλινικήν, δύνανται να μεταφέρουν τούτους, δαπάναις του δημοσίου και άνευ της συγκαταθέσεως των αιτησάντων την εισαγωγήν, μετά σύμφωνον γνώμην του Διευθυντού Ιατρού ή του νομίμου αυτού αναπληρωτού.

Άρθρο 15

Θάνατος νοσηλευομένου

1. Εν περιπτώσει θανάτου νοσηλευομένου ειδοποιείται ο υπόχρεως προς παραλαβήν του.

2. Εν περιπτώσει μη προσελεύσεως του υποχρέου εντός τεσσαράκοντα οκτώ (48) ωρών από της ειδοποίησεως την παραλαβήν του θανόντος δύναται να παραδοθή ούτος εις το πλησιέστερον ανατομικόν ή παθολογοανατομικόν εργαστήριον διά επιστημονικούς σκοπούς συμφώνως της παρ. 6 του άρθρου 14 του Ν. 3796/57.

3. Επιτρέπεται η διενέργεια νεκροτομής επί θανόντος ψυχικώς πάσχοντος προς διαπίστωσιν των αιτίων του θανάτου μη απαιτουμένης προς τούτο της συγκαταθέσεως των οικείων του εις ην περίπτωσιν ο θάνατος επήλθεν αιφνιδίως και δι' άγνωστα διά τον ιατρόν αίτια.

4. Εις περίπτωσιν θανάτου ψυχικώς πάσχοντος και προσελεύσεως των συγγενών του θανόντος και δηλώσεως εκ μέρους των α) αδυναμίας προς παραλαβήν του νεκρού και β) αρνήσεως διενεργείας νεκροτομής, τότε η μεν ταφή αναλαμβάνεται παρά του νοσοκομείου η δε νεκροτομή δεν διενεργείται.

5. Εις πάσαν άλλην περίπτωσιν επιτρέπεται η διενέργεια νεκροτομής κατόπιν εγγράφου αδείας των συγγενών.

Η παρούσα δημοσιευθήτω διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τη 20 Νοεμβρίου 1978.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ
Α2β/5345/20.11.1978

Περί αντικαταστάσεως του άρθρου 2 της υπ' αριθμ. Γ2β3036/73 αποφάσεως «Περί εφαρμογής του άρθρου 4 του υπ' αριθμ. 104/73 Ν.Δ. περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των Ψυχικώς Πασχόντων»

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Έχοντες υπ' όψιν:

1. Τας διατάξεις του άρθρου 4 του υπ' αριθ. 104/73 «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων» (ΦΕΚ 177).

2. Πρότασιν της συσταθείσης δυνάμει της υπ' αριθ. Δ2β/οικ. 637/3.2.78 επιτροπής επί θεμάτων ψυχικής υγιεινής, αποφασίζομεν:

Το άρθρον 2 της υπ' αριθμ. Γ2β/3036/20.11.73 Υπουργικής αποφάσεως αντικαθίσταται ως ακολούθως:

Άρθρο 2 Αναγκαστική νοσηλεία

1. Η αναγκαστική νοσηλεία πάσχοντος εκ ψυχικής διαταραχής δύναται να ζητηθή αδιακρίτως σειράς υπό του συζύγου του πάσχοντος ή συγγενούς αυτού κατ' ευθείαν γραμμήν απεριορίστως ή εκ πλαγίου μέχρι και του δευτέρου βαθμού ή του έχοντος την επιμέλειαν του προσώπου του ή του επιτρόπου του ή του αναγκαστικού αντιλήπτορός του ή του προσωρινού διαχειριστού της περιουσίας του. Εάν ελλείπουν πάντα τα πρόσωπα ταύτα, την αναγκαστικήν νοσηλείαν δύναται να ζητήση και ο εισαγγελεύς πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος.

2. Η αίτησις απευθύνεται προς τον επιστημονικόν διευθυντήν ψυχιατρικής κλινικής όστις εξετάζει τον πάσχοντα αυτοπροσώπως ή διά του νομίμου αναπληρωτού είτε εις την κλινικήν. Μετά την εξέτασιν ταύτην ή εφ' όσον βεβαιωθεί ότι αυτή τυγχάνει ανέφικτος συνεπεία της καταστάσεως του πάσχοντος, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής καλεί και δεύτερον ψυχίατρον, ούτοι δε αποφασίζουν από κοινού περί της αναγκαστικής νοσηλείας, εφ' όσον κρίνουν ότι εκ της νοσηλείας πιθανολογείται βελτίωσις ή αποτροπή επιδεινώσεως της καταστάσεως του πάσχοντος. Εν διαφωνία μεταξύ των δύο ψυχιάτρων, περί της αναγκαστικής νοσηλείας αποφαινεται επιτροπή εκ των δύο ως άνω ψυχιάτρων και τρίτου οριζομένου υπό του προϊσταμένου της Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

3. Η απόφασις περί αναγκαστικής νοσηλείας δέον να είναι γραπτή και αναλυτικώς ητιολογημένη, φυλάσσεται δε εις τον ατομικόν φάκελλον του πάσχοντος.

4. Η απόφασις περί αναγκαστικής νοσηλείας θεωρείται υπό του εισαγγελέως πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος, όστις παραγγέλλει εις την αρμοδίαν αστυνομικήν αρχήν να μεριμνήση διά την μεταγωγήν του πάσχοντος εις την ψυχιατρικήν κλινικήν υπό συνθήκας εξασφαλίζούσας εις τον πάσχοντα την καλύτεραν δυνατήν μεταχείρισιν και την αποφυγήν πάσης δημοσιότητας. Η αρμόδια αστυνομική αρχή δύναται αντί να μεριμνήση αυτή διά την μεταγωγήν, να εγκρίνη την μεταγωγήν υπό οργάνων της κλινικής, όπου ο πάσχων πρόκειται να νοσηλευθή.

5. Κατά της αποφάσεως περί αναγκαστικής νοσηλείας δύνανται να υποβάλουν οποτεδήποτε ένστασιν πάντα τα εν τη παραγράφω 1 αναφερόμενα πρόσωπα. Ο πάσχων και πας τρίτος δικαιούνται να απαιτήσουν την εξέτασιν του πάσχοντος υπό ψυχιάτρου αποδεικνυόμενου υπ' αυτών ή οριζομένων υπό του κατά τόπον αρμοδίου προϊσταμένου Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής. Εφ' όσον ο εξετάσας ψυχίατρος αποφανθή εγγράφως και ητιο-

λογημένως κατά της αναγκαστικής νοσηλείας του πάσχοντος, την κατά το πρώτον εδάφιο της παρούσης παραγράφου ένστασιν δικαιούνται να υποβάλουν και ο πάσχων ως και πας τρίτος. Κατά πάσαν περίπτωσιν η ένστασις κατατίθεται ατελώς εις την γραμματείαν της εισαγγελίας του τόπου όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία και διαβιβάζεται παραχρήμα υπό του αρμοδίου εισαγγελέως πρωτοδικών εις τακτικόν καθηγητήν της Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του πλησιεστέρου Πανεπιστημίου.

Ούτος συγκροτεί αμελλητί υπό την Προεδρίαν του ή υπό την προεδρίαν εκτάκτου ή επικουρικού καθηγητού ή υφηγητού της Ψυχιατρικής Επιτροπής εις ην καλείται να μετάσχη εις ψυχίατρος οριζόμενος υπό του ενισταμένου και εις ψυχίατρος οριζόμενος υπό του κατά τόπον αρμοδίου προϊσταμένου Διευθύνσεως ή Τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας ή των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων Αττικής.

6. Νέα ένστασις παρά του ήδη υποβαλόντος τοιαύτην δύναται να υποβληθεί μετά πάροδον τριμήνου από της προηγουμένης ενστάσεως.

7. Μετά εξαμήνον από πάσης αποφάσεως περί αναγκαστικής νοσηλείας και ανά εξαμήνον εφεξής, ο επιστημονικός διευθυντής της κλινικής, όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία, οφείλει να αποστείλη έκθεσιν περί της καταστάσεως του πάσχοντος και περί της ανάγκης παρατάσεως της νοσηλείας εις την Ιατρικην Σχολήν του πλησιεστέρου Πανεπιστημίου. Ο κοσμητωρ της Σχολής διαβιβάζει την έκθεσιν εις τακτικόν καθηγητήν της ψυχιατρικής όστις, εν περιπτώσει αμφιβολιών ως προς την ανάγκην παρατάσεως της αναγκαστικής νοσηλείας, συγκροτεί επιτροπήν υπό την προεδρίαν του, εις ην μετέχουν δύο ακόμη καθηγηταί ή υφηγηταί της Ψυχιατρικής ή, ελλείψει τοιούτων, συγγενών εδρών. Η επιτροπή δικαιουμένη να εξετάσῃ τον πάσχοντα, αν καταλήξῃ εις το συμπέρασμα ότι δεν επιβάλλεται η παράτασις της αναγκαστικής νοσηλείας, υποβάλλει σχετικήν έκθεσιν εις τον εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία, όστις προβαίνει εις την έκδοσιν διαταγής περί αμέσου διακοπής αυτής.

8. Όταν ο πάσχων εκ ψυχικής διαταραχής είναι πιθανόν ότι θα βλάβῃ τον εαυτόν του ή άλλους και ως εκ τούτου έχει επείγουσαν ανάγκην νοσηλείας, την διαδικασίαν διά την αναγκαστικήν νοσηλείαν αυτού εις ψυχιατρικήν κλινικήν δύναται να κινήσῃ πας τρίτος ή και αυτεπαγγέλτως η αστυνομική αρχή.

Ο ζητών την αναγκαστικήν νοσηλείαν τρίτος αποτείνεται εις την κατά τόπον αρμοδίαν αστυνομικήν αρχήν, προσάγων πιστοποιητικόν ψυχιάτρου, βεβαιούντος κατόπιν εξετάσεως του πάσχοντος την πιθανότητα όπως ούτος βλάβῃ τον εαυτόν του ή άλλους και την εντεύθεν επείγουσαν ανάγκην αναγκαστικής νοσηλείας. Εάν είναι αδύνατος η υπό ψυχιάτρου εξέτασις του πάσχοντος λόγω ελλείψεως ψυχιάτρου εγκατεστημένου εις τον τόπον της κατοικίας ή της συνήθους διαμονής του πάσχοντος, το πιστοποιητικόν

τούτο δύναται να εκδοθή και υπό άλλου ιατρού. Εάν ο ζητών την αναγκαστική νοσηλείαν δεν προσάγη πιστοποιητικό και εφ' όσον η αίτησίς του δεν κρίνεται ως προδήλως αβάσιμος ή αν την διαδικασίαν κινή η αστυνομική αρχή, αυτή υποχρεούται να μεριμνήσει παραχρήμα διά την εξέτασιν του φερομένου ως πάσχοντος υπό ψυχιάτρου, ή, εν ελλείψει τοιούτου, υπό άλλου ιατρού, μεταβαίνοντος εις την κατοικίαν του φερομένου ως πάσχοντος και εξετάζοντος αυτόν κατόπιν παραγγελίας της αστυνομικής αρχής. Εάν ουδείς ιατρός ευρίσκεται εγκατεστημένος εις τον τόπον της κατοικίας του φερομένου ως πάσχοντος ή εάν η ιατρική εξέτασις είναι αδύνατος εξ άλλων λόγων, ιδία διότι ούτος αρνείται να υποβληθή εις αυτήν, η αρμοδία αστυνομική αρχή και ο Πρόεδρος της Κοινότητος, όπου η κατοικία του φερομένου ως πάσχοντος, υποχρεούται να βεβαιώσουν τούτο παραχρήμα, εκθέτοντες τους λόγους οι οποίοι καθιστούν αδύνατον την ιατρικήν εξέτασιν του φερομένου ως πάσχοντος, υποχρεούνται να βεβαιώσουν τούτο παραχρήμα, εκθέτοντες τους λόγους οι οποίοι καθιστούν αδύνατον την ιατρικήν εξέτασιν του φερομένου ως πάσχοντος και την γνώμην των ως προς την πιθανότητα να βλάβη ούτος τον εαυτόν του ή άλλους και ως προς την εντεύθεν επείγουσαν ανάγκην αναγκαστικής νοσηλείας αυτού.

Υπάρχοντος ιατρικού πιστοποιητικού ή βεβαιώσεως της αστυνομικής αρχής και του Προέδρου της Κοινότητος κατά την προηγουμένη παράγραφον, ο πάσχων μεταγεται αμέσως εις δημοσίαν ή ιδιωτικήν ψυχιατρικήν κλινικήν, κατά τα οριζόμενα εις την παράγραφον 4 του άρθρου 1, χωρίς να απαιτήται προηγουμένη θεώρησις ή παραγγελία του εισαγγελέως.

Ο διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του, δεχόμενος τον ούτω μεταγόμενον προς αναγκαστικήν νοσηλείαν, αποφασίζει περί της εισόδου αυτού βάσει των υπάρχοντων εγγράφων και κατόπιν εξετάσεως του πάσχοντος. Η απόφασις του διευθυντού της ψυχιατρικής κλινικής είναι προσωρινή, ισχύουσα επί τεσσαράκοντα οκτώ ώρας, εντός των οποίων ούτος υποχρεούται να ειδοποιήση εν τουλάχιστον εκ των εν παραγράφω 1 του άρθρου 1 προσώπων, εφ' όσον δεν είναι αδύνατος η ανεύρεσίς του.

Εντός της κατά την προηγουμένην παράγραφον προθεσμίας, παρατεινομένης επί ετέρας τεσσαράκοντα οκτώ ώρας εφ' όσον η τήρησίς της είναι ανέφικτος, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του, λαμβάνει την οριστικήν απόφασιν περί αναγκαστικής νοσηλείας, μετ' ακρόασιν των εντός των προθεσμίας εμφανισθέντων συγγενών ή άλλων προσώπων περί των η παράγραφος 1 του άρθρου 1 και εφ' όσον εν τουλάχιστον των προσώπων τούτων συναινεί εις την αναγκαστικήν νοσηλείαν. Εάν ουδείς εκ των εμφανισθέντων συναινεί εις την αναγκαστικήν νοσηλείαν, αυτή δύναται να αποφασισθή υπό τριμελούς επιτροπής συγκροτουμένης υπό του διευθυντού της ψυχιατρικής κλινικής ως προέδρου, ενός ψυχιάτρου οριζομένου υπό του διαφωνούντος συγγενούς και ενός ψυχιάτρου διοριζομένου υπό του κατά τόπον αρμοδίου Προϊστα-

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
ΟΘΩΝ 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 εν ή πλείοτερα, αναλόνως 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 νομαρχου, 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 επισκέπτωνται 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 επισκέπτωνται 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 καταστηματι 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 καταστηματι 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 συγγενειας 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 φρενων του αρρώστου, περιγραφουσα 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 παραδόσεως 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 ίάθη.

Ο διευθυντής του φρενοκομείου οφείλει να κοινοποιήση αμέσως εις τον νομάρχην την γραφείσαν εν τω βιβλίω περί της ίάσεως του αρρώστου δήλωσιν του ιατρού εάν δ' ο ίαθείς ήναι ανήλιξ ή απηγορευμένος, ο νομάρχης οφείλει να κοινοποιήση αμέσως την ιατρικήν δήλωσιν εις εκείνους, εις ους, κατά το άρθρον 12, ο ίαθείς 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 ζητήσαι 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 υπογράφας 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 προκύπτη 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 νομάρχην, 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 νομάρχη, 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 νομάρχης ειδοποιεί, εντός εικοσιτεσσάρων ωρών από της παραλαβής της κοινοποιήσεως του διευθυντού, τας αναφερομένας εν τω άρθρω 5 αρχάς, ων η δημοτική ειδοποιεί αμέσως την οικογένειαν, εις ην ανήκει ο ελθών.

Άρθρον 11

Ο νομάρχης 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 νομάρχαι και οι έπαρχοι διατάπτουσιν αυτεπαγγέλτως την εν τω φρενοκομείω εισαγωγήν των τε απηγορευμένων και μη τοιούτων, όταν η φρενοβλαβεία αυτών δύναται να εκθέσθ εις κίνδυνον την δημοσίαν τάξιν, ή την προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών.

Αι διαταγαί των μνησθεισών αρχών πρέπει να στηρίζονται εις ιατρικήν πιστοποίησιν, να ήναι ητιολογημένα 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 πασιδηλος, δύνανται 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 πέμψη εις τον νομόρχην 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 νομόρχης αποφασίζει περί εκάστου ιδία, εάν πρέπει να διατηρηθή εν τω φρενοκομείω ή να εξέλθη.

Άρθρον 16

Εν τη περιπτώσει του άρθρου 9 § 4, ο νομόρχης δύναται, κατά τους εν τω άρθρω 13 εδ. 2 διαγεγραμμένους τύπους, να εκδώση ειδικήν διαταγήν, απαγορεύουσαν την έξοδον του ασθενούς, άνευ της αδειάς 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 νομόρχην 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 νομόρχην, 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 μετάγωνται 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 ητιολογημένην. 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, διατάπτει 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 προς 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 αχειράφετος. 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 παραιτήσεως 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 όλες 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 φροντίζη 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, δικαστικές απολλοτριώσεις και δικαστικές διανομάς.

Δ' Διοίξεις του φρενοκομείου και πόροι προς συντήρησιν αυτού

Άρθρον 32

Προς διοίξεις 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 μέρος της δαπάνης ταύτης, το δημόσιον θέλει χορηγεί διά του ετησίου προϋπολογισμού του Κράτους την απαιτουμένην εις απόρους δήμους βοήθειαν, προς απότισιν του όλου ή μέρος 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 ετησίας 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

300
1983
1983

Νομική προστασία προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και εισάγονται ως ακούσιοι πάσχοντες

Η πρόταση με αριθμό R(γ3)2 έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης στις 22 Φεβρουαρίου 1983.

Τίτλος του πρωτοτύπου: Legal protection of persons suffering from mental disorders placed as involuntary patients¹.

Η Επιτροπή των Υπουργών, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 15β του Νόμου του Συμβουλίου της Ευρώπης

Θεωρώντας ότι σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη της μεγίστης ενότητας μεταξύ των μελών του, ιδιαίτερα μέσα από την εναρμόνιση των νόμων σε ζητήματα κοινού ενδιαφέροντος

Έχοντας υπόψη τη Σύμβαση για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών και την εφαρμογή της από τα όργανα που έχουν ιδρυθεί στα πλαίσια αυτής της συνθήκης

Έχοντας υπόψη την πρόταση 818 (1977) της Συμβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την κατάσταση του ψυχικά αρρώστου

Θεωρώντας ότι η κοινή δράση σε ευρωπαϊκό επίπεδο θα προαγάγει την επιθυμητή καλύτερη προστασία των προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή:

Συνιστά στις Κυβερνήσεις των χωρών μελών να προσαρμόσουν τους νόμους τους στους κανόνες που επισυνάπτονται στην πρόταση αυτή ή να υιοθετήσουν άρθρα σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς όταν εισάγουν νέα νομοθεσία.

ΚΑΝΟΝΕΣ

Άρθρο 1

1. Αυτοί οι κανόνες αφορούν τον ακούσιο εγκλεισμό προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Εγκλεισμός που αποφασίστηκε ύστερα από ποινική διαδικασία δεν καλύπτεται από αυτούς τους κανόνες. Όμως οι κανόνες 5, 9, 10 και 11 ισχύουν και για εγκλεισμό αυτού του είδους.

2. Ακούσιος εγκλεισμός (στο εξής θα αναφέρεται ως «εγκλεισμός») σημαίνει την εισαγωγή και κράτηση για θεραπεία, προσώπου που πάσχει από ψυχική διαταραχή (στο εξής θα αναφέρεται ως «πάσχων») σε νοσοκομείο, σε άλλο ιατρικό ίδρυμα ή κατάλληλο χώρο (στο εξής θα αναφέρεται ως «ίδρυμα») όταν η εισαγωγή αυτή δεν έγινε με δική του αίτηση.

3. Η εισαγωγή ενός αρρώστου για θεραπεία σε ίδρυμα, ύστερα από

1. Μετάφραση Κ. Μάτσα.

δική του αίτηση δεν υπάγεται στη δικαιοδοσία αυτών των κανόνων. Όμως οι κανόνες αυτοί ισχύουν στις περιπτώσεις όπου ένας άρρωστος που έχει εισαχθεί αρχικά με δική του αίτηση εξακολουθεί να κρατείται παρά την επιθυμία του να εξέλθει.

Άρθρο 2

Οι ψυχίατροι και οι άλλοι γιατροί, προκειμένου να προσδιορίσουμε εάν ένα πρόσωπο πάσχει από ψυχική διαταραχή και χρειάζεται εγκλεισμό, ενεργούν σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η δυσκολία προσαρμογής σε ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες αξίες, αυτή καθ' εαυτή, δεν πρέπει να θεωρείται ως ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 3

Εφ' όσον δεν υπάρχουν άλλα μέσα για την παροχή της κατάλληλης θεραπείας:

α. Ένας άρρωστος μπορεί να εγκλεισθεί σε ίδρυμα μόνον όταν, εξαιτίας της ψυχικής του διαταραχής, αντιπροσωπεύει ένα σοβαρό κίνδυνο για τον εαυτό του ή για άλλα πρόσωπα.

β. Τα Κράτη, όμως, μπορούν να προβλέψουν επίσης ότι ένας άρρωστος μπορεί να εγκλεισθεί και όταν εξαιτίας της σοβαρής φύσης της ψυχικής του διαταραχής ο μη εγκλεισμός του θα οδηγούσε σε επιδείνωση της διαταραχής του ή θα παρεμπόδιζε την παροχή της κατάλληλης θεραπείας.

Άρθρο 4

1. Μία απόφαση εγκλεισμού πρέπει να λαμβάνεται από δικαστική ή άλλη κατάλληλη αρχή, προβλεπόμενη από το Νόμο. Σε επείγουσα περίπτωση, ένας άρρωστος μπορεί να εισαχθεί και να κρατηθεί αμέσως σ' ένα ίδρυμα με απόφαση ενός γιατρού, που κατόπιν πρέπει να ενημερώσει αμέσως τη δικαστική ή άλλη αρχή, η οποία πρέπει να πάρει την απόφασή της. Οποιαδήποτε απόφαση της αρμόδιας δικαστικής ή άλλης αρχής, για την οποία γίνεται λόγος σ' αυτή την παράγραφο, πρέπει να παίρνεται ύστερα από ιατρική γνώμатеυση και με απλή και σύντομη διαδικασία.

2. Όταν μια απόφαση εγκλεισμού λαμβάνεται από μη δικαστικό όργανο ή πρόσωπο, αυτό το όργανο ή πρόσωπο πρέπει να είναι διαφορετικό από αυτό που αρχικά ζήτησε ή πρότεινε τον εγκλεισμό. Ο άρρωστος πρέπει αμέσως να πληροφορείται τα δικαιώματά του και πρέπει να έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε δικαστήριο το οποίο θα αποφασίσει με μια διαδικασία απλή και σύντομη. Εκτός αυτού, από μίαν αρμόδια αρχή πρέπει

να υποδεικνύεται ένα πρόσωπο, που καθήκον του είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να αποφασίσει εάν θα κάνει έφεση, χωρίς περιορισμό του δικαιώματος έφεσης οποιουδήποτε άλλου ενδιαφερόμενου προσώπου.

3. Όταν η απόφαση λαμβάνεται από μια δικαστική αρχή ή όταν ασκείται έφεση ενώπιον δικαστικής αρχής, κατά μια απόφασης εγκλεισμού που έχει ληφθεί από διοικητικό όργανο, ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται για τα δικαιώματά του και να έχει την πρακτική δυνατότητα να ακουστεί προσωπικά από έναν δικαστή, εκτός εάν ο δικαστής, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του αρρώστου, αποφασίσει να τον ακούσει δι' αντιπροσώπου. Πρέπει να ενημερώνεται για το δικαίωμά του να προσφύγει κατά της απόφασης που διατάσσει ή επικυρώνει τον εγκλεισμό και εάν το ζητήσει ο ίδιος ή το θεωρήσει πρόσφορο ο δικαστής, πρέπει να έχει το προνόμιο της συμπάραστασης συμβούλου ή άλλου προσώπου.

4. Οι δικαστικές αποφάσεις που αναφέρονται στην παράγρ. 3 πρέπει να υπόκεινται σε έφεση.

Άρθρο 5

1. Ένας άρρωστος που βρίσκεται υπό εγκλεισμό, έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται υπό τις αυτές ηθικές και επιστημονικές συνθήκες υπό τις οποίες και οποιοσδήποτε άλλος άρρωστος, και μέσα στις ίδιες συνθήκες περιβάλλοντος. Ιδιαίτερα έχει δικαίωμα να δέχεται την κατάλληλη αγωγή και περίθαλψη.

2. Μια θεραπευτική αγωγή που δεν είναι ακόμα γενικά αναγνωρισμένη από την Ιατρική Επιστήμη ή εμφανίζει σοβαρό κίνδυνο πρόκλησης μόνιμης εγκεφαλικής βλάβης ή ριζικής μεταβολής της προσωπικότητας μπορεί να δοθεί μόνο εάν ο γιατρός το θεωρεί απολύτως απαραίτητο και εάν ο άρρωστος, αφού ενημερωθεί, έχει δώσει ρητή συναίνεσή του. Εάν ο άρρωστος δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τη φύση της θεραπείας, ο γιατρός πρέπει να υποβάλει το ζήτημα προς επίλυση σε μια ανεξάρτητη κατάλληλη αρχή που προβλέπει ο νόμος, η οποία θα συμβουλέψει το νόμιμο εκπρόσωπο του αρρώστου, εάν υπάρχει.

3. Κλινικές δοκιμές προϊόντων και θεραπειών που δεν έχουν ψυχιατρικό θεραπευτικό σκοπό σε πρόσωπα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και βρίσκονται σε εγκλεισμό, πρέπει να απαγορεύονται. Κλινικές δοκιμές που έχουν ψυχιατρικό θεραπευτικό σκοπό είναι ένα θέμα προς ρύθμιση από την εθνική νομοθεσία.

Άρθρο 6

Οι περιορισμοί της προσωπικής ελευθερίας του αρρώστου πρέπει να

περιορίζονται σ' αυτούς μόνο που είναι απαραίτητοι εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του και για την επιτυχία της θεραπείας.

Όμως δεν πρέπει να περιορίζεται το δικαίωμα του αρρώστου:

α. Να επικοινωνεί με κάθε αρμόδια αρχή, το πρόσωπο που αναφέρεται στο άρθρο 4 και ένα δικηγόρο.

β. Να στέλνει οποιοδήποτε κλειστό γράμμα.

Άρθρο 7

Ένας άρρωστος δεν πρέπει να μεταφέρεται από ένα ίδρυμα σε ένα άλλο παρά μόνο αφού ληφθούν υπόψη το θεραπευτικό του συμφέρον και, όσο είναι δυνατό, οι επιθυμίες του.

Άρθρο 8

1. Ένας εγκλεισμός πρέπει να γίνεται για ορισμένη χρονική περίοδο, ή, τουλάχιστον, η αναγκαιότητα του εγκλεισμού πρέπει να επανεξετάζεται σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Ο άρρωστος μπορεί να ζητήσει να εξεταστεί η αναγκαιότητα εγκλεισμού από μια δικαστική αρχή σε λογικά διαστήματα. Οι αρχές του Άρθρου 4, παρ. 3 ισχύουν.

2. Ο εγκλεισμός μπορεί να τερματιστεί οποιαδήποτε στιγμή με απόφαση: α) του γιατρού ή β) μιας αρμόδιας αρχής που δρα με δική της πρωτοβουλία ή μετά από αίτηση του αρρώστου ή οποιουδήποτε άλλου ενδιαφερόμενου προσώπου.

3. Ο τερματισμός του εγκλεισμού δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε το τέλος της θεραπείας που μπορεί να συνεχιστεί σε εκούσια βάση.

Άρθρο 9

1. Ο εγκλεισμός, αυτός καθ' εαυτός, δεν μπορεί να συνιστά, από τον ίδιο το νόμο, λόγο περιορισμού της δικαιοπρακτικής ικανότητας του αρρώστου.

2. Εντούτοις, η αρχή που αποφασίζει έναν εγκλεισμό πρέπει να εξετάσει, εάν χρειάζεται, τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για να προστατευθούν τα υλικά συμφέροντα του αρρώστου.

Άρθρο 10

Σε κάθε περίπτωση, η αξιοπρέπεια του αρρώστου πρέπει να είναι σεβαστή και να παίρνονται τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της υγείας του.

Άρθρο 11

Αυτοί οι κανόνες δεν περιορίζουν τη δυνατότητα ενός Κράτους-μέλους να υιοθετήσει ρυθμίσεις που να εξασφαλίζουν μεγαλύτερη νομική προστασία σε πρόσωπα που υποφέρουν από ψυχική διαταραχή και υπόκεινται σε εγκλεισμό.

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 83 ΦΕΚ 49/90 Τροποποίηση και συμπλήρωση υπ' αριθ. 112/1989 Π.Δ. Οργανισμός Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων (Α' 49)

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. του άρθρου 24 παράγραφος 5 του Ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (Α' 137),

β. του άρθρου 9 παράγραφος 10 του Ν. 1586/1986 «Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις»,

2. την αριθ. 118/9.3.1990 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Σύσταση Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας

Τροποποιείται το Π.Δ. 112/1989 (Α' 49) και καταργείται η υποπαράγραφος δ' Τμήμα Ψυχικής Υγιεινής του άρθρου 5 της Διεύθυνσης Προστασίας και Προαγωγής Υγείας, καθώς και το εδάφ. (4) της υποπαράγραφου γ' Τμήμα Περίθαλψης του άρθρου 9 της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας και συμπληρώνεται με τη σύσταση Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

Άρθρο 2

Διάρθρωση- Αρμοδιότητες Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας

1. Τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας συγκροτούν τα εξής τμήματα:

α. Πρόληψης

- β. Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
- γ. Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- δ. Απεξάρτησης Τοξικομανών.

2. Η αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας αναφέρεται σε θέματα που κατανέμονται στα τμήματά της ως εξής:

α. Τμήμα Πρόληψης

(1) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης των ψυχικών παθήσεων που θα αποβλέπουν κυρίως στην προγεννητική φροντίδα, στην ελάττωση της μετάδοσης νόσων συνεπαγομένων ψυχικές διαταραχές και στην υποστήριξη ατόμων όλων των ηλικιών που ευρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής καταπόνησης (STRESS).

(2) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα Ψυχικής Υγείας.

(3) Η μελέτη και κατάρτιση προγραμμάτων εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης ατόμων που ανήκουν στους ιατρικούς, παραϊατρικούς και άλλους κλάδους σε θέματα Ψυχικής Υγείας. Ο συντονισμός των ενεργειών για την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών σε συνεργασία με άλλους ελληνικούς, διεθνείς ή κοινοτικούς φορείς.

(4) Η συνεργασία με διεθνείς ή Κοινοτικούς οργανισμούς και φορείς και η συμμετοχή σε διεθνή ή Κοινοτικά προγράμματα και δραστηριότητες που αφορούν τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(5) Η προώθηση της έρευνας σε θέματα συναφή με τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(6) Η προώθηση εισηγήσεων για εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας που αφορά την Ψυχική Υγεία.

(7) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων για την πρόληψη του αλκοολισμού σε συνεργασία με άλλους Ελληνικούς, διεθνείς ή Κοινοτικούς φορείς.

β. Τμήμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

(1) Η μελέτη και ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων και ο συντονισμός των ενεργειών για την παροχή ιατροφαρμακευτικών, νοσηλευτικών, ψυχοθεραπευτικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών σε ψυχικώς πάσχοντα άτομα στα πλαίσια των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (ΜΠΨΠ), όπως των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, επείγουσας περίθαλψης, μονάδων ημέρας, εξωτερικών ιατρείων, οικοτροφείων, ξενώνων και άλλων δομών Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης και διασυνδεδετικών υπηρεσιών.

(2) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων στα πλαίσια των ΜΠΨΠ. Η αξιοποίηση και προώθηση των χρηματοδοτήσεων που παρέχονται για

την υλοποίηση των ψυχιατρικών προγραμμάτων στις ΜΠΨΠ από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) ή άλλους διεθνείς οργανισμούς.

(3) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης για συγκεκριμένες κατηγορίες ψυχικώς πασχόντων.

(4) Η επεξεργασία και προώθηση της διαδικασίας εφαρμογής διεθνών συμβάσεων σε θέματα πρωτοβάθμιας ψυχικής περίθαλψης και νοσηλείας.

(5) Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία της αναγκαίας κτιριακής και τεχνικής υποδομής για την πρωτοβάθμια περίθαλψη των ψυχικώς πασχόντων σε συνεργασία με άλλους Ελληνικούς, διεθνείς ή Κοινοτικούς φορείς.

(6) Η τήρηση μητρώου των ΜΠΨΠ, η παρακολούθηση στοιχείων ανάπτυξης και οργάνωσής των, η συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων δραστηριότητας και λειτουργίας των και η φροντίδα για τη συλλογή πληροφοριακών στοιχείων για την εφαρμογή μηχανογραφικών προγραμμάτων που αφορούν τη δραστηριότητα και λειτουργία των.

(7) Η συνεργασία με διεθνείς ή Κοινοτικούς οργανισμούς και φορείς και η συμμετοχή σε διεθνή ή Κοινοτικά προγράμματα και δραστηριότητες που αφορούν τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(8) Η προώθηση της έρευνας πάνω σε θέματα συναφή με τις αρμοδιότητες του τμήματος.

γ. Τμήμα Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης

(περιλαμβάνει και τις αρμοδιότητες της τριτοβάθμιας περίθαλψης)

(1) Η μελέτη και ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων και ο συντονισμός των ενεργειών για την παροχή ιατρικών, ιατροφαρμακευτικών, νοσηλευτικών, ψυχοθεραπευτικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών σε ψυχικώς πάσχοντα άτομα στα πλαίσια των Μονάδων Δευτεροβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (ΜΔΨΠ), όπως των Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Τομέων των γενικών νοσοκομείων, των μονάδων μερικής ή εναλλακτικής νοσηλείας και άλλων δομών Δευτεροβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης και διασυνδεδετικών υπηρεσιών.

(2) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων στα πλαίσια των ΜΔΨΠ. Η αξιοποίηση και προώθηση των χρηματοδοτήσεων στις ΜΔΨΠ από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) ή άλλους διεθνείς οργανισμούς.

(3) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων δευτεροβάθμιας περίθαλψης για συγκεκριμένες κατηγορίες ψυχικώς πασχόντων.

(4) Η επεξεργασία και προώθηση της διαδικασίας εφαρμογής διεθνών συμβάσεων σε θέματα δευτεροβάθμιας ψυχικής περίθαλψης και νοσηλείας.

(5) Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία της αναγκαίας κτιριακής και τεχνικής υποδομής για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη των ψυχασχόντων σε συνεργασία με άλλους Ελληνικούς, διεθνείς ή Κοινοτικούς φορείς.

(6) Η τήρηση μητρώου των ΜΔΨΠ, η παρακολούθηση στοιχείων επιτυχίας και οργάνωσής των, η συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων δραστηριότητας και λειτουργίας των και η φροντίδα στη συλλογή πληροφοριακών στοιχείων για την εφαρμογή μηχανογραφικών προγραμμάτων που αφορούν τη δραστηριότητα και λειτουργία των.

(7) Η οργάνωση των υπηρεσιών και δομών που αποβλέπουν στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικώς πασχόντων ή στην υποβοήθηση των οικογενειών των για την εξασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψής των.

(8) Η συνεργασία με διεθνείς ή Κοινοτικούς οργανισμούς και φορείς και η συμμετοχή σε διεθνή ή Κοινοτικά προγράμματα και δραστηριότητες που αφορούν τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(9) Η προώθηση της έρευνας σε θέματα συναφή με τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(10) Η μελέτη, κατάρτιση, εφαρμογή, λειτουργία, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη προγραμμάτων για την παροχή ιατρικών, ιατροφαρμακευτικών, νοσηλευτικών, ψυχοθεραπευτικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών σε αλκοολικούς.

δ. Τμήμα Απεξάρτησης Τοξικομανών

(1) Η μελέτη, ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων και ο συντονισμός των ενεργειών για την παροχή ιατρικών, ιατροφαρμακευτικών, ψυχοθεραπευτικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών σε άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές και άλλες ουσίες.

(2) Η ιατρική ενημέρωση γύρω από το πρόβλημα της τοξικομανίας.

(3) Ο συντονισμός των ενεργειών για την πρόληψη των κοινωνικών και ιατρικών επιπτώσεων της τοξικομανίας (εγκληματικότητας, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας - AIDS).

(4) Η οργάνωση της κοινωνικής και ιατρικής έρευνας γύρω από το πρόβλημα της τοξικομανίας και η τήρηση απορρήτου αρχείου τοξικομανών.

(5) Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία της αναγκαίας κτιριακής και τεχνικής υποδομής για την ιατρική αντιμετώπιση της τοξικομανίας (π.χ. ίδρυση και στελέχωση ειδικών κέντρων απεξάρτησης από φαρμακευτικές και άλλες ουσίες) σε συνεργασία και με άλλους αρμοδίους Ελληνικούς, διεθνείς ή Κοινοτικούς φορείς.

(6) Η μελέτη, αξιολόγηση και έγκριση των θεραπευτικών προγραμμάτων για την καταπολέμηση της τοξικομανίας.

(7) Η δημιουργία βιβλιοθήκης με αντικείμενο την τοξικομανία.

(8) Ο συντονισμός των ενεργειών και η εισήγηση μέτρων, κινήτρων

και νομοθετικών ρυθμίσεων για την προσέλκυση των τοξικομανών στη χρήση των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών μέσω των θεραπευτικών μονάδων, κέντρων απεξάρτησης, θεραπευτικών κοινοτικών, συμβουλευτικών σταθμών κ.λπ.

(9) Η συνεργασία με διεθνείς ή Κοινοτικούς οργανισμούς και φορείς και η συμμετοχή σε διεθνή ή Κοινοτικά προγράμματα και δραστηριότητες που αφορούν τις αρμοδιότητες του τμήματος.

(10) Η τήρηση μητρώου των δομών περίθαλψης και ενημέρωσης των τοξικομανών, η παρακολούθηση στοιχείων ανάπτυξης και οργάνωσής των, η συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων δραστηριότητας και λειτουργίας των και η φροντίδα για τη συλλογή πληροφοριακών στοιχείων για την εφαρμογή μηχανογραφικών προγραμμάτων που αφορούν τη δραστηριότητα και λειτουργία των.

Άρθρο 3

Ορισμός Προϊσταμένων

Στο άρθρο 102 του Π.Δ. 112/1989 προστίθεται η ακόλουθη παράγραφος 25:

«25. Της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και σε καθένα από τα τμήματα αυτής, προϊστάται υπάλληλος του κλάδου ΠΕ Κοινωνικής Ιατρικής και Υγειονολόγων Ιατρών ή του κλάδου ΠΕ Ιατρών με ειδικότητα Ψυχιάτρου ή του κλάδου ΠΕ Ιατρών ή του κλάδου ΠΕ Ψυχολόγων».

Άρθρο 4

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης.

Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 22 Μαρτίου 1990

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
Ν. ΘΕΜΕΛΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Γ. ΜΕΡΙΚΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
Γ. ΑΓΑΠΗΤΟΣ

ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φάση Α' (1984) στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης της ΕΟΚ (κανονισμός ΕΟΚ 815/84)

3.1. Τομεοποίηση

Στα πλαίσια της Υγειονομικής Περιφέρειας θα δημιουργηθούν Ψυχιατρικοί Τομείς. Η λειτουργία του Τομέα θα έχει διάφορους στόχους, μεταξύ των οποίων είναι:

α) Να παρέχεται έγκαιρα κάθε απαραίτητη θεραπεία, με εξατομικευμένο τρόπο ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του.

β) Να αποφεύγεται, με κάθε δυνατό τρόπο, η αποκοπή του ασθενή από το φυσικό του περιβάλλον (οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό) εξαιτίας της αρρώστιας του.

γ) Να προωθείται η γρήγορη αποθεραπεία ώστε να μη γίνει η ασθένεια χρόνια. Ο τομέας ψυχικής υγείας θα πρέπει να αποτελεί το αμάλγαμα όλων των συναφών υπηρεσιών που υπάρχουν σε μια δεδομένη περιοχή.

Αντίθετα με το παλιό πρότυπο, στη νέα μορφή περίθαλψης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα γεωγραφικά, οικονομικά, επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εξυπηρετεί.

Ο Τομέας ψυχικής υγείας πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υπηρεσίες. Ενήλικες: Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικός τομέας Γενικού Νοσ/μείου, Ξενώνες, Κέντρα Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής κατάρτισης. Παιδιά-Έφηβοι: Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες. Υπηρεσίες Φροντίδας Ημέρας. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Παιδιατρικού Νοσοκομείου και Παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες σε Γενικό Νοσοκομείο, Ξενώνας, Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης.

Στον Τομέα αυτό συμπεριλαμβάνονται και κινητές μονάδες μέχρι την πλήρη ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

3.2. Επισκευή κτιριακών εγκαταστάσεων σε ψυχιατρεία

Οι διαρρυθμίσεις και επισκευές είναι απαραίτητο να είναι εναρμονισμένες με τη νέα λειτουργία των ψυχιατρείων.

Πρέπει να συνοδεύονται με ενεργητικά προγράμματα, κατάλληλα στελεχωμένα με προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης-δραστηριοποίησης, κοινωνικοποίησης, καθώς και προγράμματα προεπαγγελματικής κατάρτισης για χρόνιους ασθενείς.

Τα προγράμματα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να εκπαιδεύσουν προσωπικό από τα Ψυχιατρεία και να αποτελέσουν ουσιαστικούς πυρήνες αλλαγής του παραδοσιακού ψυχιατρείου.

3.3. Προγράμματα ταχύρρυθμης εκπαίδευσης του προσωπικού όλων των κατηγοριών [νοσηλευτικό, εργασιοθεραπευτών, θεραπευτών εργασίας (work-therapist), κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, ειδικών παιδαγωγών, λογοπεδικών κ.λπ.]

Η διάρκεια της ταχύρρυθμης εξειδίκευσης να κυμαίνεται μεταξύ 3-12 μηνών. Η εξειδίκευση αυτή αποσκοπεί στην αρχική εξασφάλιση του προσωπικού για τα εξής:

α) Την εγκαθίδρυση των τομέων κοινοτικής ψυχιατρικής, για να ανακοπεί η ροή των ασθενών στα Ψυχιατρεία.

β) Την εργασία στα προγράμματα μεταρρύθμισης και αποκατάστασης στα Ψυχιατρεία.

γ) Την έναρξη προγραμμάτων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης των ψυχικώς πασχόντων, στους τομείς κοινοτικής ψυχιατρικής.

Για τα προγράμματα που προαναφέρθηκαν θα χορηγηθούν υποτροφίες στην Ελλάδα και στις Χώρες Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ο αριθμός των υποτροφιών δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 50 πρόσωπα τον πρώτο χρόνο.

3.4. Δυνατότητα χρηματοδότησης για ίδρυση σχολών, για ψυχιατρική νοσηλευτική όπου υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις

Αυτά τα προγράμματα να χρηματοδοτηθούν από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και όχι από την ειδική χρηματοδοτική στήριξη στα πλαίσια του Ελληνικού Μνημονίου.

3.5. Μονάδες αξιολόγησης στα Ψυχιατρεία

Θα έχουν συγκεκριμένο αριθμό κρεβατιών (8-10) με κατάλληλη στελέχωση. Οι μονάδες αξιολόγησης θα λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως και θα είναι ο δεύτερος ηθμός της ροής των ασθενών στους θαλάμους των χρονίων περιστατικών, μετά τον ψυχιατρικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Η λειτουργία αυτών των μονάδων μπορεί να αρχίσει αμέσως με πολύ χαμηλό κόστος και κατάλληλη αξιοποίηση του υπάρχοντος προσωπικού των Ψυχιατρείων.

3.6. Μονάδες οξέων περιστατικών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία με κατάλληλη στελέχωση

Οι μονάδες αυτές θα λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως και θα αποτελούν τον τρίτο ηθμό της ροής των ασθενών στο θάλαμο των χρονίων περιστατικών. Η λειτουργία αυτών των μονάδων μπορεί να αρχίσει πολύ σύντομα με χαμηλό κόστος και πρόσληψη του κατάλληλου προσωπικού ή αξιοποίηση του προσωπικού που υπάρχει.

3.7. Ομάδες αξιολόγησης

Οι ομάδες αυτές πρέπει να είναι διεπιστημονικές (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές, νοσοκόμοι). Οι ομάδες αυτές πρέπει να επισκεφθούν όλα τα ψυχιατρεία για να αξιολογήσουν και ταξινομήσουν τους ασθενείς σύμφωνα με την ηλικία, τόπο προέλευσης, τη διαγνωστική ομάδα, το βαθμό αναπηρίας κ.λπ.

Το σημαντικό αυτό έργο θα δώσει ουσιαστικά στοιχεία για τον υπάρχοντα χρόνιο πληθυσμό των ψυχιατρείων. Τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα προκειμένου να αναπτυχθούν προγράμματα αποκατάστασης και δραστηριοποίησης των ασθενών μέσα και έξω από τα Ψυχιατρεία.

3.8. Δημιουργία μονάδων κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης στα Ψυχιατρεία

Τα Ψυχιατρεία πρέπει να πλαισιωθούν με κέντρα προεπαγγελματικής κατάρτισης, προστατευμένα εργαστήρια καθώς και ξενώνες. Ο στόχος αυτού του δικτύου υπηρεσιών που πρέπει να στελεχωθεί με κατάλληλο προσωπικό, είναι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικώς πασχόντων.

3.9. Νοητικά ανάπηροι

Το θέμα των νοητικά ανάπηρων είναι περίπλοκο και υπάρχουν δυσκολίες για το σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων. Η μεγάλη ανάγκη ειδικών προγραμμάτων για τα άτομα αυτά στην παιδική-εφηβική και, κυρίως, στη μετεφηβική περίοδο, θα αντιμετωπιστεί στο πρόγραμμα για το 1985.

3.10. Ένταξη υπάρχουσών μονάδων κοινωνικής ψυχιατρικής στο πρόγραμμα

Ήδη λειτουργεί, κύρια στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, ένας αριθμός μονάδων που εκτιμούν τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη και πα-

ρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αυτές οι μονάδες αναπτύχθηκαν κατά καιρούς και λειτουργούν με διάφορα νομικά πλαίσια αλλά και με διαφορετική μεθοδολογία αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς στην κοινότητα. Η λειτουργία των μονάδων αυτών θα αναπροσαρμοστεί στα πλαίσια του πενταετούς προγράμματος για την ψυχική υγεία κάτω από την καθοδήγηση και προγραμματισμό της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας του Κ.Ε.Σ.Υ. Η αρχική ένταξή τους στο πρόγραμμα θα είναι για διάστημα 18 μηνών, στη διάρκεια των οποίων θα αξιολογηθεί η αποδοτικότητά τους με σκοπό αφ' ενός μεν να χρησιμοποιηθεί η εμπειρία τους σαν πρότυπο για την ανάπτυξη και άλλων μονάδων και αφ' ετέρου για να αποφασιστεί ποιες απ' αυτές θα ενταχθούν στο Ε.Σ.Υ. καθώς και τον τρόπο και χρόνο ένταξής τους.

3.11. Οικονομικό Πρόγραμμα

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, παρουσιάζεται το πενταετές πρόγραμμα για τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης που είχε υποβληθεί στην Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Παράρτημα 1) και το οποίο εντάσσεται στις παραπάνω αρχές. Μέσα στους επόμενους μήνες θα επανεξεταστεί το πρόγραμμα αυτό με σκοπό την πλήρη εναρμόνισή του στις λειτουργικές προδιαγραφές και στις οικονομικές ανάγκες του παραπάνω πλαισίου.

Το αναμορφωμένο οικονομικό πενταετές πρόγραμμα για τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης θα παρουσιαστεί στην Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων μαζί με το Πρόγραμμα για το 1985.

Τα τρία Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που αναφέρονται στο Παράρτημα 1 δεν θα αναπτυχθούν προς το παρόν, δεδομένου ότι τόσο η έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομώνων που όρισε η ΕΟΚ όσο και η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ. δε συνιστούν τη δημιουργία τους.

4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΑΣΗΣ Α' (1984)

Στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης της Ε.Ο.Κ. προτείνονται για την πρώτη φάση οι παρακάτω δραστηριότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας με σκοπό την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (βλέπε και παράρτημα 2).

4.1. Στα πλαίσια της δημιουργίας των υπηρεσιών που πρέπει να περιλαμβάνει ο Τομέας Ψυχικής Υγείας (που θα λειτουργήσει στις Υγειονομικές Περιφέρειες):

α - 6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στο λεκανοπέδιο Αττικής. Τα 4 κέντρα εί-

ναι στην Αθήνα και τα 2 στον Πειραιά. Στον καθορισμό ακριβούς χωροταξικής τους κατανομής, έχουν ληφθεί υπόψη οι πληθυσμιακές μονάδες που θα καλύπτουν και τα Κέντρα που ήδη λειτουργούν (δηλαδή το Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνος, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα και στον Πειραιά και το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Παγκράτι).

Ιδιαίτερα ελήφθησαν υπόψη οι ανάγκες των δυτικών υποβαθμισμένων περιοχών.

Για τα Κέντρα προβλέπεται εκπαίδευση προσωπικού.

– 2 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στη Θεσσαλονίκη, ένα για κάλυψη του Δυτικού Τομέα και ένα του Κεντρικού Τομέα. Ο Ανατολικός καλύπτεται ήδη από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

β – 3 Ψυχιατρικοί Τομείς ενηλίκων σε γενικά νοσοκομεία της Αθήνας με αριθμό κρεβατιών 20 στο κάθε ένα.

– 2 Ψυχιατρικοί Τομείς ενηλίκων σε γενικά νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης με αριθμό κρεβατιών 15 στο κάθε ένα.

– 1 Ψυχιατρικός Τομέας ενηλίκων στο γενικό νοσοκομείο Πάτρας με 20 κρεβάτια.

γ – 1 Ψυχιατρικός Τομέας σε γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο στην Αθήνα για την κάλυψη των παιδοψυχιατρικών περιπτώσεων με 15 κρεβάτια μαζί με πρόγραμμα εκπαίδευσης.

– 1 ψυχιατρικός Τομέας παιδών και εφήβων σε γενικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης που έχει παιδιατρική κλινική με 10 κρεβάτια.

δ – Μια μονάδα εφήβων (με 10 κρεβάτια) που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές (όχι νοητικά καθυστερημένων) και έχουν ανάγκη για θεραπεία σε κατάλληλο πλαίσιο. Η μονάδα αυτή θα λειτουργήσει σαν πρόγραμμα πιλότος (pilot service) και θα αναπτυχθεί στο γενικό νοσοκομείο Αθηνών.

ε – 2 Ξενώνες, ένας στην Αθήνα σε σύνδεση με το Κ.Θ.Ψ.Π.Α., και ένας στη Θεσσαλονίκη σε σύνδεση με το Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης (15-20 ατόμων).

στ – 3 Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης, 2 στην Αθήνα και 1 στη Θεσσαλονίκη. Το κέντρο της Αθήνας θα λειτουργήσει σαν πρόγραμμα πιλότος σε συνδυασμό με τη λειτουργία του ξενώνα.

Το δεύτερο κέντρο της Αθήνας είναι στο Κ.Θ.Ψ.Π.Α. Το κέντρο της Θεσσαλονίκης είναι εκτός ψυχιατρείου.

4.2. Επισκευή κτιριακών εγκαταστάσεων σε ψυχιατρείο

Η επισκευή και διαρρύθμιση των κτισμάτων στο Ψυχιατρείο Λέρου είναι βασισμένη στη νέα αντίληψη για το ρόλο των ψυχιατρείων, και θα λειτουργήσει σαν πρόγραμμα πιλότος με σκοπό την προοδευτική έξοδο αρρώστων από αυτό.

4.3. Προγράμματα ταχύρρυθμης εκπαίδευσης του προσωπικού

Η ταχύρρυθμη εκπαίδευση αφορά προσωπικό διαφόρων κατηγοριών (νοσηλευτικό, ψυχιατρικό, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, άλλοι επιστήμονες του τομέα ψυχικής υγείας). Η εξειδίκευση θα γίνει στην Ελλάδα και στα κράτη μέλη της Ε.Ο.Κ.

Οι μετεκπαιδευόμενοι θα είναι άτομα από τις μονάδες που έχουν υποβάλει αιτήσεις στήριξης στα πλαίσια της χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. Οι μονάδες που έχουν εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα μπορούν να χορηγούν αναγνωρισμένη εξαμήνη άσκηση στους ειδικευόμενους.

4.4. Μονάδες αξιολόγησης στα ψυχιατρεία

Οι μονάδες αυτές θα λειτουργήσουν αρχικά στο Κ.Θ.Ψ.Π.Α. και στο Δρομοκαΐτειο σε πειραματική βάση, με 8-10 κρεβάτια η κάθε μία. Θα χρηματοδοτηθούν από τα ίδια τα νοσοκομεία.

4.5. Μονάδες οξέων περιστατικών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία

Οι μονάδες αυτές θα λειτουργήσουν στο Κ.Θ.Ψ.Π.Α. στο Δρομοκαΐτειο και στο Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης με 25 κρεβάτια στην κάθε μία.

4.6. Μονάδες πιλότοι (πειραματικά προγράμματα)

– 6 μονάδες απ' αυτές που ήδη λειτουργούν θα χρησιμοποιηθούν σαν πρότυπες μονάδες που με τη μελέτη της αποδοτικότητάς τους θα αποτελέσουν βάση για την παραπέρα ανάπτυξη παρόμοιων μονάδων.

– 1 νέα μονάδα στη Λέρο με σκοπό την αποκατάσταση εξελίξιμων ασθενών.

– 1 μονάδα εφήβων στην Αθήνα (που ήδη αναφέρθηκε στο σημείο 4.1. δ).

– 1 Κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα (σημείο 4.1. στ).

Πενταετές Πρόγραμμα για τη μεταρρύθμιση της Ψυχικής Υγείας (Σεπτέμβρης 1983)

1. Προγράμματα Πιλότοι και Ερευνητικά Προγράμματα

Σκοπός τους είναι η μελέτη σε ερευνητική βάση (με αξιολόγηση των αποτελεσμάτων) της νέας ασυλικής μορφής ψυχιατρικής περίθαλψης.

Τα ήδη υπάρχοντα κέντρα θα στηριχθούν, ενώ πρέπει να δημιουργηθούν και νέα.

Παραδείγματα: πρότυπες μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, ξενώνες, κινητές μονάδες, μονάδες μερικής νοσηλείας.

1. Μελέτες αξιολόγησης της προσπάθειας αποασυλοποίησης και επανένταξης της κοινότητας.

700 εκ. δρχ.

2. Εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού και απογραφή των νοσηλευόμενων στα δημόσια ψυχιατρεία, στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.

140 εκ. δρχ.

3. Απογραφή και μελέτη όλων των παιδιών που νοσηλεύονται σε δημόσια, φιλανθρωπικά ή ιδιωτικά ιδρύματα για καθορισμό της αιτίας νοσηλείας (ψυχική, οργανική κ.λπ.) και σχεδιασμό των υπηρεσιών.

50 εκ. δρχ.

4. Μελέτη της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών με στόχο τον προγραμματισμό τους.

260 εκ. δρχ.

5. Τεχνική βοήθεια από ξένους ειδικούς.

70 εκ. δρχ.

6. Εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και συνεχής εκπαίδευση προσωπικού στην Ελλάδα και στα κράτη-μέλη της ΕΟΚ.

480 εκ. δρχ.

Σύνολο: 1.700 εκ. δρχ.

2. Πρόγραμμα Υποδομής για Ψυχιατρική Περίθαλψη

A. Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

	1982	1988
1. Κ.Θ.Ψ.Π.Α. (ΔΑΦΝΙ)	2.750 κρεβ.	1.700 κρεβ.
2. Δρομοκαϊτειο	940 κρεβ.	880 κρεβ.
3. Αιγινήτειο	100 κρεβ.	100 κρεβ.
4. Νταού Πεντέλης (παιδιών)	100 κρεβ.	200 κρεβ.

5. Ψυχιατρείο Θεσ/νίκης	1.000 κρεβ.	750 κρεβ.
6. Λέρος	1.905 κρεβ.	1.600 κρεβ.
7. Τρίπολη	420 κρεβ.	360 κρεβ.
8. Κέρκυρα	416 κρεβ.	360 κρεβ.
9. Πέτρα Ολύμπου	500 κρεβ.	450 κρεβ.
10. Χανιά	415 κρεβ.	400 κρεβ.
Σύνολο	8.486 κρεβ.	6.860 κρεβ.

Αριθμός Παιδιών σήμερα

	Κρεβ.	μέχρι 17 χρόνων	17 και πάνω
α. Δαφνί	75	50	15
β. Λέρος	70	15	46
γ. Νταού	190	140	46

B. Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (M.B.N.) σε Γενικά Νοσοκομεία

1. Αθήνα	: 6 μονάδες παιδιών εφήβων, ενηλίκων	115 κρεβ.
- Κέντρο επιληψίας παιδιών-ενηλίκων		35 κρεβ.
2. Θεσ/νίκη	: 3 μονάδες	60 κρεβ.
3. Πάτρα	: 2 μονάδες	56 κρεβ.
4. Καλαμάτα	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
5. Αγρίνιο	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
6. Γιάννενα	: 2 μονάδες	51 κρεβ.
7. Λάρισα	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
8. Λαμία	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
9. Βέροια	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
10. Σέρρες	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
11. Δράμα	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
12. Ξάνθη	: 1 μονάδα	20 κρεβ.
13. Κομοτηνή	: 1 μονάδα	15 κρεβ.
14. Αλεξ/λη	: 1 μονάδα	30 κρεβ.
15. Μυτιλήνη	: 1 μονάδα	15 κρεβ.
16. Ρόδος	: 1 μονάδα	15 κρεβ.
17. Ηράκλειο	: 2 μονάδες	51 κρεβ.

Σύνολο 28 μονάδες 598 κρεβ.

Γ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας (με Οικοτροφεία)

- Υπάρχουν 3 Κ.Ψ.Υ. στην Αθήνα και 1 στη Θεσσαλονίκη.
- Προγραμματίζονται 20 Κ.Ψ.Υ. στην πενταετία 1983-88, σε πρωτεύουσες νομών, όπου στα αντίστοιχα νοσοκομεία δε θα υπάρχουν μονάδες βραχείας νοσηλείας (π.χ. Πύργος, Τρίκαλα, Καστοριά). Επίσης από αυτά, 4 θα είναι στην Αθήνα και 1 στη Θεσσαλονίκη.
- Προβλέπονται ακόμα στην 5ετία 1989-93, 25 νέα Κ.Ψ.Υ. Τα 8 στην Αθήνα, 2 στη Θεσσαλονίκη και 15 στην υπόλοιπη χώρα και σε πόλεις όπως Πάτρα, Γιάννενα κ.λπ.

Περιοχές	1983	1984-88	1989-93	Σύνολο
Αθήνα	3	4	8	15
Θεσσαλονίκη	1	1	2	4
Υπόλοιπη χώρα	-	15	15	30
Σύνολο	4	20	25	49

Τα Κ.Ψ.Υ. θα αντιστοιχούν σε πληθυσμό 100-200.000 κατοίκων (200-300.000 σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα) και θα είναι συνδυασμένα με οικοτροφεία 12 περ. ασθενών στο ίδιο κτίσμα ή σε κοντινά. Έτσι οι λειτουργίες που θα παρέχονται θα είναι:

- Κ.Ψ.Υ.
- Οξεία περιστατικά (όπου δεν υπάρχει Μ.Β.Ν.).
- Οικοτροφείο
- Νοσοκομείο νύχτας
- Νοσοκομείο ημέρας
- Αποκατάσταση

Αποκεντρωμένο σύστημα των Κ.Ψ.Υ. θα είναι η επίσκεψη των γιατρών περιοδικά σε περιφερειακά ιατρεία (ή σε σπίτια στις αστικές περιοχές) σε μικρές πόλεις ή κεφαλοχώρια. Αυτά μπορεί να συμπίπτουν με Π.Ι. των Κ.Υ. ή και σε μερικές περιπτώσεις να είναι Κ.Υ. αγροτικών περιοχών.

Μικρές πληθυσμιακά περιοχές, π.χ. νησιά, Ευρυτανία κ.ά., θα καλύπτονται από τον ειδικό ή ειδικούς γιατρούς και λοιπό προσωπικό του Κ.Υ. ή του αντίστοιχου νοσοκομείου (με περιοδικές επισκέψεις).

Τέλος θα χρειαστούν ίσως ειδικά για τις νησιωτικές περιοχές 2 κινητές μονάδες.

	Κ.Ψ.Υ.	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ
- Ψυχιάτροι	2	-	1
- Παιδοψυχ.	1	-	1
- Ψυχολόγοι	2-3	-	1
- Κοιν. Λειτουργοί	6	1	1
- Νοσοκόμες-οι	6	2	2
- Απασχολ.	3	1	1(λογοθερ.)
- Λοιπό Προσωπικό	5-6	8	-
	25	8	6-7 άτομα

**ΑΠΟΦΑΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 1985
(ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/83 ΕΟΚ)**

Αθήνα 22/3/85 αρ. αποφ. 14 της 21ης Ολομέλειας του ΚΕΣΥ 21/3/85

Σύμφωνα με τον κανονισμό 815/83 ΕΟΚ για την κοινή χρηματοδότηση από την Ελλάδα και την ΕΟΚ του πενταετούς προγράμματος ψυχικής υγείας, οι απαιτήσεις για τη δεύτερη φάση θα πρέπει να υποβληθούν μέχρι της 31.3.85.

Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. στη συνεδρίασή της της 21.3.85, έχοντας υπόψη τη γνώμη της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής, αποφάσισε ότι το πρόγραμμα δραστηριοτήτων για το 1985 στα πλαίσια του Κανονισμού 815/93 ΕΟΚ πρέπει να περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που αναφέρονται παρακάτω.

Οι δραστηριότητες αυτές καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών που θα πρέπει να αναπτυχθούν για να επιτευχθεί η αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με το πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας (που έχει αποφασισθεί στην 19η/3.12.84 ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ.).

- I. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου
- II. Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- III. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- IV. Ξενώνες
- V. Οικοτροφεία
- VI. Ψυχιατρεία (με στόχο την αποασυλοποίηση)
- VII. Κέντρα Προεπαγγελματικής Κατάρτισης
- VIII. Κέντρα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης
- IX. Ειδικά Προγράμματα
- X. Υποτροφίες

Οι δραστηριότητες της Β' φάσης συμπληρώνουν (χωροταξικά και λειτουργικά) τις δραστηριότητες της Α' φάσης (1984) που ήδη έχουν ξεκινήσει και έχουν τρεις παραμέτρους:

- α) Κτιριακά προγράμματα
- β) Πειραματικά προγράμματα (πιλότοι)
- γ) Υποτροφίες

Οι φορείς που θα υποβάλουν τις αιτήσεις και θα αναλάβουν την υλοποίηση των δραστηριοτήτων να είναι δημόσιοι (Μονάδες του ΕΣΥ ή των Πανεπιστημίων).

Ι. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Να συμπεριληφθούν όλα τα νοσοκομεία όπου έχουν ήδη προκηρυχθεί θέσεις ψυχιάτρων.

Α. Αθήνα – Πειραιάς

Σαν οδηγός πάρθηκε υπόψη η απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. όπου τα Νοσοκομεία της περιοχής Αθηνών χωρίζονται σε 6 ομάδες με χωριστή περιοχή ευθύνης.

Η δημιουργία τεσσάρων τομέων για ενήλικες, ενός για παιδιά (Πειραιάς) και μίας μονάδας για εφήβους (Πειραιάς)

Ειδικότερα:

- 1) ΚΑΤ, 1 (ή άλλο πρόσφορο νοσοκομείο της ομάδας)
- 2) Νοσοκομείο Βούλας, 1
- 3) Ιπποκράτειο ή Ερυθρός ή Μαρίκα Ηλιάδη(;) 1
- 4) Μεταξά, 1 ενηλίκων, Τζάνειο, 1 παιδων
- 5) Λοιμωδών(;) 1 ενηλίκων
- 6) 1 μονάδα εφήβων στον Πειραιά
- 7) Ευαγγελισμός, 1 ενηλίκων.

Οι εναλλακτικές λύσεις και τα ερωτηματικά προτείνονται διότι δεν είναι γνωστές οι τεχνικές δυνατότητες και προϋποθέσεις για την ανάπτυξη των ψυχιατρικών τομέων στα προτεινόμενα νοσοκομεία.

Β. Θεσσαλονίκη

- Αγία Σοφία (ενηλίκων) 1
1 μονάδα για εφήβους

Γ. Περιφέρεια

1. Μυτιλήνη
2. Αλεξανδρούπολη
3. Λάρισα
4. Κοζάνη

5. Βόλος
6. Κιλκίς
7. Καβάλα
8. Ηράκλειο
9. Καλαμάτα

Σε περίπτωση που υπάρχει δυνατότητα και στα νοσοκομεία:

1. Αγρίνιο
2. Άργος ή Ναύπλιο
3. Λειβαδιά ή Χαλκίδα
4. Λαμία
5. Καστοριά
6. Δράμα
7. Ξάνθη
8. Θριάσιο
9. Κέρκυρα
10. Χανιά
11. Τρίπολη
12. Σέρρες
13. Τρίκαλα

Οι παραπάνω τομείς να σχηματισθούν επί πλέον των λειτουργούντων και αυτών που προτάθηκαν για το 1984.

II. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

A. Αθήνα

Να δημιουργηθούν άλλα 4 κέντρα ψυχικής υγείας, εκτός αυτών που λειτουργούν, που έχουν προταθεί για το 1984 και αυτών που έχουν προταθεί από άλλες υπηρεσίες να λειτουργήσουν.

Από τα 4 αυτά κέντρα το 1 να λειτουργήσει σαν πιλότος με την προοπτική να εξελιχθεί σε μόνιμο κέντρο.

B. Θεσσαλονίκη

Στη Θεσσαλονίκη υπάρχουν άλλα 2 κέντρα εκτός αυτών που λειτουργούν για το 1984, δηλαδή:

1. Ανατολικού τομέα
 2. Βορειοδυτικού τομέα (εκτός του υπάρχοντος)
- Θεσσαλονίκη (αυτά που υπάρχουν)
1. Δυτικού τομέα (Παπανικολάου)
 2. Κεντρικού τομέα, ΑΧΕΠΑ (Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής)
 3. Κ.Ψ.Υ. Υγιεινής Ανατ. Τομέα (Αγία Σοφία)

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, που ήδη λειτουργούν, να τομεοποιηθούν

με προοπτική να δημοσιοποιηθούν. (Επισυνάπτεται αναλυτικός πίνακας και χάρτης με τη χωροταξική τοποθέτηση των κέντρων ψυχικής υγείας στην περιοχή Αθηνών).

Γ. Περιφέρεια

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στην επαρχία να αναπτυχθούν χωροταξικά κατά τρόπο που να επιτρέπει τη λειτουργική τους σύνδεση με τους Ψ.Τ.Γ.Ν.

Για την Αθήνα, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας να αναπτυχθούν σε συνάρτηση με τον ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου για να αρχίσει να λειτουργεί η αρχή της τομεοποίησης με όλα τα στοιχεία των υπηρεσιών (Κ.Ψ.Υ., Ψ.Τ.Γ.Ν. κ.λπ.).

Το ΚΕ.Σ.Υ. συμφωνεί με τη δημιουργία Κέντρου Ψυχικής Υγείας στις Σέρρες (Αρ. Πρωτ. Α3γτ/2380/11-3-85), διότι εμπίπτει στις γενικές αρχές του σχεδιασμού των υπηρεσιών.

III. ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

1. 2 Δυτικά του Κηφισσού, το ένα στην Ελευσίνα
2. 1 Θεσσαλονίκη
3. 1 Ιωάννινα
4. 1 Ηράκλειο

IV. ΞΕΝΩΝΕΣ

A. Αθήνα

- 1) 1 σε σύνδεση με το Δρομοκαίτειο
- 2) 2 ακόμη νέοι Ξενώνες όχι προσαρτημένοι στα ψυχιατρεία

B. Θεσσαλονίκη

- 1) Ξενώνας σε σύνδεση με το ψυχιατρείο
- 2) Ξενώνας για την κοινωνική επανένταξη εξαρτημένων ατόμων (drug addicts).

Γ. Περιφέρεια

- 1) 1 στα Γιάννενα
- 2) 1 στην Τρίπολη
- 3) 1 στα Χανιά
- 4) 1 στην Κατερίνη (με στόχο την αποασυλοποίηση της Πέτρας Ολύμπου)
- 5) 1 στην Κέρκυρα
- 6) 1 στην Αλεξανδρούπολη

V. ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

- 1) 4 για την Αθήνα
- 2) 2 για Θεσσαλονίκη (ένα σε σύνδεση με το Ψυχιατρείο)
- 3) 4 για την υπόλοιπη Ελλάδα, δηλαδή:
 - α. 1 για Κρήτη
 - β. 1 για Πελοπόννησο
 - γ. 1 για Στερεά Ελλάδα
 - δ. 1 για Μακεδονία

VI. ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ (ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ)

A. Γενικές αρχές

1. Δεν συζητείται προς το παρόν η ίδρυση νέων Ψυχιατρείων. Στα πλαίσια αυτά δεν εγκρίνεται η ίδρυση ψυχιατρικής κλινικής στην Έδεσσα (Αρ. Πρωτ. Γ1/Φ.19/οικ. 575/22-3-84.
2. Καμία αύξηση των κλινών στα υπάρχοντα Ψυχιατρεία.

B. Προτάσεις για τα Ψυχιατρεία

1. Κάθε ψυχιατρείο να έχει μία ομάδα αξιολόγησης (Κ.Θ.Ψ.Π.Α., Δρομοκαΐτειο, Τρίπολη, Ψυχ. Νοσ. Θεσσαλονίκης, Χανίων, Κερκύρας, Λέρου, Πέτρας Ολύμπου, Νταού Πεντέλης).
2. Να αναπτυχθεί μονάδα βραχείας νοσηλείας και αξιολόγησης στα εξής ψυχιατρεία:
 - Κ.Θ.Ψ.Π.Α. 20 κρεβάτια περίπου
 - Δρομοκαΐτειο 15 κρεβάτια περίπου
 - Κέρκυρα 10 κρεβάτια περίπου
 - Τρίπολη 10 κρεβάτια περίπου
 - Χανιά 10 κρεβάτια περίπου
 - Πέτρα Ολύμπου 10 κρεβάτια περίπουΟι μονάδες αυτές να αναπτυχθούν με διαρρυθμίσεις υπάρχοντων κτιρίων ή, όπου δεν είναι εφαρμόσιμο, να γίνει κατασκευή.
3. Μονάδες αποκατάστασης μέσα στο Ψυχιατρείο.
Ο αριθμός των θέσεων στις μονάδες αυτές να καλύπτει το 5% των ασθενών ανά 6 μήνες περίπου. Οι μονάδες αυτές να αναπτυχθούν σ' όλα τα ψυχιατρεία με διαρρυθμίσεις υπάρχοντων κτιρίων ή, όπου δεν είναι εφαρμόσιμο, να γίνει κατασκευή.
4. Νοσοκομεία Ημέρας.
Να αναπτυχθούν στα εξής ψυχιατρεία:
 - Κ.Θ.Ψ.Π.Α.
 - Δρομοκαΐτειο
 - Ψυχ/κό Νοσοκ. Θεσσαλονίκης

- Κέρκυρα
- Χανιά

Ο αριθμός των θέσεων να κυμαίνεται από 10-20 ανάλογα με τη δύναμη του Ψυχιατρείου και τις ανάγκες.

Τα Νοσοκομεία Ημέρας να αναπτύσσονται στις παρυφές των Ψυχιατρείων ή και σε μια λογική απόσταση από αυτά.

VII. ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

1. 1 στην Αθήνα, σε σύνδεση με το Δρομοκαΐτειο
2. 1 στη Θεσσαλονίκη σε σύνδεση με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
3. 1 ακόμη στην Αθήνα που να συνδυασθεί με ένα οικοτροφείο της Αθήνας για να καλύπτει τις ανάγκες περιφερειακών Ψυχιατρείων.

VIII. ΚΕΝΤΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

1. Κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης στα Χανιά σε σύνδεση με το Ψυχιατρείο, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού (αγροτικό), 20-30 θέσεις.

2. Κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης στη Θεσσαλονίκη, σε σύνδεση με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 40 θέσεις (αγροτικής περιοχής).

3. Σχετικά με τη χρηματοδότηση έργου για ανέγερση Μονάδας Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης Νοητικά Καθυστερημένων (Αριθ. Πρωτ. Γ4γ/Φ962/οικ. 567 της 27-2-1985).

Το ΚΕ.Σ.Υ. δεν εγκρίνει το παραπάνω πρόγραμμα για τους εξής λόγους:

α) Το θέμα των αναπήρων ευρίσκεται υπό μελέτη μετά το πέρας της οποίας θα διαμορφωθούν ολοκληρωμένες προτάσεις.

β) Βασική κατεύθυνση της Επιτροπής είναι να δίνεται προτεραιότητα σε προγράμματα υπό τον άμεσο έλεγχο του Κράτους.

Σε περίπτωση όμως που το Υπουργείο κρίνει ότι υπάρχουν επαρκείς διασφαλίσεις για τη δημοσιοποίηση της μονάδας, τότε να ενταχθεί στα προγράμματα '85.

IX. ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Τα πειραματικά προγράμματα του 1984 συνεχίζονται για το 1985. Τα προγράμματα πιλότοι θα λειτουργήσουν για 18 μήνες και στη συνέχεια θα αξιολογηθεί η απόδοσή τους για ένταξη στο Ε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση που δεν ενταχθούν σε Νοσοκομείο του ΕΣΥ, σταματάει η χρηματοδότησή τους.

2. Πρόγραμμα πρόληψης Ψυχικών Παθήσεων και Αποκατάστασης ψυχικώς ασθενών με τη λειτουργία Κέντρου Ψυχικής Υγείας Υπαίθρου (Αρ. Πρωτ. 805 της 7-3-85 – Περιοχή Θεσσαλονίκης).

Το ΚΕ.Σ.Υ. συμφωνεί με την ουσία του προγράμματος εφ' όσον καλύπτει τις ανάγκες της περιοχής, με τους εξής όρους:

α) Ο φορέας είναι Δημόσιος (Πανεπιστήμιο ή Νοσοκομείο).

β) Να λειτουργήσει σαν πρόγραμμα πιλότος με συγκεκριμένη χρονική διάρκεια.

γ) Μετά την αξιολόγηση του προγράμματος η πιο πέρα λειτουργία του πρέπει να ενταχθεί στο γενικότερο σύστημα υπηρεσιών υγείας που θα αναπτυχθεί στην περιοχή. Σε αντίθετη περίπτωση θα διακοπεί η χρηματοδότησή του.

3. 1 Ξενώνας στη Φωκίδα

4. 1 Κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα (πιλότος).

5. 1 Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (πιλότος) στην Ελευσίνα.

6. Ομάδες αξιολόγησης, One Day Census.

Να πραγματοποιηθούν τα εξής:

α) One Day Census – που να περιλαμβάνει όλους τους νοσηλευόμενους στα Ψυχιατρεία Ενηλίκων και Παιδών, στις Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, τις Ψυχιατρικές κλινικές που έχουν σύμβαση με το ΙΚΑ και τις ιδιωτικές Ψυχιατρικές κλινικές.

β) Σε συνδυασμό με το One Day Census να γίνει αξιολόγηση των ασθενών που νοσηλεύονται στα Ψυχιατρεία Ενηλίκων και Παιδών του δημοσίου Τομέα. Συμπεριλαμβάνονται και Κλινικές που νοσηλεύουν ασφαλισμένους Ταμείων.

Οι ομάδες αξιολόγησης έχουν σαν στόχο να καταγράψουν τον πληθυσμό των ασθενών και να εκτιμήσουν την κλινική κατάσταση, το βαθμό αναπηρίας, τη δυνατότητα για κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη κ.λπ. Ένας άλλος στόχος είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας (και της υποδομής) των μονάδων.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω απαιτείται η δημιουργία 20 περίπου διακλαδικών ομάδων.

Σύνθεση: 2 ψυχίατροι, 2 κοινωνικοί λειτουργοί, 1 αδελφή (επισκέπτρια ή νοσηλεύτρια), 1 ψυχολόγος, 1 εργοθεραπευτής, ανά ομάδα: Ειδικά για το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο απαιτούνται 2 παιδοψυχίατροι αντί ψυχίατρου ενηλίκων και το άλλο προσωπικό να προέρχεται από παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες.

Στην ομάδα αξιολόγησης να συμπεριληφθεί και αρχιτέκτονας. Είναι απαραίτητο οι ομάδες αξιολόγησης να έχουν τη συνεργασία με τις Τεχνικές Υπηρεσίες της Νομαρχίας της περιοχής.

Η αναλογία ομάδων προς τον αξιολογούμενο πληθυσμό θα εξαρτηθεί από τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε ιδρύματος.

Η δαπάνη υπολογίζεται σε 20 εκατομμύρια.

7. Η αστική συνεργατική, η Εργασιακή Ψυχική Υγιεινή και η αγροτική συνεργατική είναι προγράμματα πιλότοι για αποκατάσταση ψυχικά ασθενών (Ψυχιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών).

8. Το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, η μονάδα επειγόντων περιστατικών και το οικοτροφείο είναι προγράμματα πιλότοι που εμπίπτουν στο γενικό σχεδιασμό (Ψυχιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών).

9. Το Πρόγραμμα Εσωτερικής Εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών) και το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης με μετάκληση Επιστημόνων από το Εξωτερικό (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης).

Τα προγράμματα αυτά δεν εμπίπτουν στον Κανονισμό 815/83 και θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν από άλλη πηγή.

10. Δύο πειραματικά προγράμματα για επείγοντα: 1 στον Πειραιά ή Αθήνα και 1 στη Θεσσαλονίκη.

Το ΚΕ.Σ.Υ. θεωρεί απαραίτητο κάθε αίτηση προγράμματος να ακολουθεί τη διαδικασία γνωμοδότησης διαμέσου του ΚΕ.Σ.Υ. μετά από γνώμη της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας του ΚΕ.Σ.Υ.

Χ. ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ

1. Ο συνολικός αριθμός των υποτροφιών ορίζεται σε 100 περίπου.

2. Το 80% των υποτροφιών να είναι αποσυνδεδεμένες από προγράμματα και το 20% να είναι σε σύνδεση με συγκεκριμένες αιτήσεις προγραμμάτων. Στο 20% των υποτροφιών να γίνει γνωστοποίηση στους φορείς που κάνουν αιτήσεις και να υπάρξει σωστή κατανομή. Μεταξύ των προγραμμάτων με συμμετοχή της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.

3. Η αναλογία Υποτροφιών εξωτερικού-εσωτερικού προτείνεται να κυμανθεί γύρω στο 3:1. Η αναλογία αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με τις ειδικότητες των εκπαιδευομένων.

4. Ως προς τις υποτροφίες εσωτερικού, το δικαίωμα παροχής μετεκπαίδευσης θα πρέπει να αναγνωρισθεί στους φορείς εκείνους που παρέχουν ήδη εκπαίδευση και που θα είναι σε θέση να υποβάλουν ολοκληρωμένα μετεκπαιδευτικά προγράμματα για τους υποτρόφους.

5. Ως προς τις γενικές προϋποθέσεις των υποτροφιών θα πρέπει να σχύσουν αυτές που αποφασίστηκαν από την ολομέλεια 19η/3-12-84, αρ. ιποφ. 1.

6. Το ΚΕ.Σ.Υ. εκφράζει τη μεγάλη του ανησυχία και τον προβληματισμό του για την καθυστέρηση στην υλοποίηση του προγράμματος υποτροφιών 1984. Προτείνει να ανατεθεί στην Π.Ο.Υ. (Fellowships Unit) η δικινητική μέριμνα εφαρμογής του προγράμματος υποτροφιών και ζητεί την άμεση προκήρυξη των υποτροφιών.

7. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός υποψηφίων με τα κατάλληλα προσόντα για μετεκπαίδευση στο Εξωτερικό να επανεξετασθούν οι δυνατότητες για να αυξηθεί ο αριθμός των υποτροφιών εσωτερικού μέχρι της αναλογίας 7:3.

Τα παρακάτω σχέδια ανακοινώθηκαν στην «Εθνική Συνάντηση για την Ψυχική Υγεία» που οργάνωσε το ΚΕΣΥ στην Αθήνα στις 15-16 Φλεβάρη 1985. Αφορούν τις γενικές αρχές οργάνωσης ενός νέου συστήματος Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.

I. ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Το Ψυχιατρείο αποτελεί έναν κρίκο μιας αλυσίδας από υπηρεσίες που παρέχουν περίθαλψη στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Δεν θα πρέπει λοιπόν να λειτουργεί ξεκομμένο και αυθύπαρκτο, αλλά σε πλήρη και αρμονική συνεργασία (λειτουργική και επιστημονική) με το σύστημα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Τ., Ψ.Τ.Γ.Ν. κ.λπ.) σαν μέρος ενός συνόλου.

Σαν σκοπό έχει την περίθαλψη ασθενών που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από τις άλλες μορφές νοσηλείας. Σαν στόχο τη θεραπεία στον ελάχιστο χρόνο νοσηλείας, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα, από την πρώτη ημέρα της εισόδου, για την προετοιμασία του ασθενούς να ζήσει έξω από την κοινότητα.

Δέχεται ασθενείς από τα δύο πρώτα επίπεδα παροχής υπηρεσιών, δηλ. το ΚΨΥ και τον ΨΤΓΝ (που βέβαια αποτελούν τους δύο πρώτους ηθμούς εισόδου στο Ψυχιατρείο) και από τα Ε.Ι. του.

Αναπτύσσει σύστημα εφημεριών προσαρμοσμένο στο γενικότερο σύστημα εφημεριών αλλά και στις νέες δομικές και λειτουργικές ανάγκες του.

Μόνο το τμήμα αξιολόγησης και οξέων περιστατικών αναπτύσσει εξωτερική εφημερία. Τα άλλα τμήματα μόνο εσωτερική με στόχο τη συνέχιση των θεραπευτικών προγραμμάτων και την κάλυψη των εκτάκτων αναγκών.

Καλύπτει τις ανάγκες «ευρείων περιοχών» με τελικό στόχο, όσο το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα τείνει στην ολοκλήρωσή του, την κάλυψη αναγκών πληθυσμού συγκεκριμένης και καθορισμένης γεωγραφικής περιοχής.

Ευνόητο λοιπόν είναι ότι θα τεθεί και το πρόβλημα της ανακατανομής των Ψυχιατρείων στο γεωγραφικό χώρο, αν θελήσουμε Ψ. Ενεργές λειτουργικές μονάδες.

Κάθε ένα από τα ήδη λειτουργούντα Ψυχιατρεία έχει τις δικές του ιδι-

αιτερότητες και τα δικά του προβλήματα. Το σίγουρο όμως είναι ότι για να μπορέσουν να ενσωματωθούν σωστά στο προτεινόμενο νέο σύστημα Ψυχιατρικής περίθαλψης όλα θα πρέπει να μετασχηματισθούν. Ορισμένες μάλιστα βασικές επιλογές στις αρχές λειτουργίας τους θα πρέπει να είναι κοινές.

Με αυτή την έννοια προτείνεται η ανάπτυξη των εξής τμημάτων:

α. Τμήμα αξιολόγησης και βραχείας νοσηλείας. Το τμήμα αξιολόγησης θα λειτουργεί σαν «κέντρο διαλογής» και θα αποτελεί τον 3ο ηθμό εισαγωγής που θα λειτουργεί μέσα στο Ψ.

Το τμήμα οξέων περιστατικών θα αντιμετωπίζει κανονικά τα οξέα περιστατικά.

β. Τμήμα ή τμήματα Μέσης νοσηλείας για περιστατικά που δεν απαιτούν παρατεταμένη νοσηλεία και που δεν είναι οξέα.

γ. Τμήματα ή τμήμα μακράς νοσηλείας (για νοσηλεία πάνω από 6 μήνες).

δ. Τμήμα οργανικών ψυχοσυνδρόμων.

ε. Ψυχογηριατρικό τμήμα.

στ. Τμήμα αποκατάστασης. Θα λειτουργεί με επιλεγμένο προσωπικό, επιλεγμένους ασθενείς, θα έχει ειδικά θεραπευτικά προγράμματα. Στόχος θα είναι η κινητοποίηση ή τόνωση δεξιοτήτων και ικανοτήτων χρόνιων ασυλοποιημένων ασθενών, σαν αρχή προσπάθειας για την κοινωνική τους επανένταξη.

ζ. Δυνατόν να λειτουργεί μονάδα μερικής νοσηλείας εκτός Ψ. (σε οργανική διασύνδεση μαζί του).

η. Ξενώνες – Οικοτροφεία (εκτός Ψ.).

Ευνόητο είναι ότι θα πρέπει να λειτουργούν πλήρως αναπτυγμένα ΕΞ. Ιατρεία και ότι θα πρέπει να υπάρχει και αντίστοιχη οργάνωση και στελέχωση των άλλων ιατρικών υπηρεσιών καθώς και των εργαστηρίων.

Όπου κρίνεται ασύμφορη η ανάπτυξη τέτοιων τμημάτων θα πρέπει να υπάρχει υποχρεωτική κάλυψη από το πλησιέστερο Γενικό Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας.

Δεν συνιστάται η δημιουργία τμημάτων για αποτοξίνωση των τοξικομανών και αλκοολικών στα ψυχιατρεία. Τέτοιες μονάδες θα πρέπει να δημιουργηθούν είτε σαν ανεξάρτητες, είτε σαν παραρτήματα ΨΤΓΝ.

Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ορισμένες παραμέτρους, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη σωστή δημιουργία-λειτουργία και απόδοση όλων των ανωτέρω.

1. Αναγκαιότητας απογραφής του πληθυσμού των νοσηλευομένων. Αυτή θα γίνει με βάση ψυχοπαθολογικούς, γεωγραφικούς και κοινωνικούς δείκτες, βαθμό αναπηρίας κ.λπ., για τη σωστή ανακατανομή των ασθενών στα τμήματα και ίσως στα Ψυχιατρεία.

2. Αναγκαιότητας δημιουργίας κτιριολογικού προγράμματος. Αυτό θα

είναι προσαρμοσμένο στις τρέχουσες ανάγκες αλλά και στις προοπτικές του Ψυχιατρείου σύμφωνα με το μετασχηματισμό του. Δεν αναφερόμαστε μόνο στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών, αλλά και στην πρόβλεψη για σωστή και ομαλή λειτουργία των τμημάτων του.

3. Αναγκαιότητας σταδιακής ανανέωσης όλης της παλιάς υλικοτεχνικής υποδομής.

4. Επαρκής στελέχωση όλων των τμημάτων με κριτήρια επιστημονικά και όχι διοικητικά.

Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί για τον τομέα των Κοινωνικών Υπηρεσιών και της εργοθεραπείας. Ο τρόπος που παρέχουν υπηρεσίες θα πρέπει να αναδιοργανωθεί.

Οι Κ.Λ. και οι Εργοθεραπευτές θα πρέπει να αποτελούν (μαζί με τους Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Νοσηλευτικό προσωπικό) μέλη της διακλαδικής ομάδας. Ο κάθε ειδικός στον επιστημονικό χώρο του και όλοι μαζί σε συνεργασία θα ασκούν θεραπευτικό έργο προσαρμοσμένο στη λειτουργία των τμημάτων όπου θα εργάζονται.

Ταυτόχρονα, όπου οι συνθήκες το επιβάλλουν, θα είναι δυνατή η ανάπτυξη και η λειτουργία τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας καθώς και τμήματος Εργοθεραπείας.

Τέλος το Ψυχιατρείο θα πρέπει να είναι οργανικά συνδεδεμένο με κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης.

Ευνόητο είναι ότι για να αποφύγει το μαρασμό και την περιθωριοποίηση, το Ψυχιατρείο θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή αμφίδρομη διασύνδεση, λειτουργική και επιστημονική, με τα άλλα επίπεδα Ψυχικής περιθαλψής (ΚΨΥ, ΨΤΓΝ).

Επίσης θα πρέπει, σε στενή συνεργασία μαζί τους, να μπορεί να παρέχει εκπαιδευτικό έργο σε όλο το επιστημονικό προσωπικό.

Αθήνα 4/2/85

II. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση είναι βασικός στόχος όλων των θεραπευτικών προσπαθειών από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο μέχρι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Η επαγγελματική αποκατάσταση απαιτεί συχνά εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση ποικίλης διάρκειας.

Η εκπαίδευση, στους χρόνιους ιδιαίτερα αρρώστους, στρέφεται στους εξής τομείς:

- Προσωπική ανεξαρτησία
- Κοινωνικές επιδεξιότητες
- Εργασιακές επιδεξιότητες
- Προσαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον

Εκμάθηση ορισμένης τέχνης ή επαγγέλματος

Η εκπαίδευση αυτή είναι αμειβόμενη και απευθύνεται σε άτομα που είναι σε θέση να αποκατασταθούν επαγγελματικά (κατάλληλη ηλικία, κλινική κατάσταση, προσωπικό κίνητρο κ.λπ.). Οι μονάδες που την παρέχουν είναι:

α) Το Κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι ολιγόμηνη.

β) Το Κέντρο επαγγελματικής εκπαίδευσης. Το πρόγραμμα διαρκεί περί το ένα έτος.

Παραπομπές στα Κέντρα Εκπαίδευσης γίνονται απ' όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και από την Κοινότητα. Προηγείται της ένταξης αξιολόγηση (από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοιν. λειτουργό, εργοθεραπευτή) που συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Προσωπικό των Κέντρων: εργοθεραπευτές, κοιν. λειτουργός, ειδικοί εκπαιδευτές (για την εκμάθηση συγκεκριμένων τεχνών και επαγγελμάτων), επαγγελματικός σύμβουλος, διοικητικός υπάλληλος και βοηθητικό προσωπικό. Επισκέπτες ή μερικής απασχόλησης: ψυχίατρος, ψυχολόγος.

Από τις μονάδες αυτές τα άτομα κατευθύνονται:

α) Στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Η άσκηση ειδικών νομοθετικών μέτρων, προστατευτικών για τα άτομα αυτά, είναι κατά κανόνα απαραίτητη.

β) Σε συνεργατικές παραγωγικές μονάδες που υποστηρίζονται από το κράτος και τις διαχειρίζονται τα ίδια τα άτομα και στις οποίες αμείβονται ανάλογα με την ποσότητα που παράγουν και τη διάθεσή της στην αγορά.

γ) Σε προστατευμένα εργαστήρια. Αυτά δυνατό να έχουν, εκτός από παραγωγικό, και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Η αμοιβή είναι και εδώ ανάλογη της παραγωγής του κάθε ατόμου.

Προσωπικό πλήρους απασχόλησης στα προστατευμένα εργαστήρια: εργοθεραπευτές, κοιν. λειτουργός, άτομο για διαχειριστικές υπηρεσίες.

Για τη λειτουργία όλων των προαναφερόμενων μονάδων είναι απαραίτητη η συνεργασία, τόσο με τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όσο και με τα Κέντρα Κοινωνικής Πολιτικής, υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, τον ΟΑΕΔ, τις εργοδοτικές και επαγγελματικές ενώσεις. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η εξεύρεση θέσεων εργασίας στην (στις) κοινότητα (κοινότητες) στις οποίες αντιστοιχούν οι προαναφερόμενες μονάδες.

Απαραίτητη κρίνεται η τροποποίηση ή συμπλήρωση του Ν. 963/79 ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες και των ψυχικά αρρώστων.

Αθήνα 7/2/85

III. «ΞΕΝΩΝΕΣ – ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ»

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

A. Κοινά γνωρίσματα και στόχοι των δύο:

Μείωση του χρόνου παραμονής, αλλά και του αριθμού των αρρώστων στο ψυχιατρείο ή στον τομέα του Γ. Νοσοκομείου.

Αντικατάσταση του ιδρυματικού περιβάλλοντος και υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου του αρρώστου.

Έχουν διάφορες μορφές σύνδεσης και συνεργασίας με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τον Ψυχιατρικό Τομέα στο Γ. Νοσοκομείο, το Ειδικό Ψυχιατρείο ή, τα προστατευμένα εργαστήρια αποκατάστασης, ανάλογα με τα γεωγραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά του χώρου.

Προσφέρουν ψυχολογική βοήθεια και φαρμακευτική αγωγή, κοινωνικοποίηση και επαγγελματική επανένταξη ανάλογα με τις ανάγκες αλλά και τις δυνατότητες των αρρώστων. Παράλληλα συμβάλλουν στην αποδοχή των ενοίκων (αρρώστων) από την κοινωνική ομάδα.

Εφαρμόζουν πάντα ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων.

B. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

1. Ξενώνες

Πρόκειται για μονάδες κυρίως ανάρρωσης και αποθεραπείας. Για μεταβατική, σχετικά βραχεία διαβίωση (το ανώτερο 6 μήνες).

Επίσης δέχονται και αρρώστους που διαβιώνουν βασικά με την οικογένειά τους. Κάθε Ξενώνας δε θα πρέπει να έχει περισσότερους από 15 ενοίκους. Θα εξυπηρετεί πληθυσμιακή περιοχή 150-300 χιλιάδων κατοίκων.

Το προσωπικό μπορεί, ως ένα βαθμό, να ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση και τις ανάγκες των ενοίκων. Θα περιλαμβάνει ψυχίατρο επισκέπτη ή μερικής απασχόλησης, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό μερικής απασχόλησης, νοσοκόμους, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικό υπάλληλο μερικής απασχόλησης.

2. Ειδικά Οικοτροφεία

Είναι μονάδες για χρόνιους κυρίως, αλλά αποθεραπευμένους ενοίκους. Ο χρόνος διαβίωσης μπορεί να υπερβαίνει τους 6 μήνες. Οι μονάδες αυτές, που αντικαθιστούν την οικογένεια και το ψυχιατρείο, φροντίζουν με τη λειτουργία τους να αποφύγουν τον ιδρυματισμό του αρρώστου μέσα στην κοινότητα.

Ο αριθμός των ενοίκων θα είναι μεγαλύτερος από τους 20 και μικρότερος από τους 30. Προβλέπονται σε αναλογία περισσότερα ειδικά οικοτροφεία από Ξενώνες για την αναφερόμενη πληθυσμιακή περιοχή.

Και εδώ το προσωπικό μπορεί να ποικίλλει. Πάντως θα είναι ανάλογο

είναι προσαρμοσμένο στις τρέχουσες ανάγκες αλλά και στις προοπτικές του Ψυχιατρείου σύμφωνα με το μετασχηματισμό του. Δεν αναφερόμαστε μόνο στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών, αλλά και στην πρόβλεψη για σωστή και ομαλή λειτουργία των τμημάτων του.

3. Αναγκαιότητας σταδιακής ανανέωσης όλης της παλιάς υλικοτεχνικής υποδομής.

4. Επαρκής στελέχωση όλων των τμημάτων με κριτήρια επιστημονικά και όχι διοικητικά.

Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί για τον τομέα των Κοινωνικών Υπηρεσιών και της εργοθεραπείας. Ο τρόπος που παρέχουν υπηρεσίες θα πρέπει να αναδιοργανωθεί.

Οι Κ.Λ. και οι Εργοθεραπευτές θα πρέπει να αποτελούν (μαζί με τους Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Νοσηλευτικό προσωπικό) μέλη της διακλαδικής ομάδας. Ο κάθε ειδικός στον επιστημονικό χώρο του και όλοι μαζί σε συνεργασία θα ασκούν θεραπευτικό έργο προσαρμοσμένο στη λειτουργία των τμημάτων όπου θα εργάζονται.

Ταυτόχρονα, όπου οι συνθήκες το επιβάλλουν, θα είναι δυνατή η ανάπτυξη και η λειτουργία τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας καθώς και τμήματος Εργοθεραπείας.

Τέλος το Ψυχιατρείο θα πρέπει να είναι οργανικά συνδεδεμένο με κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης.

Ευνόητο είναι ότι για να αποφύγει το μαρασμό και την περιθωριοποίηση, το Ψυχιατρείο θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή αμφίδρομη διασύνδεση, λειτουργική και επιστημονική, με τα άλλα επίπεδα Ψυχ/κής περιθάλψης (ΚΨΥ, ΨΤΓΝ).

Επίσης θα πρέπει, σε στενή συνεργασία μαζί τους, να μπορεί να παρέχει εκπαιδευτικό έργο σε όλο το επιστημονικό προσωπικό.

Αθήνα 4/2/85

II. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση είναι βασικός στόχος όλων των θεραπευτικών προσπαθειών από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο μέχρι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Η επαγγελματική αποκατάσταση απαιτεί συχνά εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση ποικίλης διάρκειας.

Η εκπαίδευση, στους χρόνιους ιδιαίτερα αρρώστους, στρέφεται στους εξής τομείς:

- Προσωπική ανεξαρτησία
- Κοινωνικές επιδεξιότητες
- Εργασιακές επιδεξιότητες
- Προσαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον

με το προσωπικό του ξενώνα. Θα υπάρξει, ίσως, μικρή αύξηση των νοσοκόμων λειτουργών και ψυχολόγων, διότι οι ελπίδες κοινωνικής και οικογενειακής επανένταξης θα είναι μειωμένες στα ειδικά οικοτροφεία.

Γ. Μερικές γενικές έννοιες λειτουργίας:

– Προβλέπονται εξειδικευμένες μονάδες (ξενώνες και οικοτροφεία) μόνο για τοξικομανείς, αλκοολικούς, γέροντες κ.λπ.

– Πρέπει να υπάρχει επάρκεια προσωπικού για να αποφεύγονται οι υποτροπές και να επιταχύνεται – όπου είναι δυνατόν – η επανένταξη στην οικογένεια.

Αναγκαίοι χώροι είναι 250-300 τετραγωνικών μέτρων για 15 περίπου αρρώστους. Η διαβίωση δεν θα είναι πολυτελής αλλά άνετη.

– Κατά κανόνα δεν θα υπάρχουν βάρδιες. Θα υπάρχει μια διακριτική ανθρώπινη παρουσία. Επιδιώκεται, μέσα σε πλαίσια λειτουργίας θεραπευτικής κοινότητας ή ανεξάρτητα από αυτό, να υπάρχει μια οργανωμένη διαβίωση, με ρόλους και δραστηριότητες που αφορούν όλο το 24ωρο, και γίνονται με την επιθυμία και την ευθύνη των ίδιων των ενοίκων.

– Ομάδα εθελοντών είναι δυνατόν να διευκολύνει το έργο της κοινωνικοποίησης και πιθανόν να μειώνει τον αριθμό και τις ώρες εργασίας του προσωπικού.

Ξενώνες Παιδιών και Εφήβων

– Σκοπός λειτουργίας των ξενώνων

Να προσφέρουν σε παιδιά και εφήβους, από οικογένειες με ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες, μια θεραπευτική εμπειρία μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες.

Οι ξενώνες αυτοί θα φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ χρονικό διάστημα, όπως σε μια περίοδο κρίσης της οικογένειας ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ανάλογα με την περίπτωση.

– Τύπος προβλημάτων

Στους ξενώνες μπορούν ενδεικτικά να φιλοξενούνται:

Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης με σύνδρομο ψυχοκοινωνικού νανισμού, απλής δυστροφίας κ.λπ.

Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαλυμένες και χαοτικές οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών.

Έφηβοι με παραπτωματική συμπεριφορά, έφηβοι χωρίς σοβαρή ψυχική διαταραχή αλλά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς.

– Αριθμός παιδιών και εφήβων

Για παιδιά προσχολικής ηλικίας ο αριθμός δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερος από 8-10 παιδιά.

Για παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας μπορεί να είναι μέχρι 15.

Ειδικά για τους εφήβους ο αριθμός δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10-12 και πρέπει να είναι χωριστά για αγόρια και κορίτσια.

- Προσωπικό

Απαραίτητη είναι η παρουσία του προσωπικού σε 24ωρη βάση:

Για παιδιά προσχολικής ηλικίας το προσωπικό πρέπει να είναι βρεφοκόμοι ή νηπιοβρεφοκόμοι, νηπιαγωγοί, βοηθητικό προσωπικό και κοινωνικός λειτουργός.

Για παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας, ειδικοί παιδαγωγοί, βοηθητικό προσωπικό και κοινωνικός λειτουργός.

Για εφήβους: ειδικοί παιδαγωγοί, ή και άλλο κατάλληλο προσωπικό από τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας. Απαραίτητη είναι η δυνατότητα για παροχή υπηρεσιών από σύμβουλο παιδίατρο.

Οι ξενώνες παιδιών όπως και των εφήβων πρέπει να έχουν μεγάλη αναλογία προσωπικού και να ευρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με την πλησιέστερη παιδοψυχιατρική υπηρεσία, για να υπάρχει δυνατότητα συμβουλευτικής συνεργασίας με το προσωπικό του ξενώνα. Η σύνδεση αυτή είναι απαραίτητη για την προσφορά συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών για τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειές τους.

Οι υπηρεσίες που θα προσφέρονται από τη λειτουργία του ξενώνα πρέπει να έχουν σαν στόχο την όσο δυνατόν γρηγορότερη επάνοδο του παιδιού και του εφήβου στην οικογένειά του.

- Χώροι του ξενώνα

Κατάλληλα διαμορφωμένοι για παιδιά και εφήβους. Η διαμόρφωση των χώρων θα γίνεται με τη συνεργασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του παιδιού.

IV. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΨΥΤΓΝ)

A. Ο ΨΤΓΝ είναι μια μικρή ανοιχτή ψυχιατρική κλινική ευρισκόμενη σε στενή κτιριακή, διοικητική και λειτουργική σχέση με το Γενικό Νοσοκομείο. Κατά κύριο λόγο στόχοι της είναι η εξωτερική παρακολούθηση ασθενών, η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, ανάπτυξη της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο, η άμεση παρέμβαση και η παροχή εκπαίδευσης με την επιπλέον δυνατότητα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι.

Ειδικότερα ο ΨΤΓΝ:

1. Καλύπτει το μόνιμο πληθυσμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού τομέα.

2. Λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

3. Είναι σε θέση να επιτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο στις εξής κατηγορίες ασθενών:

α) εκείνων που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία σε τακτική βάση ή ως έκτακτα περιστατικά ή ως περιστατικά παρακολουθήσεως. Αυτό σημαίνει ότι το εξωτερικό ιατρείο λειτουργεί με πλήρως ανεπτυγμένες τις δυνατότητές του για διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο,

β) εκείνων των ασθενών που η κατάστασή τους επιβάλλει ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη.

4. Περιλαμβάνει έναν αριθμό κρεβατιών όχι μεγαλύτερο από 25, αν και δεν αποκλείεται η ύπαρξη μονάδων με περισσότερα κρεβάτια όπου το επιτρέπουν οι συνθήκες. Η νοσηλεία που προσφέρει είναι βραχείας διάρκειας που πάντως δεν μπορεί να υπερβαίνει τις έξι βδομάδες, καλύπτει ολόκληρο το φάσμα των θεραπευτικών επεμβάσεων και αφορά κυρίως ασθενείς με οξεία ψυχιατρικά προβλήματα. Κατά μέγιστο βαθμό η εισαγωγή των ασθενών γίνεται εθελουσίως αλλά δεν αποκλείεται και ακούσια εισαγωγή.

5. Βρίσκεται σε στενή εκπαιδευτική, κλινικοδιαγνωστική και θεραπευτική σχέση με τις άλλες κλινικές του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων των ασθενών τους και επιδιώκει την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των ιατρών και λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού των άλλων κλινικών σε ζητήματα Ψυχιατρικής.

6. Βρίσκεται ακόμη σε στενή σχέση

α) με τα κέντρα υγείας, κέντρα ημέρας και ενδιάμεσα σπίτια.

β) με τις οικογένειες των ασθενών

γ) Με Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

7. Εκτελεί εκπαιδευτικό έργο σε επίπεδο ειδικευόμενων ιατρών και ψυχιατρικών αδελφών.

Β. Στελέχωση

- 1 Διευθυντής, 2 Επιμελητές Α, 2 Επιμελητές Β και 3-5 εκπαιδευόμενοι

- Ψυχολόγοι 2. - Κοινωνικοί λειτουργοί 2

- Αδελφές (τριετούς φοιτήσεως, μονοετούς φοιτήσεως) τουλάχιστον 15

- Ειδικό προσωπικό

- Γραμματέας

- Λοιπό προσωπικό: Καθαρίστριες, Τραπεζοκόμοι.

Οι αριθμοί είναι ενδεικτικοί και εξαρτώνται τόσο από το επίπεδο ανάπτυξης του ΨΤΓΝ όσο και από τις γενικότερες συνθήκες μέσα στις οποίες λειτουργεί.

Γ. Απαραίτητοι Χώροι

Θάλαμοι ασθενών, χώροι ημερήσιας διαμονής, εστιατόριο, χώροι για ομαδικές δραστηριότητες, χώρος απασχόλησης.

Γραφεία ιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών.

Εξεταστήρια, χώροι ψυχιατρικών συνεντεύξεων.

Χώροι εργασίας λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού.

V. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ

A. Οι λειτουργίες του ψυχιατρικού τομέα για παιδιά είναι οι εξής:

1) Διάγνωση και αντιμετώπιση περιπτώσεων παιδιών και οικογενειών που προσέρχονται στο Νοσοκομείο σε τακτική βάση ή ως επείγοντα περιστατικά ή περιστατικά παρακολούθησης. Στη θεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση εφαρμόζεται όλο το φάσμα των καθιερωμένων θεραπευτικών μεθόδων καθώς και κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες, οικογένειες.

2) Σύνδεση με την παιδιατρική υγειονομική ομάδα. Βρίσκεται δηλαδή σε στενή εκπαιδευτική, κλινικοδιαγνωστική και θεραπευτική σχέση με τις άλλες κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των παιδιών και των οικογενειών τους. Επίσης επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα παιδοψυχιατρικής.

3) Παροχή εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και έργου στο προσωπικό της παιδοψυχιατρικής ομάδας (in-service training) καθώς και παιδοψυχιάτρων, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών αδελφών νοσοκόμων, ειδικών παιδαγωγών.

4) Συνδέεται με τους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς και άλλες παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες της περιοχής.

Ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου για παιδιά καλύπτει το μόνιμο πληθυσμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού τομέα και λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

Στον παιδοψυχιατρικό τομέα του γενικού παιδιατρικού νοσοκομείου αναπτύσσονται οι εξής υπηρεσίες:

1. Τμήμα παιδοψυχιατρικό. Λειτουργεί παράλληλα με τα εξωτερικά ιατρεία των άλλων κλινικών. Αποτελεί το πρώτο σημείο αναφοράς του παιδιού και της οικογένειας για αρχική διάγνωση επείγουσα αντιμετώπιση. Είναι επίσης το τμήμα όπου γίνεται η παρακολούθηση των περιπτώσεων και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

2. Παιδοψυχιατρική κλινική. Αναπτύσσονται έως 15 κρεβάτια σε χώρους κατάλληλα διαμορφωμένους για την παιδική ηλικία. Στην παιδοψυχιατρική κλινική πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίζει όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας μέχρι 15 ετών.

3. Νοσοκομείο Ημέρας. Απαραίτητο για την αντιμετώπιση ορισμένων κατηγοριών ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας ιδίως για τις περιπτώσεις εκείνες που ο αποχωρισμός του παιδιού από την οικογένεια είναι βλαπτικός.

Στον ψυχιατρικό τομέα του γενικού νοσοκομείου δίνεται έμφαση στη μεγάλη σημασία του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο γίνεται οποιασδήποτε μορφής θεραπεία. Έχει επομένως μεγάλη σημασία το συναισθηματικό κλίμα μέσα στο οποίο γίνεται η θεραπεία.

Τονίζεται επομένως η επίδραση του περιβάλλοντος πάνω στην ψυχο-οργική κατάσταση του παιδιού και της οικογένειας.

Β. Στελέχωση

Ουσιώδης παράγοντας της εργασίας στην παιδοψυχιατρική είναι η παιδοψυχιατρική ομάδα.

5 παιδοψυχίατροι 1Δ, 2Ε Α, 2Ε Β.

5 κοινωνικοί λειτουργοί

5 ψυχολόγοι (κλινικοί, εκπαιδευτικοί κ.λπ.).

1 λογοπεδικός

15 αδελφές

3 ειδικοί παιδαγωγοί ειδικευόμενοι στην παιδοψυχιατρική.

Η παραπάνω στελέχωση ισχύει για ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων για παιδιά στις μεγάλες αστικές περιοχές. Για άλλες περιοχές στελέχωση θα εξαρτάται από τις υπάρχουσες ανάγκες και από τις γενιότερες συνθήκες μέσα στις οποίες λειτουργεί ο τομέας.

Γ. Απαραίτητοι χώροι

Θάλαμοι παιδιών, χώρος ημερήσιας διαμονής, χώροι για δημιουργικές δραστηριότητες και απασχόληση, χώρος για γονείς, εστιατόριο.

Οι χώροι πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι για να εξυπηρεούν τις ανάγκες παιδιών.

Γραφεία παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών.

Εξεταστήρια, χώροι ψυχιατρικών συνεντεύξεων.

Χώροι εργασίας λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού.

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.) με τον αναπληρωτή του. Ως εισηγητής ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.). Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 56 του νόμου αυτού. Κατά την πρώτη προκήρυξη των θέσεων λόγω μη υπάρξεως βαθμίδων διευθυντή ή επιμελητή Α' του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, ορίζονται αντί του διευθυντή ή επιμελητή Α' φαρμακοποιού, αντίστοιχα και με την ίδια διαδικασία, φαρμακοποιός που υπηρετούν σε νοσοκομεία, με άδεια άσκησης επαγγέλματος τουλάχιστον επί μία δεκαετία.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συστάται δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με έδρα την Αθήνα. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών αποτελείται από:

α) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου, στον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με τον νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. των φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με κλήρο, από το σύνολο των εκπροσώπων που προτείνουν τα φαρμακευτικά τμήματα των Α.Ε.Ι. της Χώρας, με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Κ.Ε.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του.

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.).

Ως εισηγητής στο συμβούλιο ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, με δεκαπενταετή (15ετή) τουλάχιστον άσκηση του επαγγέλματος. Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4, 5 και 6, του άρθρου 57 του νόμου αυτού.

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 οπτασολοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92 (1) (2) (3) Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε νομό συστάται 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.ε.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 του 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 άλλο 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 παροσχέσεως 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

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 αυτεπάγγελα 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 εξερεύσεως 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 οι 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 του ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανεπίκτητη 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 προστατευτεί 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 συντηρηθούν.

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της ακούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυ-

χιάτρων 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 άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επάκουρο 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 αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί ενώ 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 και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97

Ένδικο μέσο

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 ένδικα 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 κατάθεση 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. Το αναγκαίο περιοριστικό μέτρο δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι ή 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 αυτήν, 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 διαβάσει 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 ασθενείας

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 ψυχικό 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, 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

Αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Άρθρο 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας και στο Ε.Κ.Α.Β. μέσα σε τρία (3) χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επισκεπτών, μοιών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμι-

ζονται όλα τα θέματα, που αφορούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 103

Θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσα φέρουν τίτλο και άδεια άσκησης επογγέλλοτος νοσηλευτή. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προΐστανται μαιές και επισκέπτες αντιστοίχως.

2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που δημοσιοποιούνται βάσει των ν. 1476/1984, 1540/1985, 1579/1985 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίοι υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσίωσή του, ως και από μαιές και επισκέπτες στα μαιευτικά τμήματα ή τμήματα κοινωνικής ιατρικής αντιστοίχως. Κατά την πρώτη πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών των ΤΕ, που δεν πληρώνονται λόγω μη προσελεύσεως υποψηφίων δύναται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

Άρθρο 104

Νοσηλευτική ειδικότητα μοιών

Νοσηλευτική ειδικότητα κατά τις διατάξεις του ν. 1579/1985 μπορεί να αποκτούν και μαιές, που κατέχουν οργανική θέση νοσηλεύτριας επί οκτώ (8) τουλάχιστον χρόνια σε κρατικά νοσηλευτήρια.

Άρθρο 105

Ειδική ετήσια άδεια νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικό επίδομα

1. Σε νοσηλευτές, μαιές, βοηθούς νοσηλευτές και ψυχοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία Ι.Κ.Α., όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χορηγείται επιπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια με αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

2. Οι προϋποθέσεις για την πρόσθετη ειδική άδεια, το ύψος και ο χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού επιδόματος και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής της προηγούμενης παραγράφου, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

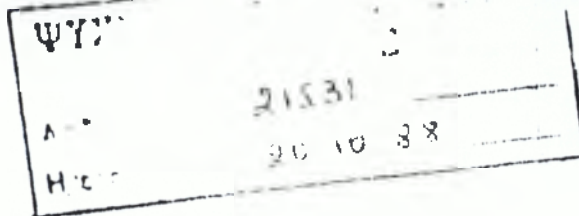
Άρθρο 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Σιμνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α΄

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. κωδ.: 101.87
Πληροφορίες: Ν. Καταχάνοις
Τηλέφωνο: 5230825



ΘΕΜΑ: Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας
(Κ.Ψ.Υ) στο Περίσσειο Αττικής.

21/10/88
21/10/88
Αθήνα 17.10.1988
Αρ. Πρωτ.
Α3α/οικ. 45201
Ταχόσημο

ΠΡΟΣ: ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

ΚΟΙΝΗ: 1. Δ/ση Εθν. Τυπογραφείο
2. Δ/ση Δ/κού - ΑΡΧΕΙΟ
3. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
4. Δ/ση Υγιεινής Ασ. Αττ.

5. Δ/ση Δ/κού Ν.Π.Δ.Δ.
Τμήμα Β΄ και Γ΄
6. Δ/ση Ιατρ. Αντ.
Τμήμα Α΄

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143/τ.Α/83).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας" (ΦΕΚ 217/τ.Α/85).
3. Την αρ. ΔΙΟΔ/Φ.4811/8220/19.9.88 απόφαση του Υπουργού Προέδρου της Κυβέρνησης.
4. Την αρ. 6474/88 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών" (ΦΕΚ 451/Β/30.6.88).
5. Τις αρ. 9 της 4ης Οκμ./29.1.87, 44 της 49ης Ολομ./17-18/9/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

Αποφασίζουμε
Άρθρο 1
Σύσταση

Συνιστάται Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δημο. Περίσσειο Αττικής, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Άρθρο 2

Σκοπός

Σκοπός του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 1397/83, είναι η ψυχολογική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφύλαξη, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην κοινωνικοποίηση και κοινωνική ένταξη του αργάστου.

Άρθρο 3

Διάρθρωση

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή διεύθυνση
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από:
 - α. Γεντερά Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής
 - β. Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής)
 - γ. Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας
 - δ. Γραφείο Προμηθειών

Άρθρο 4

Εύσταση θέσεων

1. Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. συνιστώνται οι παρακάτω κατώτατη τάξη και κλίδο θέσεις προσωπικού:

2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Τέσσερεις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Μία (1) θέση

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τέσσερεις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ-ΤΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση

θέση αυτή κληροούται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για αντιστοιχία θέσης του κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Δύο (2) θέσεις

5. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΕΡΙΜΕΛΗΤΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Μία (1) θέση

Άρθρο 5

Προσόντα διορισμού

1. Ως προσόντα διορισμού στις θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. ορίζονται αυτά που κάθε φορά καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις.
2. Για τους λοιπούς κλάδους προσόντα διορισμού κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα ορίζονται αυτά που καθορίζονται με τον οργανισμό του οικείου νοσοκομείου.
3. Προκειμένου για τους κλάδους ΠΕ Παιδαγωγών και ΠΕ Εκπαιδευτικού (επαγγελμ. συμβούλων) προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο ή δίπλωμα του τμήματος Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών ή του τμήματος Φιλοσοφία Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας ή του τμήματος Ψυχολογίας Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο α τριτοετής ειδικότητας σχολής της αλλοδαπής, με εξειδίκευση ή εμπειρία σε άτομα με νοητική καθυστέρηση και ψυχιατρικά. Ειδικότερα για τον κλάδο ΠΕ Εκπαιδευτικών (επαγγ. συμβούλων) απαιτείται και μεταπτυχιακό σε θέματα Επαγγελματικού Προσανατολισμού.

Άρθρο 6

Πλαίσιαση

1. Τα Ιατρεία του Κ.Ψ.Υ. πλαισιώνονται από:
 - α. Γιατρούς του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.
 - β. Γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική και Παιδοψυχιατρική, σύμφωνα με όσα κάθε φορά ισχύουν.
 - γ. Ψυχολόγους, Λογοθεραπευτές, ειδικούς Παιδαγωγούς και προσ/κό άλλων συναφών κλάδων.
2. Το Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, πλαισιώνεται από το προσωπικό

των κλάδων κοινωνικής εργασίας, επισηματών-τριών υγείας και συνεισφέρον ειδικότητων.

3. Το Γραφείο Γραμματείας κλείσιμόνεται από το προσωπικό των κλάδων του Κ.Ψ.Υ.

4. Το προσωπικό κέρρα από τα κατά κλάδο και κατηγορία καθήκοντα του μετέχει και στις "Ψυχιατρικές Ομάδες" που συγροτούνται εΐθε φορά από τον Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ.

Άρθρο γ

Προϊσταμένοι

1. Στο Κ.Ψ.Υ. προϊσταται:

α. Στην Δ/ση, γιατροί με βαθμό Δ/ντή, που υπηρετεί σ'αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 και ο σκοπός ασκεί το καθήκοντα του προϊστα ένοου, υπέλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατροί με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατροί, σ'αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Ψ.Υ. και σε περίπτωση ομοιοβάθμων, ο αρχαιότερος στον κλάδο γιατρών Ε.Ψ.Υ.

β. Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπέλληλας της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Κοινωνικής εργασίας ή του κλάδου ΤΕ επισκευατών-τριών Υγείας.

γ. Στο Γραφείο Γραμματείας υπέλληλας της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ διοίκησης μονάδων υγείας και πρόνοιας, ή του κλάδου ΛΕ διοικητικού-λογιστικού.

2. Οι υπέλληλοι που προϊστα νται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1986/86 "Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 37/Α/86).

Άρθρο β

Αρμοδιότητες

Οι αρμοδιότητες του Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ. καθώς και των Ιατρών και Γραφείων του, ορίζονται ως ακολούθως:

1. Ο Δ/ντής ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου της Δ/σης και είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό και λειτουργία των Ιατρών και Γραφείων του Κ.Ψ.Υ.

2. Αρμοδιότητες των Ιατρών του Κ.Ψ.Υ. είναι η ευθύνη για την

./.

προχί υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83.

3. Αρμοδιότητες του Γραφείου Κοινωνικής Φροντίδας είναι η ευθύνη για την οργάνωση προχί υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στον πληθυσμό καθώς και η εφαρμογή και η υλοποίηση αντιστοίχων προγραμμάτων στα πλαίσια του σκοπού του Κ.Ψ.Υ.

4. Αρμοδιότητες του Γραφείου Γραμματείας είναι:

α. Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής επίτηξης του Κ.Ψ.Υ., την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του, την τήρηση των αρχείων και βιβλίων κίνησης των ιατρείων του Κ.Ψ.Υ., την τήρηση του Γενικού Ηρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας καθώς και την χορήγηση πιστοποιητικών στους αρρώστους, όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

β. Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Κ.Ψ.Υ., την εποπτεία των γενικών εργασιών και την φύλαξη και διανομή των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του.

5. Οι αρμοδιότητες του Κ.Ψ.Υ. ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και μέχρι να εκδοθεί ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Α.Σ. του Νοσοκομείου που υπάγεται το Κ.Ψ.Υ. και τις γενικότερες εντολές και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΒΛΙΑΣ ΤΗΣ
ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΑΙ Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΑΠ. ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΑΡΦΟΣ

ΠΑΛΑΣ ΠΑΠΑΝΑΤΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αθήνα, 13.1.89
Αριθ.Λυόφ. 2α της 59ης
Ολομ./12.1.89

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
& ΕΣΦ
Αθήνα, 31-10-88
3688
31-10-88

Α Π Ο Φ Λ Ξ Η

"Εσωτερικός Κανονισμός Κέντρων Ψυχικής Υγείας"

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας στην 59η συνεδρίασή της (12.1.89), αφού έλαβε υπόψη σχετική εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής και την εισηγητική πρόταση της Επιτροπής των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, αποφάσισε τον ακόλουθο Εσωτερικό Κανονισμό των Κέντρων Ψυχικής Υγείας :

Άρθρο 1

Σ κ ο π ο ί

- α) Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει ως σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, τη συμβουλευτική παρέμβαση και διαφώτιση στη κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου, όπως ορίζει και το άρθρο 21 παρ. 3 του Ν. 1397/83.
- β) Το Κ.Ψ.Υ. αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα έτσι ώστε το άτομο να μην απομακρυνθεί από τον φυσικό και κοινωνικό του χώρο. Αποτελεί πρώτο ηθικό για τις εισαγωγές σε μονάδες νοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης. Αν μια εισαγωγή κριθεί αναγκαία, αυτή γίνεται στην κατάλληλη για την περίπτωση νοσοκομειακή μονάδα στην περιοχή ευθύνης όπου ανήκει το Κ.Ψ.Υ.. Αν δεν υπάρχει τέτοια μονάδα στην περιοχή ευθύνης, η εισαγωγή γίνεται στην πλησιέστερη κατάλληλη μονάδα.
- γ) Το Κ.Ψ.Υ. ακολουθεί την αρχή της τομεοποίησης. Η περιοχή ευθύνης του στις αστικές περιοχές αφορά πληθυσμό

90.000 - 160.000 κατοίκων. Τα όριά της συμπέτουν με τα όρια Δήμου ή Δήμων. Στην περίπτωση των τριών μεγαλύτερων Δήμων της χώρας χρησιμοποιούνται τα όρια των συνεταιρικών διαμερισμάτων.

Άρθρο 2

Λειτουργίες

Οι λειτουργίες του Κ.Ψ.Υ. συνίστανται σε :

1. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχικών διαταραχών. Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με παρέμβαση και στο σπίτι. Στη θεραπευτική δραστηριότητα του Κ.Ψ.Υ. χρησιμοποιείται ολόκληρο το φάσμα των καθιερωμένων μεθόδων : Βιολογικών, Ψυχοθεραπευτικών και Ψυχοκοινωνικών. Το άτομο που ζητά βοήθεια αντιμετωπίζεται σαν ενιαία βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα. Οι ψυχοθεραπείες που εφαρμόζονται είναι ατομικές, ομαδικές και οικογένειας και μπορούν να έχουν ποικίλο προσανατολισμό. Η όλη θεραπευτική παρέμβαση ακολουθεί τις αρχές της σφαιρικής προσέγγισης και της σύνθεσης θεραπευτικών μεθόδων.
2. Συνεχή παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών με στόχο την εικαύξηση της λειτουργικότητάς τους, την αποφυγή επανεισαγωγών, την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Το Κ.Ψ.Υ. μπορεί να περιλαμβάνει και Μονάδες Μερικής Νοσηλείας (Ημερήσιας ή Νυκτερινής).
3. Ανάπτυξη προγραμμάτων με δραστηριότητες σχετικές με την εκπαίδευση για την ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού της περιοχής όσο και ειδικών ομάδων (εκπαιδευτικοί, υγειονομικοί, ομάδες υψηλής επικινδυνότητας, κ.α.) με διαλέξεις, σεμινάρια, σχολές γονέων, κ.α..
4. Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης όλων των κλάδων επιστημόνων ψυχικής υγείας (όπως μέρος της ειδικότητας ψυχιατρικής, παιδοψυχιατρικής, ψυχιατρικής νοσηλευτικής, κλινικής ψυχολογίας, ψυχιατρικής (κλινικής) κοινωνικής εργασίας, εργοθεραπείας, κλπ.).

5. Έρευνα σχετική με τις πολλαπλές λειτουργίες του Κέντρου καθώς και περιοδική αξιολόγηση του έργου του.

Άρθρο 3

Σχέσεις του Κ.Ψ.Υ. με άλλες Υπηρεσίες Υγείας και την Κοινότητα

Το Κ.Ψ.Υ. :

- α1. Βρίσκεται σε άμεση επικοινωνιακή, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας των οποίων αποτελεί αυτοτελή Δ/νση και αποκεντρωμένη οργανική μονάδα.
- α2. Σε περίπτωση που ο ασθενής του Κ.Ψ.Υ. χρειασθεί νοσηλεία, αυτή γίνεται σύμφωνα με το άρθρο 1 παρ. β.
- α3. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς που προήλθε από το Κ.Ψ.Υ., η ευθύνη για τον ασθενή ανήκει στο Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου ή το αντίστοιχο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αλλά γίνεται σε στενή συνεργασία με την ομάδα του Κ.Ψ.Υ. που είχε την ευθύνη για τον ασθενή πριν την εισαγωγή του (π.χ. συμμετοχή προσωπικού από το Κ.Ψ.Υ. σε συζητήσεις του περιστατικού από το προσωπικό του Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου για την αξιολόγηση, θεραπεία, κλπ.) ώστε να εξασφαλισθεί η συνεχής φροντίδα (CONTINUITY OF CARE) και η ομαλή επιστροφή του ασθενούς στο Κ.Ψ.Υ. μετά το εξιτήριό του.

Αντίστοιχη διαδικασία θα ακολουθείται σε περίπτωση που ο ασθενής, μετά από νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου ή στο αντίστοιχο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, παραπέμπεται στο Κ.Ψ.Υ. της περιοχής του.

- α4. Όσον αφορά την διάθεση κλινών εις μέρους του Ψυχιατρικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου ή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στους ασθενείς του Κ.Ψ.Υ. με το οποίο(α) είναι διασυνδεδεμένο(α) το

Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου ή το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

- β. Αναπτύσσεται ή συνεργάζεται με άλλες ενδιαμέσες δομές της Ψυχιατρικής Περίθαλψης όπως : Ξενώνες, Οικοτροφεία.
- γ. Συνεργάζεται ή και αναπτύσσεται, όπου αυτό κριθεί αναγκαίο, επαγγελματικό ή προστατευμένο εργαστήριο.
- δ. Συνεργάζεται με τους φορείς της Κοινότητας (δήμοι ή δήμοι, πολιτιστικοί φορείς, σύλλογοι γονέων, σχολεία, κλπ.) και βρίσκεται σε επαφή με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της περιοχής του.

Άρθρο 4

Ωράριο λειτουργίας του Κ.Ψ.Υ.

Το Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί τόσο πρωινές, όσο και απογευματινές ώρες για την εξυπηρέτηση των ατόμων της κοινότητας και γενικά τείνει να καλύψει τις ανάγκες της περιοχής ευθύνης του σε 24ωρη βάση.

Άρθρο 5

Σ τ ε λ έ χ ω σ η

Ένα Κ.Ψ.Υ. με περιοχή ευθύνης 90.000 - 150.000 κατοίκων στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα που λειτουργεί σαν θεραπευτική ομάδα και που την αποτελούν :

Ψυχίατροι	5	(1Δ, 1ΕΑ, 2ΕΑ ή ΕΒ, 1ΕΒ)
Παιδοψυχίατροι	2	(εκ των οποίων 1Δ ή ΕΑ και 1ΕΒ)
Ψυχολόγοι	4	
Κοινωνικοί Λειτουργοί	6	
Επισκέπτες Υγείας	3	
Εργοθεραπευτές	2	
Ειδικός Παιδαγωγός	1	

Εκπαιδευτικοί	1
Λογοθεραπευτές	2 (Πανεπιστημιακού επιπέδου)
Διοικητικοί υπάλληλοι (γραμματέας)	3
Κλητήρας	1
Καθαρίστριες	2

32

Στο Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί Παιδοψυχιατρικό Τμήμα το οποίο έχει πλήρη επιστημονική αυτοτέλεια και στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα, από τους εξής εκ των ανωτέρω : 2 Παιδοψυχίατροι, 2 Ψυχολόγοι με εκπαίδευση στην Παιδοψυχολογία, 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 1 Λογοθεραπευτής, 1 Ειδικός Παιδαγωγός, 1 Επισκέπτης Υγείας, 1 Εργοθεραπευτής.

Οι παραπάνω προτεινόμενες συνθέσεις προϋποθέτουν την στελέχωση του Κέντρου με προσωπικό όπως προτείνεται στο άρθρο 5.

Αν το Κ.Ψ.Υ. αναπτύξει Μονάδα Μερικής Νοσηλείας (Ημερήσια ή Νυκτερινή) θα χρειασθεί συγκεκριμένη πρόσθετη στελέχωση και χώρο λειτουργίας.

Ο Δ/ντής του Κ.Ψ.Υ. έχει την διοικητική ευθύνη, ενώ οι επικεφαλής Δ/ντές διατηρούν την επιστημονική αυτονομία. Ο Δ/ντής του Κ.Ψ.Υ. εκλέγεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 (άρθρο 7 Συστατικής Πράξης).

Η Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. θεωρεί ότι η περιοχή ευθύνης των Κ.Ψ.Υ., όπως ορίζεται με την αριθ. 2 απόφαση της 19ης Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. μεταξύ 90.000 και 150.000 κατοίκων, αποτελεί μόνο το πρωταρχικό στάδιο ανάπτυξης και ότι το συντομώτερο δυνατό θα πρέπει ο πληθυσμός ευθύνης του Κέντρου να περιορισθεί στις 50.000 - 60.000, διότι η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει ότι ο αριθμός των 50.000 - 60.000 κατοίκων είναι αυτός με τον οποίο επιτυγχάνεται η πιο αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών της περιοχής.

Άρθρο 6

Κ.Ψ.Υ. ημιαστικών - αγροτικών περιοχών

Τα Κ.Ψ.Υ. που θα καλύπτουν ημιαστικές-αγροτικές περιοχές θα έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά :

- α. Στενότερη σύνδεση με τα κέντρα Υγείας τα οποία θα μπορούν ν'αναλαμβάνουν, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, μέρος του έργου τους.
- β. Ανάπτυξη κινητών μονάδων, όταν το απαιτούν ειδικοί γεωγραφικοί και πληθυσμιακοί λόγοι, μέσα στα πλαίσια του έργου τους.
- γ. Η ανάπτυξη, η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες, ο τρόπος λειτουργίας και η στελέχωσή τους θα εξαρτηθεί από τις συγκεκριμένες τοπικές συνθήκες σε συνάρτηση με το γενικότερο κεντρικό προγραμματισμό.

Άρθρο 7

Διοικητική, Οικονομική και Επιστημονική Σχέση με το Νοσοκομείο

Το Κ.Ψ.Υ. εντάσσεται διοικητικά και οικονομικά (σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό), όπως ορίζει το άρθρο 21 του Ν. 1397/83, στα Γενικά Νοσοκομεία ή στα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όπου υπάγεται. Αποτελεί αυτοτελή Δ/ση και διαρθρώνεται με τον τρόπο που προβλέπει η Συστατική του Πράξη.

Κοινοποίηση

- 1) Γραφείο Υπουργού
- 2) Γραφείο Υφυπουργού
- 3) Γραφείο Γενικού Γραμματέα
- 4) Δ/ση Ιατρικής Αντίληψης

Για το ΚΕ.Σ.Υ.

Ο Πρόεδρος

Ιωάννης Πριόβολος



Ν 1397/83
αρθρο 21

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 26 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1988	ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 777
----------------------------	----------------	-----------------------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής	1
Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αγ. Αναργύρων Ν. Αττικής	2
Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Χαλανδρίου Ν. Αττικής	3
Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Περιστερίου Ν. Αττικής	4
Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Βάλου Ν. Μαγνησίας	5
Πρόσληψη γιατρού στο Β΄ Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Αθηνών ..	6
Πρόσληψη προσωπικού στο Γ΄ Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Αθηνών	7
Ορισμός αναγκαιοτέρων προσωπικού για πρόσληψη στη Στέγη Υγειονομικών	8
Αναπροσαρμογή και καθορισμός της μηνιαίας αποζημίωσης των μελών του Επισκοπικού Συμβουλίου του Σώματος Ορκωτών Λογιστών ..	9

Άρθρο 2

Εκκόπες

Εκκόπες του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 1397/83, είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρίμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Άρθρο 3

Διάρθρωση

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή διεύθυνση.
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. ακαρτίζεται από:
 - α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.
 - β) Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).
 - γ) Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας.
 - δ) Γραφείο Γραμματείας.

Άρθρο 4

Σύσταση θέσεων

1. Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. ονομάζονται οι παρακάτω κατά κατηγορία και κλάδο θέσεις προσωπικού:

2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ
Τέσσερις (4) θέσεις.
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
Μία (1) θέση.
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ
Μία (1) θέση.
ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ
Μία (1) θέση.

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Τέσσερις (4) θέσεις.
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ -ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Τρεις (3) θέσεις.
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Μία (1) θέση.
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
Μία (1) θέση.

Η θέση αυτή πληρούται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για την αντιστοιχική θέση του Κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

- Δύο (2) θέσεις.
5. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ
Μία (1) θέση.
ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ
Μία (1) θέση.

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Α3α/οικ.15199

(1)

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/83 τ.Α').
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 217/85 τ.Α').
3. Την αριθ. ΔΙΟΔ/Φ.4811/8220/19.9.88 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης.
4. Την αριθ. 6474/88 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών» (ΦΕΚ 451/30.6.88 τ.Β').
5. Τις αριθ. 9 της 44ης Ολομ./29.1.87, 14 της 49ης Ολομ./17-18/9/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του Κ.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Σύσταση

Συστήνεται Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Ν.Ν.Θ.Α., που θα καλύπτει και τις περιοχές Κυψέλης και Γαλατσίου.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/83 τ.Α').
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 217/85 τ.Α').
3. Την αριθ. Δ104/Φ.4811/8220/19.9.88 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης.
4. Την αριθ. 6474/88 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών» (ΦΕΚ 451/30.6.88 τ.Β').
5. Τις αριθ. 9 της 44ης Ολομ./29.1.87, 14 της 49ης Ολομ./17-18/9/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Σύσταση

Συνιστάται Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Χαλανδρίου Αττικής, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας.

Άρθρο 2

Σκοπός

Σκοπός του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 1397/83, είναι η ψυχικωνομική μερίμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κανονότητα και τη διαφύλαξη, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Άρθρο 3

Διάρθρωση

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση.
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. αρατίζεται από:
 - α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.
 - β) Μονάδα μεριμνής υστέρειας (ημερήσιας ή νυκτερινής).
 - γ) Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας.
 - δ) Γραφείο Γραμματείας.

Άρθρο 4

Σύσταση θέσεων

1. Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. ορίζονται οι παρακάτω κατά κατηγορία και κλάδο θέσεις προσωπικού:

2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ

Μία (1) θέση.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Μία (1) θέση.

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τέσσερις (4) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ -ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Μία (1) θέση.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μία (1) θέση.

Η θέση αυτή πληροίται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για την αντίστοιχη θέση του Κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Δύο (2) θέσεις.

5. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ

Μία (1) θέση.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΩΣΩΝΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Μία (1) θέση.

Άρθρο 5

Προσόντα διορισμού

1. Ως προσόντα διορισμού στις θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. ορίζονται αυτά που κάθε φορά καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις.

2. Για τους λοιπούς κλάδους προσόντα διορισμού κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα ορίζονται αυτά που καθορίζονται με τον οργανισμό του οικείου νοσοκομείου.

3. Προαπαιτούμενα για τους κλάδους ΠΕ Παιδαγωγών και ΠΕ Εκπαιδευτικών (εκπαιγμ. συμβούλων) προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο ή δίπλωμα του τμήματος Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Επιστημών ή του τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας ή του τμήματος Ψυχολογίας Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο αντίστοιχης ειδικότητας σχολής της αλλοδαπής, με εξειδίκευση ή εμπειρία σε άτομα με νοσητική καθυστέρηση και φυσιολογικά. Ειδικότερα για τον κλάδο ΠΕ Εκπαιδευτικών (επαγ. συμβούλων) απαιτείται και μεταπτυχιακή σε θέματα Εκπαιδευτικού Προσανατολισμού.

Άρθρο 6

Πλαίσιοση

1. Τα Ιατρεία του Κ.Ψ.Υ. κλειώνονται από:

- α) Γιατρούς του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.
- β) Γιατρούς ειδικευμένους στην Ψυχιατρική και Παιδοψυχιατρική σύμ-

φωνα με ένα κάθε φορά ισχύον.

γ) Ψυχολόγους, Λογοθεραπευτές, ειδικούς Παιδαγωγούς και προσωπικό άλλων συναφών κλάδων

2. Το Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, κλειώνεται από το προσωπικό των κλάδων κοινωνικής εργασίας, επισκεπτών-τριών υγείας και άλλων συναφών ειδικοτήτων.

3. Το Γραφείο Γραμματείας κλειώνεται από το προσωπικό των λοιπών κλάδων του Κ.Ψ.Υ.

4. Το Προσωπικό περνα από τα κατά κλάδο και κατηγορία καθήκοντά του μετέπει και στις «Ψυχιατρικές Ομάδες» που συγκροτούνται κάθε φορά από το Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ.

Άρθρο 7

Προϊστάμενοι

1. Στο Κ.Ψ.Υ. προϊστάται:

α) Στη Δ/νση, γιατρός με βαθμό Δ/ντή, που υπηρετεί ο' αυτό και εκλιπεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 και ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου, παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ' αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Ψ.Υ. και σε περίπτωση ομοβαθμίων, ο αρχαιότερος στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Κοινωνικής εργασίας ή του Κλάδου ΤΕ επισκεπτών-τριών Υγείας.

γ) Στο Γραφείο Γραμματείας υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ή του κλάδου ΔΕ Διοικητικού - Λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που προϊστανται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 -βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/86 τ.Α').

Άρθρο 8

Αρμοδιότητες

Οι αρμοδιότητες του Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ. καθώς και των Ιατρείων και Γραφείων του, ορίζονται ως ακολούθως:

1. Ο Δ/ντης ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου της Δ/νσης και είναι υπεύθυνος για το συντονισμό και λειτουργία των Ιατρείων και Γραφείων του Κ.Ψ.Υ.

2. Αρμοδιότητες των Ιατρείων του Κ.Ψ.Υ. είναι η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83

3. Αρμοδιότητες του Γραφείου Κοινωνικής Φροντίδας είναι η ευθύνη για την οργάνωση παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στον πληθυσμό καθώς και η εφαρμογή και η υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων στο πλαίσιο του σκοπού του Κ.Ψ.Υ.

4. Αρμοδιότητες του Γραφείου Γραμματείας είναι:

α) Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης του Κ.Ψ.Υ., την υπηρεσιακή κατάσταση των προσωπικού του, την τήρηση των αρχείων και βιβλίων αίτησης των ιατρείων του Κ.Ψ.Υ., την τήρηση του Γενικού Πρωτοκόλλου, τη διακίνηση της αλληλογραφίας καθώς και τη χορήγηση πιστοποιητικών στους αρμόσιους, όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

β) Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Κ.Ψ.Υ., την εκπατεια των γενικών εργασιών και τη φύλαξη και διανομή των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για τη λειτουργία του.

5. Οι αρμοδιότητες του Κ.Ψ.Υ. ασκούνται σύμφωνα με όλα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και μέχρι να εκδίδει ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου που υπάγεται στο Κ.Ψ.Υ. και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 17 Οκτωβρίου 1988

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΩΣΤΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΩΔΡΟΣ

λορίων, για την καλύτερη μισθολογία και μακροαξιοπιστία
μιας ανάπτυξης της Δ.Τ.Υ. με προτεραιότητα στην εισαγωγή
και Τεχνολογίας, την προμήθεια εξοπλισμών, εργαλείων, υαλίων,

Αρ.φ. Α35/6.15/5357

(6)

Αύξηση τιμολογίου νοσηλίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Επισοδίου και ιδιω-
τικού δικαίου καθώς και των ιδιωτικών κλινικών της χώρας.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

1.1. Του άρθρου 16 του Ν. 1579/1985 ΦΕΚ 217/85 τ.Α «Ρυθμίσεις
για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις».

1.2. Του Π.Δ/τος 234/80 ΦΕΚ 66/80 τ.Α και του Π.Δ/τος 187/85
ΦΕΚ 75/85 τ.Α «Καθορισμός τιμολογίου νοσηλίων νοσηλίων ιδρυμάτων
και ιδιωτικών κλινικών εν γένει» όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθη-
καν μεταγενέστερα.

2. Την αρ. 1067/2.2.89 απόφαση της Επιτροπής Τιμών και Εισοδημά-
των.

3. Την αρ. 1 απόφαση της 61ης ολομέλειας/23.3.89 του Κεντρικού
Συμβουλίου Υγείας, αποφασίζουμε:

1. Το ημερήσιο νοσήλιο των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Δημοσίου και Ιδι-
ωτικού Δικαίου και των ιδιωτικών κλινικών της χώρας, όπως έχει καθορι-
στεί με τις διατάξεις των Π.Δ/των 234/80 και 187/85 ενίσταται και αυ-
ξήθηκε για τελευταία φορά με τις Α35/Φ.15/2646/7.4.88 ΦΕΚ
240/88 τ.Β και Α35/Φ.15/1954/88 ΦΕΚ 240/88 τ.Β αντίστοιχες
αποφάσεις, αυξάνεται κατά ποσοστό 15%.

2. Το ποσό του ημερήσιου νοσηλίου που διαμορφώνεται μετά την αυ-
ξηση της προηγούμενης παραγράφου στρογγυλοποιείται στην επόμενη δι-
κάδα ευρώ με την προσθήκη προκύπτων μονάδων.

3. Η ισχύς της απόφασης αυτής αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην
Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 18 Απριλίου 1989

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΔΗΜ. ΤΣΟΒΟΛΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝ. & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

Αριθ. Α3α/οικ. 6957

(5)

Συμπλήρωση της αρ. Α3α/οικ. 15198/17.10.88 κοινή απόφασης ΣΥ-
ΝΤΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Κ.Φ.Υ.) - ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ (ΦΕΚ
777/τ.Β/88)

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα
Υγείας» (ΦΕΚ 143/τ.Α/83).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «Ρυθμίσεις για την
εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατά-
ξεις» (ΦΕΚ 217/τ.Α/85).

3. Την αρ. ΔΙΟΔ/Φ4811/2217, 2623, 170/17.2.89 απόφαση του
Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως.

4. Την αρ. 18 της 57ης Ολομ./6.10.88 απόφασης του ΚΕ.Σ.Υ., απο-
φασίζουμε:

*Άρθρο μόνο

Συμπληρώνοντας την αρ. Α3α/οικ. 15198/17.10.88 κοινή απόφαση
(ΦΕΚ 777/τ.Β/88) ομοειδώνται οι παρακάτω θέσεις προσωπικού κατά
κατηγορία και αλάτο που προστίθενται στις θέσεις που ήδη έχουν ουσιαστί
με το άρθρο 4 «Δίαιση θέσεων» της παραπάνω απόφασης:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ

Μία (1) θέση

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Μία (1) θέση

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 20 Απριλίου 1989

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΑΝ. ΠΕΠΟΝΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
Δ. ΤΣΟΒΟΛΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝ. & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

Αρ.φ. Γ6α/836

(7)

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού στη
Βαρβαβά Μαρία του Κων/νου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
Ασφαλίσεων Γ6α/836/19.4.89 έχει χορηγηθεί στη Βαρβαβά Μαρία του
Κων/νου άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.

Αθήνα, 19 Απριλίου 1989

Με εντολή Υπουργού
Ο Διευθυντής
Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Αρ.φ. Γ6α/828

(8)

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού στη
Δάλλα Χρυσούλα του Γεωργίου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
Ασφαλίσεων Γ6α/828/19.4.89 έχει χορηγηθεί στη Δάλλα Χρυσούλα του
Γεωργίου άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.

Αθήνα, 19 Απριλίου 1989

Με εντολή Υπουργού
Ο Διευθυντής
Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

κάληξη των αναγκών των κέντρων υγείας και των παιδιατρικών ιατρείων έως σε ιατρικό προσωπικό των υπηρεσιών β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προτεραιοποιείται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ερίζεται ιδιαίτερα η χρημ. υπαρέσιας στα κέντρα υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β'.

3. Εκτός από με τον εισοδικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ερίζονται ο τρόπος εφαρμογής και διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ερίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σ' αυτό με την έναρξη λειτουργίας τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την κριση αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προπηρεσία του στο δημόσιο ή, σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πλεονάζουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλογίζονται θέση που μένει κενή, στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθιστώ, που ισχύει πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που δεν συγκαταρτώνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθιστώ που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνεται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

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 συνιστώνται 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 ερίζονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υποδύονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κίνηση και τη διασφάλιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του ασθενούς.

Το κέντρο ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνει και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται έρευνα νοσηλεία. Οι ασθενείς που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων ερίζονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας 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, μετανομαζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ερίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποσυλοποίηση 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 εργασία 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 ιδιαίτερες 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 έσοδοι λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας εφόρουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο κεφάλαιο και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκθέεται ενιαίος εισοδικός 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.

Άρθρο 22.

Οικογενειακός προγραμματισμός.

1. Οι παραγράφους 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

«2. Η εκπαίδευση στο επαγγελματικά υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από το υπεύθυνο κρατικό όργανο που ερίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.»

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και εργαστηριακές έλεγχοι παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοϊατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή διεπιστημονικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής της προηγούμενης παραγράφου: α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και λειτουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σχετιζόμενης και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην ανώτατη, τη