

ΤΕΙ- ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: Διοίκηση και Οικονομία  
ΤΜΗΜΑ: Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**ΘΕΜΑ:** Εξωϊδρυματική παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας. Η περίπτωση των μονάδων που εποπτεύει το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:** Παρασκευόπουλος Λεωνίδας  
**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:** Μάμμον Ελευθερία

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2000

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους γονείς μου  
και σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που  
με βοήθησαν και με έμαθαν άμεσα ή έμμεσα,  
να έχω αυτοπεποίθηση και όταν θέτω στόχους  
να τους υλοποιώ όσο γίνεται καλύτερα!!!

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>1</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....</b>	<b>6</b>
1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ.....	6
1.1.1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	6
1.1.2	ΑΣΥΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	7
1.1.3	ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ.....	8
1.2	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.....	8
1.2.1	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....	8
1.2.2	ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.2.3	ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.....	9
1.2.4	Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ –ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.....	10
1.2.5	Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Α.....	15
1.2.6	ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	16
1.2.7	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.....	26
1.3	Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΓΕΝΙΚΑ, ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.....	28
1.3.1	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	30
<b>2</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....</b>	<b>34</b>
2.1	Η ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ-Α΄ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ.....	34
2.1.1	ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84.....	34
2.1.2	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ Α΄ ΦΑΣΗΣ-Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ.....	35
2.1.3	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ Α΄ ΦΑΣΗΣ.....	38
<b>3</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....</b>	<b>39</b>
3.1	Β΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.....	39
3.1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	39
3.1.2	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.....	39
3.1.3	ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.....	40
3.1.4	ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ.....	43
3.1.5	ΟΙ ΕΞΩΔΡΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΛΕΠΕΙ Η Θ.Ε.Μ.Α.....	44
3.1.6	ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΤΟΙΚΙΩΝ.....	45
3.1.7	ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ.....	47
3.1.8	ΜΙΚΡΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΣΤΟ ΑΙΓΑΛΕΩ.....	49
3.1.9	ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΟΛΩΝΟΥ.....	49
3.1.10	Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.....	52
3.1.11	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α. ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.....	57

3.1.12	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α.	59
3.1.13	ΤΑ ΜΕΣΑ-ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ-ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕ.Μ.Α.	64
<b>4</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	<b>67</b>
4.1	Η «ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΤΑΣΗ» ΓΙΑ ΜΙΑ ΝΕΑ ΓΝΩΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	67
4.1.1	ΟΔΥΣΣΕΙΑ - ΔΑΦΝΙ 2007	67
4.2	ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	69
4.2.1	Η ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΕΚΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΨΝΑ-Ή ΔΙΑΜΕΝΟΝΤΕΣ -Ή ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΝΤΕΣ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ	69
4.2.2	Η ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ, Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Η ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	69
4.2.3	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ, ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
4.3	ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1-ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	72
4.3.1	ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	73
4.3.2	ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/07/1999 ΕΩΣ 31/12/1999)	77
4.3.3	ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2000 ΕΩΣ 30/06/2000)	78
4.3.4	ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/07/2000 ΕΩΣ 31/12/2000)	78
4.3.5	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ 1	79
4.4	ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2	79
4.4.1	ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	79
4.4.2	ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	80
4.4.3	ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2001 ΕΩΣ 31/12/2001)	80
4.4.4	ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2004 ΕΩΣ 31/12/2006)	81
4.5	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	81
4.5.1	ΕΙΔΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	82
4.6	ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	85
<b>5</b>	<b>ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>89</b>
<b>6</b>	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>91</b>
<b>7</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>92</b>

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Κατηγορίες ψυχικά ασθενών ή ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Α.....	11
Πίνακας 2	Αριθμός χρόνιων νοσηλευομένων σε ψυχιατρικά τμήματα .....	11
Πίνακας 3	Ορισμένες παράμετροι που σκιαγραφούν την εικόνα του χρόνιου νοσηλευομένου.....	12
Πίνακας 4	Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης .....	12
Πίνακας 5	Σύσταση ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Ψ.Ν.Α .....	14
Πίνακας 6	Αυτόνομες λειτουργίες κάθε θεραπευτικής ομάδας.....	14
Πίνακας 7	Τόπος γέννησης των ασθενών και προηγούμενη κατοικία τους. ....	18
Πίνακας 8	Β. Τόπος κατοικίας Κατανομή κατά Περιφέρειας και Νομούς .....	18
Πίνακας 9	Χρόνος νοσηλείας των ασθενών.....	21
Πίνακας 10	Κατανομή κατά επάγγελμα.....	22
Πίνακας 11	Γραμματικές γνώσεις.....	22
Πίνακας 12	Αστική κατάσταση .....	23
Πίνακας 13	Κατανομή κατά ομάδες ηλικιών .....	23
Πίνακας 14	Διαγνωστικές κατηγορίες .....	24
Πίνακας 15	Αναφερόμενες δομές και υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης επαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής υποστήριξης με τις αντίστοιχες θέσεις.....	53
Πίνακας 16	Δομές που λειτουργούν υπό προστασία κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης με τις αντίστοιχες θέσεις.....	54
Πίνακας 17	Τμήματα που νοσηλεύοντουσαν ασθενείς πριν την εγκατάστασή τους σε δομές προστατευόμενης κατοικίας .....	55
Πίνακας 18	Μεταβολή του αριθμού των κλινών και των θέσεων κατά το χρονικό διάστημα 1-11-95 μέχρι 27-1-97.....	58



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Ψ.Ν.Α. : Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- Κ.Ψ.Υ. : Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- Θ.Ε.Μ.Α. : Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης
- Μ.Η.Π. : Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης
- Ο.Α.Ε.Δ. : Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
- Π.Ο.Υ. : Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- Ε.Ε. : Ευρωπαϊκή Επιτροπή
- Ε.Ο.Κ. : Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
- Ε.Τ.Β.Α. : Εθνική Τράπεζα Βιομηχανικής Ανάπτυξης
- Ε.Π. : Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα
- Δ.Σ.: Διοικητικό Συμβούλιο
- Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Κ.Ε.Κ.: Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
- Υ.Ε: Υποχρεωτική Εκπαίδευση
- Δ.Ε.: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- Π.Ε.: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
- Τ.Ε.: Τεχνολογική Εκπαίδευση

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζονται πάντα με ιδιαίτερη καχυποψία ακόμη και φόβο από το κοινωνικό σύνολο. Συνήθης πρακτική ήταν η αποπομπή τους από την κοινότητα και ο εγκλεισμός τους σε κάποιο άσυλο. Στη χώρα μας υπάρχουν αρκετά ψυχιατρικά νοσοκομεία και άσυλα, που δυστυχώς είναι γεμάτα από ψυχωσικούς.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια εξωιδρυματικής παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας. Δηλαδή, δομές και υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου όπου γίνεται προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων που βρίσκονται στα άσυλα. Από το 1995 μια τέτοια προσπάθεια γίνεται και στο Ψ.Ν.Α, το μεγαλύτερο ψυχιατρείο στα Βαλκάνια.

Προέκυψαν ερωτήματα και προβληματισμοί γύρω από το τι έγινε στο μεγαλύτερο ψυχιατρείο των Βαλκανίων, Ψ.Ν.Α. Τι προσφέρουν αυτές οι δομές και υπηρεσίες στα ψυχωσικά άτομα; Είναι απαραίτητες; Υπάρχει οικονομικό όφελος; Πόσο προχώρησε το πρόγραμμα εξωιδρυματικής παροχής ψυχιατρικής φροντίδας; Τι προβλήματα ανέκυψαν; Υπήρξε θεσμοθέτηση της λειτουργίας τους και επαρκής στελέχωση; Τι χρειάζεται, τι απαιτείται για να προχωρήσει η προσπάθεια και τι προβλέπεται να γίνει στο μέλλον;

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η συλλογή των στοιχείων, η καταγραφή αυτών και η μελέτη για το τι συνέβη στο Ψ.Ν.Α και κατά πόσο υλοποιήθηκε ο στρατηγικός στόχος, που ήταν οι εξωιδρυματικές παροχές υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας και οι δομές αποκατάστασης εκτός νοσοκομείου.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν αναλύονται όλα τα στοιχεία που αφορούν αυτή την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωσικών στο Ψ.Ν.Α. Δίνεται μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις δομές και υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α και το τι συνέβη εκεί χρόνο με το χρόνο, βήμα προς βήμα.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε εισαγωγικές έννοιες και ορισμούς της ψυχιατρικής και του ασύλου, καθώς και της εκεί νοσηλείας. Επίσης παρουσιάζεται γενικά το Ψ.Ν.Α.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά το ξεκίνημα της αποκατάστασης σε δομές και υπηρεσίες καθώς και οι ανάγκες που επέβαλαν την πραγματοποίησή τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται αναλυτικά όλο το πλαίσιο οργάνωσης, λειτουργίας, στελέχωσης και οικονομικής υποστήριξης, καθώς επίσης και η συνέχιση της πορείας των εξωιδρυματικών δομών και υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο καταγράφεται αναλυτικά το νέο πρόγραμμα αποκατάστασης με δομές και υπηρεσίες, «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2007», το οποίο είναι μια νέα πρόταση. Αυτή ίσως δώσει μια νέα πνοή στις ήδη υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες, και ανοίξει νέους ορίζοντες, στο θέμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχωσικών ατόμων.

Ειδικότερα στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

- Η παρουσίαση στοιχείων για τις εξωιδρυματικές δομές και υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α και πορεία εξέλιξης αυτών.
- Η καταγραφή των στοιχείων που αφορούν τη διοικητική δομή και τον τρόπο εποπτείας αυτών των δομών και υπηρεσιών.
- Η ανάλυση στοιχείων για την οργάνωση και τη λειτουργία των δομών και υπηρεσιών όσον αφορά στη στελέχωση και την επάρκεια του προσωπικού καθώς και τα οικονομικά στοιχεία αυτών, το κόστος λειτουργίας τους.
- Τα εμπόδια και οι αδυναμίες εξέλιξης όλου αυτού του προγράμματος.
- Προτάσεις και συμπεράσματα για ένα βήμα εμπρός.

Οι παρακάτω στόχοι καθιστούν αυτή την εργασία σημαντική διότι παρουσιάζεται όσο γίνεται σφαιρικά το όλο πρόγραμμα αποκατάστασης σε δομές και υπηρεσίες εκτός Ψ.Ν.Α, έχοντας ως στόχο την επανένταξη αυτών των «περιθωριοποιημένων» ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Στην προσπάθεια για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επίκουρο καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος κ. Παρασκευόπουλο Λεωνίδα, καθώς και όλους εκείνους τους ανθρώπους που με βοήθησαν με όλη τους τη διάθεση για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ

#### 1.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η κοινωνική ψυχιατρική είναι η σύγχρονη ψυχιατρική. Αυτό, γιατί είναι πλέον αυτονόητο και ευρύτητα παραδεκτό ότι η συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων είναι αναμφισβήτητη στην αιτιολογία και εξέλιξη της ψυχιατρικής διαταραχής. Επομένως, ο σύγχρονος ψυχίατρος θα πρέπει να ενσωματώσει στις πρακτικές του τις τεχνικές παρέμβασης και τις υπηρεσίες περίθαλψης, που προέρχονται από τη συνειδητοποίηση της κοινωνικής διάστασης της νόσου, στη θεραπεία και αντιμετώπισής της. Παράλληλα θα πρέπει να αναπτυχθούν οι δομές περίθαλψης που ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας. Η κοινοτική ψυχιατρική υλοποιείται με την δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Η ανάπτυξη γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού. Για τη σωστή ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών και την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας χρειάζεται ευαισθητοποίηση της κοινότητας και δημιουργία στελεχών επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που με την κατάλληλη εκπαίδευση θα αποκτήσουν τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις, που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Απαιτούνται επίσης οι κατάλληλες θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές που θα αποτελέσουν το νομικό και οργανωτικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Η αρχή της τομεοποίησης (Catchment areasecteur), αφορά την διαίρεση της χώρας σε πληθυσμιακές και αντίστοιχες γεωγραφικές περιοχές και τον προσδιορισμό των πληθυσμών για τους οποίους σχεδιάζεται το σύστημα παροχής υπηρεσιών, δηλαδή των τομέων. Ο πληθυσμός των τομέων σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές πρέπει να κυμαίνεται από 50 έως 150 χιλιάδες κατοίκους. Χωρίς τον προσδιορισμό της πληθυσμιακής και γεωγραφικής μορφής του τομέα, δεν είναι δυνατός κανένας σχεδιασμός υπηρεσιών, επειδή υπάρχουν ιδιομορφίες πληθυσμιακές και γεωγραφικές, αλλά το κυριότερο, επειδή υπάρχει απόλυτη εξάρτηση των απαιτούμενων θέσεων (αριθμός κρεβατιών, δυναμικότητα οικοτροφείων, ξενώνων, κέντρων αποκατάστασης κ.τ.λ.) και του προσωπικού που χρειάζεται, για τον οποίο οι υπηρεσίες αναπτύσσονται. Το μέγεθος του τομέα καθορίζει και τις αποστάσεις που πρέπει

ο ασθενής να διανύσει, ώστε να μην αναγκάζεται να απομακρύνεται για την παροχή της περίθαλψης από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η αρχή της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς (continuity of care), σημαίνει τη δυνατότητα της θεραπευτικής ομάδας να παραμένει υπεύθυνη για τον ασθενή της σε όλες τις φάσεις της νόσου και ανεξάρτητα από το είδος περίθαλψης το οποίο απαιτείται για τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό διατηρείται η θεραπευτική σχέση και αποφεύγονται οι υποτροπές της νόσου.

Η αρχή της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (comprehensiveness of care), υπονοεί τον σχεδιασμό των υπηρεσιών μετά από προσδιορισμό των αναγκών του πληθυσμού του τομέα την πλήρη κάλυψή τους με πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική κατανομή των πόρων, έτσι ώστε να συμβάλει στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του συστήματος, με το μικρότερο κόστος.<sup>1</sup>

### 1.1.2 ΑΣΥΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο όρος άσυλο υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα όμως γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου και ανίκατου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Ο πληθυσμός των ψυχιατρικών διαρκώς αυξανόταν επειδή οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν πολύ μικρές. Παρότι κατά καιρούς υπήρχαν προσπάθειες ανθρωπιστικής μεταχείρισης των ασθενών με την απασχολησιοθεραπεία και την λεγόμενη πολιτική των ανοιχτών θυρών, οι ασθενείς σπανιότατα διέβαιναν την εξωτερική πύλη του ψυχιατρείου.

Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο τον στερούσε από τις κοινωνικές του δραστηριότητες και του αφαιρούσε βαθμιαία και τα λίγα εκείνα υπολείμματα κοινωνικότητας που απέμειναν μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου. Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, η οποία οφειλόταν στη μακρά παραμονή στο άσυλο, συγγεόταν με τις εκδηλώσεις της νόσου και θεωρείτο ως ένα σύμπτωμα της νόσου αυτής κάθε αυτής, μέχρις ότου ο R. Bartou στη Μεγάλη Βρετανία διεχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε ιδρυματική νεύρωση ή ιδρυματισμό.

Το αποτέλεσμα των αντιλήψεων και πρακτικών αυτών ήταν να αυξάνονται οι ανάγκες για ασυλικά κρεβάτια, όπως επίσης και ο μέσος χρόνος νοσηλείας. Το 1972, όπως φαίνεται από έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, τα κρεβάτια στα ψυχιατρεία κυμαίνονται στις Ευρωπαϊκές χώρες από 22

<sup>1</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων, στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. T.Lemberiere-A.Feline και συνεργάτες, σελ. 389-390, Β τόμος

(Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία) ανά 100.000 κατοίκους. Η Ελλάδα το 1972 είχε 157 ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους.<sup>2</sup>

### 1.1.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Το μεγαλύτερο κόστος περίθαλψης στην ασυλική φάση προέρχεται από τη μακροχρόνια παραμονή των ψυχωσικών στα ψυχιατρεία.

Κατά τη φάση της νοσηλείας, στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ο ασθενής απαιτείται να παραμένει κλινήρης για θεραπευτικούς λόγους. Αντίθετα, στην περίπτωση νοσηλείας στο ψυχιατρείο και πριν από την ανακάλυψη των βιολογικών θεραπειών της ψύχωσης και των μεθόδων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δεν γινόταν καμία θεραπεία. Η νοσηλεία κάλυπτε μόνο τις ανάγκες σίτισης και στέγασης του ασθενούς με την παράλληλη φύλαξή του. Σύμφωνα με την κλασική ιατρική αντίληψη, η προσπάθεια επικεντρώνεται στην καταπολέμηση της νόσου, η δε κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς έπεται αυτομάτως.

Στην περίπτωση των ασθενών του ψυχιατρείου που η σωματική τους υγεία κατά κανόνα είναι ακέραη, το κρεβάτι δεν αποτελεί μέσο θεραπείας, αλλά αντίθετα είναι επιζήμιο όταν χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Η αντίληψη ότι οι ασθενείς είναι ανεύθυνοι και επικίνδυνοι οδηγούσε σε μέτρα ασφαλείας και μείωσης των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, η οποία μαζί με τον ιδρυματισμό, είχαν σαν αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη δυνατή παλινδρόμησή τους.<sup>3</sup>

## 1.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

### 1.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.

Το Δαφνί συμπυκνώνει μέσα του όλες τις αντιφάσεις της Ελληνικής ψυχιατρικής. Γέννημα μιας θυελλώδους ιστορικής εποχής, υπήρξε προϊόν των αντιφάσεων της Ελληνικής κοινωνίας των αρχών του αιώνα, όταν η Μικρασιατική καταστροφή έφερε στον Ελληνικό χώρο 1,5 εκατομμύριο ψυχές και μαζί τους την πείνα, την ανεργία, την εξαθλίωση, τα κοινωνικά δεινά. Αυτή η εκρηκτική κοινωνική κατάσταση ήταν που δημιούργησε την ανάγκη ενός μεγάλου ασύλου. Έτσι στήθηκαν οι πρώτες παράγκες στο Δαφνί και στεγάστηκαν οι πρώτοι τρόφιμοι, που μεταφέρθηκαν από την Αγία Ελεούσα. Από το 1934 που δημοσιεύθηκε ο νόμος «περί οργανώσεως των Δημοσίων ψυχιατρείων», το Δαφνί άρχισε να λειτουργεί και ως ψυχιατρείο.

<sup>2</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων, στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Τ. Lemberiere-A. Feline και συνεργάτες, σελ.391-392, Β' τόμος

<sup>3</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Τ. Lemberiere – Α. Feline και συνεργάτες. Σελ. 393 Β' Τόμος



Οι ανάγκες της Ελληνικής κοινωνίας κατά την κρίσιμη δεκαετία του 1930, όπως εκφράζονταν μέσα από τον παραμορφωτικό καθρέπτη των προνοιακών μέτρων, που πήρε η Μεταξική δικτατορία, οδήγησαν στην ψήφιση του νόμου 965|37. Ο νόμος αυτός θεσμοθέτησε το Δαφνί ως «Νοσηλευτικό Ίδρυμα», επιτρέποντας έτσι τον διορισμό του πρώτου επιστημονικού προσωπικού του. Το 1939 νοσηλεύονταν εκεί 1.809 ασθενείς. Η κατάσταση που επικρατούσε ήταν φοβερή! Ο ποιητής Κώστας Βάρναλης, που το επισκέφτηκε το 1939, το ονόμασε «Κόλαση των ζωντανών»!

Το Δαφνί δεν μπόρεσε ποτέ να λειτουργήσει σωστά. Ο διπλός του χαρακτήρας, του άσυλου και του νοσοκομείου, αναπαρήγαγε διαρκώς την αδυναμία του να λειτουργήσει σωστά τόσο σαν άσυλο όσο και σαν ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Για πολλές δεκαετίες, από τις αρχές του αιώνα και μέχρι σήμερα, το Δαφνί, το μεγαλύτερο άσυλο, αλλά και το μεγαλύτερο ψυχιατρείο της χώρας (και για πολλούς των Βαλκανίων) σηκώνει στους ώμους του το μεγαλύτερο βάρος της παρεχόμενης δημόσιας ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 οι νοσηλεύόμενοι ξεπερνούσαν τις 2.500 χιλιάδες, ζώντας όλοι σε τραγικές συνθήκες, με ελάχιστο προσωπικό, που στην πλειοψηφία του ήταν ανεκπαιδευτο.<sup>4</sup>

## 1.2.2 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το ΨΝΑ (ΔΑΦΝΙ) είναι το μεγαλύτερο ψυχιατρείο της χώρας, πιθανώς και των Βαλκανίων.

Λειτουργεί ογδόντα (80) περίπου χρόνια, και είχε μέχρι την 23/09/1998 νοσηλεύσει 61.000 (εξήντα μία χιλιάδες) περίπου αρρώστους, που πραγματοποίησαν 132.000 (εκατόν τριάντα δύο χιλιάδες) εισόδους. Την πενταετία 1993-1998 πραγματοποιήθηκαν 15.000 (δεκαπέντε χιλιάδες) εισόδοι. Από αυτές οι 5.500 (πέντε χιλιάδες πεντακόσιες) ήταν ασθενών που εισήχθησαν για πρώτη φορά. Το ετήσιο διάστημα (24/09/1997 – 23/09/1998) πραγματοποιήθηκαν 3.400 (τρεις χιλιάδες τετρακόσιες) εισόδοι. Από αυτές πρώτες εισόδοι ήταν 1.250 (χιλίες διακόσιες πενήντα)<sup>5</sup>.

## 1.2.3 ΛΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α

Το Ψ.Ν.Α έχει οργανώσει και λειτουργεί δώδεκα γενικά ψυχιατρικά τμήματα (κλινικές) που λειτουργούν σε 26 (εικοσιέξι) νοσηλευτικά τμήματα και νοσηλεύουν 1.300 (χίλιους τριακόσιους) περίπου ασθενείς. Σε 12 (δώδεκα) από αυτά τα νοσηλευτικά τμήματα νοσηλεύονται ανάμεικτα και νεοεισερχόμενοι άρρωστοι (νοσούντες για πρώτη φορά ή εμφανίζοντες υποτροπή) αλλά και χρόνιοι άρρωστοι. Το φαινόμενο αυτό είναι ένας από τους βασικούς ανασταλτικούς παράγοντες για την πρόοδο του Νοσοκομείου και προσδίδει

<sup>4</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 61 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1998. σελ. 10-11.

<sup>5</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 13

στην όλη λειτουργία του το διπλό του χαρακτήρα: του ασύλου από τη μια μεριά και του γενικού ψυχιατρικού νοσοκομείου από την άλλη.

Επίσης λειτουργούν:

Δυο ψυχογηριατρικά τμήματα (κλινικής) που λειτουργούν σε τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα με 250 (διακόσιους πενήντα) περίπου αρρώστους.

Ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές και υπηρεσίες για πρόσωπα εξαρτημένα από ουσίες και αλκοόλ.

Υποστηρικτικές κλινικές, ιατρεία και εργαστήρια (παθολογική, χειρουργική και νευρολογική κλινική-μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο κτλ.). Ακόμη υπάρχουν και λειτουργούν:

Δομές και υπηρεσίες παραδοσιακής εργοθεραπείας.

Μονάδα οικογενειακής θεραπείας εκτός Νοσοκομείου Ιατρείου συμπεριφοράς εκτός Νοσοκομείου.

Δύο ξενώνες-οικοτροφεία στον Κολωνό και τον Κορυδαλλό<sup>6</sup> για περίπου 40 (σαράντα) ασθενείς.

Δώδεκα θεραπευτικά διαμερίσματα για 40 (σαράντα) περίπου ασθενείς στα πλαίσια της λειτουργίας και υπό την εποπτεία της ΘΕ.Μ.Α.<sup>7</sup>.

Δέκα θεραπευτικά διαμερίσματα για 15 (δεκαπέντε) ασθενείς υπό την εποπτεία και ως επιδιωκόμενη εξέλιξη της λειτουργίας του-ξενώνα -στον Κολωνό.

Δεκαπέντε εξειδικευμένες δομές και υπηρεσίες κατάρτισης και προώθησης της απασχόλησης, με αντίστοιχα αντικείμενα εργασίας, για 150 (εκατόν πενήντα) περίπου ασθενείς, στα πλαίσια της λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.

Τέλος, λειτουργούν:

Ένα κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α)

Ένα Περιστερί Κέντρο Ψυχικής Υγείας επίσης στο Περιστερί<sup>8</sup>.

#### **1.2.4 Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ –ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.**

Στη χώρα μας έχουν αναπτυχθεί πολλαπλές μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πέρα από τα γνωστά άσυλα, λειτουργούν Κ.Ψ.Υ, ψυχιατρικοί τομείς, στα Γενικά Νοσοκομεία, Ξενώνες-μορφές επαγγελματικής κατάρτισης με φορείς Δημόσιους Οργανισμούς-Δήμους και Εταιρείες.

Ακόμα έχει επισημανθεί η αναγκαιότητα ανάπτυξης περισσότερων νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα σε εκείνες τις γεωγραφικές περιοχές που δεν υπάρχει καθόλου ψυχιατρική φροντίδα.

Πέρα όμως από οποιοδήποτε σχεδιασμό λειτουργίας νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πρέπει να επιλυθούν σημαντικά προβλήματα. Όπως η μη τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

<sup>6</sup> δυστυχώς δεν λειτουργεί πλέον

<sup>7</sup> βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο.

<sup>8</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.13-14



Η πληροφόρηση και η ενημέρωση αποτελεί πλέον προνόμιο. Ιδιαίτερα με τις ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες, με το πρόγραμμα αποκατάστασης μειονεκτούντων ατόμων, η πληροφόρηση αποτελεί τυχαίο και τυχερό γεγονός. Η ενημέρωση για την έγκριση ενεργειών από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση. Όπου παρουσιάζονται πολλαπλά προβλήματα στο σχεδιασμό και στη δυνατότητα απορροφητικότητας των κονδυλίων.

Επίσης μέσα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πάρα πολλές ενέργειες είναι «μειωμένες», κι ανάμεσα στα ψυχιατρικά τμήματα δεν υπάρχει καμία συνεργασία. Είναι εμφανές λοιπόν, ότι πρέπει να αναπτυχθεί δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας που να βασίζεται στο πνεύμα του συντονισμού και της συνεργασίας.

Μελετώντας το Ψ.Ν.Α – το οποίο είναι το μεγαλύτερο ψυχιατρείο στη χώρα μας – έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα. Το Ψ.Ν.Α υπήρξε ο κορμός της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Συνεχίζει και σήμερα να φέρνει ένα μεγάλο βάρος στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρουσιάζοντας ορισμένα στοιχεία θα υπάρξει μια πιο σφαιρική εικόνα για το Ψ.Ν.Α. Όπως:

- κατηγορίες ψυχικών ασθενών ή ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Α
- αριθμός χρόνιων νοσηλευομένων
- χαρακτηριστικά της εικόνας χρόνιου νοσηλευομένου
- προγράμματα αποκατάστασης

**Πίνακας 1 Κατηγορίες ψυχικά ασθενών ή ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Α**

χρόνιοι νοσηλευόμενοι
νέοι χρόνιοι νοσηλευόμενοι
ασθενείς της περιστρεφόμενης πόρτας
ασθενείς με Α εισαγωγή
άτομα που χρήζουν από ασυλιακή φροντίδα
ασθενείς που έχουν διαπράξει ποινικό αδίκημα
ψυχογηριατρικοί ασθενείς
άτομα τοξικά-εξαρτημένα
άτομα με νοητική καθυστέρηση ή άλλες αναπηρίες
άλλες κατηγορίες

**Πίνακας 2 Αριθμός χρόνιων νοσηλευομένων σε ψυχιατρικά τμήματα**

Άνδρες 873
Γυναίκες 640
<b>Σύνολο 1.513</b>
Σε ειδικά τμήματα: 213
Απασχόληση:

<i>A) εντός των ψυχ/κών τμημάτων</i>
Άνδρες 288
Γυναίκες 134
<b>Σύνολο 427</b>
<i>B) εργοθεραπεία</i>
Άνδρες 83
Γυναίκες 32
<b>Σύνολο 125</b>

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, έχουμε μεγάλη κατηγορία ψυχικά ασθενών που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Α. Επίσης ο χώρος του Ψ.Ν.Α συνεχίζει να λειτουργεί και σαν «αποθήκη» για κάθε «εν επιθύμητο».

Σε πάρα πολλές περιπτώσεις αποδεικνύεται η τραγική και απαράδεκτη κατάσταση που επικρατεί, από τη σημερινή δομή λειτουργίας του Ψ.Ν.Α:

Νέα άτομα που νοσούν για πρώτη φορά να εισάγονται σε ψυχιατρικά τμήματα με γηρασμένο πληθυσμό χρόνιων ασθενών. Ηλικιωμένα άτομα να εισάγονται σε ψυχιατρικά τμήματα που είναι σε άσχημες συνθήκες ή να μπαίνουν σε λίστα αναμονής. Επίσης, άτομα με νοητική καθυστέρηση ή άλλες αναπηρίες (κινητικές – τυφλοί - κωφάλαλοι) «χάνουν» το δικαίωμα για μια ανάλογη αντιμετώπιση που απαιτεί η αναπηρία τους.

Διαπιστώνεται από τον Πίνακα 2, ότι ο αριθμός των νοσηλευομένων παραμένει μεγάλος. Απασχολούνται σε μεγάλο ποσοστό μέσα στα ψυχιατρικά τμήματα στις γνωστές δουλειές. Και αυτοί που απασχολούνται στην εργοθεραπεία δεν ξεφεύγουν πέρα από τα πλαίσια της απλής απασχόλησης. Καμία προσπάθεια για την επανακατάσταση των δεξιοτήτων τους.

**Πίνακας 3 Ορισμένες παράμετροι που σκιαγραφούν την εικόνα του χρόνιου νοσηλευομένου**

μέσος όρος ηλικίας 50 ετών (κάτω των 50)
μέσος όρος χρόνου νοσηλείας 20-22 έτη
απουσία συγγενών και επισκέψεων
μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις από τον τόπο καταγωγής
έλλειψη οικονομικών πόρων
ελάχιστες ημερήσιες άδειες

**Πίνακας 4 Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης**

A) Ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών (καν. 815/84 Horizon)
κέντρο προεπ/κής κατάρτισης στο Περιστέρι
αγροτική συνεταιριστική μονάδα
συνεργείο καθαριότητας
συνεργείο κηποτεχνικής
λειτουργία καταστημάτων

B) Μορφές προστατευόμενης εργασίας
κατάστημα ψιλικών
βιβλιοπωλείο
αναψυκτήριο
συνεργείο ανακύκλωσης υλικού
εργαστήριο κηροπλαστικής
πλυντήριο-λιπαντήριο αυτοκινήτων

Οι παράμετροι του Πίνακα 3 μπορεί να θεωρηθούν αρνητικοί παράγοντες για μια άμεση και σύντομη διαδικασία αποϊδρυματισμού. Απαιτείται όμως να αρχίσει άμεσα προεργασία για την προετοιμασία των νοσηλευομένων να μπορέσουν το συντομότερο να φιλοξενηθούν σε ξενώνες σε προστατευόμενα διαμερίσματα και φυσικά ορισμένοι να τύχουν επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η ανάπτυξη όλων αυτών των ενεργειών θα μπορούσαν να είχαν δώσει ένα άλλο χαρακτήρα στο Ψ.Ν.Α και να είχαν συμβάλει σημαντικά στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη.

Σε σχέση με τα κοινοτικά προγράμματα δεν υπήρξε καμία προετοιμασία στην οργάνωση υπηρεσιών σύστασης ειδικών ομάδας για να λειτουργήσουν στο ΨΝΑ. Η έλλειψη θεσμικού νομοθετικού πλαισίου που να καθορίζουν το νομικό καθεστώς λειτουργίας των διαφόρων μορφών επαγγελματικής αποκατάστασης, όπως και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην αναποτελεσματικότητα των διαφόρων ενεργειών.

Επίσης, η αβεβαιότητα ως προς το αν θα συνεχισθούν οι διάφορες δραστηριότητες όταν σταματήσουν οι κοινοτικές επιχορηγήσεις, είχε αρνητικές επιπτώσεις. Σχετικά με τις μορφές προστατευόμενης εργασίας, οι διοικητικές οικονομικές υπηρεσίες περιορίζονται στο «επιχειρησιακό» σκέλος ή τις εντάσσουν στις διαδικασίες λειτουργίας της εργοθεραπείας.

Έτσι περιορίζεται σημαντικά ο χαρακτήρας αυτών των μορφών, η δυνατότητα συμμετοχής των εργαζομένων ασθενών, στην οργάνωση, διαχείριση, στα κέρδη κτλ.

Συνοπτικά θα μπορέσουμε να επισημάνουμε ότι ο αριθμός των νοσηλευομένων που έτυχαν επαγγελματικής αποκατάστασης είναι περιορισμένος. Δεν υπήρξε συντονισμένη ενδονοσοκομειακή δραστηριότητα, δεν υπάρχει καταγραφή των νοσηλευομένων που μπορούν να ενταχθούν σε πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης.

Δεν γίνεται καμία προετοιμασία τους, πριν την ένταξή τους σε πρόγραμμα και τέλος η ένταξή τους γίνεται πολλές φορές για την συμπλήρωση του προβλεπόμενου αριθμού εκπαιδευομένων.

Έτσι προκύπτει ότι αν δεν αλλάξει η λειτουργία του Ψ.Ν.Α όλες οι προσπάθειες ίσως να έχουν ένα θλιβερό τέλος. Είναι ανάγκη να υπάρξει αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Ψ.Ν.Α και θα πρέπει να βασίζονται σε τρεις αρχές:

- θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση σε αξιοπρεπείς συνθήκες
- το δικαίωμα για κάθε εφικτή αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη

➤ ανθρώπινη διαβίωση

Πίνακας 5 Σύσταση ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Ψ.Ν.Α

ψυχιατρικό νοσοκομείο
θεραπευτική μονάδα αποκατάστασης
θεραπευτική μονάδα αντιμετώπισης ατόμων με νοητική καθυστέρηση και ειδικές αναπηρίες
θεραπευτική μονάδα για ψυχογηριατρικούς ασθενείς
θεραπευτική μονάδα απεξάρτησης

Πίνακας 6 Αυτόνομες λειτουργίες κάθε θεραπευτικής ομάδας

ύπαρξη επιστημονικής ομάδας
αυτόνομη νοσηλευτική υπηρεσία
αυτόνομη διοικητική υπηρεσία
άμεση συμμετοχή στο προγραμματισμό του προϋπολογισμού
άμεση υπευθυνότητα στην πρόσληψη του προσωπικού

Ορισμένες θεραπευτικές μονάδες του Πίνακα 5 πρέπει προσωρινά να λειτουργήσουν στο χώρο του Ψ.Ν.Α. Κάθε θεραπευτική μονάδα πρέπει να έχει αυτόνομη λειτουργία, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.

Επίσης πρέπει να υπάρξει πρωτόκολλο συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων του νοσοκομείου είτε των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πρέπει να καθοριστούν κάποια σημεία και ιδιαίτερα ο χαρακτήρας των θεραπευτικών μονάδων αποκατάστασης. Να υπάρξει οργανωτικό πλαίσιο, πρέπει να λειτουργήσουν επιτροπές όπως:

- Εθνική Κεντρική Επιτροπή Σχεδιασμού-Συντονισμού προγραμμάτων αποκατάστασης
- Περιφερειακή Επιτροπή
- Τοπική θεραπευτική μονάδα αποκατάστασης.

Όπου θα εξασφαλιστεί, προγραμματισμού των ενεργειών αποκατάστασης, συμμετοχή στον προγραμματισμό, δίκαιη και ισότιμη κατανομή πόρων, συντονισμός ανάμεσα στους φορείς και ανάπτυξη συνεργασίας με κοινωνικούς φορείς (τοπ. αυτοδιοίκηση – επιχειρηματίες κτλ).

Σε σχέση με το νομοθετικό πλαίσιο, πρέπει να καθορίζει τέτοιες διαδικασίες, που να μπορούν να λειτουργήσουν αυτές οι μορφές, είτε με το νομικό καθεστώς που προβλέπονται από τους συνεταιρισμούς είτε από άλλες νομικές διατάξεις, όπου θα διασφαλισθεί η δυνατότητα για:

**A**

- Ανάληψης εργασίας από ομάδα ψυχικά ασθενών βάση ειδικών συμβάσεων
- το Δήμο κι άλλους οργανισμούς
- Δημιουργία προμηθευτικού οργανισμού
- Παραγωγή προϊόντων



Ανάπτυξη μεικτών βιοτεχνικών μονάδων  
 Στήριξη θέσεων εργασίας στην ελεύθερη αγορά  
 Β Τη δυνατότητα συνεργασίας με άλλες κοινωνικές ομάδες, όπως:  
 Απεξαρτημένα άτομα  
 Κινητικά ανάπηρους (παραπληγεία κτλ)  
 Άνεργους με επιβεβαίωση μακράς διάρκειας ανεργία  
 Γ Την διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης:  
 Υπουργείο Εργασίας  
 ΟΑΕΔ  
 ΕΤΒΑ  
 Τοπική Αυτοδιοίκηση και  
 Άλλες πηγές<sup>9</sup>

### 1.2.5 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Α.

Παρά τη συντελεσθείσα πρόοδο (πολύ βραδύτερη όμως, απ' όσο οι γενικότερες συνθήκες, οι διατεθέντες πόροι και η πρόοδος της χώρας σε άλλους τομείς, το επιτρέπουν) η κατάσταση στο Ψ.Ν.Α εξακολουθεί να είναι προβληματική. Οι επισημάνσεις της επιτροπής που προβλέπει η Ευρωπαϊκή Σύμβαση (που κυρώθηκε με το Νόμο 1949/30 Μαΐου 1991) χαρακτηρίζουν εγκύρωσ και επαρκώς αυτή την κατάσταση.

Αναφέρονται σε καταστάσεις που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης, την περίθαλψη που παρέχεται και τις μεθόδους περιορισμού, που σε μερικές περιπτώσεις ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την φυσική υγεία των ασθενών.

Η αιτία των καταστάσεων αυτών μπορεί να αποδοθεί κατά μεγάλο βαθμό στις σοβαρές ελλείψεις πόρων ειδικευμένου προσωπικού υγείας περίθαλψης και υλικών παροχών.

Σύμφωνα με τις ίδιες επισημάνσεις με λίγες εξαιρέσεις, οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών κυμαίνονται από μέτριες έως κακές και σε μερικές περιπτώσεις είναι θλιβερές.

Υπάρχουν κοιτώνες από 5 έως 20 κλίνες εξοπλισμένοι υποτυπωδώς. Λίγοι ασθενείς έχουν προσωπικά αντικείμενα.

Το περιβάλλον είναι γυμνό και απρόσωπο χωρίς καμία ιδιαιτερότητα. Παρά τις περιστασιακές προσπάθειες του προσωπικού να εξανθρωπίσουν τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών, η γενική εντύπωση είναι αυτή της στέρησης.

Οι εγκαταστάσεις υγιεινής που επισκέφθηκε η επιτροπή ήταν σε γενικές γραμμές υποτυπώδες, σε κακή κατάσταση συντήρησης και όχι επαρκής σε αριθμό. Η γενική νοσοκομειακή υγιεινή στους χώρους διαβίωσης των ασθενών είναι κατώτερης ποιότητας. Η επιτροπή συνιστά ότι θα πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα χωρίς καθυστέρηση προκειμένου να διασφαλιστεί η στοιχειώδης νοσοκομειακή υγιεινή στους χώρους διαβίωσης των ασθενών.

<sup>9</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 46 Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος 1994. σελ. 20-24



Το ανθρώπινο δυναμικό του προσωπικού είναι πολύ ασθενές. Συνέπεια αυτού, είναι το σύνθηρες φαινόμενο δύο μη ειδικευμένα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού να αναλογούν στην περίθαλψη 40 ή και περισσότερων ασθενών. Αυτό δημιουργεί κατάσταση υψηλού κινδύνου για τους ασθενείς παρά τις καλές προθέσεις και τις γνήσιες προσπάθειες του προσωπικού.

Εκεί όπου άνθρωποι πολλοί, και δίπλα στην πρωτεύουσα της χώρας, οδηγούνται σε βιολογική και ψυχική δυσπραγία, χάνουν βαθμιαία το πρόσωπό τους και περιφέρουν εν ζωή την ευτέλεια του θανάτου τους μέσα στη μοναξιά και την εγκατάλειψη.

Περισσότεροι από 850 άρρωστοι ζουν σε συνθήκες αφόρητες και πολλές φορές επικίνδυνες για την ίδια τη ζωή τους. Απελπιστική στενότητα χώρων, παντελής έλλειψη προσωπικού χώρου, συνθήκες υγιεινής απαράδεκτες έως επικίνδυνες, θάλαμοι αχανείς, πολλές φορές με 15-20 ή και περισσότερους αρρώστους είναι τα συνήθη χαρακτηριστικά.

Μεγάλη έλλειψη κλινών για τις νέες εισαγωγές αρρώστων που έχουν ανάγκη εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Η ανάμειξή τους με χρόνιους αρρώστους σε κακές λειτουργικές και κτιριακές συνθήκες επιμηκύνει το χρόνο νοσηλείας τους και συντελεί στον ιδρυματισμό και νέων αρρώστων. Η έλλειψη εξάλλου κλινών οδηγεί πολλές φορές στην πρόωρη έξοδο των αρρώστων για να εξοικονομούν κλίνες. Έτσι, επανεισαγωγές αρρώστων σε σύντομο από την έξοδό τους χρόνο παρατηρούνται συχνά.

Οι προσπάθειες για την οργάνωση εξειδικευμένων δομών και υπηρεσιών κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά σχεδόν σταθερά αντιμετωπίζουν εμπόδια, πολλές φορές μάλιστα εντελώς απροσδόκητα. Η Θ.Ε.Μ.Α.<sup>10</sup> εξακολουθεί παρά τις πιέσεις και τις αντίστοιχες υποσχέσεις να είναι θεσμικά μετέωρη. Εμποδίζεται έτσι η αποκατάσταση σε εξωνοσοκομειακές δομές αρρώστων κατάλληλα προετοιμασμένους προς τούτο. Λόγω έλλειψης θεσμικών πλαισίων η Θ.Ε.Μ.Α. όχι μόνο δεν αναπτύσσεται πλέον αλλά βαθμιαία συρρικνώνεται και λειτουργικά υποβαθμίζεται.<sup>11</sup>

### 1.2.6 ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Το Ψ.Ν.Α για πολλές δεκαετίες ήταν το μόνο ψυχιατρικό νοσοκομείο που δεχόταν εισαγωγές απόρων ασθενών από την περιφέρεια Αττικής. Για πολλές δεκαετίες επίσης δεχόταν αρρώστους και από όλες τις άλλες περιφέρειες της χώρας. Το φαινόμενο τείνει να περιοριστεί αλλά δεν έχει εκλείψει εντελώς.

Το Ψ.Ν.Α εξακολουθεί να εφημερεύει και να δέχεται νέες εισαγωγές τέσσερις φορές την εβδομάδα. Ο αριθμός κλινών που διαθέτει για να ανταποκριθεί σε αυτή την υποχρέωση είναι εντελώς ανεπαρκής. Υπάρχει δηλαδή μεγάλη ποσοτική ανεπάρκεια του προσωπικού σε όλους τους κλάδους και μεγάλη έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Οι πραγματικές ανάγκες είναι

<sup>10</sup> Βλέπε κεφάλαιο Τρίτο

<sup>11</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 14-16

ακόμα περισσότερες θέσεις από τις υπάρχουσες στον ισχύοντα οργανισμό και ιδιαίτερα σε εξειδικευμένο προσωπικό.

Οι διαδικασίες υλοποίησης των όποιων θετικών αποφάσεων είναι πολυδαίδαλες, πολλές φορές απροσδιόριστες και όχι λίγες απροσδόκητες. Τα προβλεπόμενα από το δημόσιο λογιστικό και οι διατάξεις για τα δημόσια έργα, καταλήγουν πάντοτε σε μεγάλες καθυστερήσεις και τελικά στην καταπολέμηση των διατιθεμένων πόρων χωρίς να εξασφαλίζουν τη χρηστή διαχείριση του δημόσιου χρήματος.

Τα κοινοτικά προγράμματα (κανονισμός 815, Horizon, ΕΠ: «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας») δεν αξιοποιήθηκαν στο βαθμό που θα έπρεπε. Αντίθετα μάλιστα πολύ λιγότεροι άρρωστοι επωφελήθηκαν από όσους θα έπρεπε και θα μπορούσαν. Οι αιτίες είναι πολλές. Κυρίως όμως ότι είναι τα διάφορα σχέδια, προγράμματα και προτάσεις καταρτίστηκαν από διάφορους «εμπειρογνώμονες» ερήμην αυτών που κλήθηκαν εκ των υστέρων να τα υλοποιήσουν. Από τους σχεδιάσαντες αγνοήθηκε το πολύπλοκο και χρονοβόρο γραφειοκρατικό σύστημα (ιδιαίτερα το αδιαπέραστο πλέγμα που αφορά τις διαδικασίες εκτέλεσης δημοσίων έργων και πρόσληψης προσωπικού), με αποτέλεσμα συνεχείς αναβολές, αναστολές και παρεκκλίσεις και πολυτεείς καθυστερήσεις.

Ο έλεγχος των πραγματικών αποτελεσμάτων και η εξασφάλιση των όρων και προϋποθέσεων για τη διατήρηση και ανάπτυξη των θετικών επιτευγμάτων ήταν ελλιπής και εκ του προχείρου.

Υπήρξε και εξακολουθεί να υφίσταται ανεξήγητη εμμονή στην πιστή τήρηση των Υπουργικών Αποφάσεων που καθορίζουν τις διαδικασίες της υλοποίησης των σχεδίων. Ακόμα και απλή ανάγνωση των αποφάσεων αυτών αποδεικνύουν ότι καταρτίστηκαν από ανθρώπους ελάχιστα γνωρίζοντες τα συμβαίνοντα στα ψυχιατρεία και τα ειδικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι βρίσκονται έγκλειστοι για πολλά χρόνια στα άσυλα.

Ο αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α από τις δυνατότητες που παρέχει το ΕΠ «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας» δεν επέτρεψε στο Ψ.Ν.Α να αναπτύξει νέες δραστηριότητες και στερήσε από τους ασθενείς την δυνατότητα μιας επαγγελματικής διεξόδου.<sup>12</sup>

## **ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.**

Τα πιο κάτω στοιχεία συμπληρώνουν την εικόνα της σημερινής κατάστασης και δείχνουν την κατεύθυνση προς την οποία πρέπει να ακολουθηθεί και το είδος των δομών και υπηρεσιών που πρέπει να οργανωθούν.

Το Ψ.Ν.Α για πολλά χρόνια νοσήλευε ασθενείς από όλες τις περιοχές της χώρας. Το φαινόμενο δεν έχει παντελώς εκλείψει, αλλά τείνει να περιοριστεί τα τελευταία χρόνια. Το φαινόμενο αναλύεται εκτενώς στους ακόλουθους πίνακες.

<sup>12</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ. 16-17

Πίνακας 7 Τόπος γέννησης των ασθενών και προηγούμενη κατοικία τους.

Α. Τόπος Γέννησης  
Κατανομή κατά περιφέρειες

Περιφέρεια	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
Πρωτεύουσας	254	149	403	25,17%
Λοιπή Στερεά κ' Εύβοια	109	94	203	12,5%
Πελοπόννησος	174	114	288	14,98%
Ιόνιοι Νήσοι	29	38	67	4,18%
Ηπειρος	35	23	58	3,52%
Θεσσαλία	38	46	84	5,24%
Μακεδονία	28	25	53	3,31%
Θράκη	8	5	13	0,8%
Νήσοι Αιγ/ου	83	62	145	9,05%
Κρήτη	23	27	50	3,12%

Επίσης, ποσοστό 14,85% των απογραφέντων γεννήθηκαν στο εξωτερικό (περιλαμβάνεται η Μικρά Ασία με ποσοστό 1,68%) ή ο τόπος γέννησής τους δεν είχε καταγραφεί

Πίνακας 8 Β. Τόπος κατοικίας Κατανομή κατά Περιφέρειας και Νομούς

Περιφέρεια	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
Πρωτεύουσας	445	351	796	49,71%
Λοιπή Στερεά κ' Εύβοια	95	72	167	10,43%
Πελοπόννησος	107	62	162	-

Αναλυτικά:

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Αργολίδας	10	6	16
Αρκαδίας	14	4	18
Αχαΐας	22	16	38
Ηλείας	19	7	26
Κορινθίας	15	13	28
Λακωνίας	9	3	12
Μεσσηνίας	18	13	31

Ιόνιοι Νήσοι	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	12	15	27	1,68%

Αναλυτικά:

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ζάκυνθος	2	2	4
Κέρκυρας	4	3	7
Κεφαλληνίας	4	8	12
Λευκάδος	2	2	4

Ήπειρος	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	19	15	34	2,12%

*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Άρτας		5	5
Θεσπρωτίας		1	1
Πρέβεζας		3	2
Ιωαννίνων		10	7

Θεσσαλία	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	27	36	63	3,93%

*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Καρδίτσας		9	10
Λαρίσης		8	12
Μαγνησίας		5	8
Τρικάλων		5	6

Μακεδονία	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	20	14	34	2,12%

*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Γρεβενών	1	2	3
Δράμας	0	3	3
Ημαθίας	3	1	4
Θεσσαλονίκης	4	1	5
Καβάλας	1	2	3
Καστοριάς	0	0	0
Κιλκίς	0	1	1
Κοζάνης	3	0	3
Πέλλης	3	1	4
Πιερίας	1	0	1
Σερρών	3	1	4
Φλωρίνης	1	1	2
Χαλκιδικής	0	1	1

Θράκης	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	5	1	6	-



*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Έβρου	2	1	3
Ξάνθης	1	0	1
Ροδόπης	2	0	2

Νήσοι Αιγαίου	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	67	39	106	6,62

*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Δωδεκανήσου	21	11	32
Κυκλάδων	16	12	28
Λέσβου	26	14	40
Σάμου	4	2	6
Χίου	0	0	0

Κρήτη	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
	9	8	17	1,06

*Αναλυτικά:*

Νομοί	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ηρακλείου	4	3	7
Λασιθίου	2	2	4
Ρεθύμνης	1	0	1
Χανίων	2	4	6

Ποσοστό ασθενών 11% περίπου στο σύνολο των απογραφέντων είναι κάτοικοι εξωτερικού αγνώστου κατοικίας.

Από τα στοιχεία που αφορούν τον τόπο γέννησης και τον τόπο κατοικίας των νοσηλευόμενων προκύπτει ότι: Μόνο ένας (1) στους δύο (2) νοσηλευόμενους κατοικούσαν στην Περιφέρεια Πρωτεύουσας πριν από την είσοδό τους στο Ψ.Ν.Α. Μόνο ένας (1) στους τέσσερις (4) νοσηλευόμενους γεννήθηκαν στην Περιφέρεια Πρωτεύουσας.

Τα δύο αυτά γεγονότα αποδεικνύουν την ανάγκη οργάνωσης ενός καλά δομημένου σχεδίου αποκατάστασης επικοινωνίας με τους κατοικούντες σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας συγγενείς των ασθενών και με τις εκεί αναπτυχθείσες ή υπό ανάπτυξη υπηρεσίες. Λόγω του μεγάλου αριθμού των ατόμων αυτής της κατηγορίας, κατά των υπολοίπων αυτού του σχεδίου θα αντιμετωπιστούν μεγάλες δυσκολίες. Η οργάνωση όμως και η πραγματοποίηση ενός τέτοιου σχεδίου είναι απολύτως απαραίτητη και πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριληφθεί στις προς αποϊδρυματικούς στόχους προσπάθειες.



**Πίνακας 9 Χρόνος νοσηλείας των ασθενών**

Ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών παρατίθεται στον παρακάτω πίνακα:

<b>Χρόνος Νοσ.</b>	<b>Άντρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>%</b>
0-30 ημέρες	42	35	77	5,07%
30-90 ημέρες	48	35	83	5,46%
90-180 ημέρ.	42	25	67	4,41%
181-360 ημέρ.	53	32	85	5,59%
>από 1-3 έτη	105	76	181	11,92%
>από 3-5 έτη	79	58	137	9,02%
>από 5-10 έτη	135	99	234	15,41%
>από 10-20 έτη	207	125	332	21,87%
>από 20-30 έτη	110	102	212	13,96%
>από 30 έτη	47	63	110	7,24%
<b>Σύνολο</b>	<b>868</b>	<b>650</b>	<b>1.518</b>	

**Παρατήρηση:**

Τα αναφερόμενα ποσοστά αναφέρονται σε 1.518 αρρώστους των οποίων ο χρόνος νοσηλείας είναι γνωστός.

Μόνο ένας (1) περίπου στους είκοσι (20) ασθενείς έχει χρόνο νοσηλείας μικρότερο από τριάντα (30) μέρες (77 ασθενείς συνολικά).

Μόνο ένας (1) στους δέκα (10) ασθενείς έχει χρόνο νοσηλείας μικρότερο από τρεις (3) μήνες (συνολικά 160 ασθενείς).

Ο βραχύς χρόνος νοσηλείας αυτών των 160 ασθενών δικαιολογεί την άποψη ότι υπάρχουν γι' αυτούς σοβαρές πιθανότητες εξόδου και επιστροφής στο σπίτι τους.

Πιθανότητες εξόδου και επιστροφής στο σπίτι τους (μειωμένες πάντως), έχουν ακόμη 152 ασθενείς με χρόνο νοσηλείας μεγαλύτερο από τρεις (3) μήνες, αλλά μικρότερο από ένα (1) χρόνο.

Πιθανότητες εξόδου (μικρές ή μεγάλες) και επιστροφής στο σπίτι τους έχουν, επομένως 308 ασθενείς συνολικά. Δηλαδή δύο (2) περίπου στους δέκα (10).

Για 1.206 συνολικά αρρώστους που νοσηλεύονται περισσότερο από ένα (1) χρόνο (οκτώ περίπου στους δέκα) η πιθανότητα εξόδου και επιστροφής στο σπίτι τους είναι πρακτικώς μηδενική.

Περισσότερο από πέντε χρόνια νοσηλεύονται 888 συνολικά ασθενείς (περίπου έξι στους δέκα) και από αυτούς οι 322 περισσότερο από είκοσι.

Εκατόν δέκα (110) συνολικά ασθενείς νοσηλεύονται περισσότερο από (30) τριάντα χρόνια.

Πίνακας 10 Κατανομή κατά επάγγελμα

Επάγγελμα	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Αγρότες	151	39	190
Εργάτες	64	8	72
Οικιακά	-	314	314
Τεχνίτες διάφορ.	70	11	81
Ναυτικοί	24	-	24
Εμποροι-Μικρ/τές	21	-	21
Ιδιωτ.υπάλληλοι	15	6	21
Δημ.υπάλληλοι	13	2	15
Οικοδόμοι	18	-	18
Κτηνοτρόφοι	8	-	8
Επιστήμονες	11	2	13
Άλλα Επαγγελμ.	17	15	32
Διάφ.συνταξ/χοι	40	35	75
Άνεργοι	25	82	332
<b>Σύνολο</b>			<b>1.216</b>

**Παρατήρηση:** Σε 385 απογραφικά δελτία δεν έχει καταχωρηθεί το επάγγελμα του απογραφομένου.

Η κατά επάγγελμα κατανομή των νοσηλευομένων είναι χαρακτηριστικά της χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης. Η κατανομή αυτή μάλλον θα δυσκολέψει τις προσπάθειες για την επαγγελματική εκπαίδευση και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Η γνώση όμως της πραγματικής κατάστασης διευκολύνει ασφαλώς τους σχετικούς σχεδιασμούς και τον ακριβέστερο προσδιορισμό των στόχων που έχουν τεθεί.

Πίνακας 11 Γραμματικές γνώσεις

Γραμμ.Γνώσ.	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο	%
Αναλφάβητοι	127	103	230	27,87%
Τάξεις Δημοτ.	53	119	178	21,57%
Απόφ.Δημοτ.	141	87	228	27,66%
Τάξεις Γυμν.	14	24	38	4,60%
Απόφ.Γυμν.	46	30	76	9,21%
Απόφ.Λυκ/ου	13	15	28	3,39%
Διαφ.επαγγ.σχολ	10	8	18	2,18%
Αποφ.Παν/μίου	21	8	29	3,51%

**Παρατήρηση:**

Σε 776 απογραφικά δελτία δεν καταγράφηκε το στοιχείο «Γραμματικές γνώσεις». Τα ποσοστά που σημειώνονται στην αντίστοιχη στήλη αναφέρονται

στο σύνολο των απογραφέντων, των οποίων οι γραμματικές γνώσεις έχουν καταγραφεί (δηλαδή σε 825 νοσηλευόμενους). Το πιθανότερο είναι ότι τα ποσοστά αυτά ισχύουν και στο γενικό σύνολο με μικρές ίσως αποκλίσεις.

Το χαμηλό επίπεδο των γραμματικών γνώσεων των νοσηλευομένων είναι χαρακτηριστικό της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.

Ένας στους τέσσερις αρρώστους είναι εντελώς αναλφάβητος.

Τρεις στους τέσσερις ή είναι εντελώς αναλφάβητοι ή έχουν πάει λίγες τάξεις στο δημοτικό σχολείο ή –το πολύ- να έχουν έξι χρόνια εκπαίδευσης. Μόνο ένας στους τέσσερις ασθενείς έχει περισσότερα από έξι χρόνια εκπαίδευσης.

Πάντως η γνώση της πραγματικής κατάστασης είναι εξαιρετικά χρήσιμη και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στην κατάρτιση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης και στη γενικότερη επιλογή των επαγγελμάτων προς τα οποία πρέπει να δοθεί προσοχή.

**Πίνακας 12 Αστική κατάσταση**

<b>Αστική Κατάστ.</b>	<b>Άντρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>%</b>
Άγαμος	618	388	1.006	73,11%
Έγγαμος	102	136	238	17,29%
Σε διάζευξη	24	46	70	5,66%
Σε χηρεία	10	40	50	3,63%
Σε διάσταση	4	8	12	0,87%
<b>Σύνολο</b>	<b>758</b>	<b>618</b>	<b>1.376</b>	

**Παρατήρηση:**

Σε 225 απογραφικά δελτία δεν καταχωρήθηκε η αστική κατάσταση. Τα αναγραφόμενα ποσοστά αναφέρονται στο σύνολο των 1.376 απογραφέντων, των οποίων η αστική κατάσταση καταχωρήθηκε.

Η μεγάλη αναλογία των αγάμων αναμενόταν. Είναι πάντως ένα επιπλέον εμπόδιο αντιμετώπισης. Διότι λόγω της μεγάλης ηλικίας των ασθενών συνήθως γονείς δεν υπάρχουν –ή- όταν υπάρχουν- είναι. Τα δε αδέρφια όταν υπάρχουν είναι συνήθως απρόθυμα να στηρίζουν τις προς απροϊδρυματικούς στόχους που έχουν τεθεί.

**Πίνακας 13 Κατανομή κατά ομάδες ηλικιών**

(Σύνολο νοσηλευομένων γνωστής ηλικίας: 1.449)

<b>Ομάδες ηλικιών</b>	<b>Αριθμός νοσηλευομένων</b>	<b>Ποσοστό %</b>
Μέχρι 19 ετών	6	0,40%
20-24	29	1,93%
25-29	83	5,53%
30-34	87	5,80%
35-39	104	6,93%
40-44	121	8,07%

45-49	149	9,93%
50-54	138	9,20%
55-59	165	11,00%
60-64	174	11,60%
65 και άνω	443	29,55%

Τα προφανή συμπεράσματα από την ηλικιακή κατανομή των νοσηλευομένων είναι εντυπωσιακά.

Για τους άνω των 50 ετών 920 νοσηλευόμενους γνωστής ηλικίας (ποσοστό περίπου 61%) αποκλείεται –ακόμη και αν όλοι οι παράγοντες είναι ευνοϊκοί- οποιαδήποτε προσδοκία επαγγελματικής αποκατάστασης. Σε καμία όμως περίπτωση αυτό δεν πρέπει να καταλήξει στον αποκλεισμό τους από υπηρεσίες αποϊδρυματικού χαρακτήρα και ευκαιρίες δημιουργικής δραστηριότητας.

Η κατά ηλικίες σύνθεση του νοσηλευόμενου πληθυσμού επιβάλλει τον περιορισμό των φιλοδοξιών να αποκατασταθούν επαγγελματικά (και μάλιστα σε επαγγέλματα που απαιτούν υψηλή εξειδίκευση) μεγάλος αριθμός ασθενών.

Οι σχετικοί προς την παραγωγική δραστηριότητα των ψυχικά πασχόντων στόχοι που έχουν τεθεί, πρέπει να κατευθύνονται περισσότερο προς την οργάνωση δομών, υπηρεσιών και ευκαιριών για να αποφευχθεί ο επαγγελματικός αποκλεισμός ατόμων που νόσησαν πρόσφατα ή νοσούν για πρώτη φορά και για να αναδειχθούν, να διευκολυνθούν και να οργανωθούν-με θεραπευτικά αλλά και παραγωγικά κριτήρια- οι δημιουργικές δυνατότητες όλων των ασθενών.

Η μικρή πιθανότητα για υψηλού επιπέδου επαγγελματική αποκατάσταση δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα των προσπαθειών να διευκολυνθεί έτσι η δημιουργική δραστηριότητα όλων ανεξαιρέτως των ασθενών ανεξάρτητα από το προσδοκώμενο τελικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 14 Διαγνωστικές κατηγορίες

Διαγνωστ.κατηγ.	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ομάδα σχιζ/νών	450	300	750
Νοητική καθυστ.	167	129	296
Ομάδα μαν/καταθλ.ψυχωσ.	56	48	104
Άτυπες καταστ.ψυχωτικού τύπου	86	64	150
Προγεροντικές κ' γεροντικές άνοιες	31	52	83
Επληψία	37	29	66
Άλλες περιπτώσεις	34	10	44



Η ύπαρξη τριακοσίων περίπου νοητικά καθυστερημένων και εκατό περίπου ψυχογηριατρικών ασθενών (σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το 50% των νοσηλευόμενων είναι άνω των 55 ετών και – σε απόλυτους αριθμούς – εξακόσιοι περίπου ασθενείς είναι άνω των 60 ετών) οδηγεί στην ανάγκη της οργάνωσης μεγάλου αριθμού δομών και υπηρεσιών με εξειδίκευση σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών.

#### **ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

408 άντρες και 388 γυναίκες (σύνολο 796) δεν μετέχουν καθόλου στη ζωή του τμήματος.

121 άντρες και 71 γυναίκες (σύνολο 192) μετέχουν σπάνια ή ευκαιριακά

181 άντρες και 103 γυναίκες (σύνολο 284) μετέχουν αρκετά συχνά και

140 άντρες και 73 γυναίκες (σύνολο 213) μετέχουν τακτικά με ικανοποιητική απόδοση και υπευθυνότητα.

Ο εξαιρετικά μεγάλος αριθμός ασθενών (53,6%) που δεν μετέχουν καθόλου στη ζωή του τμήματος δημιουργεί την ανάγκη άμεσης οργάνωσης υπηρεσιών με αποϊδρυματικούς στόχους μέσα στα τμήματα. Πρέπει να καταπολεμηθεί η ασυλιακή πρακτική και να επιδιωχθεί η ανατροπή του επικρατούντος ασυλιακού κλίματος.

#### **ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

205 άντρες και 306 γυναίκες (σύνολο 511) δεν εξέρχονται καθόλου από το τμήμα όπου νοσηλεύονται

88 άντρες και 51 γυναίκες (σύνολο 139) εξέρχονται μόνο με συνοδεία προσωπικού

569 άντρες και 258 γυναίκες (σύνολο 827) εξέρχονται ελεύθερα χωρίς κανένα περιορισμό.

Ο εξαιρετικά μεγάλος αριθμός ασθενών που δεν βγαίνουν καθόλου έξω από το τμήμα όπου νοσηλεύονται είναι ένας επιπρόσθετος λόγος για την οργάνωση θεραπευτικών παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων αποϊδρυματικού χαρακτήρα μέσα στα νοσηλευτικά τμήματα.

#### **ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ**

615 άντρες και 388 γυναίκες (σύνολο 1003) αυτοεξυπηρετούνται πλήρως

117 άντρες και 98 γυναίκες (σύνολο 215) αυτοεξυπηρετούνται μερικώς

120 άντρες και 157 γυναίκες (σύνολο 297) δεν αυτοεξυπηρετούνται

Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών αυτοεξυπηρετούνται είναι πολύ ενθαρρυντικό και θα διευκολύνει ασφαλώς τις προσπάθειες για την επίτευξη των αποϊδρυματικού χαρακτήρα στόχων που έχουν τεθεί.

#### **ΑΔΕΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (Ψ.Ν.Α) ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΔΕΙΩΝ**

Συνολικά 194 ασθενείς (136 άντρες και 58 γυναίκες) εξέρχονται χωρίς τη συνοδεία συγγενούς.

Συνολικά 128 ασθενείς (69 άντρες και 59 γυναίκες) εξέρχονται, αλλά μόνο παραλαμβανόμενοι από συγγενή τους.

Συνολικά 1143 ασθενείς (631 άντρες και 512 γυναίκες) δεν παίρνουν καθόλου άδεια εξόδου από το νοσοκομείο.

Από τους ασθενείς που παίρνουν άδεια:

Πολύ συχνά παίρνουν άδεια 87 συνολικά ασθενείς (60 άντρες και 27 γυναίκες)

Συχνά παίρνουν άδεια 86 ασθενείς (61 άντρες και 25 γυναίκες)

Σπάνια παίρνουν άδεια 145 ασθενείς (83 άντρες και 62 γυναίκες)

Μεγάλος αριθμός ασθενών (περίπου τριακόσιοι) εξέρχονται από το νοσοκομείο με άδεια. Το γεγονός αυτό επιτρέπει την υπόθεση ότι οι ασθενείς αυτοί θα μπορούσαν να διαβιώσουν σε προστατευόμενες δομές (ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, άλλες μορφές προστατευόμενης κατοίκησης) εκτός νοσοκομείου.

Πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών (περίπου 1150 δηλαδή περίπου επτά στους δέκα νοσηλευόμενους) Δε βγαίνουν από το νοσοκομείο καθόλου. Το γεγονός αυτό επιβάλλει την οργάνωση θεραπευτικών παρεμβάσεων και εν γένει δραστηριοτήτων αποϊδρυματικού χαρακτήρα με κύρια κατεύθυνση την εξοικείωσή τους προς τη συνήθη κοινωνική ζωή και την επαφή τους (ψυχαγωγικού χαρακτήρα δραστηριότητες, έξοδοι μικρών ομάδων στην πόλη, θέατρα, εκδρομές, κτλ.)

#### ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ

116 άντρες και 76 γυναίκες (σύνολο 192) είχαν πολύ συχνό επισκεπτήριο (τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα)

131 άντρες και 101 γυναίκες (σύνολο 232) είχαν συχνό επισκεπτήριο (περίπου 2-4 φορές το μήνα)

97 άντρες και 119 γυναίκες (σύνολο 216) αραιό επισκεπτήριο (τουλάχιστον μια φορά το μήνα)

157 άντρες και 99 γυναίκες (σύνολο 256) είχαν πολύ αραιό επισκεπτήριο (τουλάχιστον μια φορά το εξάμηνο)

343 άντρες και 223 γυναίκες (σύνολο 566) δεν είχαν καθόλου επισκεπτήριο. Το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν πολύ αραιό ή δεν είχαν καθόλου επισκεπτήριο είναι ενδεικτικό της στάσης της οικογένειας απέναντί τους και της θεραπευτική δουλειάς που πρέπει να γίνει προς αυτή την κατεύθυνση.<sup>13</sup>

### 1.2.7 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α

Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το Ψ.Ν.Α γίνονται σαφείς από τα παρακάτω στοιχεία που αφορούν έως το έτος 1997 και τα οποία μόνο στάθηκε δυνατό να συγκεντρωθούν. Ο κρατικός προϋπολογισμός τα 3 χρόνια

<sup>13</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ.17-24

1995-1997 δεν προβλέπει καθόλου πιστώσεις για Δημόσια Ψυχιατρεία. Το Ψ.Ν.Α (Δαφνί) το μεγαλύτερο Ψυχιατρείο της χώρας, δεν είχε επιχορηγηθεί από τη Νομαρχία, για τη μισθοδοσία του, για τα έτη 1995, 1996 και μέχρι τον Μάη 1997, ούτε είχε εισπράξει από το Υπουργείο Υγείας νοσηλεία για τους 600-700 ανασφάλιστους ασθενείς του (από τους 1800 που νοσηλεύονται συνολικά).

Η αντιμετώπιση όλων των εξόδων του (μισθοδοσία, λειτουργικά έξοδα, φάρμακα, τρόφιμα, καύσιμα κτλ.) γινόταν από την εισπραξη νοσηλείων 1.100 περίπου νοσηλευομένων ασθενών και από το ταμειακό υπόλοιπο, που δεν ξεπερνά τα 945 εκατομμύρια δραχμές. Ποσόν που δεν αρκεί ούτε για τη μισθοδοσία 2 μηνών. Με αυτούς τους όρους ούτε καν η απλή συντήρηση των κτηρίων και η διατροφή και νοσηλεία των αρρώστων δεν φαίνεται να εξασφαλίζονται εύκολα.

Το Δαφνί σηκώνει στους ώμους του το μεγαλύτερο βάρος της παρεχόμενης Ψυχιατρικής Περίθαλψης της χώρας. Κάνει περί τις 3.000 εισαγωγές ψυχιατρικών αρρώστων το χρόνο, δέχεται περί τα 8.500 περιστατικά στα τακτικά εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, ενώ τα έκτακτα περιστατικά που οδηγούνται στο εφημερείο ξεπερνούν τις 4.500 το χρόνο. Νοσηλεύονται στο Ψυχιατρείο 1800 ασθενείς από τους οποίους οι 1.000 περίπου είναι χρόνιοι. Οι όροι διαβίωσης όλων αυτών των αρρώστων είναι άθλιοι. Η κτιριακή υποδομή είναι πολύ κακή. Οι ελλείψεις σε προσωπικό, ιδιαίτερα εκπαιδευμένων, είναι πολύ μεγάλες.

Εως τότε εργάζονταν στο Ψ.Ν.Α: **μόνο 107 νοσηλευτές ΤΕ, 18 επισκέπτες υγείας, 352 νοσοκόμοι ΔΕ, 10 ψυχολόγοι, περίπου, 21 κοινωνικοί λειτουργοί και 53 ψυχίατροι.** Αυτοί καλούνταν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όχι μόνο στους 1800 νοσηλευόμενους, στα χιλιάδες έκτακτα και τακτικά ψυχιατρικά περιστατικά που προέρχονται από τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα, αλλά πλαισιώνουν και τις νέες δομές αποκατάστασης του ΨΝΑ που έχουν ήδη δημιουργηθεί (1 κέντρο ψυχικής υγείας, 1 νοσοκομείο ημέρας, 1 μονάδα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, 2 ξενώνες, 16 προστατευόμενα διαμερίσματα για 40 ασθενείς, 2 συνεργατικές, 1 πρόγραμμα αναδόχων οικογενειών και 13 μορφές προστατευμένης εργασίας για 120 ασθενείς).

Ιδιαίτερα η λειτουργία όλων αυτών των νέων δομών αποκατάστασης, που έχουν καταφέρει να επανεντάξουν κοινωνικά εκατοντάδες αρρώστους, βγάζοντας τους από την κόλαση του ασύλου, βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο μετά την απότομη διακοπή τον Γενάρη του 1997 των προγραμμάτων κοινωνικού αποκλεισμού όπου είχε υπαχθεί η χρηματοδότησή τους από το 1995, όταν έληξε οριστικά η ισχύς του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ περί Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Με την περικοπή των επιχορηγήσεων τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης σύντομα θα πάψουν να λειτουργούν (θα επαναφέρουν ουσιαστικά τους ασθενείς στα Νοσοκομεία). Είναι γνωστό ότι στο Ψ.Ν.Α νοσηλεύονται περίπου 800 άποροι ασθενείς, το κόστος νοσηλείας των οποίων ανέρχεται σε 4 δισεκατομμύρια δραχμές το χρόνο, χωρίς το Νοσοκομείο να εισπράττει νοσήλια



γι' αυτούς. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι τα τελευταία τρία (3) χρόνια, 1995-1997, το Ψ.Ν.Α δεν έχει πάρει καμία επιχορήγηση από κανένα φορέα. Αυτό δηλώνει άμεσα ότι το Ψ.Ν.Α θα περιέλθει σε δυσκολία εφαρμογής του έργου της αποστολής του, δεδομένου ότι το Ψ.Ν.Α έχει αρχίσει να δυσκολεύεται στην πληρωμή πάσης φύσεως προμηθευτών του.

Αναλυτικά Οικονομικά Στοιχεία

Έσοδα του Νοσοκομείου: Καταβάλλονται νοσήλια μόνο για 1.000 ασθενείς και όχι για 1.750 που νοσηλεύονται ( $1.000 * 13.000 = 13.000.000 * 360 = 4.927.500.000$ ) Απώλεια εσόδων 1995 – 1996: 7.290.000.000

Οικονομικός Απολογισμός 1996 του Ψ.Ν.Α : 10.900.000.000

Το έλλειμμα που υπάρχει των 6 δις, δημιουργείται από την απώλεια εσόδων των 750 περίπου απόρων ασθενών. Θα πρέπει να υπάρξει άμεση επιχορήγηση με το ποσό των ανασφάλιστων απόρων 750 ασθενών ή να υπάρξει ένταξη στη ρύθμιση των οικονομικών. Για κάλυψη μισθοδοσίας από τον κρατικό προϋπολογισμό (όπως στα Γενικά Νοσοκομεία) πρέπει να προβλεφθούν αποφάσεις από το Νόμο 2071/92 που προβλέπουν τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των δομών που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Η μη έκδοσή τους επαναφέρει 150 και πλέον ασθενείς στην πριν από 10 χρόνια κατάσταση (Άσυλο ξανά το Ψυχιατρείο)<sup>14</sup>.

Τελικά το Ψ.Ν.Α συμπεριλήφθηκε σε χρηματοδοτικά προγράμματα για εκτέλεση διαφόρων εργασιών συμπεριλαμβανομένου και του προγράμματος Άμεσης και Εντατικής Παρέμβασης προϋπολογισμού 250.000.000 δραχμές, με στόχο τη βελτίωση γενικά των κτιριακών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών. Επίσης το Ψ.Ν.Α επιχορηγήθηκε και με το ποσό 135.000.000 δραχμών για διάφορα έργα συντήρησης των κτιριακών εγκαταστάσεων του, με στόχο την αναβάθμιση των κτιριακών δομών του.<sup>15</sup>

### 1.3 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΓΕΝΙΚΑ, ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και τη συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, άρχισε βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και Αμερική μια αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Οι αλλαγές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Κατά την διεργασία αυτή, η οποία αποτελεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί και αμφισβητήσεις.

Σήμερα, συνειδητοποιείται ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία, που μπορεί να γίνει μόνο με

<sup>14</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.62-65.

<sup>15</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 80.



βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μεγάλη βαρύτητα έχει η δημιουργία και εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού το οποίο να διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα. Η κατανομή των ρόλων και υπευθυνοτήτων γίνεται με κριτήριο τις ανάγκες του ασθενή και την εξειδίκευση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Έτσι, η ανάπτυξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού συναρτάται απολύτως με την λειτουργία σύγχρονων δομών περίθαλψης, που λειτουργούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής και απαιτεί σημαντικό χρόνο. Το πρόβλημα του κόστους για την δημιουργία των νέων μορφών περίθαλψης και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για τη δημιουργία του κατάλληλου προσωπικού, υποχρεώνει σε βαθμιαία μετάβαση σ' αυτές. Οι μέχρι τώρα ενδείξεις πάντως, από τις μελέτες που έχουν γίνει, μας δείχνουν ότι μετά τη φάση ανάπτυξης των νέων δομών περίθαλψης, κατά τη διάρκεια της οποίας απαιτείται ένα επιπρόσθετο κόστος, το κόστος ανά ασθενή στην περίπτωση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής<sup>16</sup> είναι μικρότερο, αλλά και η ποιότητα ζωής των ασθενών, που περιθάλπονται στην κοινότητα, καλύτερη.<sup>17</sup>

Οι πολιτικές αλλαγές στην Ελλάδα της δεκαετίας του 1980 επέτρεψαν μαζί με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ., τη δημιουργία νέων ψυχιατρικών δομών, εξωασυλιακών, που φιλοδοξούσαν να φέρουν και στην Ελλάδα το πνεύμα της αποσυλοποίησης και κοινωνικής ψυχιατρικής. Η έννοια της αποσυλοποίησης ως διαδικασίας συλλογικής και πολυεπίπεδης, με διαστάσεις επιστημονικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές έμπαινε πια στο επίκεντρο του προβληματισμού μιας μικρής μειοψηφίας λειτουργών ψυχικής υγείας.

Ο κανονισμός 815 στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος HORIZON της ΕΟΚ<sup>18</sup> θεσμοθέτησε την επίσημη έναρξη της διαδικασίας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Σηματοδότησε σοβαρές αλλαγές και έστρεψε τον φακό της δημοσιότητας πάνω της. Τη μετέτρεψε όμως σε ένα ζήτημα τεχνοκρατικής διαχείρισης κονδυλίων, με στόχο του το μετασχηματισμό των ψυχιατρείων και τη δημιουργία νέων, ενδιάμεσων δομών για την αποκατάσταση των ψυχασθενών.

Τα προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ποτέ δεν εντάχθηκαν σε ένα κεντρικό σχεδιασμό και τομεοποίησης των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, στη βάση των πραγματικών αναγκών. Οι νέες δομές που δημιουργήθηκαν λειτούργησαν άναρχα, αποσπασματικά, ανταγωνιστικά μεταξύ τους, με το δικό τους ιδιότυπο καταστατικό και στην πλειοψηφία τους έξω από το Ε.Σ.Υ..

<sup>16</sup> βλπ Κεφάλαιο πρώτο, παράγραφος 1.1.1

<sup>17</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων, στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, Τ. Lembepere-A. Feline και συνεργάτες σελ. 396-397 Β' τόμος

<sup>18</sup> Βλπ Κεφάλαιο Τρίτο, παράγραφος 3.1.1

Οι ελλείψεις σε προσωπικό όλων των κλάδων παραμένουν μεγάλες. Το κλίμα άγχους και ανασφάλειας εξακολουθεί να κάνει ακόμα πιο δύσκολο το έργο των εργαζομένων σ' αυτό το χώρο.

Η απουσία του αναγκαίου νομικού θεσμικού πλαισίου για τη λειτουργία των νέων δομών, η απουσία συστηματικής, σύγχρονης, κεντρικά σχεδιασμένης εκπαίδευσης των λειτουργών της ψυχικής υγείας όλων των κλάδων, η αναχρονιστική πρακτική των διοικητικών μηχανισμών, τα γραφειοκρατικά εμπόδια, η απουσία τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η απουσία μιας νέας αντι-ασυλιακής ιδεολογίας που να ευνοεί το άνοιγμα στην κοινότητα, έχουν οδηγήσει την ελληνική ψυχιατρική σε πλήρες αδιέξοδο, βαθαίνοντας ακόμη περισσότερο την κρίση της. Η κυβέρνηση εξακολουθεί να αρνείται να εντάξει τα δημόσια Ψυχιατρεία, αλλά και τις νέες δομές, στον κρατικό προϋπολογισμό, ωθώντας τα σε οικονομική ασφυξία. Η κρίση του κράτους πρόνοιας έχει φέρει τους ψυχασθενείς πρώτους στην τάξη των κοινωνικά αποκλεισμένων. Η αλλαγή της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία, με την εφαρμογή του νόμου 2071/92 δεν μετέβαλε δυστυχώς την ουσία των πραγμάτων και δεν άγγιξε καθόλου τον ασθενή σαν προσωπικότητα και ηθική αξία. Είναι βέβαιο ότι το Δαφνί σήμερα παραμένει αυτό που ήταν πάντοτε: ένας τόπος συγκέντρωσης ή και συγκάλυψης προβλημάτων, που οι άλλες υπηρεσίες δεν είναι σε θέση να λύσουν. Παραμένει ένας τόπος συσσώρευσης, όπου δοκιμάζονται τα όρια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και αντοχής θεραπειών και θεραπευμένων.<sup>19</sup>

### **1.3.1 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η ανάπτυξη κοινοτικών μορφών περίθαλψης βασίζεται στη δημιουργία υπηρεσιών προσανατολισμένων στις ανάγκες του ψυχικά πάσχοντος, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τις διαφορετικές φάσεις της νόσου, όπως επίσης και με τις διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο προσδιορισμός των αναγκών αυτών ποιοτικά και ποσοτικά. Για την ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση απαιτούνται επιδημιολογικές μελέτες και είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός του πληθυσμού, οποίος πρόκειται να εξυπηρετηθεί.

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης στην κοινότητα περιλαμβάνουν Μονάδες Νοσηλείας, στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευόμενα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες<sup>20</sup>. Θα πρέπει να τονισθεί η σημασία της ανάπτυξης Μονάδων νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο ως σύγχρονη μορφή ψυχιατρικής νοσηλείας.

<sup>19</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 61 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1998 σελ. 12-15

<sup>20</sup> βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, με την ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Συμβουλευτικών Σταθμών και την παρέμβαση στο σχολείο και ευρύτερα στην κοινότητα για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού στα προβλήματα ψυχικής υγείας εξυπηρετούν τις ανάγκες πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Μπορούν επίσης να αναπτύξουν Εξωτερικά Ιατρεία για την εκτίμηση νέων περιπτώσεων και την παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται στην κοινότητα και έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης ή και Κέντρα Ημέρας.

Οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από βαρύτερες ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι αφορούν τη θεραπεία της οξείας φάσης της νόσου και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η θεραπεία της οξείας φάσης μπορεί να γίνεται σε μονάδες βραχείας νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο ή σε ελαφρότερες περιπτώσεις σε Νοσοκομεία Ημέρας, όπου ο ασθενής προσέρχεται τις πρωινές ώρες και επιστρέφει στην κατοικία του μετά το μεσημέρι.

Την κάλυψη των αναγκών διαβίωσης και διατροφής των ασθενών που δεν μπορούν να επιστρέψουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον καλύπτουν οι Ξενώνες και τα Οικοτροφεία. Τα δε Κέντρα Αποκατάστασης καλύπτουν την επανεκτίμηση των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, που απέμειναν μετά την οξεία φάση της νόσου και την εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να επανακτήσει τις χαμένες κοινωνικές του δεξιότητες και να επαναπροσαρμοστεί επαγγελματικά στο ίδιο ή σε ένα κατώτερο επίπεδο από αυτό που υπήρχε προ της έναρξης της νόσου.

Τα Οικοτροφεία είναι δομές περίθαλψης που καλύπτουν ανάγκες ασθενών που χρειάζονται αρκετή επίβλεψη για την κοινωνική τους διαβίωση και οι πιθανότητες επαγγελματικής τους αποκατάστασης είναι μικρές ή ανύπαρκτες. Οι Ξενώνες εξυπηρετούν ασθενείς που λίγο – πολύ αυτοεξυπηρετούνται, παραμένουν για λιγότερα χρονικά διαστήματα και έχουν κάποιες ελπίδες επαγγελματικής αποκατάστασης. Τις ανάγκες ασθενών, που εργάζονται αλλά έχουν ανάγκη στέγασης μπορούν επίσης να καλύψουν οι Ξενώνες και τα προστατευόμενα Διαμερίσματα. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής μένει με την οικογένειά του και επομένως δεν έχει ανάγκες σίτισης και στέγασης, έχει όμως μειωμένη κοινωνική προσαρμογή και είναι χωρίς επαγγελματική απασχόληση, απαιτείται η κοινωνικοποίηση του, δηλαδή η επανεκπαίδευσή του στη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων και η επανεκτίμηση των επαγγελματικών δυνατοτήτων του, η οποία με την κατάλληλη προεπαγγελματική εκπαίδευση του προετοιμάζει στις δυνατότητές του. Τις παραπάνω ανάγκες των ασθενών καλύπτουν τα κέντρα Επαγγελματικής και Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης.

Συχνά οι ασθενείς έχουν περιορισμένη δυνατότητα απασχόλησης και μπορούν να εργάζονται μόνο λίγες ώρες και υπό επίβλεψη. Τις ανάγκες αυτές μπορεί να καλύψει η προστατευμένη εργασία και η δημιουργία Συνεταιρισμών, όπου το προσωπικό μαζί με τους ασθενείς οργανώνει μια μικρή αυτοχρηματοδοτούμενη επιχείρηση. Η ανάπτυξη των Συνεταιριστικών μονάδων είναι δυνατόν επίσης να γίνει από ασθενείς με τη βοήθεια εξειδικευμένου



προσωπικού από την κοινότητα και την επίβλεψη επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.

Σε περιοχές όπου το σύστημα δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί ή όπου υπάρχουν γεωγραφικές ιδιομορφίες, η δημιουργία κινητών μονάδων ψυχιατρικής περίθαλψης παίζει σημαντικό ρόλο.

Σε περιπτώσεις επίσης όπου δεν υπάρχουν μονάδες βραχείας νοσηλείας ή τομείς Γενικού Νοσοκομείου και επομένως η νοσηλεία δεν μπορεί να γίνει κοντά στον τόπο κατοικίας του ασθενή, είναι δυνατή η νοσηλεία στο σπίτι με 24ώρη κάλυψη από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό<sup>21</sup>.

Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984, βάσει του κανονισμού 815,<sup>22</sup> η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού. Λόγω βραδύτητας στην απορρόφηση των κονδυλίων, που οφείλονταν κυρίως σε γραφειοκρατικές δυσκολίες, ο κανονισμός 815 παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995.

Με το κλείσιμο του 815<sup>23</sup> έχουν υλοποιηθεί στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρότι ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Τα περισσότερα προγράμματα έγιναν στις μεγάλες πόλεις (2,2 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους στην Αθήνα και 3,1 στη Θεσσαλονίκη) ενώ για τον υπόλοιπο πληθυσμό της χώρας αντιστοιχεί μόνο 1,1 πρόγραμμα ανά 100.000 κατοίκους. Εν τούτοις ο κανονισμός 815 έδωσε την ευκαιρία για σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας.

Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ήδη φανερά από την μείωση των κρεβατιών νοσηλείας στα ψυχιατρεία και από τη μείωση του μέσου όρου νοσηλείας. Το 1991 τα ψυχιατρικά κρεβάτια της χώρας ήταν 10.260 δηλαδή 105 κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους. Στο σύνολο των κρεβατιών έγινε σημαντική μείωση μια και τα κρεβάτια αυτά το 1982 ανέρχονταν στις 14.826, δηλαδή 154 κρεβάτια στους 100.000 κατοίκους. Η μείωση αυτή των κρεβατιών, που αφορά περίπου μια δεκαετία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι σημαντικότερη (και της τάξης του 30% περίπου).

Τα ψυχιατρικά κρεβάτια το 1991 κατανέμονταν ως εξής: 271 στα Γενικά νοσοκομεία, 5.770 στα ψυχιατρεία της χώρας και 4.219 σε ιδιωτικές κλινικές. Οι αντίστοιχοι μέσοι χρόνοι νοσηλείας ήταν 159 ημέρες στα ψυχιατρικά

<sup>21</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Τ. Lemberiere - Α. Feline και συνεργάτες. Σελ. 397-400 Β' Τόμος

<sup>22</sup> Βλέπε κεφάλαιο 2 παρ. 2.1.1

<sup>23</sup> βλέπε κεφάλαιο 2 παρ.2.1.1



νοσοκομεία, 97 ημέρες στις ιδιωτικές κλινικές και 15 ημέρες στις ψυχιατρικές μονάδες Γενικού νοσοκομείου. Η μείωση του μέσου χρόνου στο σύνολο των κρεβατιών είναι σημαντική μια που έχει μειωθεί από 259 ημέρες που ήταν το 1982 σε 159 το 1991 (μείωση της τάξης του 60%).<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Τ Lemberiere – A. Feline και συνεργάτες. Σελ. 396-397, 400-401 Β' Τόμος

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2.1 Η ΠΡΩΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ-Α\* ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

#### 2.1.1 ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορούμε να πούμε ότι άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του 1980 με την είσοδό μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και αιχμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις συνθήκες νοσηλείας στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με τον κανονισμό 815. Το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων χαρακτηρίζει τον κανονισμό σαν «έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα». Στην αιτιολογία της απόφασής του το Συμβούλιο αναφέρει ότι: οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας, τόσο στο βαθμό ανάπτυξης όσο και στις δομές της καθιστούσαν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης βοήθειας.

Η Ελληνική Κυβέρνηση δέχθηκε πρόθυμα την οικονομική ενίσχυση επειδή: α) είχε δεσμευθεί να αναμορφώσει το σύστημα υγείας και β) είχε ένα οπισθοδρομικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, το οποίο έπρεπε να εκσυγχρονισθεί.

Τα πράγματα λοιπόν την εποχή εκείνη έδειχναν αισιόδοξα. Η Ελλάδα εξασφάλιζε μια γενναία οικονομική ενίσχυση για να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα ανάπτυξης ψυχιατρικών υπηρεσιών. Υπήρχε έντονη κινητικότητα και χιλιάδες προτάσεις. Αλλά όσο και αν το χρήμα είναι η βασική κινητήριος δύναμη για σχεδόν όλα τα επιτεύγματα, σπάνια είναι και το μοναδικό που χρειάζεται. Προβλήματα και λάθη εκτιμήσεων έπαιξαν σημαντικό ρόλο. Αποκαλύφθηκε η αδυναμία της κρατικής μηχανής να υλοποιήσει ένα τόσο εκτεταμένο σχέδιο. Τα πρώτα προγράμματα υποβλήθηκαν από το Υπουργείο και στη συνέχεια κλήθηκαν να τα υλοποιήσουν όσοι στελέχωναν τα προγράμματα αυτά. Αυτό σήμαινε καθυστερήσεις γιατί άλλα σχεδίαζαν και άλλα υλοποιούσαν και γιατί κλήθηκαν να υλοποιήσουν σχέδια στελέχη που δεν είχαν ενδεχομένως την διάθεση να οργανώσουν ψυχιατρικές μονάδες. Δεν υπήρχαν κίνητρα για όσους αποφάσιζαν να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα. Η ψυχιατρική εκπαίδευση δεν περιλαμβάνει στο πρόγραμμα και εκπαίδευση σε διοικητικά και οργανωτικά θέματα.

Το Υπουργείο αγνοούσε τους κανόνες του παιχνιδιού της Ε.Ο.Κ. Ο κανονισμός 815 αναφέρεται σε υλοποίηση προγραμμάτων. Ίσως το βασικότερο ήταν ότι δεν υπήρχε κεντρικός έλεγχος της προόδου της υλοποίησης. Θα έπρεπε να ξέρει η κυβέρνηση ότι δεν είναι σε θέση να υλοποιήσει ένα τέτοιο πρόγραμμα. Δεν είναι τυχαίο ότι αρχικά η σκέψη ήταν να ξοδευτούν τα χρήματα στη δημιουργία νέων ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Ξεκινώντας από το γεγονός ότι υπάρχει ήδη έτοιμο στη χώρα μας ένα δίκτυο υπηρεσιών, θα πρέπει πια να συζητήσουμε την ποιοτική βελτίωση του και την καλύτερη απόδοσή του.<sup>25</sup>

### 2.1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ Α΄ ΦΑΣΗΣ-Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Γενικά η πρώτη φάση αποτέλεσε ένα πειραματικό στάδιο κατά το οποίο προσπάθειες περιορισμένης εμβέλειας έλαβαν χώρα λειτουργώντας ως πιλοτικό πρόγραμμα. Το Ψ.Ν.Α. με μεγάλη καθυστέρηση άρχισε την υλοποίηση των προγραμμάτων εξωιδρυματικής παροχής υπηρεσιών το 1993 εννέα χρόνια μετά τον κανονισμό 815/84.

Πριν 7 χρόνια περίπου άρχισε να λειτουργεί το πρώτο περίπτερο -κυλικείο μέσα στα πλαίσια αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Ξεκίνησε με πρόταση της Συνεργατικής Παραγωγής Αγροτικού Τύπου. Μετά από ένα χρόνο με απόφαση επίσης του Δ.Σ. και με οικονομική υποστήριξη από το πρώτο περίπτερο άνοιξε και δεύτερο περίπτερο - κυλικείο «Ο εξώστης».

Προκειμένου να λειτουργήσει το δεύτερο κυλικείο και για την καλύτερη εξυπηρέτηση ασθενών και προσωπικού, μοιράστηκε στις 15 Μαρτίου 1993 στο προσωπικό του νοσοκομείου ένα ερωτηματολόγιο. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η καταγραφή του βαθμού εξυπηρέτησης του κοινού με την υπάρχουσα λειτουργία και διερεύνησε τρόπους καλύτερης λειτουργίας. Μοιράστηκαν 450 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 260 συμπληρωμένα.

Η επεξεργασία των απαντήσεων έδειξε ότι οι περισσότεροι είναι ικανοποιημένοι τόσο με την εξυπηρέτηση όσο και με την ποικιλία των προϊόντων. Το 39% των ατόμων απάντησαν ότι ψωνίζουν κάθε μέρα. Πρώτο είδος στην προτίμηση ήρθαν οι μπουγάτσες και οι τυρόπιτες, δεύτερο τα αναψυκτικά, τρίτο τα τσιγάρα, τέταρτο τα σάντουιτς και πέμπτο οι καφέδες. Τις επόμενες θέσεις πήραν πατατάκια, εφημερίδες, σοκολάτες, μύρες και γαλακτοκομικά.

Στα είδη που έλειπαν αλλά και προτάθηκαν να υπάρχουν την πρώτη θέση έχουν τα φαγώσιμα, όπως πίτσες, σουβλάκια, γλυκά και τοστ. Επίσης προτάθηκαν και προϊόντα όπως εισιτήρια λεωφορείου, γραφική ύλη, κολόνιες. Όσο αφορά τις προτάσεις για καλύτερη λειτουργία του περιπτέρου, η πιο γρήγορη εξυπηρέτηση και η διαμόρφωση του χώρου ήταν οι πιο συχνές απαντήσεις, όπως επίσης αναφέρθηκαν ο περισσότερος χρόνος λειτουργίας, περισσότερη καθαριότητα, καλύτερη οργάνωση, μεγαλύτερη ποικιλία. Λίγες φορές προτάθηκε η επάρκεια προϊόντων, η καλύτερη ποιότητα και η διάθεση τιμοκαταλόγου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν καθοριστικά για την οργάνωση του περιπτέρου Β΄ όπως επίσης και για τη βελτίωση του περιπτέρου Α΄.

<sup>25</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 46 Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος 1994 σελ.28-31

Τα δύο κυλικεία λειτούργησαν συμπληρωματικά όσον αφορά τις ανάγκες που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο. Δηλαδή το Β΄ κυλικείο λειτουργούσε 10 ώρες ημερησίως, ενώ το Α΄ κυλικείο 13 ώρες την ημέρα συμπεριλαμβανομένων Κυριακών και εορτών. Και στα δύο περίπτερα εργάζονταν 22 ασθενείς από όλα σχεδόν τα τμήματα του νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) (Α΄ γυναικών, Α΄ ανδρών, Κουτουριώτειο Ελλήνων, Θεολόγιο, Βενιζέλειο, Σύγγρειο, Σεβαστοπούλειο, Ξενώνας, Οξέων, Διαμέρισμα Κωλέτη). Οι 13 ήταν του περιπτέρου Α και οι 9 του Β. Από τους 22 ασθενείς οι 17 ήταν χρόνιοι δηλαδή είναι άτομα που έχουν μέσο όρο νοσηλείας 20 έτη και διάγνωση «σχιζοφρένειας». Οι υπόλοιποι 6 ήταν σχετικά νέες εισαγωγές με μέσο όρο νοσηλείας 2 έτη.

Υπήρξαν ασθενείς που εργάστηκαν στα περίπτερα και πήραν εξιτήριο (2 χρόνιοι με 12 και 6 χρόνια αντίστοιχα). Για την αντιμετώπιση της καλής λειτουργίας των κυλικείων χρειάζεται συγκρότηση ομάδας προσωπικού που αποτελείται εκτός από τον υπεύθυνο και από όλα τα άτομα που ασχολούνται πχ. νοσηλευτές, εθελοντές κτλ. Για να υπάρχει η πληροφόρηση μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και των εργαζομένων χρειάζεται και η συμμετοχή σε συγκεντρώσεις. Α) Οργανωτική ομάδα. Εκεί γίνεται συλλογική εκτίμηση όλων των συνισταμένων, θεραπευτικής, παραγγελιών, προβλήματα εφαρμογής, αδυναμίες. Β) Ομάδα προσωπικού και εργαζομένων ασθενών. Στην ομάδα αυτή συζητούσαν τα προβλήματα που τυχόν προέκυψαν την προηγούμενη εβδομάδα (πληρώνονται οι ασθενείς για την εβδομάδα εργασίας τους 300-400δρχ την ώρα) και επίσης παίρνονται αποφάσεις για καινούργιες λειτουργίες. Επίσης προγραμματίζονται έξοδοι στην κοινότητα για κοινωνικοποίηση και σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ όλων των μελών.

Ξεκινώντας την διαδικασία της εργασιακής αποκατάστασης ο ασθενής που ξεκινά να εργασθεί χρειάζεται την στήριξη και τη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που βρίσκεται πιο κοντά στους ασθενείς, οπότε δηλαδή βγαίνοντας ο ασθενής από το τμήμα για εργασία αλλάζει και η φροντίδα του νοσηλευτή για τον εργαζόμενο ασθενή. Εκτός από τα καθαρά νοσηλευτικά καθήκοντα που έχει απέναντι στον ασθενή αναλαμβάνει και την εκμάθηση της εργασιακής διαδικασίας, ωράριο εργασίας, φροντίδα εαυτού, συνοδεία μέχρι τη δουλειά του και στην αρχή όταν χρειάζεται εκμάθηση του αντικειμένου της δουλειάς, διαχείριση χρημάτων κτλ. Είναι σημαντική η θεραπευτική συναισθηματική στήριξη του εργαζόμενου ασθενούς από το προσωπικό του τμήματος από όπου προέρχεται, ούτως ώστε να υπάρχει θεραπευτικό συνεχές και σε ένα άλλο επίπεδο που είναι ο χώρος της δουλειάς.

Το προσωπικό (νοσηλευτές, γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, κτλ.) που συνοδεύει τον ασθενή στο περίπτερο πχ έχει τη δυνατότητα να δοκιμάσει το υγιές κομμάτι του ασθενούς σε πραγματικές συνθήκες εργασίας και να παρέμβουν θεραπευτικά σε ότι χρειαστεί.

Η επαγγελματική δραστηριότητα των χρόνιων ασθενών μέσα στο ψυχιατρείο είναι ένα δικαίωμα όπως δικαίωμα είναι και η θεραπεία. Αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια στην πορεία της αποκατάστασης. Είναι



σημαντικό η εργασία να αποτελεί μέρος μιας γενικότερης διαδικασίας αποϊδρυματισμού και να επιδιώκει την επαναπόκτηση αποϊδρυματισμού και άλλων κοινωνικών δεξιοτήτων πχ. εξόδους στην κοινότητα..

Η εργασία στο νοσοκομείο είναι ένα εργαλείο και όχι αυτοσκοπός – είναι ένα εργαλείο που έχει σχέση με μια σειρά και από άλλες διαδικασίες για την αποκατάσταση.

Οι επαγγελματικές δραστηριότητες και δομές που υπάρχουν στο νοσοκομείο χρειάζεται να ανταποκρίνονται και να πλησιάζουν όσο το δυνατόν τις εργασιακές συνθήκες και δραστηριότητες που υπάρχουν στην κοινότητα, ώστε με αυτές τις προϋποθέσεις η δομή να μπορεί να εξελιχθεί και να επεκταθεί στην κοινότητα πχ. τα προϊόντα του αγροτικού συνεταιρισμού να είναι ανταγωνίσιμα τόσο ποιοτικά όσο και παραγωγικά..

Σημασία έχει να δημιουργηθούν πλαίσια όπου μέσω της εργασίας και των άλλων δραστηριοτήτων να επιτευχθεί η αποκατάσταση.

Η πληρωμή πχ. είναι σημαντική γιατί δίνει αξία στα άτομα αυτά. Αξία που είναι ορατή και μετρήσιμη. Επίσης με τα χρήματα δημιουργούμε και προϋποθέσεις για να αρχίσουν να καλύπτονται ορισμένες βασικές ανάγκες.

Είναι σημαντικό να προσαρμοστεί η δουλειά στο άτομο και όχι το άτομο στη δουλειά. Θεωρητικά χρειάζεται να αναπτυχθούν τόσες δραστηριότητες όσες υπάρχουν και έξω στην κοινότητα.

Για να υπάρξει ανταπόκριση σε αυτές τις ιδιαιτερότητες θα χρειασθεί ένας ατομικός προγραμματισμός που να είναι σφαιρικός και που να συμμετέχει όλη η θεραπευτική ψυχιατρική ομάδα.

Η ανάπτυξη νέων αναγκών και η ανταπόκριση σε αυτές απαιτεί τη συνεργασία όλων των ειδικοτήτων (νοσηλευτές, γιατροί, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό, ψυχολόγοι κτλ.)

Είναι αναγκαίο να γίνεται παράλληλη εργασία αποϊδρυματισμού και αποκατάστασης, τόσο στο χώρο δουλειάς του ασθενή όσο και στα τμήματα ώστε να είναι μια εξέλιξη, επέκταση και συνέχεια του άλλου.

Τελικά η επαγγελματική δραστηριότητα μέσα στο ψυχιατρείο είναι εμπλουτισμός της θεραπείας και με άλλα μέσα που συμβάλλουν στην ανασύσταση του ατόμου σαν πολίτη με δικαιώματα όχι μόνο στην ψυχική υγεία αλλά και στις κοινωνικές δραστηριότητες, κάλυψη βασικών αναγκών, στέγασης κτλ.).

Γι' αυτό ο κάθε εργαζόμενος είτε γιατρός είτε ψυχολόγος κτλ. έχει μοναδικό όσο και αναντικατάστατο ρόλο από την πλευρά του, στην ψυχιατρική ομάδα, στο ψυχιατρικό τμήμα, στους συνεταιρισμούς ή στην κοινότητα. Μόνο με την συνεργασία όλων των ειδικοτήτων μπορεί το έργο της αποκατάστασης να έλθει εις πέρας και να απαιτήσει στην πλειοψηφία των χρόνιων ασθενών του νοσοκομείου μας (Ψ.Ν.Α) αναβαθμίζοντάς το σε σύγχρονη δομή απάντησης στην ψυχική νόσο στο σύνολό της<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 46 Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος 1994. σελ. 17-19

### 2.1.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ Α΄ ΦΑΣΗΣ

Το 1984 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ενέκρινε την ειδική χρηματοδότηση της Ελλάδας με 120 εκατομμύρια ECU μέσα στα πλαίσια του κανονισμού 815/84<sup>27</sup>.

Πρέπει να τονισθεί ότι μόνο το 55% της χρηματοδότησης προέρχονταν από την Ε.Ο.Κ. Ο κανονισμός πέρασε πολλές περιπέτειες, διαχειριστικές, διοικητικές, οργανωτικές, όπου η ανεπάρκεια της Ελληνικής διοίκησης κατάφερε να απορροφήσει μέχρι το 1990 το 24% των πόρων.

Το πενταετές σχέδιο (πρόγραμμα HORIZON) προέβλεπε 598 κρεβάτια ψυχιατρικά σε Γενικά Νοσοκομεία, ιδρύθηκαν μόνο 327. Προέβλεπε 23 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, δημιουργήθηκαν μόνο 15. Προέβλεπε 17 ξενώνες /οικοτροφεία μέχρι το 1991 είχαν γίνει 7.

Είναι σαφές ότι η πρώτη φάση (πρόγραμμα HORIZON), δεν εκπλήρωσε πλήρως τους επιδιωκόμενους στόχους. Οργανωτικές δυσκολίες είχαν ως αποτέλεσμα να είναι ακόμα πιο περιορισμένο από ότι είχε προβλεφθεί. Το πρόγραμμα ήταν πιλοτικό. Περιορισμένες προσπάθειες έλαβαν χώρα λειτουργώντας πειραματικά. Δεδομένου αυτού του χαρακτήρα του το πρόγραμμα πρέπει να θεωρηθεί επιτυχημένο. Η ανταπόκριση των ασθενών υπήρξε ενθαρρυντική και οι δομές που δημιουργήθηκαν, μολονότι περιορισμένες, αγκαλιάστηκαν με θέρμη από τους ίδιους. Ήταν η πρώτη φορά που οι ασθενείς βγήκαν έξω από τους θαλάμους, ανέπτυξαν δραστηριότητες και αισθάνθηκαν περισσότερο δημιουργικοί και λιγότερο ασθενείς.

Το καινούριο του εγχειρήματος, τα οργανωτικά προβλήματα, η έλλειψη υποδομής, η περιορισμένη χρηματοδότηση αλλά και ο μεγάλος αριθμός των ασθενών και η ανυπαρξία εξειδικευμένου προσωπικού, δεν μπόρεσαν να του δώσουν την επιθυμητή ώθηση. Περιορισμένα ήταν τα αποτελέσματά του και μικρός ο αριθμός των ασθενών που ενεπλάκησαν σε αυτό. Ωστόσο η ανάγκη της εξωιδρυματικής νοσηλείας έγινε κατανοητή από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και έτσι η διεύρυνση του προγράμματος κρίθηκε αναγκαία και επιδιώχθηκε μέσω της χρηματοδότησης από το β΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Δεύτερο, Παρ. 2.1.1

<sup>28</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 64 Οκτώβριος, Νοέμβριος, Δεκέμβριος 1999 σελ.21-23

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 Β΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.

#### 3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με το β΄ Κοινοτικό Πλαίσιο στήριξης, η χρηματοδότηση από το οποίο ξεκίνησε το 1996, συνεχίζονται και διευρύνονται οι προσπάθειες εξωιδρυματικής νοσηλείας. Αρχικά περιορισμένες ενέργειες έλαβαν χώρα οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν πειραματικές. Συγκεκριμένα το 7<sup>ο</sup> ψυχιατρικό τμήμα του Ψ.Ν.Α θεωρήθηκε πρότυπη μονάδα εξωιδρυματικής παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, και στη συνέχεια και το Γ΄Ταστσόγλειο περίπτερο. Η οργάνωση της Θ.Ε.Μ.Α (θεραπευτική μονάδα αποκατάστασης) το Νοέμβριο του 1995, ενέταξε τα παραπάνω και προώθησε περαιτέρω νέες δομές. Η Θ.Ε.Μ.Α υπήρξε ο θεσμοθετημένος φορέας που αφορούσε πλέον εξολοκλήρου όλες τις δομές και υπηρεσίες εξωιδρυματικής νοσηλείας.

#### 3.1.2 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.

Πριν να οργανωθεί και να αρχίσει να λειτουργεί (περί τα τέλη Νοεμβρίου 1995) η Θεραπευτική Μονάδα Αποκατάστασης,(Θ.Ε.Μ.Α.) το 7<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό Τμήμα, (Ψ.Ν.Α), είχε ήδη αναπτύξει σημαντικές δραστηριότητες σε υπηρεσίες αποκατάστασης που είχαν στόχο να καταπολεμηθεί το βαρύ ασυλιακό κλίμα που επικρατούσε στο Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α), να προωθηθεί η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και να οργανωθούν και να εδραιωθούν Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, οργανώθηκε ένα Πρότυπο (μοντέλο) λειτουργίας ψυχιατρικού τμήματος (Γ΄Ταστσόγλειο Περίπτερο) με κύρια χαρακτηριστικά τις καθημερινές και επίμονες προσπάθειες και παρεμβάσεις με αποϊδρυματική κατεύθυνση, που απέβλεπαν στη βελτίωση των εν γένει συνθηκών διαβίωσης εκεί, στην ανασύνταξη της προσωπικότητας των νοσηλευομένων, στην αναζήτηση και ανάπτυξη κάθε λειτουργικής τους δυνατότητας, στην ενίσχυση του αυτοσεβασμού και της αυτονομίας τους και γενικά στην κατάλληλη προετοιμασία τους, ώστε να καταστεί εφικτή η βαθμιαία ένταξή τους σε μονάδες ή υπηρεσίες αποκατάστασης, κοινωνικής και μη επαγγελματικής. Επίσης, οργανώθηκαν δομές και υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης, επαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής υποστήριξης εν γένει. Στις οποιοσδήποτε σχετικές δραστηριότητες η θεραπευτική διάσταση ήταν η επικρατούσα. Η παρεμβολή



παραγωγικών στόχων γινόταν βαθμιαία και κατά βήμα. Τέλος, οργανώθηκαν δομές και υπηρεσίες υπό προστασία κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης.

Πριν να οργανωθεί η ΘΕ.Μ.Α η κατάσταση που είχε διαμορφωθεί στο 7<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό Τμήμα περί τα τέλη Νοεμβρίου 1995, μπορεί να περιγραφεί αδρά ως ακολούθως. Το Γ΄ Ταστσόγλειο Περίπτερο είχε ήδη οργανωθεί και λειτουργούσε ως Πρότυπο (μοντέλο) παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά τρόπο συμβατό και συν το χρόνο περισσότερο προσαρμοζόμενο προς τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το όλο κλίμα είχε εντυπωσιακά βελτιωθεί, η καθημερινή ζωή θύμιζε εν πολλοίς τη συνήθη οικογενειακή και κοινωνική ζωή, το βαρύ ασυλιακό κλίμα είχε καταστεί παρελθόν οριστικά και σχεδόν πλήρως. Το πρότυπο αυτό λειτουργίας μπορεί να επαναληφθεί τώρα και σε άλλα ψυχιατρικά τμήματα με ελάχιστες δαπάνες εν σχέση με τα οφέλη που θα προκύψουν.

Επίσης, είχαν οργανωθεί δομές και υπηρεσίες εργασιακής υποστήριξης στις οποίες μετείχαν συστηματικά και οργανωμένα 27 (είκοσι επτά) ασθενείς. Ακόμη, είχαν οργανωθεί και λειτουργούσαν 6 (έξι) θεραπευτικά διαμερίσματα για 14 (δεκατέσσερα) συνολικά ασθενείς. Τέλος, το τμήμα λειτούργησε παράλληλα και ως τμήμα εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας – όπως δηλαδή και τα άλλα 12 Γενικά Ψυχιατρικά Τμήματα – ενώ το Γ΄ Ταστσόγλειο συνέχιζε να δέχεται εισαγωγές αρρώστων.

Η ΘΕ.Μ.Α οργανώθηκε με σκοπό να λειτουργήσουν καλύτερα οι πιο πάνω δραστηριότητες, δομές και υπηρεσίες αλλά και – κυρίως – να αναπτυχθεί περισσότερο, πιο συντονισμένα και αποδοτικά, η λειτουργία του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) ως συνόλου στον τομέα της Αποκατάστασης – κοινωνικής και επαγγελματικής – των ψυχικά πασχόντων και ή νοητικά μειονεκτούντων και προς την κατεύθυνση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης<sup>29</sup>.

### 3.1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α

Σκοπός της θεραπευτικής μονάδας αποκατάστασης είναι η μεταβολή του ιδρυματικού κλίματος και της ιδρυματικής νοοτροπίας και πρακτικής, η άρση των συνεπειών του μακροχρόνιου εγκλεισμού και του ιδρυματισμού ψυχικά πασχόντων ή νοητικά υστερούντων προσώπων, η προφύλαξή τους από τους κινδύνους και τις συνέπειες της αποκοπής τους από τη συνήθη οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή, η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού τους και η κοινωνική και επαγγελματική τους υποστήριξη και αποκατάσταση.

Για την επίτευξη του σκοπού της μονάδας οργανώνονται και λειτουργούν οι κατάλληλες υπηρεσίες και αναλαμβάνονται και αναπτύσσονται οι αναγκαίες δραστηριότητες. Ειδικότερα, οργανώνονται, λειτουργούν και αναπτύσσονται οι ακόλουθες δραστηριότητες, θεραπευτικές παρεμβάσεις, χειρισμοί, τεχνικές και

<sup>29</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 111-112



εν γένει υπηρεσίες, υποστηρικτικού ή συμπληρωματικού και συνοδευτικού άλλων υπηρεσιών χαρακτήρα.

Οι υπηρεσίες αυτές οργανώνονται, πραγματοποιούνται και αναπτύσσονται στους τόπους διαβίωσης των αρρώστων, εντός αλλά και εκτός του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) (Νοσηλευτικά τμήματα, προστατευόμενα διαμερίσματα, ξενώνες κτλ).

Όταν οι υπηρεσίες αυτές υλοποιούνται στους εντός του Νοσοκομείου τόπους διαβίωσης, αποσκοπούν κατά κύριο λόγο στη βελτίωση των εν γένει συνθηκών διαβίωσης, στην ανασύνταξη της προσωπικότητας των εκεί αρρώστων, στην αναζήτηση και βελτίωση κάθε λειτουργικής τους δυνατότητας, στην ενίσχυση του αυτοσεβασμού και της αυτονομίας τους, στην εξασφάλιση στοιχειώδους προσωπικής ζωής, γενικά στην κατάλληλη προετοιμασία τους, ώστε να καταστεί δυνατή εν συνεχεία η προώθηση και η βαθμιαία ένταξή τους σε υψηλότερου επιπέδου και περισσότερο εξειδικευμένες μονάδες ή υπηρεσίες επαγγελματικής και - ή - κοινωνικής αποκατάστασης (απλή απασχολησιο-θεραπεία, επαγγέλματα εργοθεραπείας, προεπαγγελματικά ή επαγγελματικά εργαστήρια, παραγωγικές μονάδες αποκατάστασης, συνεταιριστικές μονάδες, άλλες εργασιακές δομές και υπηρεσίες, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα και διάφορες άλλες κατάλληλες μορφές στεγαστικής και εργασιακής υποστήριξης).

Όταν οι υπηρεσίες αυτές υλοποιούνται στους εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) τόπους διαβίωσης αποσκοπούν στην ολοκλήρωση της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των αρρώστων και την στήριξη και διατήρησή της.

Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των υπηρεσιών είναι ότι όλες έχουν αποϊδρυματική κατεύθυνση και όλες επιδιώκουν να βελτιώσουν τις εν γένει συνθήκες και τον τρόπο διαβίωσης των αρρώστων και να δώσουν στην καθημερινή ζωή τους τα γνωρίσματα της συνήθους οικογενειακής και κοινωνικής ζωής.

Σ' αυτή την ομάδα υπηρεσιών περιλαμβάνονται ενδεικτικά οι ακόλουθες: Διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικού-κοινωνικού χαρακτήρα (έξοδοι για ψυχαγωγία στην πόλη-πχ. σε θέατρο, ή ταβέρνα-εκδρομές ολιγοήμερες, διακοπές-γιορτές και φιλικές συγκεντρώσεις κτλ). ατομικά θεραπευτικά προγράμματα (πχ. αναζήτηση, επισήμανση και αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων του κάθε αρρώστου λόγω της σωματικής ή νοητικής ή ψυχικής τους κατάστασης και μειονεξίας ή λόγω του μακροχρόνιου εγκλεισμού και του ιδρυματισμού του). Η συνακόλουθη επισήμανση και αντιμετώπιση των προσωπικών του αναγκών, η εξασφάλιση της απόκτησης και φύλαξης των απαραίτητων προσωπικών ειδών, εξασφάλιση του αναγκαίου προσωπικού χώρου και διαμόρφωσή του και κατά τις επιθυμίες του αρρώστου, αναζήτησης και ικανοποίηση των ατομικών, πολιτικών και οικονομικών δικαιωμάτων του, εξασφάλιση για τον κάθε άρρωστο ενός ελαχίστου χρηματικού εισοδήματος και ενθάρρυνση του για τη διαχείριση και χρησιμοποίησή του προς ικανοποίηση των δικών του αναγκών και επιθυμιών, οργάνωση του ελεύθερου χρόνου του κάθε αρρώστου σύμφωνα και με τις ιδιαίτερες κλίσεις, ανάγκες και επιθυμίες

του, κτλ). Επίσης, ειδικά θεραπευτικά προγράμματα (πχ. οργάνωση προγράμματος μετάβασης αρρώστων στους τόπους κατοικίας και επιτόπιας θεραπευτικής εργασίας με την οικογένεια του αρρώστου, την κοινότητα, και τις πλησίον ιατρικές, κοινωνικές και άλλες υπηρεσίες. Οργάνωση θεραπευτικών ομάδων που – εκτός από τις αμιγείς ιατρικές υπηρεσίες θα φροντίζουν για την οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική στήριξη του αρρώστου με σκοπό να αποφευχθεί – όταν αυτό είναι δυνατό – η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του ή να συνεχισθεί η παροχή σ' αυτόν και στην οικογένειά του των αναγκαίων υπηρεσιών και μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α), στις περιπτώσεις που η νοσηλεία του σ' αυτό κρίθηκε αναγκαία). Ακόμη, γίνονται παρεμβάσεις στους χώρους διαβίωσης των αρρώστων, ώστε να καταστούν και να διατηρούνται ευπρεπείς, οικείοι, καθαροί, και λειτουργικοί, να αποβάλλουν το βαρύ ασυλιακό τους χαρακτήρα και να αποκτήσουν όψη, ύφος, διαρρύθμιση, λειτουργικότητα και γενικότερα, κλίμα θερμό και φιλόξενο που να προσομοιάζει κατά το δυνατό στις συνήθειες κατοικία (πχ. διαρρύθμιση και διαμόρφωση υπνοδωματίων, τραπεζαρίας, προμήθεια επιτραπέζιων παιχνιδιών, δημιουργία βιβλιοθήκης κτλ.).

Επιπλέον, υπάρχουν δραστηριότητες, θεραπευτικές παρεμβάσεις και χειρισμοί, τεχνικές και εν γένει υπηρεσίες, που αποσκοπούν στην αναζήτηση και την αποκατάσταση των δημιουργικών δυνατοτήτων και ικανοτήτων του κάθε αρρώστου, την εξασφάλιση των κατάλληλων όρων και προϋποθέσεων που θα καθιστούν εφικτή την δημιουργική δραστηριότητα του, ανάλογα με τις δυνατότητές του, τις ιδιαίτερες ικανότητες και κλίσεις του, και τις θεραπευτικές εν γένει ανάγκες του. Επίσης δε υπηρεσίες που αποβλέπουν στη θεωρητική του εκπαίδευση και πρακτική του άσκηση, ώστε η δημιουργική αυτή δραστηριότητα να καταστεί στον υψηλότερο δυνατό βαθμό και για όσο το δυνατό περισσότερους αρρώστους «επαγγελματική». Σ' αυτή την ομάδα υπηρεσιών περιλαμβάνονται οι παρακάτω υπηρεσίες.

Οργάνωση και λειτουργία απλών μορφών προστατευόμενης εργασίας και θεωρητική εκπαίδευση και πρακτική άσκηση των εντασσομένων σ' αυτές ασθενών (πχ. λειτουργία τραπεζαρίας, καθαριότητα, ευπρεπισμός και λειτουργικές παρεμβάσεις στους κοιτώνες και στους κοινόχρηστους χώρους, λειτουργία βιβλιοθήκης κτλ.). Στους μετέχοντες στη λειτουργία των διαφόρων αυτών μορφών προστατευόμενης εργασίας καταβάλλεται θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα, το ύψος του οποίου προσδιορίζεται από την Επιτροπή Θεραπευτικής Εποπτείας και Διαχείρισης. Σε καμία περίπτωση αυτό δεν μπορεί να υπερβαίνει – σε ημερήσια βάση – το ένα τέταρτο του ημερήσιου νοσηλίου που ισχύει κάθε φορά.

Οργάνωση, εξοπλισμός και λειτουργία απλών θεραπευτικών κατά βάση εργασιακών δομών (αλλά και ως ένα βαθμό «κερδοσκοπικού» χαρακτήρα) και θεωρητική εκπαίδευση και πρακτική άσκηση των εντασσομένων σ' αυτές ασθενών (πχ. μικρό κυλικείο, ανθοκομικό εργαστήριο, μικρό θερμοκήπιο, εργαστήριο ξυλουργικών εργασιών κτλ.). Στους μετέχοντες στη λειτουργία αυτών των εργασιακών δομών κατανέμονται τα τυχόν κέρδη από τη λειτουργία

τους. Όταν το ποσό που αναλογεί σε κάθε ασθενή είναι μικρό μπορεί να συμπληρώνεται με θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα, το ύψος του οποίου προσδιορίζεται από την Επιτροπή Εποπτείας και Διαχείρισης. Σε καμία περίπτωση, το ανώτατο συνολικά ποσό που μπορεί να καταβληθεί ανά ασθενή – μετέχοντα σ' αυτές τις εργασιακές δομές – δεν μπορεί να υπερβαίνει – σε ημερήσια βάση – το ένα τέταρτο του ημερήσιου νοσηλίου που τυχαίνει κάθε φορά.

Τέλος, υπάρχει οργάνωση, εξοπλισμός και λειτουργία διαφόρων μορφών προστατευόμενης κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης (ανάδοχες οικογένειες, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, άλλες μορφές προστατευόμενης κατοίκησης ή στεγαστικής υποστήριξης).

Στους ασθενείς που εντάσσονται στις πιο πάνω μορφές προστατευόμενης κατοίκησης καταβάλλεται ανάλογο θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα το ύψος του οποίου προσδιορίζεται από την Επιτροπή Θεραπευτικής Εποπτείας και Διαχείρισης. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υπερβαίνει – σε μηνιαία βάση – τα δύο πέμπτα του μηνιαίου νοσηλίου που ισχύει κάθε φορά.

Το θεραπευτικό αυτό βοήθημα προορίζεται για των εν όλω ή εν μέρει αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης, αλλά και των αναγκαίων δαπανών για την ολοκλήρωση και τη στήριξη της κοινωνικής και επαγγελματικής τους αποκατάστασης (ενοίκιο, κοινόχρηστα, έξοδα λειτουργίας, έξοδα κίνησης και ψυχαγωγίας, έξοδα ένδυσης και εξοπλισμού της κατοικίας, έξοδα για την εξεύρεση εργασίας, έξοδα για τη δημιουργική και προς αποϊδρυματική κατεύθυνση οργάνωση του ελεύθερου χρόνου, κτλ.).

Τέλος, υπάρχουν και άλλες δραστηριότητες υποστήριξης του προγράμματος (πχ. εκπαιδευτική δραστηριότητα, επισκέψεις και επιτόπια συνεργασία και ανταλλαγή εμπειριών με ανάλογα προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα ή εκτός αυτής, ανάπτυξη και παρακολούθηση των υπηρεσιών, κτλ.)<sup>30</sup>.

### **3.1.4 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Η επιτροπή αυτή είναι αρμόδια για την εποπτεία και τη διαχείριση του προγράμματος της ΘΕ.Μ.Α. Αυτή λοιπόν η επιτροπή αποτελείται από τους παρακάτω υπεύθυνους και αρμόδιους σε σχέση με το πρόγραμμα αποκατάστασης:

Πρόεδρος

Ένα μέλος και υπεύθυνος κατασκευαστικού και συνυπεύθυνο του διαμερίσματος Νικαίας και Παγκρατίου

Ένα μέλος και υπεύθυνο καφενείου, αγροτικού και συνυπεύθυνο του διαμερίσματος Πειραιά-Πυθαγόρα και Α' Αγροικίας

Ένας αναπληρωτής πρόεδρος

<sup>30</sup> Ψ.Ν.Α. (Κανονισμός λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.) Επιστημονική Επιτροπή Δρ. Βαρουχάκης Χαρίλαος  
Διευθυντής Ψυχίατρος.



Ένα αναπληρωματικό μέλος και υπεύθυνο καφενείου και κατασκευαστικού

Ένας διευθυντής ψυχίατρος

Ένας επιμελητής Α-ψυχίατρος

Δύο επιμελητές Β-ψυχίατροι

Ένας ψυχολόγος και συνυπεύθυνος του διαμερίσματος Αχαρνών

Μία ψυχολόγος και υπεύθυνη διαμερίσματος Νέου Κόσμου

Μία κοινωνική λειτουργός «Διαδρομής» και Τασσογλείου Γ' περιπτέρου και υπεύθυνη Αγροικίας Β', διαμερίσματος Αιγάλεω-Χίου, Αχαρνών, Νέου Κόσμου και Παγκρατίου

Ένας κοινωνικός λειτουργός «Διαδρομής» και Τασσογλείου Γ' περιπτέρου και υπεύθυνος διαμερίσματος Πειραιά-Νεοσύκων, Πειραιά-Πυθαγόρα, Νίκαιας, Αιγάλεω, Παγκρατίου και Αγροικίας Α

Μία προϊσταμένη Τασσογλείου Γ' περιπτέρου

Ένας υπεύθυνος Τασσογλείου Γ' και του καφενείου του τμήματος αυτού

Μία προϊσταμένη και συνυπεύθυνη διαμερίσματος Αχαρνών

Μία υπεύθυνη διαμερίσματος Αχαρνών και Αγροικίας Α

Μία προϊσταμένη «Διαδρομής» και συνυπεύθυνη διαμερίσματος Νίκαιας

Μία υπεύθυνη «Διαδρομής» και διαμερίσματος Αιγάλεω-Θηραμένους

Ένας συνυπεύθυνος διαμερίσματος Αιγάλεω

Μία υπεύθυνη ομάδας αποξηραμένων και συνυπεύθυνη διαμερίσματος Αιγάλεω

Μία συνυπεύθυνη ομάδας κήπου και ξυλουργικής

Μία συνυπεύθυνη ομάδας μαγειρικής

Μία υπεύθυνη ομάδας διακόσμησης

Μία υπεύθυνη λαϊκής αγοράς και εργαστηρίου μικροκατασκευών και αργυροχοίας

Τρεις συνυπεύθυνους λαϊκής αγοράς

Μία συνυπεύθυνη διαμερίσματος Παγκρατίου και υπεύθυνη ομάδας καθαριότητας Τασσογλείου Γ' περιπτέρου

Μία υπεύθυνη διαμερίσματος Αιγάλεω-Χίου και υπεύθυνη ομάδας τραπεζαρίας Τασσογλείου Γ' περιπτέρου και

Δύο συνυπεύθυνες διαμερίσματος Β Αγροικίας.<sup>31</sup>

### 3.1.5 ΟΙ ΕΞΩΔΡΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΛΕΠΕΙ Η Θ.Ε.Μ.Α

Υπό την επίβλεψη της Θ.Ε.Μ.Α λειτουργούν: ένα κέντρο ψυχικής υγείας στο Περιστέρι, ένας ξενώνας στον Κολωνό ο οποίος περιλαμβάνει και 17 περίπου προστατευόμενες κατοικίες, ένα μικρό οικοτροφείο στο Αιγάλεω, και 10-12 περίπου προστατευόμενες κατοικίες.

<sup>31</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ. 132



### 3.1.6 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΤΟΙΚΙΩΝ

Σκοπός των προστατευόμενων κατοικιών είναι η κοινωνική αποκατάσταση προσώπων που παρουσίασαν προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία ήδη σε μεγάλο βαθμό έχουν αντιμετωπισθεί.

Η συνέχιση της νοσηλείας τους εκτός του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) για τα πρόσωπα αυτά δεν έχει πλέον ένδειξη. Αντίθετα κρίνεται ότι εμποδίζει την ολοκλήρωσή της θεραπείας και την πλήρη κοινωνική ή (και) επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Η χορήγηση εξιτηρίου δεν αποφασίσθηκε επειδή κρίθηκε ότι για διάφορους λόγους θα μπορούσε να βλάψει την προσωπική ζωή και να εκθέσει σε κίνδυνο την ήδη πολύ καλή κατάσταση της υγείας τους. Οι λόγοι που γίνεται αυτό αναφέρονται ως ακολούθως. Η ανάγκη συνέχισης της φαρμακευτικής αγωγής και τακτικής και συστηματικής ιατρικής παρακολούθησης. Επίσης, υπάρχουν προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά, οικονομικά και άλλα προβλήματα που θα μπορούσαν να φέρουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή αν βρεθεί μόνος του εκτός νοσοκομείου χωρίς την απαιτούμενη υποστήριξη από τη θεραπευτική ομάδα.

Στις προστατευόμενες κατοικίες ακολουθείται θεραπευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει τακτική και συστηματική παρακολούθηση από θεράποντα γιατρό και συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας σύμφωνα με τις οδηγίες του. Θεραπευτική εποπτεία από τη θεραπευτική ομάδα. Οι εντασσόμενοι στο πρόγραμμα μετέχουν, συν τοις άλλοις, σε θεραπευτικές ομάδες όπου καταβάλλεται προσπάθεια να εκφράζουν ελεύθερα και ανεμπόδιστα επιθυμίες, ιδέες, προτάσεις, αιτήματα παράπονα κτλ.

Επίσης περιλαμβάνει, ψυχολογική, ηθική, κοινωνική και γενικά ανθρώπινη στήριξη από τη θεραπευτική ομάδα, αλλά και τους συνοίκους. Υπάρχει ακόμα οικονομική στήριξη (θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα), ανάλογη των βιοτικών αλλά και θεραπευτικών αναγκών, που καλύπτει εξ ολοκλήρου αυτές τις ανάγκες ή και συμπληρώνει εισοδήματα από άλλες πηγές.

Τελικός στόχος του θεραπευτικού προγράμματος και όλων των επιμέρους θεραπευτικών παρεμβάσεων, τεχνικών και χειρισμών είναι να καταστήσει το πρόσωπο, που εντάσσεται στο πρόγραμμα, ικανό να στηριχθεί τελικά στις δικές του δυνάμεις και να φροντίσει αυτοδύναμα τη ζωή και την υγεία του. Ο στόχος αυτός είναι κοινός της θεραπευτικής ομάδας, του κάθε προσώπου που εντάσσεται στο πρόγραμμα και των συνοίκων του, επηρεάζει την καθημερινή ζωή και πρακτική, αποτελεί δε, το βασικό οδηγό και κατευθυντήριο άξονα, όταν παίρνονται αποφάσεις για οποιοδήποτε θέμα. Η επίτευξη του τελικού στόχου είναι δυνατή μόνο – εφ’ όσον εξασφαλίζονται ορισμένοι βασικοί όροι και προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, απαιτείται απόλυτη συμμόρφωση του εντασσόμενου στο πρόγραμμα προσώπου προς τις οδηγίες του θεράποντα γιατρού, ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθεί. Ο εντασσόμενος στο πρόγραμμα δεν παίρνει αποφάσεις, ούτε αναλαμβάνει

δεσμεύσεις για σοβαρά οικογενειακά, επαγγελματικά, οικονομικά κτλ. ζητήματα χωρίς τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευτικής ομάδας. Επίσης, ο εντασσόμενος στο πρόγραμμα συμβάλλει με την προσωπική του εργασία στην καθαριότητα του υπνοδωματίου του και των κοινόχρηστων χώρων. Φροντίζει την ατομική του εμφάνιση και καθαριότητα και την τακτοποίηση και φύλαξη των προσωπικών του αντικειμένων. Επιπλέον, ο ασθενής είναι παρών οπωσδήποτε την ώρα του μεσημεριανού και του βραδινού φαγητού. Εάν και για οποιοδήποτε σοβαρό λόγο πρέπει να απουσιάσει, οφείλει προηγουμένως να έχει έγκαιρα ενημερώσει τους συνοίκους του. Ακόμη πρέπει να σέβεται όλους τους κανόνες της κοινής ζωής (ώρες κοινής ησυχίας, φαγητού, ύπνου κτλ.). Θα πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις (γιορτές, εξόδους, επισκέψεις, εκδρομές κτλ.) και να συμβάλλει με τη δουλειά του στην επιτυχία τους. Γνωρίζει και έχει συνειδητοποιήσει ότι δεν είναι μόνος, δεν ζει μόνος, δεν κατοικεί μόνος. Είναι με άλλους και καλλιεργούνται καθημερινά με τις πράξεις και τη συμπεριφορά των συνοίκων.

Το θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα, που χορηγείται στον κάθε εντασσόμενο στο πρόγραμμα, δεν αποβλέπει μόνο στην οικονομική του ενίσχυση, αλλά και χρησιμεύει και για την ολοκλήρωση της κοινοτικής ή (και) επαγγελματικής του αποκατάστασης. Με αυτό λοιπόν (μαζί με τυχόν προσωπικά έσοδα των συνοίκων από άλλες πηγές) όχι μόνο καλύπτονται τα έξοδα της κοινής διαβίωσης, αλλά και τα έξοδα που τυχόν απαιτούνται για παρεμβάσεις και χρήσιμους που αποβλέπουν σε αυτή την αποκατάσταση, ακόμα και αν χρειασθεί να ενισχυθούν οικονομικά ασθενέστεροι οι κάποιοι που σε δεδομένη στιγμή έχουν περισσότερες ανάγκες.

Η διαχείριση των οικονομικών του σπιτιού γίνεται από τους συνολικά εντασσόμενους στο πρόγραμμα. Θα πρέπει με τα έσοδα που συνολικά συγκεντρώνουν να πετύχουν διαβίωση γενικά άνετη και αξιοπρεπή, φαγητό επαρκές και καλής ποιότητας ενδυμασία ευπρεπή και επαρκή, διακόσμηση του σπιτιού, καλή επίπλωση κτλ. Είδη εξοπλισμού, οικοσκευής, έπιπλα και λοιπά αντικείμενα της προστατευόμενης κατοικίας, που για την αγορά τους ξοδεύτηκαν χρήματα από τα θεραπευτικά χρηματικά βοηθήματα, ανήκουν στην προστατευόμενη κατοικία (μονάδα του Ψ.Ν.Α). Τα είδη αυτά είναι προς χρήση και από άλλους νοσηλευόμενους που τυχόν θα αντικαταστήσουν τους ήδη ενταγμένους στο πρόγραμμα.

Η διαχείριση πρέπει, να είναι προγραμματισμένη, οργανωμένη και «νοικοκυρεμένη» χωρίς αδικαιολόγητες σπατάλες και υπερβολές. Έξοδα ή επισφαλή δάνεια των οποίων δεν έχει εξασφαλιστεί η κάλυψη σε σύντομο χρόνο απαγορεύονται απολύτως.

Η οικονομική διαχείριση εποπτεύεται και ελέγχεται από τη θεραπευτική ομάδα. Η ικανότητα των ενοίκων να διαχειρίζονται με σύνεση τα οικονομικά του σπιτιού, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες χωρίς υπέρβαση των εσόδων, θα περιορίσει ή και θα εξαλείψει εντελώς τον εποπτικό ρόλο της θεραπευτικής ομάδας σε αυτόν τον τομέα.

Επίσης, στους ασθενείς που εντάσσονται στο πρόγραμμα, δεν επιτρέπεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών καθώς μπορεί να βλάψουν την υγεία τους. Η χρήση τους είναι περιορισμένη. Δεν επιτρέπεται η διανυκτέρευση άλλου προσώπου χωρίς ενημέρωση και άδεια από τη θεραπευτική ομάδα, αλλά ούτε και διανυκτέρευση εκτός σπιτιού. Δεν επιτρέπεται η συμμετοχή με χρήματα σε τυχερά παιχνίδια (εντός ή εκτός κατοικίας). Επίσης, τυχόν πλεονάσματα από το χρηματικό βοήθημα κατατίθενται σε κοινό λογαριασμό. Χρησιμοποιούνται για κάλυψη εκτάκτων αναγκών και ανήκουν στην κατοικία συνολικά. Από τα χρήματα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν μελλοντικοί ένοικοι ή αντικατάσταση των υπάρχοντων ενοίκων ή άλλων κατοικιών ένοικοι εάν παρουσιασθούν τυχόν έκτακτες ανάγκες. Πρέπει να αποφεύγονται διενέξεις με τους ενοίκους της πολυκατοικίας ή άλλους γείτονες. Η συμπεριφορά και εμφάνιση των εντασσομένων στο πρόγραμμα πρέπει να είναι ευγενική και κόσμια. Για οτιδήποτε δεν μπορούν να επιλύσουν μόνοι τους ενημερώνεται η θεραπευτική ομάδα. Επιπλέον, κάθε προστατευόμενη κατοικία τηρεί ημερολόγιο, στο οποίο καταγράφονται όλα τα σημαντικά γεγονότα της κοινής διαβίωσης. Οι σύννοικοι συμμετέχουν σ' αυτό. Τέλος, σε κάθε προστατευόμενη κατοικία τηρείται βιβλίο οικονομικής διαχείρισης. Γίνεται προσπάθεια για τη συμμετοχή των συνοίκων στην τήρηση του βιβλίου.<sup>32</sup>

### 3.1.7 ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Τα Κέντρα Ψυχικής υγείας είναι σύγχρονες μονάδες που σκοπό έχουν την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου καθώς και την αποκατάσταση όπου ήδη έχει υπάρξει σοβαρή ψυχική διαταραχή. Έχουν καθορισμένη περιοχή ευθύνης (στην περίπτωσή μας το Περιστέρι) ώστε να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης τοπικής κοινωνίας (κοινωνικές, οικονομικές, πολιτισμικές κτλ.). είναι γνωστό ότι χειρισμοί και σε αυτό το επίπεδο βοηθούν στην αποκατάσταση της ψυχικής νόσου.

Έτσι λοιπόν το Κ.Ψ.Υ Περιστερίου είναι αποκεντρωμένη ομάδα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α), είναι δημόσιος οργανισμός στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ. και συνεργάζεται με όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του λεκανοπεδίου. Αναπτύχθηκε σταδιακά απ' το Μάρτιο του 1990 και έχει εξυπηρετήσει 3.500 περιστατικά (έως Δεκέμβριο 1996). Η εγκατάσταση στο σημερινό κτίριο που βρίσκεται το Κ.Ψ.Υ έγινε τον Ιούνιο του 1995.

Το Κ.Ψ.Υ. στελεχώνεται από Διοικητικούς Υπαλλήλους, ψυχιάτρους, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγους, σύμβουλο επαγγελματικής κατάρτισης, ειδική παιδαγωγό, λογοθεραπεύτρια, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτριες υγείας, νοσηλεύτρια και βοηθητικό προσωπικό. Εδώ, αξίζει να αναφέρουμε ότι το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτόνομη διεύθυνση και αποτελείται από: α) Ιατρεία

<sup>32</sup> Ψ.Ν.Α. (Κανονισμός λειτουργίας της ΘΕ Μ.Α.) Επιστημονική Επιτροπή Δρ. Βαρουχάκης Χαρίλαος  
Διευθυντής Ψυχίατρος.



Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής β) Μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής) γ) Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας και δ) Γραφείο Γραμματείας.

Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. προβλέπονται οι παρακάτω κατά κατηγορία και κλάδο θέσεις προσωπικού:

Κατηγορία ΠΕ

Κλάδος ΠΕ Ψυχολόγων – Τέσσερις θέσεις (4)

Κλάδος ΠΕ Λογοθεραπευτών – Μία θέση (1)

Κλάδος ΠΕ Παιδαγωγών – Μία θέση (1)

Κλάδος ΠΕ Εκπαιδευτικών – Μία θέση (1)

Κατηγορία ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας – Τέσσερις θέσεις (4)

Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών – τριών υγείας – Τρεις θέσεις (3)

Κλάδος ΤΕ Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας – Μία θέση (1)

Κλάδος ΤΕ Λογοθεραπευτών – Μία θέση (1)<sup>33</sup>

Κατηγορία ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Διοικητικός – Λογιστικός – Δύο θέσεις (2)

Κατηγορία ΥΕ

Κλάδος ΥΕ Επιμελητών – Μία θέση (1)

Κλάδος ΥΕ Προσωπικού καθαριότητας – Μία θέση (1)

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 Δ.Σ. του Νοσοκομείου (Ψ.ΝΑ) που υπάγεται το Κ.Ψ.Υ. και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ο προϋπολογισμός του Κ.Ψ.Υ. προγραμματίζεται από το Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α), περίπου 10 εκατομμύρια ανά έτος.

Εξ' ολοκλήρου οικονομικά, και διοικητικά το Κ.Ψ.Υ. ανήκει στο Ψ.Ν.Α, όπου από αυτό προμηθεύεται και το υλικό του είτε είναι αναλώσιμο είτε όχι. Επίσης και τα λειτουργικά του έξοδα τα έχει αναλάβει το Ψ.Ν.Α. Μόνο κατά την ίδρυση του Κ.Ψ.Υ. συνέβαλε το 70% των εξόδων η Ε.Ο.Κ και το 30% το Ψ.Ν.Α. Δυστυχώς το 1997 η Ε.Ο.Κ σταμάτησε να επιχορηγεί οικονομική ενίσχυση στο Κ.Ψ.Υ.. Έτσι όλο το βάρος ανέλαβε το Ψ.Ν.Α.

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου παρέχει ενημέρωση στους κατοίκους του Δήμου Περιστερίου σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο την πρόληψη, ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Επίσης, παρέχει συμβουλευτική βοήθεια, ψυχιατρική εκτίμηση, και θεραπεία σε άτομα κάθε ηλικίας χρησιμοποιώντας σύγχρονες μεθόδους σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Συμβουλευτική υποστήριξη σε ζευγάρια ή οικογένειες που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Ακόμα, παρέχει άμεση βοήθεια σε επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα στο Κέντρο ή στο σπίτι για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους. Ψυχολογική και ψυχιατρική

<sup>33</sup> Η θέση πληρούται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για αντιστοιχη θέση του κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών



βοήθεια σε παιδιά και εφήβους (0-18 ετών παιδοψυχιατρικό τμήμα). Συμβουλευτική βοήθεια σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού, ειδική εκπαίδευση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και λογοθεραπεία. Και επιπλέον παρέχει εκπαίδευση σε στελέχη της ψυχιατρικής υγείας.

Στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου λειτουργούν, ψυχομετρικό εργαστήριο, ψυχοθεραπευτικές ομάδες καθώς και βραχεία ατομική ψυχοθεραπεία. Πρόγραμμα Ημερήσιας φροντίδας σε καθημερινή βάση. Αναπτύσσονται δραστηριότητες κοινωνικο – θεραπευτικού χαρακτήρα. Τέλος, λειτουργεί κοινωνική λέσχη ασθενών, μια φορά την εβδομάδα. Αναπτύσσονται δραστηριότητες εκεί ψυχαγωγικού χαρακτήρα.

Καθημερινά το Κ.Ψ.Υ. παραμένει ανοικτό 9:00-13:00 κάθε μέρα και η προσέλευση του κοινού για παροχή υπηρεσιών είναι αρκετά μεγάλη και περιλαμβάνει κάθε ηλικία. Στο πρώτο ραντεβού ο ασθενής συμπληρώνει το «φύλλο πρώτης επαφής»<sup>34</sup> όπου αυτό καταγράφεται και μπαίνει στο φάκελο που ανοίγεται με το ιστορικό του ασθενούς.<sup>35</sup>

### 3.1.8 ΜΙΚΡΟ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΣΤΟ ΑΙΓΑΛΕΩ

Το μικρό οικοτροφείο είναι και αυτό μια μορφή προστατευόμενου διαμερίσματος, μόνο που εδώ οι ασθενείς είναι περισσότεροι, δηλαδή 6 (έξι) ασθενείς. Ενώ στο προστατευόμενο διαμέρισμα συνοικούν τέσσερις (4) μόνο ασθενείς του ίδιου φύλου. Αντίθετα στο οικοτροφείο οι ασθενείς είναι και των δύο φύλων (άνδρες και γυναίκες).

Οι ασθενείς εργάζονται καθημερινά στις εργασιακές δομές του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) και η γενική στελέχωση, οργάνωση, διοίκηση, λειτουργία κτλ. είναι η ίδια με τα προστατευόμενα διαμερίσματα.<sup>36</sup>

### 3.1.9 ΞΕΝΩΝΑΣ ΚΟΛΩΝΟΥ

Ο Ξενώνας (Κολωνού) του Ψ.Ν.Α αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και κοινότητας των πρώην νοσηλευόμενων του Ψ.Ν.Α. Σκοπός του είναι η επαγγελματική και κοινωνική επανένταξη του ασθενή, με άμεση συνεργασία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και των φιλοξενούμενων στον ξενώνα. Ο σκοπός καθορίζει και το είδος της συνεργασίας με το Ψ.Ν.Α και άλλους φορείς της κοινότητας.

Οι φιλοξενούμενοι προέρχονται όλοι από το Ψ.Ν.Α. Η επιλογή τους γίνεται από τον επιστημονικό υπεύθυνο και τον αναπληρωτή του σε συνεργασία με το Διευθυντή ιατρό του τμήματος προέλευσης του υποψηφίου φιλοξενούμενου. Ακολουθεί δοκιμαστικό στάδιο προσαρμογής του κάθε φιλοξενούμενου και αποφασίζεται η παραμονή του ή μη στον ξενώνα. Το

<sup>34</sup> βλέπε Παράρτημα

<sup>35</sup> Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας Περιστερίου. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

<sup>36</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο. παρ.3.1.6

προσωπικό είναι ενημερωμένο για τα προβλήματα (ψυχιατρικά και άλλα) του κάθε φιλοξενούμενου καθώς και για το είδος της υποτροπής του καθενός.

Στα πλαίσια του κανονισμού λειτουργίας, στόχος είναι η παραμονή κάθε φιλοξενούμενου για χρονικό διάστημα από 6-18 μήνες. Όμως ο χρόνος παραμονής ενδέχεται να διαμορφωθεί κατά ατομική περίπτωση ανάλογα με το βαθμό αποκατάστασης και επανένταξης του κάθε φιλοξενούμενου.

Τα κριτήρια φιλοξενίας στον ξενώνα, είναι ότι, ο ασθενής προέρχεται από το Ψ.Ν.Α, ο φιλοξενούμενος δεν βρίσκεται σε οξεία φάση αλλά σε φάση αποκατάστασης και αποθεραπείας.. Επίσης, να υπάρχει εμφανής ικανότητα για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και συναλλαγών και εμφανής ικανότητα για εργασιακή απασχόληση (συνέπεια, ενδιαφέρον, υπευθυνότητα κτλ.). Δεν πρέπει να υπάρχει ιστορικό χρήσης τοξικών ουσιών ή κατάχρησης οινοπνεύματος, αλλά ούτε και διάγνωση χαρακτηρισολογικής διαταραχής ή νοητικής ανεπάρκειας. Επιπλέον, να μην υπάρχουν στον ασθενή σοβαρά παθολογικά προβλήματα ή αναπηρίες, ή κάποιο είδος σεξουαλικής απόκλισης. Τέλος, η παρακολούθηση του προγράμματος από τον ασθενή είναι εκούσια.

Οι κανονισμοί λειτουργίας κατά την παραμονή των φιλοξενούμενων είναι ότι ενημερώνεται πριν και κατά την είσοδό του για τους κανονισμούς λειτουργίας, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, κατά τη διάρκεια παραμονής τους στον ξενώνα. Έτσι λοιπόν οι φιλοξενούμενοι οφείλουν την τήρηση του ωραρίου δραστηριοτήτων, το σεβασμό και τη φροντίδα του ξενώνα, καθώς και της ατομικής τους υγιεινής, την τήρηση ωραρίου κοινής ησυχίας, απαγορεύεται η χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών. Επίσης, ο σεβασμός στη θεραπευτική ομάδα και τους συγκατοίκους τους, είναι απαραίτητος. Οι σχέσεις με την κοινότητα πρέπει να είναι σωστές και να διέπονται από συνέπεια, ευγένεια, διακριτικότητα κτλ. Οι ασθενείς θα οφείλουν να συμμετέχουν στις δραστηριότητες του ξενώνα, καθώς θα πρέπει να χρησιμοποιούν όλες τις παροχές του ξενώνα με μέτρο στα πλαίσια της σωστής οικονομικής διαχείρισης (τηλέφωνο, ρεύμα κτλ.). Ακόμη, η συμμετοχή στις ομάδες τόσο με την ψυχολόγο όσο και με τη θεραπευτική ομάδα είναι υποχρεωτική. Το επισκεπτήριο τηρείται σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο. Οι φιλοξενούμενοι πρέπει να ενημερώνουν το προσωπικό για το χρόνο απουσίας τους, για το που βρίσκονται καθώς και για την ώρα επιστροφής τους. Τέλος, οι φιλοξενούμενοι συνεργάζονται στη διαδικασία επανένταξής τους και στη διαδικασία εύρεσης εργασίας – κατοικίας.

Σε αναφορά στην εργασιακή απασχόληση, γίνονται προσπάθειες από τη θεραπευτική ομάδα για την εύρεση εργασίας, όσο αυτό είναι εφικτό, τόσο μέσω του ΟΑΕΔ, όσο και μέσω ιδιωτικών φορέων. Επίσης όλοι οι φιλοξενούμενοι απασχολούνται σε διάφορες δομές προστατευόμενης εργασίας του Ψ.Ν.Α (κέντρο προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης Περιστερίου, Εργοθεραπεία Ψ.Ν.Α mini market Ψ.Ν.Α, fast food, κηροπλαστείο, συνεργείο καθαριότητας, κομμωτήριο, κήπος, καφενείο κτλ.).

Η έξοδος από τον ξενώνα γίνεται με απλή επιθυμία του φιλοξενούμενου και όταν υπάρχει η σύμφωνη γνώμη μετά από εκτίμηση της θεραπευτικής

ομάδας. Αυτό συμβαίνει για όσους παρακολουθούν ομαλά το πρόγραμμα.. Υπάρχει και η περίπτωση μη καταλληλότητας και προσαρμογής, οπότε ο φιλοξενούμενος επιστρέφει στο Ψ.Ν.Α. Οι έξοδοι από τον ξενώνα μπορεί να γίνει, είτε με εξιτήριο, είτε με την επιστροφή του ατόμου στο οικογενειακό του περιβάλλον, είτε μπορεί να επέλθει υποτροπή και έτσι το άτομο επιστρέφει στο Ψ.Ν.Α. Επίσης η έξοδος μπορεί να γίνει με την τοποθέτηση του ατόμου σε άλλη δομή (οικοτροφείο, ξενώνας εκκλησίας, ξενώνας περιοχής καταγωγής φιλοξενουμένων, κτλ.).

Η στελέχωση του ξενώνα (Κολωνού), η οποία αποτελούσε και την θεραπευτική ομάδα και η οποία καλύπτει τις ανάγκες του προγράμματος σε 24ωρη βάση είναι η ακόλουθη:

- Μία (1) προϊσταμένη νοσηλεύτρια
- Τρεις (3) νοσηλευτές ΤΕ
- Τρεις (3) νοσηλευτές ΔΕ
- Ένας (1) φύλακας ασθενών ΥΕ
- Μία (1) καθαρίστρια (βοηθητικό προσωπικό) ΥΕ

Επίσης, με εργασιακή σχέση μερικής απασχόλησης εξυπηρετούν τις ανάγκες του προγράμματος οι ακόλουθοι:

- Μία (1) υπεύθυνη τομεάρχισσα
- Ένας (1) υπεύθυνος ιατρός
- Ένας (1) αναπληρωτής υπεύθυνου ιατρού
- Μία (1) ψυχολόγος
- Μία (1) κοινωνική λειτουργός

Όλοι μαζί αυτή η θεραπευτική ομάδα συνεργάζεται, οργανώνοντας, συντονίζοντας και κατευθύνοντας τις προσπάθειες για την επίτευξη των στόχων του ξενώνα. Οι δραστηριότητες της είναι η όλη λειτουργία και φροντίδα των φιλοξενουμένων σε κάθε τομέα (πχ. εργασία, συμπεριφορά, εμφάνιση, ψυχαγωγία, θεραπεία κτλ.) του προγράμματος, για την κοινωνική ένταξη και αποκατάσταση των ατόμων, όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Όσον αφορά τις προστατευόμενες κατοικίες που ανήκουν στο ξενώνα (Κολωνό), οι ένοικοί τους ακολουθούν ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα με βάση το καταστατικό λειτουργίας προστατευομένων κατοικιών.

Όλοι οι κάτοικοι των προστατευομένων κατοικιών, ανήκουν στη δύναμη του ξενώνα Ψ.Ν.Α (χωρίς εξιτήριο), υπό την εποπτεία της θεραπευτικής ομάδας, γεγονός το οποίο συνεπάγεται τις ίδιες υποχρεώσεις της ομάδας απέναντι σ' αυτούς με τους φιλοξενούμενους, που ήδη μένουν στον ξενώνα με ορισμένες επιπλέον υποχρεώσεις λόγω της απομάκρυνσής τους από τον χώρο του ξενώνα. Έτσι οι υποχρεώσεις είναι η τακτική και συστηματική παρακολούθηση και εποπτεία για την εκτίμηση των συνθηκών διαβίωσης, των σχέσεων μεταξύ των συγκατοίκων της ψυχολογικής και σωματικής τους κατάστασης. Επίσης έκτακτη παρέμβαση στις κατοικίες για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών (πχ. υποτροπές, παθολογικά προβλήματα, προβλήματα σχέσεων κτλ.). Ακόμη, παροχή ειδών διατροφής, φαρμάκων, που χορηγούνται



στον ξενώνα από το Ψ.Ν.Α. Παροχή από την ΘΕ.Μ.Α.<sup>37</sup> μηνιαίου βοηθήματος, όπου κρίνεται σκόπιμο, για την επίτευξη καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και αποκατάστασης παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτική παρέμβαση σε καθημερινή βάση με τηλεφωνική και προσωπική επικοινωνία, και επαφή με τους συγγενείς για συμπαράστασή τους στα ενδιαφερόμενα προς αυτούς προστατευόμενα μέλη. Δίδεται παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και ειδική παρακολούθηση ευπαθών ενοίκων σε ιδιαίτερες συνθήκες (πχ. περίοδος καύσωνα κ.α.). Τέλος, υπάρχει τήρηση ειδικών βιβλίων για το κάθε προστατευόμενο διαμέρισμα, όπου αναφέρονται όσα αφορούν το διαμέρισμα και τους κατοίκους του.<sup>38</sup>

### 3.1.10 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α.

Μετά την οργάνωση και λειτουργία της ΘΕ.Μ.Α. η πορεία της αποκατάστασης εξελίχθηκε ως εξής : Στα τέλη Νοεμβρίου 1995 ανατίθεται στο 7<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό τμήμα η οργάνωση της ΘΕ.Μ.Α. και η ευθύνη της λειτουργίας και της ανάπτυξης των κατάλληλων δομών και υπηρεσιών αποκλειστικά και μόνο στον τομέα της αποκατάστασης. Έτσι το 7<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό τμήμα απαλλάσσεται τις ευθύνες παροχής υπηρεσιών εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και στο Γ΄ Τασσόγλειο Περίπτερο παύουν να εισάγονται ασθενείς.

Η ΘΕ.Μ.Α. ενισχύεται σε προσωπικό και περιλαμβάνει 43 συνολικά εργαζόμενους. Στη ΘΕ.Μ.Α. εντάσσεται και η «Διαδρομή», Μονάδα που οργανώθηκε και λειτουργούσε ήδη από το Μάρτιο του 1995, με σκοπό την κατάλληλη προετοιμασία αρρώστων προκειμένου εν συνεχεία να καταστεί δυνατή η κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Σε αυτήν όμως, την ευθύνη λειτουργίας της ανέλαβε η ΘΕ.Μ.Α.. Είχαν ήδη μεταφερθεί σε αυτήν, από άλλα τμήματα του Ψ.Ν.Α, 13 συνολικά ασθενείς.

Το Δεκέμβριο 1995, καταρτίζεται και εγκρίνεται από το Δ.Σ., ο κανονισμός λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.<sup>39</sup> Έτσι οργανώνεται και λειτουργεί το κτήριο στον Κορυδαλλό με μορφή αυτοδιαχειριζόμενου ξενώνα-οικοτροφείου. Εκεί εντάσσονται οι πρώτοι 7 ασθενείς. Επίσης, τίθεται σε λειτουργία η πρώτη αγροικία με ένταξη σε αυτή 4 ασθενών. Μετά από ένα μήνα λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. οι ενταχθέντες σε δομές στεγαστικής υποστήριξης αυξάνονται κατά 11 και ανέρχονται σε 25.

Τον Ιανουάριο-Φεβρουάριο 1996, εντάσσονται στη ΘΕ.Μ.Α. και λειτουργούν σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας οι εργασιακές δομές που είχαν οργανωθεί και λειτουργούσαν στα πλαίσια του προγράμματος Horizon. Έτσι οι δομές αποκτούν αυτοδιαχείριση, μεγαλύτερη ευελιξία και δυνατότητες πιο άρτιας οργάνωσης και περαιτέρω ανάπτυξης. Οι 24 ασθενείς που είχαν ενταχθεί σ' αυτές τις δομές υπόκεινται πλέον στον Κανονισμό Λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.. Στο τέλος του Φεβρουαρίου 1996, μετά από τρεισήμισι μήνες

<sup>37</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο. Παρ. 3.1.2

<sup>38</sup> Δ.Σ Ψ.Ν.Α Απολογισμός πεπραγμένων ξενώνα Κολωνού

<sup>39</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο. Παρ. 3.1.2



λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. οι ενταχθέντες σε δομές εργασιακού γενικά τύπου ασθενείς φτάνουν τώρα συνολικά τους 57. Στη «Διαδρομή» έχουν μεταφερθεί από άλλα τμήματα του Ψ.Ν.Α, 7 ακόμα συνολικά ασθενείς προκειμένου να προετοιμαστούν και να ενταχθούν εν συνεχεία σε εξωνοσοκομειακές δομές. Επιπλέον, έχουν οργανωθεί 12 ακόμα θέσεις στεγαστικής υποστήριξης κι έτσι οι ενταχθέντες σε τέτοιες θέσεις ασθενείς ανέρχονται τώρα, συνολικά σε 37.

Τον Μάρτιο-Ιούλιο 1996, κατά το χρονικό αυτό διάστημα, έχουν μεταφερθεί από άλλα τμήματα του νοσοκομείου 14 ακόμα ασθενείς στη «Διαδρομή». Έχουν οργανωθεί 26 νέες θέσεις εργασιακής υποστήριξης και ισάριθμοι ασθενείς έχουν ενταχθεί σε αυτές.

Η κατάσταση στο τέλος του Ιουλίου 1996 (δηλαδή μετά από 8 μήνες λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.) 21 συνολικά ασθενείς έχουν μεταφερθεί στη «Διαδρομή», 83 συνολικά ασθενείς έχουν ενταχθεί σε ισάριθμες θέσεις εργασιακής υποστήριξης και 52 συνολικά ασθενείς έχουν ενταχθεί σε ισάριθμες θέσεις στεγαστικής υποστήριξης.

Στα τέλη Νοεμβρίου 1996 η ΘΕ.Μ.Α.<sup>40</sup> συμπληρώνει ένα χρόνο λειτουργίας στη διάρκεια του οποίου κατάφερε επιτυχώς να βελτιώσει τη λειτουργία της «Διαδρομής» η οποία έτσι πλησίασε κατά πολύ το σκοπό για τον οποίο οργανώθηκε. Πιο συγκεκριμένα, στους 13 ασθενείς που υπήρχαν εκεί προστέθηκαν 25 ακόμη. Από το συνολικό αριθμό των 38 ασθενών: 4 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 4 ασθενείς επέστρεψαν στα τμήματα από όπου προήρχοντο, και ένας ασθενής έφυγε χωρίς άδεια. Ακόμη, 13 ασθενείς εντάχθηκαν σε προστατευόμενα διαμερίσματα, 16 ασθενείς εξακολουθούν να παραμένουν.

Επιπλέον κατάφερε να βελτιώσει και να αναπτύξει τις δομές και υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης, επαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής υποστήριξης εν γένει. Συγκεκριμένα, συνέχισε τη λειτουργία και οργάνωσε καλύτερα τις 27 θέσεις τις οποίες το 7<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό τμήμα είχε ήδη αναπτύξει πριν από την ίδρυση της ΘΕ.Μ.Α. Συνέχισε τη λειτουργία και οργάνωσε καλύτερα τις 24 θέσεις που λειτουργούσαν στα πλαίσια του προγράμματος Horizon του οποίου η λειτουργία είχε διακοπεί. Επιπρόσθετα, οργάνωσε 47 νέες θέσεις ανεβάζοντας έτσι το συνολικό αριθμό τους σε 98. Δηλαδή, περί τα τέλη Νοεμβρίου 1996 λειτουργούν οι πιο κάτω αναφερόμενες δομές και υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης, επαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής υποστήριξης εν γένει με τις αντίστοιχες θέσεις:

**Πίνακας 15 Αναφερόμενες δομές και υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης επαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και εργασιακής υποστήριξης με τις αντίστοιχες θέσεις.**

Βοηθητικές εργασίες στο Γ΄ Τασσόγλειο	16
Βοηθητικές εργασίες στο 7 <sup>ο</sup> Περίπτερο	1
Βοηθητικές εργασίες στο Προκάτ 1 Περίπτερο	5

<sup>40</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο. Παρ. 3.1.2

Εργασίες περίφραξης, Λειτουργία καφενείου, Κήπου,	21
Διαμόρφωση Περιβάλλοντος χώρου	3
Μικρή αγορά	3
Πρόχειρα φαγητά	10
Κηροπλαστείο	7
Κηποτεχνικό	4
Πλυντήριο αυτοκινήτων	18
Βοηθητικές εργασίες στη «Διαδρομή», Μικροκατασκευές, Λαϊκή αγορά	2
	2
Αρτοποιείο-Ζαχαροπλαστείο	6
Ξυλουργείο	98
Καλές Τέχνες-Πηλοπλαστική	θέσεις
<b>Σύνολο :</b>	

Ένας ακόμη λόγος επιτυχίας της ΘΕ.Μ.Α. κατά το πρώτο έτος λειτουργίας της ήταν να βελτιώσει και να επεκτείνει τις δομές και υπηρεσίες υπό προστασία κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης εν γένει. Συγκεκριμένα συνέχισε τη λειτουργία και οργάνωσε καλύτερα τις 14 θέσεις που είχαν οργανωθεί πριν από την ίδρυση της ΘΕ.Μ.Α. με την εποπτεία του 7<sup>ου</sup> Ψυχιατρικού τμήματος (8 θέσεις) και του ξενώνα του Κολωνού (6 θέσεις). Οργάνωσε 42 νέες θέσεις για 27 άνδρες και 15 γυναίκες. Έτσι οι θέσεις αυτές γίνονται συνολικά 54, δηλαδή 35 άνδρες και 19 γυναίκες (οι θέσεις είναι 54 κι όχι 56 επειδή ένας ασθενής πήρε οριστικό εξιτήριο και ένας άλλος απεβίωσε).

Οι ακόλουθες δομές που λειτουργούν υπό προστασία κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης με τις αντίστοιχες θέσεις είναι οι εξής:

**Πίνακας 16 Δομές που λειτουργούν υπό προστασία κατοίκησης και στεγαστικής υποστήριξης με τις αντίστοιχες θέσεις.**

Προστατευόμενη κατοικία σε καθεστώς αυτοδιαχείρισης (ξενώνας-οικοτροφείο) στον Κορυδαλλό	14
Πρώτη Αγροικία	4
Δεύτερη Αγροικία	4
Θεραπευτικό διαμέρισμα Παγκρατίου	3
Θεραπευτικό διαμέρισμα Πειραιά	4
Θεραπευτικό διαμέρισμα Νίκαιας	3
Μικρό οικοτροφείο στο Αιγάλεω	7
Θεραπευτικό διαμέρισμα Νέου Κόσμου	2
Πρώτο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1
Δεύτερο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1
Τρίτο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	3
Τέταρτο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	2
Πέμπτο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	2
Έκτο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1

Έβδομο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1
Όγδοο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1
Ένατο θεραπευτικό διαμέρισμα Κολωνού	1
<b>Σύνολο ασθενών :</b>	<b>54</b>

Έχουν οργανωθεί δηλαδή συνολικά 17 δομές και υπηρεσίες αυτοδιαχειριζόμενης προστατευόμενης κατοίκησης (ένας ξενώνας-οικοτροφείο στον Κορυδαλλό, ένα μικρό οικοτροφείο στο Αιγάλεω, δύο αγροικίες μέσα στο νοσοκομείο Ψ.Ν.Α και 13 θεραπευτικά διαμερίσματα εκτός νοσοκομείου για 54 συνολικά ασθενείς). Συμπεριλαμβανομένων λοιπόν και των αρρώστων του ξενώνα Κολωνού, οι διαμένοντες σε δομές και υπηρεσίες προστατευόμενης κατοίκησης ανέρχονται σε 67.

Τις 54 θέσεις προστατευόμενης κατοικίας κατέλαβαν ισάριθμοι ασθενείς οι οποίοι πριν να εγκατασταθούν εκεί, νοσηλεύονταν:

**Πίνακας 17 Τμήματα που νοσηλεύονταν ασθενείς πριν την εγκατάστασή τους σε δομές προστατευόμενης κατοικίας**

<b>A Οι άνδρες</b>	
Στο Ταστσόγλειο Γ'	15 ασθενείς
Στο Προκάτ 2 <sup>α</sup>	4 ασθενείς
Στο 15άνω περίπτερο	3 ασθενείς
Στο Ταστσόγλειο Ε1	3 ασθενείς
Στο Ταστσόγλειο Ε2	1 ασθενής
Στο 9 <sup>ο</sup> περίπτερο	2 ασθενείς
Στο 11 <sup>ο</sup> περίπτερο	1 ασθενής
Στο 14άνω περίπτερο	1 ασθενής
Στον ξενώνα Κολωνού	5 ασθενείς
<b>Σύνολο</b>	<b>35 ασθενείς</b>

<b>B Οι γυναίκες</b>	
Στο Ταστσόγλειο Δ'	4 ασθενείς
Στο Προκάτ 2β	3 ασθενείς
Στο Ταστσόγλειο Ε1	2 ασθενείς
Στο 17 κάτω Περίπτερο	1 ασθενής
Στο 18 κάτω περίπτερο	1 ασθενής
Στον ξενώνα Κολωνού	8 ασθενείς
<b>Σύνολο</b>	<b>19 ασθενείς</b>

Τις θέσεις των αρρώστων που κενώθηκαν στον ξενώνα Κολωνού κατέλαβαν άλλοι ασθενείς προερχόμενοι από τα διάφορα Γενικά Ψυχιατρικά Τμήματα. Το προφανές αυτό σημαντικό επίτευγμα στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης αποδεικνύεται ακόμη σπουδαιότερο εάν ληφθεί υπ' όψιν ο χρόνος της προηγηθείσας ασυλιακής ζωής των 54 ασθενών. Από τους ασθενείς

αυτούς λοιπόν μόνο 9 είχαν ασυλιακή ζωή μικρότερη από 5 χρόνια, 7 είχαν από 5 έως 10 χρόνια, 11 είχαν από 10 έως 20 χρόνια, 17 είχαν από 20 έως 30 χρόνια και 10 ασθενείς είχαν ασυλιακή ζωή μεγαλύτερη των 30 χρόνων.<sup>41</sup>

Η κατάσταση από την έναρξη της ΘΕ.Μ.Α. (τέλη Νοεμβρίου 1995) έως 4-2-1997 μπορεί να περιγραφεί ως ακολούθως:

Περί τα μέσα Νοεμβρίου η ΘΕ.Μ.Α. ανέλαβε την υλοποίηση του προγράμματος «ΔΑΦΝΙ»<sup>42</sup> (καταπολέμηση του αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας). Άρχισαν αμέσως και συνεχίζονται παρεμβάσεις σε άλλα Ψυχιατρικά Τμήματα και συγκεκριμένα στα περίπτερα 15άνω, 15κάτω, 17κάτω, 7<sup>ο</sup> περίπτερο και Μονάδα Οξέων. Οργανώθηκε και λειτουργεί σε αίθουσα της «Διαδρομής» η Μουσικοθεραπεία και Δραματοθεραπεία..

Έχουν δρομολογηθεί οι απαραίτητες προεργασίες και εργασίες για την οργάνωση και λειτουργία του προγράμματος «φύλαξη και προστασία μικρών ζώων» (υδροδότηση, ηλεκτροδότηση, αποχέτευση, βάση για την κατασκευή μικρών οικίσκων διαμονής των ζώων, ιατρείο μικρών ζώων κτλ. Δυστυχώς η επί σειρά ετών αβεβαιότητα για την τύχη των προγραμμάτων αποκατάστασης και η ανασταλτική επίδραση αυτής της αβεβαιότητας είναι η προφανής αιτία της ανυπαρξίας οποιασδήποτε σχεδόν υποδομής για τη λειτουργία του προγράμματος αυτού).

Σε πολλά τμήματα όπου παρενέβη η ΘΕ.Μ.Α. συγκροτήθηκαν και λειτουργούν θεραπευτικές ομάδες ασθενών αλλά και ομάδες προσωπικού, που έτσι οργανώνουν πιο συντονισμένα υψηλότερο επίπεδο τους στόχους και τις δραστηριότητές τους.

Ακόμα, με προσωπική εργασία ασθενών και προσωπικού συμπληρώθηκε ο εξοπλισμός του θερμοκηπίου, που τέθηκε σε λειτουργία και μάλιστα σε αρκετά υψηλό επίπεδο παραγωγής.

Έχουν ξεκινήσει προεργασίες για τη λειτουργία «φωτογραφείου». Παράλληλα η προσληφθείσα εκπαιδύτρια καταγράφει φωτογραφικά τις ψυχαγωγικές και κοινωνικές εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται στα διάφορα τμήματα.

Σε λειτουργία τέθηκαν οι δραστηριότητες του κομμωτηρίου και Αρτοποιείου-Ζαχαροπλαστείου.

Ανακαινίσθηκε και διακοσμήθηκε το Γ΄ Τασσόγλειο Περίπτερο με προσωπική εργασία του εκεί προσωπικού αλλά και κυρίως των ασθενών. Επιπλέον, έχουν ξεκινήσει η ανακαίνιση του 7<sup>ου</sup> περιπτέρου με φροντίδα του εκεί προσωπικού και εργασία των ασθενών.

Έγιναν μελέτες αρχιτεκτονικής τοπίου και περιβάλλοντος χώρου των περιπτέρων 15<sup>ο</sup>, 17<sup>ο</sup> και 7<sup>ο</sup>. Φυσικά έχουν συγκροτηθεί ομάδες εργασίας από ασθενείς των περιπτέρων 15άνω, 15κάτω και 17άνω με σκοπό την καθαριότητα, τη διαμόρφωση, επέκταση και συντήρηση πρασίνου στον περιβάλλοντα χώρο τους.

<sup>41</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νρ 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 112-115

<sup>42</sup> Βλέπε κεφάλαιο Τέταρτο



Με τις πιο πάνω παρεμβάσεις προστέθηκαν 37 θέσεις εργασιακής υποστήριξης κι έτσι σήμερα ο αριθμός αυτών των θέσεων ανέρχεται σε 135.

Τέλος, καταρτίστηκε το πρόγραμμα «ΔΑΦΝΙ 2».<sup>4344</sup>

### **3.1.11 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ Θ.Ε.Μ.Α. ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α**

Ως γνωστόν, η ίδρυση της Θ.Ε.Μ.Α.<sup>45</sup> δεν έτυχε της επιδοκίμασias του ιατρικού σώματος. Από αρκετούς γιατρούς διατυπώθηκαν ζωηρές επιφυλάξεις και αρνητικές κρίσεις, όχι δε σπάνια σημειώθηκαν αντιδράσεις.

Τα αποτελέσματα από την ίδρυση της Θ.Ε.Μ.Α. αποδεικνύουν ότι αυτή η ίδρυση ήταν απολύτως αναγκαία και εξαιρετικά χρήσιμη, και ότι η περαιτέρω ενίσχυση και ανάπτυξή της θα επιτρέψει να πετύχει τους στόχους της. Θα ενισχύσει ακόμα την οργάνωση -βαθμιαία- σε δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης σε όλα τα ψυχιατρικά τμήματα, σε πολύ καλύτερο επίπεδο από αυτό που βρίσκονται.

Η μόνη επίπτωση που θα μπορούσε ίσως να θεωρηθεί αρνητική είναι το γεγονός ότι η ίδρυση της Θ.Ε.Μ.Α. επιβάρυνε τα άλλα πέντε ψυχιατρικά τμήματα που δέχονται τις εισαγωγές ανδρών, με τις εισαγωγές αυτών που αναλογούσαν στο Γ' Ταστσόγλειο Περίπτερο. Η επιβάρυνση αυτή όμως δεν ήταν σημαντική και πάντων ήταν πολύ μικρότερη από αυτή που αδιαμαρτύρητα αποδέχονται τα Τμήματα ανδρών, στα οποία επί σειρά ετών εισάγονται υπερδιπλάσιοι ασθενείς από εκείνους που εισάγονται στα τμήματα γυναικών.

Έναντι αυτού του «μειονεκτήματος» η ίδρυση της Θ.Ε.Μ.Α. απέδειξε ότι η περαιτέρω ανάπτυξη δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης, όχι μόνο είναι εφικτή, αλλά και είναι και η μόνη οδός που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ζωής και της μοίρας των αρρώστων. Και όχι μόνο αυτών που θα αποκατασταθούν εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) αλλά και εκείνων που θα παραμείνουν εντός αυτού. Επίσης, είναι ο μόνος τρόπος που μπορεί να αποτρέψει την ασυλοποίηση και άλλων ανθρώπων.

Η οργάνωση -μέσα σε ένα μόνο χρόνο- εκατό περίπου νέων θέσεων προστατευόμενης εργασίας, οι συστηματικές αποϊδρυματικού χαρακτήρα παρεμβάσεις σε τρία περίπτερα χρόνιων (15κάτω, 15άνω, 17κάτω), η εμφανής αλλαγή προς το καλύτερο του όλου εκεί κλίματος, οι διαμορφωθείσες άριστες συνθήκες διαμονής και διαβίωσης σε ένα κλίμα απολύτως, σχεδόν προσομοιάζουν προς τη συνήθη οικογενειακή και κοινωνική ζωή στο Γ' Ταστσόγλειο Περίπτερο και στη «Διαδρομή», επίσης η συστηματική οργάνωση συμπληρωματικών θεραπευτικών τεχνικών (Μουσικοθεραπεία, Δραματοθεραπεία κτλ.) και η λειτουργία 42 νέων θέσεων προστατευόμενης

<sup>43</sup> Βλέπε Κεφάλαιο τέταρτο

<sup>44</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ. 115

<sup>45</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο Παρ. 3.1.2

κατοικίας εκτός νοσοκομείου, είναι γεγονότα που ο καθένας μπορεί να διαπιστώσει και τα οποία μπορούν να πείσουν τους πάντες.

Όπως ήδη ελέγχθη στον πρώτο χρόνο της λειτουργίας της η Θ.Ε.Μ.Α. δημιούργησε 42 νέες θέσεις προστατευόμενης κατοικίας εκτός Νοσοκομείου. Ισάριθμα περίπου (κατά 37 θέσεις για την ακρίβεια) μειώθηκε ο αριθμός των ενδονοσοκομειακών κλινών.

Στον πίνακα που παρουσιάζεται πιο κάτω φαίνεται αυτή η μεταβολή και στο σύνολο της αλλά ειδικότερα στο κάθε νοσηλευτικό τμήμα:

**Πίνακας 18 Μεταβολή του αριθμού των κλινών και των θέσεων κατά το χρονικό διάστημα 1-11-95 μέχρι 27-1-97**

<b>A ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>1-11-95</b>	<b>27-1-97</b>
<b>A1 Τμήματα εισαγωγών</b>		
Τασσόγειο Α΄	59	57
Τασσόγειο Β΄	51	37
Τασσόγειο Ε1-Ε2	53	55
Προκάτ 1-Β	57	56
Προκάτ 2-Α	69	70
Διαδρομή	9	12
<b>Σύνολο</b>	<b>298</b>	<b>287</b>
<b>A2 Τμήματα χρόνιων</b>		
7 <sup>ο</sup> Περίπτερο	18	18
9 <sup>ο</sup> Περίπτερο	21	22
11 <sup>ο</sup> Περίπτερο	52	45
14άνω Περίπτερο	88	85
14κάτω Περίπτερο	89	82
15κάτω Περίπτερο	87	78
15άνω Περίπτερο	87	90
17άνω Περίπτερο	79	79
<b>Σύνολο</b>	<b>521</b>	<b>499</b>
<b>Σύνολο ενδονοσοκομειακών κλινών ανδρών</b>	<b>819</b>	<b>786</b>
<b>A3 Εξωνοσοκομειακές θέσεις</b>		
Ξεώνας Κολωνού	5	5
Προστατευόμενες κατοικίες	10	35
<b>Σύνολο</b>	<b>15</b>	<b>40</b>
<b>Γενικό σύνολο ανδρών</b>	<b>834</b>	<b>826</b>
<b>B ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
<b>B1 Τμήματα εισαγωγών</b>		
Τασσόγειο Β΄	55	58
Τασσόγειο Δ΄	59	59
Τασσόγειο Ε3-Ε4	57	59
Προκάτ 1-Α	67	65

Προκάτ 2-B2	36	39
Διαδρομή	5	5
<b>Σύνολο</b>	<b>279</b>	<b>285</b>
<b>B2 Τμήματα χρόνιων</b>		
2 <sup>ο</sup> Περίπτερο	44	43
17κάτω Περίπτερο	70	64
18κάτω Περίπτερο	50	52
19 <sup>ο</sup> Περίπτερο	36	31
7 <sup>ο</sup> Περίπτερο	8	8
<b>Σύνολο</b>	<b>208</b>	<b>198</b>
<b>Σύνολο ενδονοσοκομειακών κλινών γυναικών</b>	<b>487</b>	<b>483</b>
<b>B3 Εξωνοσοκομειακές θέσεις</b>		
Ξενώνας Κολωνού	7	8
Προστατευόμενες κατοικίες	4	19
<b>Σύνολο</b>	<b>11</b>	<b>27</b>
Γενικό σύνολο γυναικών	498	510
Γενικό σύνολο ανδρών και γυναικών	1.332	1.336

Αυτή η μείωση του αριθμού των ενδονοσοκομειακών κλινών, επιτρέπει σημαντικές βελτιώσεις στην όλη λειτουργία του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α).

Παρόλο που η έλλειψη συναίνεσης και συντονισμού οδήγησε σε απώλεια χρόνου, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί επιτρέπει ακόμα και τώρα να πετύχει αυτό που θα μπορούσε να είχε πετύχει από καιρό. Δηλαδή την οργάνωση και τη λειτουργία τουλάχιστον ενός ακόμη τμήματος εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και η βελτίωση ριζικά των όρων και των συνθηκών διαμονής και διαβίωσης σε ένα ή ίσως και σε δύο τμήματα χρόνιων ασθενών.<sup>46</sup>

### 3.1.12 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α.

Ο αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α από το πρόγραμμα καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας σηματοδότησε και την έναρξη της πορείας της ΘΕ.Μ.Α. προς την παρακμή και την πλήρη σχεδόν εξουδετέρωση των όσων είχε μέχρι τότε πετύχει. Οι λόγοι ήταν δύο κυρίως α) Η ΘΕ.Μ.Α. στερήθηκε των υπηρεσιών σαράντα περίπου εργαζομένων που απολύθηκαν β) Η ΘΕ.Μ.Α. έμεινε θεσμικά μετέωρη αφού δεν είχε ακόμα εκδοθεί η Υπουργική απόφαση που θα κατοχύρωνε τον κανονισμό λειτουργίας της. (Η υπηρεσία παρέδρου του Ελεγκτικού Συνεδρίου θεωρούσε νόμιμες τις δαπάνες για τη λειτουργία της ΘΕ.Μ.Α. μόνο για όσο διάστημα η Μονάδα λειτουργούσε στα πλαίσια επιδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Ένωση Προγράμματος και είχε επανειλημμένα προειδοποιήσει ότι θα πάψει να τις εγκρίνει αν σταματήσει το

<sup>46</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ.115-119



Πρόγραμμα, και εν τω μεταξύ, δεν είχε εκδοθεί η Υπουργική απόφαση που προέβλεπε ο Νόμος 2071/92). Πράγματι η Υπηρεσία Παρέδρου όταν σταμάτησε το Πρόγραμμα του Αποκλεισμού επέστρεψε χωρίς να τα θεωρήσει τα χρηματικά εντάλματα που αφορούσαν θεραπευτικά χρηματικά βοηθήματα που έπαιρναν οι ενταγμένοι στα θεραπευτικά διαμερίσματα, ασθενείς της ΘΕ.Μ.Α.

Το πλήγμα ήταν βαρύ. Η περαιτέρω ανάπτυξη της ΘΕ.Μ.Α. γινόταν αδύνατη. Η συρρίκνωση ποσοτική και ποιοτική ήταν αναπόφευκτη.

Συγκεκριμένες επιπτώσεις είχε στη λειτουργία των Υπηρεσιών Αποκατάστασης και γενικότερα στις προσπάθειες για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση η παράληψη της έκδοσης των Υπουργικών Αποφάσεων που προβλέπει ο νόμος 2071 (ίδια της θεσμοθέτησης του Κανονισμού Λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.) και η τακτική του Υπουργείου Εργασίας που επέφερε τον εξοβελισμό της ΘΕ.Μ.Α από τα προγράμματα του Κοινωνικού Αποκλεισμού, που συν τοις άλλοις, είχε ως αποτέλεσμα να στερηθεί των υπηρεσιών σαράντα τεσσάρων (44) εργαζομένων (στελέχη και προσωπικό υποστήριξης).

Αναστάλθηκε επ' αόριστον η παρέμβαση της ΘΕ.Μ.Α. στα περίπτερα: 15κάτω, 17κάτω και 7<sup>ο</sup> περίπτερο. Στα περίπτερα αυτά είχαν οργανωθεί παρεμβάσεις και τεχνικές με γενικό αποϊδρυματικό χαρακτήρα και επίσης ατομικά θεραπευτικά προγράμματα, ομάδες ασθενών, υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης. Αναστάλθηκαν οι εναλλακτικές – συμπληρωματικές θεραπείες (μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία).

Ματαιώθηκε η λειτουργία του φωτογραφείου, καθώς και υποβαθμίστηκε και η λειτουργία του κομμωτηρίου, όπως και εξουδετερώθηκε σχεδόν πλήρως το πρόγραμμα φύλαξης και προστασίας μικρών ζώων.

Επίσης, η λειτουργία νέων θεραπευτικών διαμερισμάτων ματαιώθηκε (τουλάχιστον μέχρι να εγκριθεί ο κανονισμός λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. με υπουργική απόφαση). Οι δε προετοιμασθέντες προς ένταξη ασθενείς παραμένουν εν αναμονή και εν ματαιώσει στη «Διαδρομή».

Η λειτουργία του ξενώνα Κολωνού περιορίζεται αφού αχρηστεύεται η δυνατότητα μετάβασης των ασθενών του σε προστατευόμενα διαμερίσματα.

Οι λειτουργούσες εργασιακές δομές συρρικνώνονται, με σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στο παραγωγικό, αλλά περισσότερο στο θεραπευτικό σκέλος λόγω της απουσίας στελεχών (ψυχολόγων, εργοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, εκπαιδευτών).

Εκτός από όλα αυτά που συνιστούν μεγάλη υποβάθμιση της όλης λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. τα σοβαρότερα προβλήματα και οι πιο επικίνδυνες επιπτώσεις αφορούν τους ασθενείς που έχουν ενταχθεί στα προστατευόμενα θεραπευτικά διαμερίσματα. Υπήρξε και εξακολουθεί να υπάρχει σημαντικό πρόβλημα με τη χορήγηση χρηματικού βοηθήματος.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα παραπάνω προβλήματα αποφασίστηκε να ληφθούν μια σειρά από μέτρα. Έτσι λοιπόν οι αποφάσεις που πάρθηκαν ήταν να ενεργοποιηθεί ο κανονισμός λειτουργίας των προστατευόμενων κατοικιών που μεταξύ των άλλων ορίζει: «Με αυτό λοιπόν το θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα μαζί με τυχόν προσωπικά έσοδα των κατοίκων



από άλλες πηγές όχι μόνο καλύπτονται τα έξοδα της κοινής διαβίωσης αλλά και τα έξοδα που τυχόν απαιτούνται για παρεμβάσεις και χειρισμούς που αποβλέπουν σε αυτή την αποκατάσταση, ακόμα και αν χρειαστεί να ενισχυθούν οι οικονομικά ασθενέστεροι ή κάποιοι που σε δεδομένη στιγμή έχουν περισσότερες ανάγκες». Έγινε κάλεσμα των ασθενών που έχουν προσωπικά εισοδήματα και αναλύθηκε πάλι η σχετική παράγραφος του κανονισμού. Όλοι δέχτηκαν τη ρύθμιση αυτή. Να χρησιμοποιηθούν όλα τα μέχρι τώρα κέρδη των εργασιακών δομών για την οικονομική υποστήριξη των διαμερισμάτων που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, εξετάζοντας κάθε περίπτωση χωριστά.

Να ενταχθούν όλοι οι ένοικοι διαμερισμάτων στις εργασιακές δομές της ΘΕ.Μ.Α. δεδομένου ότι όλοι, ακόμη κι εκείνοι που μετέχουν μόνο σε τεχνικές αυτοεξυπηρέτησης καλύπτουν τις απαιτήσεις της σχετικής διάταξης του οργανισμού.

Επίσης, οι λογαριασμοί (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, κοινόχρηστα κτλ.) όλων των προστατευομένων διαμερισμάτων πληρώνονται από το Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α). Καθώς και όλα τα διαμερίσματα μπορούν να παίρνουν από το Νοσοκομείο τρόφιμα, απορρυπαντικά, είδη προσωπικής υγιεινής, λοιπά είδη καθαριότητας, ιματισμό και άλλα υλικά που υπάρχουν στις αποθήκες του.

Το Ψ.Ν.Α μίσθωσε δια απευθείας συμφωνίας το ακίνητο στο Αιγάλεω, όπου λειτουργεί το μικρό οικοτροφείο.

Η κατάσταση που αντιμετωπίζεται τώρα με τους κινδύνους ματαίωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και απρόβλεπτων υποτροπών που απειλούν την ψυχική υγεία και την ίδια τη ζωή των αρρώστων, υπερκαλύπτει χωρίς αμφιβολία τις απαιτήσεις και του «επείγοντος» και του «εξαιρετικού».

Όλες αυτές οι ενέργειες συνιστούν λύση έκτακτης ανάγκης, που δεν παύει να υποβαθμίζει θεραπευτικά τη λειτουργία και να νοθεύει σε μεγάλο βαθμό το ρόλο των προστατευομένων θεραπευτικών διαμερισμάτων.

Το προστατευόμενο θεραπευτικό διαμέρισμα είναι η πιο εξελιγμένη θεραπευτικά, αλλά και η οικονομικότερη μορφή στεγαστικής υποστήριξης και δι' αυτής κοινωνικής αποκατάστασης.

Οι οποιεσδήποτε προσπάθειες στον τομέα της αποκατάστασης, πρέπει να έχουν ως τελικό στόχο την οργάνωση και λειτουργία προστατευομένων θεραπευτικών διαμερισμάτων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία και χαλαρότερη εποπτεία για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Ας μην ξεχνάμε ότι το πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι η ανάδειξη του προσώπου του κάθε ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με την αναζήτηση των ιδιαίτερων αναγκών του κάθε ασθενή, την ενθάρρυνσή του να δημιουργεί καινούργιες ανάγκες, τη δημιουργία όρων και προϋποθέσεων για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών, που θα αναδείξουν την ταυτότητα και την ιδιαιτερότητά του και θα τον βοηθήσουν να ξαναζητήσει το θαύμα της ανθρώπινης ύπαρξης, της μοναδικής και ανεπανάληπτης, που παραμένει η ίδια και ταυτόχρονα διαφορετική στην πορεία του χρόνου.

Οι προσπάθειες πρέπει να τείνουν στην επάνοδο στο καθεστώς που περιγράφεται από τον κανονισμό λειτουργίας της Θ.Ε.Μ.Α. και όχι στην παγίωση μιας μίζερης ασυλιακής και εν τέλει αντικοινωνικής λειτουργίας.

Τελικά το Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α αποφάσισε την επέκταση και εφαρμογή όσων προβλέπονται στον εσωτερικό κανονισμό της λειτουργίας της Θ.Ε.Μ.Α., την πληρωμή όλων των λογαριασμών των προστατευομένων θεραπευτικών διαμερισμάτων καθώς και την παροχή κάθε είδους υλικού από τις αποθήκες του Ψ.Ν.Α, και τη μίσθωση με απ' ευθείας συμφωνία το ακίνητο του Αιγάλεω (όπου λειτουργεί μικρό οικοτροφείο).

Μετά από λίγους μήνες η Θ.Ε.Μ.Α. δέχτηκε αιφνίδια και δεύτερο βαρύ πλήγμα. Η υπηρεσία Παρέδρου αρνήθηκε τώρα και τη θεώρηση των ενταλμάτων που αφορούσαν θεραπευτικά χρηματικά βοηθήματα των ασθενών που είχαν ενταχθεί στις εργασιακές δομές και υπηρεσίες της Θ.Ε.Μ.Α. ο κίνδυνος πλήρους κατάρρευσης της Θ.Ε.Μ.Α. ήταν προφανής και η αντίδραση της Θ.Ε.Μ.Α. άμεση.

Τα εντάλματα που δεν θεωρήθηκαν δεν στηρίζονται στο Νόμο 2071 γιατί δεν αφορά το θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα που χορηγούταν σε ασθενείς ενταγμένους σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Σε αυτή την κατηγορία σταμάτησε να χορηγείται βοήθημα ήδη από το Σεπτέμβριο του 1997 γιατί είχε αποφασιστεί ότι επί του θέματος θα έπρεπε τελικά να αποφασίζει το Τμήμα. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι αυτή που υποδεικνύεται και βάση της οποίας έχουν ήδη θεωρηθεί ανάλογα χρηματικά εντάλματα που αφορούν τους μήνες από τον Αύγουστο του 1997 μέχρι και τον Απρίλιο του 1998. Ζητήθηκε λοιπόν κατεπειγόντως να δοθεί εντολή στο Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α να πληρωθούν οι ασθενείς αυτά που τους οφείλουν και να καλυφθούν οι δαπάνες για τις δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας της Θ.Ε.Μ.Α. μέχρι και της επίσημης θεσμοθέτησής του.

Η επιτροπή θεραπευτικής εποπτείας και διαχείρισης της Θ.Ε.Μ.Α.<sup>47</sup>, ο επιστημονικός υπεύθυνος διευθυντής ψυχίατρος του ξενώνα Κολωνού και των λειτουργούντων θεραπευτικών διαμερισμάτων, ο επιστημονικός υπεύθυνος επιμελητής Β των εργασιακών δομών –μικρή αγορά, πρόχειρα φαγητά, κηποτεχνική, πλυντήριο αυτοκινήτων, κηροπλαστείο- και τα στελέχη και οι υπεύθυνοι των άλλων δομών και υπηρεσιών της Θ.Ε.Μ.Α. αναφέρουν ότι παρήλθε και ο μήνας Σεπτέμβριος (1998) και οι ενταγμένες στις εργασιακές δομές και υπηρεσίες της Θ.Ε.Μ.Α. δεν έχουν ακόμα πληρωθεί το μήνα Ιούνιο παρά τις φορτικές πιέσεις του επιστημονικού υπευθύνου της Θ.Ε.Μ.Α. και διευθυντού της Ιατρικής υπηρεσίας, και άλλων μελών του Ψ.Ν.Α. Η κατάσταση λοιπόν αυτή, της διαρκούς εκκρεμότητας έχει προκαλέσει αφόρητη ψυχική ένταση σε θεραπευτές και θεραπευομένους. Επίσης έχει πολύ δυσμενείς πρακτικές επιπτώσεις στους ασθενείς (δημιουργία χρεών, αδυναμία πληρωμής ενοικίων, αδυναμία εξόφλησης γραμματίων, έσχατος περιορισμός των προς το ζην αναγκαίων).

<sup>47</sup> Βλέπε κεφάλαιο Τρίτο παρ 3.1.2

Εάν λοιπόν αυτά δεν μπορέσουν να υλοποιηθούν και να υπάρξει οριστική λύση, η αναστολή της λειτουργίας των στεγαστικών και εργασιακών δομών και υπηρεσιών της Θ.Ε.Μ.Α. είναι πιθανή.<sup>48</sup>

Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84<sup>49</sup> το Ψ.Ν.Α ήταν φορέας υλοποίησης είκοσι έξι (26) προγραμμάτων. Από αυτά κατόρθωσε να υλοποιήσει τελικά – και με μεγάλη καθυστέρηση – μόνο δέκα πέντε (15). Οι λόγοι αυτής της εξέλιξης ήταν κυρίως, η παντελής απουσία ολοκληρωμένου και πραγματοποιήσιμου σχεδίου για την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και για το ρόλο του Ψ.Ν.Α σε αυτή την προσπάθεια. Η επινόηση και η κατάρτιση των προγραμμάτων χωρίς καμία συμμετοχή αυτών που θα τα υλοποιούσαν. Χρονοβόρες και πολύπλοκες διαδικασίες και απροσδόκητες και ανυπέρβλητες γραφειοκρατικές εμπλοκές. Παντελής αγνόηση των κατά καιρούς προτάσεων προς την Ελληνική Κυβέρνηση και Ευρωπαϊκή Ένωση που θα επέτρεπαν πολύ καλύτερα αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά τα Ψ.Ν.Α κατόρθωσε να πετύχει και να μεταβάλλει την ασυλιακή νοοτροπία και πρακτική και να καταστήσει κοινή πεποίθηση ότι εκτός από τις νοσοκομειακού χαρακτήρα δομές και υπηρεσίες θα έπρεπε να οργανωθούν και να λειτουργήσουν δομές και υπηρεσίες με κύριο στόχο την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ασυλιακών αρρώστων και την αποφυγή ασυλοποίησης και άλλων ανθρώπων. Επίσης κατάφερε να οργανώσει και να λειτουργεί εβδομήντα (70) θέσεις στέγασης σ' έναν ξενώνα (16 θέσεις) και σε 19 θεραπευτικά διαμερίσματα (54 θέσεις), 150 περίπου θέσεις σε 11 προστατευόμενες εργασιακές δομές και υπηρεσίες.

Οι λόγοι είναι η ανεπαρκής χρηματοδότηση του Ψ.Ν.Α από τον κρατικό προϋπολογισμό, η έλλειψη θεσμικού πλαισίου που καθιστά δυσχερή τη λειτουργία δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης ακόμα και όταν η χρηματοδότηση υπάρχει, χρονοβόρες διαδικασίες για την πρόσληψη προσωπικού έτσι ώστε η πρόσληψη του αναγκαίου προσωπικού να είναι πρακτικώς δυνατή μόνο σε περίπτωση προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α από τις δυνατότητες που παρέχει το πρόγραμμα : «Καταπολέμηση, του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» με ευθύνη των Υπουργείων Υγείας, Εργασίας, αλλά ενδεχομένως και της Ευρωπαϊκής Ένωσης αρμόδιοι παράγοντες των οποίων με τις κατά καιρούς ρυθμίσεις που επέβαλαν και τις αποφάσεις που πήραν παρά τις επανειλημμένες επισημάνσεις, αχρήστευσαν τις δυνατότητες που παρέχει αυτό το πρόγραμμα για τους ψυχικά πάσχοντες.<sup>50</sup>

<sup>48</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.124-131.

<sup>49</sup> Βλέπε κεφάλαιο Δεύτερο παρ.2.1.1

<sup>50</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ.139-144



### 3.1.13 ΤΑ ΜΕΣΑ-ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ-ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕ.Μ.Α.

Είναι κοινή αντίληψη στον τομέα της ψυχιατρικής υγείας, ότι η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα αποτελεί ένα από τους κυρίαρχους στρατηγικούς στόχους όχι μόνο της ψυχιατρικής επιστήμης, αλλά και της εφαρμοζόμενης πολιτικής της πολιτείας στον ευαίσθητο αυτό χώρο.

Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου πρωτεύοντα ρόλο έχουν οι δομές της ΘΕ.Μ.Α. ως βασικοί πρωτογενείς φορείς υλοποίησής του.

Δυστυχώς, όμως η μέχρι σήμερα λειτουργία τους παρουσιάζει αρκετά προβλήματα, με αποτέλεσμα την δημιουργία πολλαπλών αρνητικών επιπτώσεων τόσο στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, όσο και την απώλεια σημαντικών οικονομικών πόρων.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω προκύπτει, χωρίς αμφιβολία, το συμπέρασμα ότι απαιτούνται συγκεκριμένες λύσεις μέσα στα πλαίσια ενός μεσοπρόθεσμου σχεδιασμού σε πανελλαδικό επίπεδο, με σαφή εννοιολογικό και χρονικό προσδιορισμό υλοποίησης, δηλαδή, των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν, των προτεραιοτήτων που θα επιλεγούν και των μέτρων που θα πρέπει να ληφθούν από την πολιτεία, έτσι ώστε με δεδομένα τα μέσα και τις προτεραιότητες να οδηγήσουν στη πραγμάτωση του στρατηγικού στόχου.

Τα μέσα που κρίνονται αναγκαία να χρησιμοποιηθούν διακρίνονται σε θεσμικά, οργανωτικά και οικονομικά.

Ειδικότερα, στα θεσμικά μέσα περιλαμβάνονται: ο διάλογος με όλους τους αρμόδιους φορείς (επιστημονικούς και μη) για την καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, με σκοπό την κατάρτιση του νομικού πλαισίου λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. και την ίδρυση νέων ΘΕ.Μ.Α. όπου απαιτείται με την υιοθέτηση σαφών-αντικειμενικών κριτηρίων.

Όσον αφορά το νομικό πλαίσιο λειτουργίας έχουν διατυπωθεί αρκετά ενδιαφέρουσες προτάσεις (πχ. συνεταιρισμοί, εταιρείες κτλ.) αλλά πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης, πρέπει να ληφθεί υπόψη η αναγκαιότητα οργανικής ένταξης των ΘΕ.Μ.Α. στα Ψυχιατρικά νοσοκομεία (συγκεκριμένα : Ψ.Ν.Α) ώστε και να εξασφαλίζεται η επιστημονική συνέχεια, αλλά και το οικονομικό όφελος που θα προκύπτει να αποτελεί έσοδο για το Νοσοκομείο.

Προς αυτή τη κατεύθυνση απαιτείται βεβαίως νομοθετική ρύθμιση αφ' ενός μεν για τη δυνατότητα σύνοψης συμβάσεων έργου με τους απασχολούμενους στις ΘΕ.Μ.Α. αφ' ετέρου δε για την άρση ορισμένων περιοριστικών διατάξεων του δημοσίου λογιστικού κτλ.

Στα οργανωτικά μέσα περιλαμβάνεται η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων και η διασύνδεση της ΘΕ.Μ.Α. σε όλα τα επίπεδα, εκτός της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας (επιστημονική, λειτουργική, οικονομικής δραστηριότητας, προσωπικού κτλ.). Επίσης, η εφαρμογή σαφούς συστήματος ροής των ατόμων που θα αποκτούν επαγγελματική κατάρτιση (αποθεραπευμένοι ασθενείς) με την



αγορά εργασίας, σε συνεργασία με δημόσιους φορείς (Υπουργείο Εργασίας, ΟΑΕΔ κτλ.) αλλά και ιδιωτικούς.

Όσον αφορά τα οικονομικά μέσα, εδώ περιλαμβάνεται η σύνταξη οικονομοτεχνικής μελέτης για κάθε ΘΕ.Μ.Α. και ο σαφής προσδιορισμός των πηγών χρηματοδότησης για τις δαπάνες μελέτης, κατασκευής, εξοπλισμού και λειτουργίας των ΘΕ.Μ.Α.

Ένας σημαντικός, δυστυχώς αριθμός των ΘΕ.Μ.Α. που έχουν κατασκευαστεί και εξοπλισθεί πλήρως με πόρους του κανονισμού 815/84<sup>51</sup> της Ε.Ο.Κ παραμένουν εκτός λειτουργίας.

Στις προτεραιότητες που πρέπει να επιλεγούν κρίνεται απαραίτητο να περιληφθούν κατά κύριο λόγο, η καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης, η κατάρτιση του νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας, η διασύνδεση των ΘΕ.Μ.Α. με την αγορά εργασίας και τέλος η εξοικονόμηση πόρων για την άμεση λειτουργία των ΘΕ.Μ.Α. που ήδη έχουν κατασκευαστεί και εξοπλιστεί.

Για τα μέτρα που επιβάλλεται να υιοθετηθούν από την πολιτεία έγιναν προτάσεις που έχουν σχέση με νομοθετικές και λοιπές ρυθμίσεις, σχετικά με τη δυνατότητα σύνοψης συμβάσεων έργου ορισμένου χρόνου με ιδιώτες άνεργους, επαγγελματίες και αποθεραπευμένους ασθενείς από ψυχική διαταραχή ή κάθε μορφής εξάρτηση (αλκοόλ, τοξικές ουσίες κτλ.) για την απρόσκοπη από πλευράς προσωπικού λειτουργίας των ΘΕ.Μ.Α. καθώς και της απασχόλησης των ίδιων των ασθενών (προκατάρτιση, κατάρτιση). Άρση των περιοριστικών διατάξεων του δημοσίου λογιστικού για τις επαγγελματικές – επιχειρηματικές δραστηριότητες των ΘΕ.Μ.Α., πχ. νομοθετικό πλαίσιο αντίστοιχο με τους παραγωγικούς εμπορικούς συνεταιρισμούς.

Επίσης, η διάρθρωση των ΘΕ.Μ.Α. σε εργαστήρια να καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) και έγκριση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ η εν γένει λειτουργία, ο τρόπος άσκησης του έργου τους, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια να ασκείται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας-διαχείρισής τους που θα εκδίδεται με κοινή υπουργική απόφαση των συναρμοδίων υπουργών. Να περιλαμβάνονται στα έσοδα των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (εδώ, Ψ.Ν.Α) κι εκείνα από τις επαγγελματικές-επιχειρηματικές δραστηριότητες των ΘΕ.Μ.Α. Να δημιουργηθεί αυτοτελές γραφείο ΘΕ.Μ.Α. σε κάθε Νοσοκομείο Ψυχιατρικό με κύρια αρμοδιότητα τη φροντίδα για την οικονομική δραστηριότητά της (πχ. προμήθειες, διαχείριση κτλ.) υπαγόμενο οργανικά στην υποδιεύθυνση οικονομικού. Επιπλέον να υπάρξει θεσμοθέτηση οικονομικών και άλλων κινήτρων για τις επαγγελματικές-επιχειρηματικές δραστηριότητες των ΘΕ.Μ.Α. (πχ. μειωμένος Φ.Π.Α., φορολογικές ελαφρύνσεις, άδειες λειτουργίας εμπορικών καταστημάτων για τη λιανική πώληση των προϊόντων τους, συμμετοχή τους σε εκθέσεις με αντίστοιχα προϊόντα κτλ.) και απασχόληση των αποθεραπευμένων ασθενών με επαγγελματική κατάρτιση σε θέσεις του δημόσιου τομέα, καθώς και θεσμοθέτηση κάθε μορφής κινήτρων σε όσες

<sup>51</sup> Βλέπε κεφάλαιο Δεύτερο παρ 2.1.1

ιδιωτικές επιχειρήσεις τους προσλαμβάνουν για εργασία. Άλλο ένα μέτρο που μπορεί να υπάρξει είναι η άμεση συνεργασία σε επίπεδο Περιφέρειας και Νόμου των Ψυχιατρικών νοσοκομείων με τις αντίστοιχες υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, του ΟΑΕΔ κτλ. αλλά και με την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Συνεργασία με τις υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για την εξασφάλιση πόρων, τουλάχιστον κατά την αρχική περίοδο λειτουργίας των ΘΕ.Μ.Α. και ένταξή τους σε κοινοτικά προγράμματα πχ. καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας κτλ. Η επαρκής στελέχωση και κατάλληλη οργάνωση της κοινωνικής υπηρεσίας των Ψυχιατρικών νοσοκομείων (Ψ.Ν.Α) καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης του προσωπικού των ΘΕ.Μ.Α. στις τεχνολογικές εξελίξεις είναι εξίσου ένα πολύ σπουδαίο μέτρο και απαραίτητο για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα του προγράμματος αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων. Τέλος η ενημέρωση του κοινού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για όλα όσα προαναφέρθηκαν για την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο.

Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση προκειμένου περί ψυχικά αρρώστων δεν αποτελεί απλώς ένα κοινωνικού χαρακτήρα μέτρο υπέρ αυτών. Συνιστά κυρίως μια θεραπευτική διαδικασία που για ορισμένη κατηγορία μάλιστα ασθενών είναι η πιο βασική. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος είναι από πολλών ετών παγκοσμίως, αλλά και στη χώρα μας, αναγνωρισμένη και διαρκώς επεκτείνεται η χρήση της. Διακοπή αυτής της θεραπείας έχει τα ίδια ολέθρια αποτελέσματα που έχει και η διακοπή οποιαδήποτε άλλης μορφής θεραπεία. Η δε παράλειψη να εφαρμοσθεί η θεραπευτική αυτή μέθοδος σε ασθενείς για τους οποίους υπάρχει ένδειξη προς τούτο ισοδυναμεί με παράλειψη παροχής οποιασδήποτε άλλης θεραπείας, πχ. χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής.<sup>52</sup>

<sup>52</sup> Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» τεύχος 225 Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος 1996. σελ. 42

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1 Η «ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΤΑΣΗ» ΓΙΑ ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΝΟΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

#### 4.1.1 ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2007

Οι επιστημονικοί φορείς του Ψ.Ν.Α, του μεγαλύτερου Ψυχιατρείου της χώρας, κατήρτισαν και κατέθεσαν τον Οκτώβρη 1998 στο Δ.Σ του Ψ.Ν.Α μια συλλογικά επεξεργασμένη, μεγάλη πρόταση αποασυλοποίησης. Η πρόταση αυτή άρχισε να διαμορφώνεται αμέσως μετά το 1<sup>ο</sup> συνέδριο για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, που οι ίδιοι φορείς οργάνωσαν με μεγάλη επιτυχία τον Ιούνιο 1998, συσπειρώνοντας 700 περίπου λειτουργούς της Ψυχικής Υγείας από την Ελλάδα και την Κύπρο.

Οι προτάσεις αυτές εγκρίθηκαν και συμπεριελήφθησαν στο πρόγραμμα ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2007 το οποίο θα υλοποιηθεί με χρηματοδότηση από το Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης.

#### 4.1.1.1 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΥΟ (2) ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ: - ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1 (01-01 έως 31-12-2000) – ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2 (01-01-2001 έως 31-12-2006)

Το πρόγραμμα «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2007» περιλαμβάνει δύο υποπρογράμματα.

Υποπρόγραμμα 1: αυτό αντιστοιχεί στην πρώτη φάση και έχει τίτλο «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 1999 – 2000». Το υποπρόγραμμα αυτό διαρκεί από 01/01/1999 έως 31/12/2000.

Υποπρόγραμμα 2: αυτό αντιστοιχεί στη δεύτερη φάση και έχει τίτλο «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2001 – 2006». Το υποπρόγραμμα αυτό διαρκεί από 01/01/2001 έως 31/12/2006.

Ομάδα στόχος του προγράμματος «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 2007» είναι οι χίλιοι εξακόσιοι πενήντα ψυχικά πάσχοντες – κυρίως – αλλά και νοητικά υστερούντες, ψυχογηριατρικοί ασθενείς ή υπερήλικες με μακρά παραμονή σε Ψυχιατρικά νοσοκομεία, που νοσηλεύονται ήδη στο Ψ.Ν.Α. Ομάδα στόχος επίσης είναι και ένας μεγάλος αριθμός αρρώστων που θα απευθυνθούν σε όλη τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος στις δομές και υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α.

Βασικοί στόχοι του προγράμματος είναι η εξασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών διαβίωσης για όλους, η άρση των συνεπειών του ιδρυματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των αρρώστων, η καταπολέμηση του φαινομένου της ιδρυματοποίησης και άλλων αρρώστων, και τέλος, η αξιοποίηση των προγραμμάτων και των δομών που υλοποιήθηκαν στα πλαίσια του κανονισμού



815 του HORIZON και άλλων προγραμμάτων αποκατάστασης κοινοτικών ή άλλων εθνικών προγραμμάτων.

Το υποπρόγραμμα 1 εκτυλίσσεται σε τέσσερις εξάμηνες χρονικές περιόδους των οποίων προηγείται μια προπαρασκευαστική περίοδος. Το υποπρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό εξειδικευμένων μέτρων και παρεμβάσεων από τις οποίες μέχρι την 31/12/2000 θα πρέπει να έχουν προκύψει τα εξής αποτελέσματα: Εκπαίδευση και εξειδίκευση 400 εργαζομένων του Ψ.Ν.Α σε δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης. Εκπαίδευση και εξειδίκευση 200 περίπου εργαζομένων που θα προσληφθούν για την υλοποίησή του. Λειτουργία 200 συνολικά θέσεων σε στεγαστικές δομές εκτός νοσοκομείου στην περιοχή Αττικής. Λειτουργία 250 συνολικά θέσεων σε δομές κατάρτισης και εν γένει εργασιακής υποστήριξης. Κατάλληλες διαρρυθμίσεις σε υπάρχοντα κτίρια ώστε να οργανωθούν και να λειτουργήσουν έξι συνολικά τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Κατάλληλες διαρρυθμίσεις σε υπάρχοντα κτίρια του Ψ.Ν.Α, ώστε να οργανωθούν και να λειτουργήσουν έξι τμήματα αποκατάστασης. Κατάλληλες διαρρυθμίσεις σε υπάρχοντα κτήρια ώστε να οργανωθούν και να λειτουργήσουν έξι τμήματα μακράς παραμονής. Οργάνωση και λειτουργία εντός ή εκτός του νοσοκομείου, στην περιοχή Αττικής, δύο οικοτροφείων για νοητικά υστερούντες. Οργάνωση και λειτουργία εντός ή εκτός νοσοκομείου, στην περιοχή Αττικής δύο οικοτροφείων για υπερήλικες. Οργάνωση και λειτουργία 60 περίπου θέσεων (σε ξενώνες ή προστατευόμενα διαμερίσματα) στεγαστικής και εργασιακής υποστήριξης σε αντίστοιχες δομές και υπηρεσίες εκτός Αττικής. Ο ακριβής αριθμός αυτών των θέσεων θα προσδιοριστεί όταν θα οργανωθεί η συνεργασία με τις εκτός Αττικής λειτουργούσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή αυτές που θα οργανωθούν. Ο αριθμός των 60 θέσεων βασίζεται στα στοιχεία της απογραφής του 1994 σε συσχέτισμό με πρόσφατες προτάσεις των θεραπευτικών ομάδων του Ψ.Ν.Α.

Οργάνωση 1.650 θέσεων προετοιμασίας προς αποκατάσταση, καθώς και ενός εθνικού κέντρου εξειδικευμένης περίθαλψης, ενός ερευνητικού κέντρου, ενός κέντρου αναφοράς, και τέλος οργάνωση και λειτουργία δύο ερευνητικών προγραμμάτων.

Το υποπρόγραμμα 2 εκτυλίσσεται σε δύο περιόδους από τις οποίες η πρώτη αρχίζει την 01/01/2001 και λήγει την 31/12/2003 και η δεύτερη αρχίζει την 01/01/2004 και λήγει την 31/12/2006. Και στις δύο περιόδους αναπτύσσονται μέτρα και παρεμβάσεις, των οποίων καταγράφονται οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες.

Των δύο αυτών περιόδων προηγείται η προπαρασκευαστική περίοδος η οποία αναπτύσσεται το τελευταίο τρίμηνο του έτους 2000.

Οι απαιτούμενες δαπάνες για την πρώτη φάση: Υποπρόγραμμα 1 «ΟΔΥΣΣΕΙΑ – ΔΑΦΝΙ 1999 – 2000» ανέρχονται στο ποσό των 7.550.000.000 (επτά δισεκατομμύρια πεντακόσια πενήντα εκατομμύρια).<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.11-13



## **4.2 ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

### **4.2.1 Η ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΕΚΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΨΝΑ- Ή ΔΙΑΜΕΝΟΝΤΕΣ - Ή ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΝΤΕΣ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ**

Συγκεκριμένα σκοπεύεται να εξασφαλιστούν για όλους ανεξαιρέτως νοσηλευτικά τμήματα ή άλλες μονάδες ομαδικής διαβίωσης με αριθμό κλινών μέχρι το πολύ 25 και με ελάχιστη επιφάνεια ανά ασθενή 25cm<sup>2</sup>. Ο αριθμός των ασθενών ανά κοιτώνα να είναι μέχρι το πολύ 3 καθώς επίσης να υπάρχει κλιματισμός σε όλους τους χώρους διαβίωσης.

Όλοι οι λοιποί χώροι υγιεινής και αξιοπρεπείς διαβίωσης πρέπει να εξασφαλιστούν καθώς και η διατήρηση της καλής λειτουργίας και δομικής κατάστασης των κτηρίων.

Και τέλος οφείλεται επαρκής προσωπικός χώρος και επαρκείς χώροι διημέρευσης, κοινής ζωής και δημιουργικών δραστηριοτήτων για την οργάνωση του ελεύθερου χρόνου καθώς και περιβάλλον χώρος και επαρκής ακόμα χώρος προσωπικού.

### **4.2.2 Η ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ, Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Η ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Υπάρχει στόχος οργάνωσης και υλοποίησης για ενέργειες, δράσεις, τεχνικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις – γενικά – παροχή υλικών μέσων και υπηρεσιών σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα χρόνιων κυρίως ασθενών, με σκοπό την βελτίωση των εκεί συνθηκών διαβίωσης και την οργάνωση προϋποθέσεων, μέσων και κινήτρων για κινητοποίηση και ανάπτυξη της δημιουργικής ικανότητας των εκεί νοσηλευομένων και της ικανότητας συμμετοχής τους στην κοινή ζωή και στις συνήθεις ανθρώπινες δραστηριότητες.

Με αυτή τη συνεχή, επίπονη αλλά απολύτως απαραίτητη διαδικασία θα επισημανθούν και τα πρόσωπα εκείνα που θα μπορούσαν να ενταχθούν και να παρακολουθήσουν πιο τυπικές ενέργειες ( προκατάρτιση, κατάρτιση, προώθηση στην απασχόληση), που αποσκοπούν στην επαγγελματική αποκατάσταση και την εν γένει εργασιακή υποστήριξη των ασθενών.

Θα πρέπει όμως με κάθε δυνατή έμφαση να τονισθεί ότι τέτοιες ενέργειες δεν σταματούν με την επισήμανση και την επιλογή αυτών των προσώπων, αλλά συνεχίζονται σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Για όσους ζουν στο άσυλο ο λόγος είναι προφανής. Γνωρίζουν αυτοί ότι μόνο με τέτοιου είδους ενέργειες είναι δυνατή η καταπολέμηση του κοινωνικού

αποκλεισμού των νοσηλευομένων σε αυτά τα νοσηλευτικά τμήματα, όπου «ζουν» και άνθρωποι χωρίς πρόσωπο, αποκλεισμένοι όχι μόνο από των εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) κοινωνική ζωή, αλλά και από τη ζωή του ίδιου του ασύλου, στην οποία αδυνατούν να συμμετάσχουν.

Με τις ενέργειες και τις δραστηριότητες αυτές, σε αυτά τα τμήματα και με τις δυνατότητες που παρέχει το πρόγραμμα και κυρίως με το προσωπικό, που διατίθεται για αυτό το σκοπό, επιδιώκουν και ελπίζεται ότι θα επιτύχει να γίνει πιο ανθρώπινο το κλίμα που επικρατεί σε αυτά τα τμήματα, να εξαλειφθούν σε ένα σημαντικό βαθμό οι αιτίες αποκλεισμού των εκεί νοσηλευομένων και να επισημανθούν, έτσι, και νέα πρόσωπα προς ένταξη στις πιο εξειδικευμένες δομές και υπηρεσίες, πετυχαίνοντας με αυτό τον τρόπο και τους άλλους στόχους του προγράμματος.

Με αυτές τις ενέργειες και τις δραστηριότητες σε όλες τις δομές και υπηρεσίες αλλά κυρίως στα νοσηλευτικά τμήματα των χρόνιων σε κακή λειτουργική κατάσταση ευρισκομένων ασθενών θα επιτευχθεί η αποκατάσταση της αξιοπρέπειας των προσώπων με αναπηρία, η βελτίωση της κοινωνικής τους υπόληψης, η ανάπτυξη των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, η απόκτηση της ικανότητας να ασκήσουν τα θεμελιώδη δικαιώματά τους, η ενίσχυση του αυτοσεβασμού και της αυτοπεποίθησής τους, η διαμόρφωση συνθηκών και την εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων για αξιοπρεπή ανθρώπινη διαβίωση όχι μόνο στο σκέλος των δομικών προϋποθέσεων αλλά και στο σκέλος της οργάνωσης της καθημερινής ζωής και της όλης λειτουργίας του τμήματος, και τέλος η συμβολή στη διαμόρφωση κλίματος κοινωνικής σύγκλισης και δικαιότερης κοινωνίας.

Στην επίτευξη αυτών των στόχων αποβλέπουν σε μεγάλο βαθμό όλες οι επιμέρους ενέργειες και παρεμβάσεις. Οι στόχοι αυτοί, έχουν την αυταπόδεικτη αυτόνομη αξία τους. Επιπρόσθετα όμως η επίτευξή τους συνιστά βασική και απαραίτητη προϋπόθεση για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού των προσώπων στα οποία απευθύνεται το πρόγραμμα και παράλληλα, ταυτόχρονα η εν συνεχεία για την καταπολέμηση του αποκλεισμού τους από κάθε είδους δημιουργικές και παραγωγικές δραστηριότητες και-συνακόλουθα- από την αγορά εργασίας.

Πολλές ενέργειες και δράσεις που αναλαμβάνονται στα πλαίσια λειτουργίας του προγράμματος-και σε όλες τις φάσεις εφαρμογής του- έχουν κύριο στόχο την καταπολέμηση του ιδρυματισμού. Ενός φαινομένου δηλαδή που συνιστά την πιο κακοήθη και την περισσότερο δυσεπίλυτη συνέπεια του μακροχρόνιου εγκλεισμού στο Άσυλο και μάλιστα μέσα στις γνωστές απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούν εκεί.

Η ομάδα αυτή ενεργειών και δράσεων περιλαμβάνει, κάθε θεραπευτική παρέμβαση, δραστηριότητα, χειρισμό, τεχνική και εν γένει υπηρεσία, που έχει αποϊδρυματική κατεύθυνση και αποσκοπεί στην αλλαγή του ασυλιακού κλίματος, στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου διαβίωσης των ασθενών που έχουν ενταχθεί ή θα ενταχθούν στο πρόγραμμα και στην οργάνωση της

καθημερινής ζωής-εκεί όπου διαμένουν οι ασθενείς- με τρόπο που να μοιάζει, όσο το δυνατό περισσότερο, με τη συνήθη οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Στοχεύεται η οργάνωση και η λειτουργία θέσεων προστατευόμενης κατοικίας σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες κτλ.<sup>54</sup> Σε αυτές τις προστατευόμενες κατοικίες θα διαμένουν ασθενείς που μετέχουν και επωφελούνται και από τα άλλα μέτρα του προγράμματος (προκατάρτιση, κατάρτιση, προώθηση στην απασχόληση) που αποσκοπούν στην επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή εν γένει υποστήριξη.

Θα διαμένουν όμως και ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν μετέχουν σε τέτοια μέτρα με συστηματικό και μόνιμο τρόπο (πχ. ασθενείς που ήδη εργάζονται αυτοδύναμα ή αναζητούν αλλού- εκτός προστατευόμενους εργασιακού περιβάλλοντος- εργασία. Επίσης ασθενείς υπερήλικες ή με σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας, ασθενείς δηλαδή που δεν μπορούν να εργαστούν παραγωγικά και επαγγελματικά, μπορούν όμως και πρέπει να ζήσουν εντός του ασύλου, να έχουν τη δυνατότητα κάποιας θεραπευτικής απασχόλησης και να βοηθηθούν έτσι στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού τους.

Επιπλέον, στοχεύεται η οργάνωση δομών και υπηρεσιών που θα βοηθήσουν στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε συγκεκριμένο εργασιακό αντικείμενο αλλά και στην προώθηση στην απασχόληση όσο το δυνατό περισσότερων ασθενών. Αυτές οι δομές και οι υπηρεσίες θα διατηρούν το θεραπευτικό και προστατευτικό τους χαρακτήρα. Καθώς και η οργάνωση δομών και υπηρεσιών με έμφαση στον παραγωγικό τους χαρακτήρα και στόχο την οικονομική τους αυτοδυναμία. Η αποτροπή του ιδρυματισμού κι άλλων αρρώστων και η εφαρμογή στην πράξη, η εδραίωση και η επέκταση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Γι' αυτό όλες οι επιμέρους δράσεις και τεχνικές και όλα τα επιμέρους λειτουργικής ή κατασκευαστικής φύσεως μέτρα του προγράμματος διέπονται από το πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ακολουθούν τις αρχές της.

Η αξιοποίηση της εμπειρίας που αποκτήθηκε από την εφαρμογή προγραμμάτων αποϊδρυματισμού στα πλαίσια του κανονισμού 815/84, του HORIZON και του ΕΠ «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας» αλλά και των προγραμμάτων του Ψ.Ν.Α και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχουν η υπάρχουσα στο Νοσοκομείο υλικοτεχνική υποδομή και ο διατιθέμενος εξοπλισμός. Είναι ακόμα μία άρση συνεπειών από τα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων.<sup>55</sup>

#### **4.2.3 ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ, ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το προτεινόμενο πρόγραμμα με τίτλο «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 2007» ακολουθεί την εικόνα που πρέπει να παρουσιάζει το Ψ.Ν.Α την 01/01/2007. Το

<sup>54</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο.

<sup>55</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.25-28



πρόγραμμα χωρίζεται σε δύο υποπρογράμματα τα οποία αντιστοιχούν σε δύο φάσεις υλοποίησης.

Το υποπρόγραμμα 1 με τίτλο «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 1999-2000» που αντιστοιχεί στην πρώτη φάση και υλοποιείται από 01/01/1999 έως 30/12/2000 και το υποπρόγραμμα 2 με τίτλο «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 2001-2006» που αντιστοιχεί στη δεύτερη φάση και υλοποιείται από 01/01/2001 έως 31/12/2006.<sup>56</sup>

### 4.3 ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ Ι-ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Άρχισαν αμέσως και ολοκληρώθηκαν μέχρι την 31/12/1998 οι διάφορες απαραίτητες προπαρασκευαστικές και οργανωτικού χαρακτήρα ενέργειες. Συγκεκριμένα έγινε άμεση έγκριση προγράμματος από το Δ.Σ. και στη συνέχεια από το Υπουργείο και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Συγκρότηση Επιτροπής ή Μονάδας συντονισμού, εποπτείας, παρακολούθησης και αξιολόγησης καθώς και άμεση συγκρότηση του βασικού πυρήνα της Επιτροπής από τέσσερα τουλάχιστον μέλη που θα επιλέξει το ιατρικό σώμα του νοσοκομείου και από τα οποία το ένα θα είναι και επικεφαλής. Το επικεφαλής μέλος θα είναι Διευθυντής Ψυχίατρος του Ψ.Ν.Α εν ενεργεία ή συνταξιούχος με μεγάλη εμπειρία σε προγράμματα Αποκατάστασης υλοποιηθέντα στο Ψ.Ν.Α, η θητεία του θα διαρκέσει μέχρι την 31/12/2000.

Μέχρι το τέλος του χρόνου η συγκρότηση της επιτροπής θα ολοκληρωθεί, θα είχε εκπονηθεί ο κανονισμός λειτουργίας της και είχαν εξειδικευθεί οι αρμοδιότητές της όπως και έγινε άμεση οργάνωση τακτικών συγκεντρώσεων ενημέρωσης του προσωπικού.

Επίσης έγινε άμεση συγκρότηση βασικών πυρήνων εργαζομένων σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα και δομές και υπηρεσίες που θα αποτελέσουν και τον κεντρικό επικεφαλής πυρήνα των ομάδων παρέμβασης σε όλα τα στάδια υλοποίησης του προγράμματος καθώς έγινε και άμεση έγκριση υπερωριακής απασχόλησης εργαζομένων από όλους τους κλάδους (Νοσηλευτές, Εργοθεραπευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Τεχνικοί, Διοικητικοί υπάλληλοι κτλ.) που συγκροτούν τους κεντρικούς βασικούς πυρήνες. Οι εργαζόμενοι αυτοί μετείχαν σε όλες τις φάσεις υλοποίησης του Προγράμματος και σε όλες τις επιμέρους δραστηριότητες.

Επιπλέον έγινε εκπόνηση οριστικού εκπαιδευτικού προγράμματος του προσωπικού του Νοσοκομείου αλλά και του προσωπικού που θα προσληφθεί. Απογραφή του πληθυσμού – εκπόνηση λογισμικού, καταχώρηση των στοιχείων και πρώτη βασική επεξεργασία τους.

Προκηρύχθηκαν οι κενές θέσεις προσωπικού καθώς και θέσεις προσωπικού που θα προσληφθούν για την υλοποίηση του προγράμματος.

<sup>56</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ 28.



Τέλος, έγινε άμεση θεσμοθέτηση του κανονισμού λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α<sup>57</sup> και θεσμική κατοχύρωση της δυνατότητας να χορηγείται κατευθείαν στους ασθενείς που μετέχουν με οποιοδήποτε μέτρο θεραπευτικού χρηματικού βοηθήματος, το ύψος του οποίου για κάθε ασθενή θα καθορίζει η υπεύθυνη γι' αυτόν θεραπευτική ομάδα μέσα στα όρια που θα καθορίζονται από το Δ.Σ. μετά γνώσης της Ε.Ε. και στα πλαίσια του Νόμου.<sup>58</sup>

#### 4.3.1 ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μέχρι την 30/06/1999.

Καταρτίστηκε με βάση τα στοιχεία της πιο πάνω αναφερόμενης απογραφής θεραπευτικό πρόγραμμα για όλους τους νοσηλευόμενους και σχέδιο δράσης με αντίστοιχο χρονοδιάγραμμα.

Προσλήφθηκε το προοριζόμενο για το πρόγραμμα προσωπικό και ενισχύθηκαν οι ήδη συγκροτηθείσες ομάδες παρέμβασης.

Οι εργασιακές και στεγαστικές δομές της ΘΕ.Μ.Α επανήλθαν στο υψηλό επίπεδο που λειτουργούσαν πριν από την αχρήστευση του κανονισμού λειτουργίας τους. (Αποφασίστηκε με το επιχείρημα της έλλειψης θεσμικού πλαισίου).

Οργανώθηκε και κατοχυρώθηκε εγγράφως το είδος, οι όροι συνεργασίας, οι εκατέρωθεν αρμοδιότητες και δικαιοδοσίες με τις διάφορες υπηρεσίες δημόσιες ή ιδιωτικές που ανέλαβαν την ευθύνη ασθενών του Ψ.Ν.Α που μετακινήθηκαν εκτός Αττικής.

Ειδικότερα, οριστικοποιήθηκαν οι προς μετακίνηση ασθενείς, οι τόποι μετακίνησης και οι υπηρεσίες που τους ανέλαβαν. Καταρτίστηκε και άρχισε η υλοποίηση προγράμματος προετοιμασίας των ασθενών σε συνεργασία με τις υπηρεσίες αυτές. Προσδιορίστηκαν τα αντικείμενα και οριστικοποιήθηκε το πρόγραμμα κατάρτισης των ασθενών που μετακινήθηκαν και οι αντίστοιχες δομές κατάρτισης που ανέπτυξε κάθε συνεργαζόμενη υπηρεσία.

Προστέθηκαν είκοσι νέες θέσεις στις ήδη λειτουργούσες πρότυπες διάμεσες στεγαστικές δομές στο Ταστσόγλειο Γ' και τη «Διαδρομή» και βελτιώθηκε ακόμη περισσότερο η λειτουργία και η αποδοτικότητά τους. Οι δομές αυτές είχαν εξειδικευμένη λειτουργία (και έχουν) και μεταβατικό χαρακτήρα και σκοπό τη βραχεία παραμονή των εκεί διαμενόντων και τη συστηματική προετοιμασία τους για την εν συνεχεία ένταξή τους σε δομές και υπηρεσίες προκατάρτισης, κατάρτισης, προώθησης της απασχόλησης και της εργασιακής υποστήριξης γενικά, και επίσης για την ένταξή τους σε εξωνοσοκομειακές δομές προστατευόμενης κατοικίας και στεγαστικής υποστήριξης.

Προστέθηκαν τριάντα (30) νέες θέσεις σε στεγαστικές δομές (ξενώνες-οικοτροφείο- προστατευόμενα διαμερίσματα-άλλες μορφές στεγαστικής υποστήριξης), καθώς και τριάντα (30) νέες θέσεις στις ήδη λειτουργούσες δομές

<sup>57</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο. Παρ. 3.1.2

<sup>58</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.28-29

κατάρτισης και εργασιακής υποστήριξης και σε νέες που θα οργανωθούν. Οι δομές αυτές είναι: Υπάλληλος γραφείου και γραμματειακής-διοικητικής υποστήριξης, Οικιακές δραστηριότητες, Κομμωτική, Ραπτική, Υφαντική και άλλες τέχνες αμφίεσης.

Βοηθητικές εργασίες και υπηρεσίες σε χώρους διαμονής και εργασίας. Πλυντήριο-Λιπαντήριο αυτοκινήτων. Αρτοποιία-Ζαχαροπλαστική. Καλές τέχνες-φωτογραφείο –Τέχνη πλού. Ξυλουργικές εργασίες και κατασκευές. Κηροπλασείο. Πωλητές – Εμποροϋπάλληλοι Ζωοφιλική κίνηση –Προστασία, φύλαξη μικρών ζώων. Αγροτική συνεταιριστική. Διαμόρφωση-Συντήρηση περιβάλλοντος χώρου. Είδη δώρων-Μικροκατασκευές –Διακοσμήσεις. Φροντιστές μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Επιμελητές βιβλιοθήκης. Βιβλιοδεσία και τυπογραφία και άλλες γραφικές τέχνες.

Προσδιορίστηκαν και ολοκληρώθηκαν οι προπαρασκευαστικές και οργανωτικού τύπου ενέργειες για τη λειτουργία. δύο προτύπων τμημάτων υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ειδικότερα προσδιορίστηκαν, οι χώροι που θα λειτουργούν, οι αναγκαίες διαρρυθμίσεις, ο βασικός πυρήνας του προσωπικού που τοποθετήθηκε εκεί, και εκπονήθηκε λεπτομερής κανονισμός λειτουργίας τους και συγκεκριμένο σχέδιο εκκένωσης και άρχισαν οι εργασίες επισκευών και διαρρυθμίσεων.

Εξασφαλίστηκαν απαραίτητως οι εξής λειτουργικές και δομικές προδιαγραφές.

Στα τμήματα αυτά εισάγονται ασθενείς που νοσούν για πρώτη φορά ή παρουσιάζουν υποτροπή της νόσου και έχουν ένδειξη επείγουσας και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Ο αριθμός των κλινών όχι μεγαλύτερος των 20 και η ελάχιστη ανά ασθενή επιφάνεια 25cm<sup>2</sup>. Τα μέτρα ασφαλείας στα τμήματα αυτά είναι αυξημένα και προσδιορίζονται από τις ανάγκες της εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ο χρόνος νοσηλείας στα τμήματα αυτά είναι βραχύς και κατ' εξαίρεση μόνο μπορεί να υπερβαίνει τους δύο μήνες.

Η στελέχωση κάθε τέτοιου τμήματος είναι η ακόλουθη:

- Τρεις (3) ειδικευόμενοι ψυχίατροι από τους οποίους ο ένας (1) Διευθυντής ή Επιμελητής Α
- Ένας (1) ψυχολόγος
- Ένας (1) κοινωνικός λειτουργός ή μία (1) επισκέπτρια αδελφή
- Δύο (2) νοσηλευτές Π.Ε ή Τ.Ε
- Δώδεκα (12) νοσηλευτές
- Τέσσερις (4) βοηθητικό προσωπικό
- Ένας (1) γραμματέας
- Ένας (1) κλητήρας

Η σμίκρυνση του χρόνου νοσηλείας στα τμήματα αυτά, οι συντονισμένες νοσοκομειακού τύπου υπηρεσίες που οργανώνονται εκεί, η εξαρχής παροχή στους ασθενείς και υπηρεσιών αποκαταστασιακού χαρακτήρα (κοινωνική παρέμβαση-παρέμβαση στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον- υπηρεσίες θεραπευτικής απασχόλησης και θεραπευτικής οργάνωσης του ελεύθερου

χρόνου) και η έγκαιρη παραπομπή, αμέσως μόλις αυτό καταστεί δυνατό, σε παράλληλα λειτουργούσες δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης, θα αποτρέψουν την ασυλοποίηση και άλλων ατόμων, φαινόμενο που εξακολουθεί να παρατηρείται, δυσκολεύει τις υπηρεσίες αποκατάστασης και εξουδετερώνει τα όποια θετικά αποτελέσματα από τη λειτουργία τους.

Προσδιορίστηκαν και ολοκληρώθηκαν οι προπαρασκευαστικού τύπου ενέργειες για την οργάνωση δύο προτύπων τμημάτων αποκατάστασης που λειτουργούν σε πολλά, ανάλογα με το Ταστσόγλειο Γ' και τη «Διαδρομή».

Βασικές λειτουργικές και δομικές προδιαγραφές των τμημάτων αυτών είναι: ο αριθμός των ανεπτυγμένων κλινών δεν υπερβαίνει τις είκοσι πέντε (25). Τα μέτρα ασφαλείας είναι χαλαρά και προσδιορίζονται από το γενικότερο κλίμα που πρέπει να διαμορφωθεί. Ο χρόνος νοσηλείας στα τμήματα αυτά προσδιορίζεται από τις δυνατότητες των νοσηλευομένων να αποκατασταθούν εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) και την ύπαρξη θέσεων στις εξωνοσοκομειακές δομές και υπηρεσίες στεγαστικής και εργασιακής υποστήριξης.

Τις θέσεις των ασθενών που εξέρχονται από τα τμήματα αυτά καταλαμβάνουν ασθενείς προερχόμενοι από τα τμήματα μακράς παραμονής. Τα τμήματα αυτά μπορεί να είναι μεικτά (άντρες και γυναίκες).

Η στελέχωση των τμημάτων αυτών είναι η εξής:

- Δύο (2) ψυχίατροι
- Ένας (1) ψυχολόγος
- Ένας (1) εργοθεραπευτής
- Ένας (1) κοινωνικός λειτουργός
- Ένας (1) νοσηλευτής Π.Ε ή Τ.Ε
- Οκτώ (8) νοσηλευτές
- Δύο (2) βοηθητικό προσωπικό

Στα τμήματα αυτά νοσηλεύονται χρόνιοι κυρίως ασθενείς σε καλή λειτουργική κατάσταση. Νοσηλεύονται όμως και ασθενείς προερχόμενοι από τα τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας προς ολοκλήρωση της θεραπείας τους (εάν δεν είχε ολοκληρωθεί σε αυτά) και παροχή σε αυτούς υπηρεσιών αποκατάστασης. Τα τμήματα αυτά συνδέονται λειτουργικά ανά ένα με τα προηγούμενα, βάσει ενός κοινού και για τα δύο θεραπευτικού και διοικητικού πυρήνα. Κάθε τέτοιο τμήμα αποκατάστασης συνδέεται λειτουργικά με ένα αντίστοιχο τμήμα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Στα τμήματα αποκατάστασης οργανώνονται και λειτουργούν ενέργειες και δράσεις που αποσκοπούν στην ανασύνταξη της φυσικής και ηθικής προσωπικότητας των προσώπων που εντάσσονται στο πρόγραμμα, στην ενίσχυση της αυτονομίας και του αυτοσεβασμού τους, στη δημιουργία γενικότερου κλίματος σεβασμού στην αξία του προσώπού τους. Η ομάδα αυτή των ενεργειών και δράσεων περιλαμβάνει, δηλαδή, κάθε θεραπευτική παρέμβαση, δραστηριότητα, χειρισμό, τεχνική και εν γένει υπηρεσία, που έχει αποϊδρυματική κατεύθυνση και αποσκοπεί στην αλλαγή του ασυλιακού κλίματος, στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου διαβίωσης των ασθενών



που έχουν ενταχθεί ή θα ενταχθούν στο πρόγραμμα και στην οργάνωση της καθημερινής ζωής. Σε αυτή την ομάδα υπηρεσιών περιλαμβάνονται διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικού-κοινωνικού χαρακτήρα (έξοδοι για ψυχαγωγία στην πόλη, πχ. θέατρο, εκδρομές, γιορτές κτλ.). Ατομικά θεραπευτικά προγράμματα (πχ. ανάγκες και επιθυμίες του, οργάνωση ελεύθερου χρόνου ανάλογα με τις κλίσεις κάθε ατόμου, πολιτικών και οικονομικών δικαιωμάτων κτλ.). Ειδικά θεραπευτικά προγράμματα (πχ. οργάνωση προγράμματος μετάβασης ασθενών στους τόπους κατοικίας και επιτόπιας θεραπευτικής εργασίας της θεραπευτικής ομάδας με την οικογένεια του πάσχοντα, την κοινότητα και τις πλησίον ιατρικές, κοινωνικές και άλλες υπηρεσίες. Οργάνωση θεραπευτικών ομάδων που-εκτός από τις αμιγείς ιατρικές υπηρεσίες-θα φροντίζουν για την οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική στήριξη του ατόμου, με σκοπό να αποφευχθεί-όταν αυτό είναι δυνατό-η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του ή να συνεχιστεί η παροχή σε αυτόν και στην οικογένειά του των αναγκαίων υπηρεσιών και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, στις περιπτώσεις που η νοσηλεία του κρίθηκε αναγκαία). Επίσης, έγιναν παρεμβάσεις στους χώρους διαβίωσης των ασθενών, ώστε να καταστούν και να διατηρούνται ευπρεπείς, οικείοι, καθαροί και λειτουργικοί, να αποβάλλουν το βαρύ ασυλιακό κλίμα και να αποκτήσουν όψη, ύφος, διαρρύθμιση, λειτουργικότητα και γενικότερα κλίμα θερμό και φιλόξενο που να προσομοιάζει κατά το δυνατό στη συνήθη κατοικία. Προς ανάλογη κατεύθυνση, διαρρύθμιση, στολισμό και διαμόρφωση των χώρων της κοινής καθημερινής ζωής, του καθιστικού και της τραπεζαρίας. Προμήθεια επιτραπέζιων παιχνιδιών, δημιουργία βιβλιοθήκης, διαμόρφωση χώρων που να επιτρέπουν τη δημιουργική απασχόληση των ασθενών, διοργανώνοντας τον ελεύθερο χρόνο τους σύμφωνα και με τις ιδιαίτερες κλίσεις και επιθυμίες του καθένα.

Προσδιορίστηκαν και ολοκληρώθηκαν οι προπαρασκευαστικού και οργανωτικού τύπου ενέργειες για τη λειτουργία δύο προτύπων τμημάτων μακράς παραμονής. Οι βασικές λειτουργικές και δομικές προδιαγραφές είναι να νοσηλεύουν ασθενείς σε κακή ή μέτρια λειτουργική κατάσταση κυρίως νοητικά καθυστερημένους ή χρόνους με μεγάλη έκπτωση ψυχωτικούς, για τους οποίους οι δυνατότητες αποκατάστασης εκτός Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α) εμφανίζονται εξαιρετικά περιορισμένες.

Η στελέχωση των τμημάτων αυτών είναι η ακόλουθη:

- Ένας (1) ειδικευμένος ψυχίατρος
- Ένας (1) νοσηλευτής ΤΕ
- Έξι (6) νοσηλευτές
- Δέκα (10) βοηθοί θαλάμου
- Τέσσερα (4) άτομα βοηθητικό προσωπικό
- Ένας (1) κοινωνικός λειτουργός
- Ένας (1) εργοθεραπευτής

Στα τμήματα μακράς παραμονής οργανώθηκαν και λειτουργούν όλες οι υπηρεσίες και δραστηριότητες, θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές που λειτουργούν και στα τμήματα αποκατάστασης. Κάθε τμήμα συνδέεται



λειτουργικά με ένα τμήμα αποκατάστασης και το αντίστοιχο σε αυτό το τμήμα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Κλίνη που κενώνεται με οποιοδήποτε τρόπο καταργείται οριστικά.

Προσδιορίστηκαν επίσης, και ολοκληρώθηκαν οι προπαρασκευαστικού και οργανωτικού τύπου ενέργειες για τη λειτουργία πρότυπου μικρού οικοτροφείου στο έβδομο περίπτερο για νοητικά υστερούντες με μεγάλο βαθμού νοητική ανεπάρκεια. Εδώ, οι βασικές λειτουργικές προδιαγραφές είναι η προσωπική ενασχόληση και σχέση ένας προς ένα, προσωπική επαφή και επικέντρωση στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου, πολύς χρόνος εργασίας εκτός τμήματος και τέλος, διαμόρφωση χώρου εκτός τμήματος κατάλληλα εξοπλισμένου και διαρρυθμισμένου, με τα κατάλληλα υλικά μέσα, που θα διευκολύνουν το παιχνίδι και άλλες δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης.

Άρχισε και ολοκληρώνεται η εκπαίδευση του προσωπικού του Ψ.Ν.Α που μετέχει στις αρχικές ομάδες παρέμβασης, οι ομάδες αυτές εμπλουτίζονται και με άλλο προσωπικό και αρχίζει η εκπαίδευση του προσωπικού που προσλαμβάνεται για το πρόγραμμα.

Οργανώνεται ερευνητικό πρόγραμμα με σκοπό τη διερεύνηση της στάσης και των αναπαραστάσεων της κοινότητας έναντι του ψυχικού πάσχοντα και ιδιαίτερα έναντι των δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης που ενσωματώνονται σε αυτή. Καθώς έχει και σκοπό τη διεύρυνση της στάσης και των κοινωνικών αναπαραστάσεων των εργαζομένων σε δομές και υπηρεσίες της ψυχικής υγείας στην προοπτική της οργάνωσης δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης που θα ενσωματωθούν στην κοινότητα.

Έγιναν ακόμα προπαρασκευαστικές ενέργειες για την οργάνωση, ενός (1) ειδικού κέντρου εξειδικευμένης περίθαλψης ενός (1) ερευνητικού κέντρου και ενός (1) κέντρου αναφοράς.

Η επιτροπή Συντονισμού και Εποπτείας συνεδριάζει τακτικά. Τουλάχιστον ανά δεκαπενθήμερο υπό μερική σύνθεση (τα μέλη που προέρχονται από το Ψ.Ν.Α) και τουλάχιστον ανά τρίμηνο υπό πλήρη σύνθεση. Υποβάλλει έκθεση για την πορεία του προγράμματος –κατά την πρώτη περίοδο υλοποίησης- και τις προτάσεις της για τις αναγκαίες διορθωτικές παρεμβάσεις. Την έκθεση υποβάλλει στους φορείς υλοποίησης. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και την αρμόδια Διεύθυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>59</sup>.

#### **4.3.2 ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/07/1999 ΕΩΣ 31/12/1999**

Μέχρι την 31/12/1999, συνεχίζεται και ολοκληρώνεται το σχέδιο μετακίνησης ασθενών του Ψ.Ν.Α σε περιοχές εκτός Αττικής σε συνεργασία με τις εκεί υπηρεσίες. Καθώς και η εκπαίδευση του προσωπικού που θα προσληφθεί για το πρόγραμμα, ολοκληρώνεται η συγκρότηση των ομάδων παρέμβασης και η εκπαίδευση του προσωπικού τους.

<sup>59</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 29-33.

Επίσης, προστίθενται τριάντα (30) νέες θέσεις σε στεγαστικές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, άλλες μορφές στεγαστικής υποστήριξης). Και τριάντα (30) νέες θέσεις σε δομές κατάρτισης και εργασιακής υποστήριξης.

Συνεχίζονται και ολοκληρώνονται οι διαρρυθμίσεις των κτηρίων, στα οποία θα λειτουργήσουν τα δύο τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, τα δύο τμήματα αποκατάστασης και τα δύο τμήματα μακράς παραμονής, τα οποία αρχίζουν να λειτουργούν όλα προς τις 31/12/1999.

Ακόμη, ολοκληρώνονται οι διαρρυθμίσεις και αρχίζει τη λειτουργία του το πρότυπο-πειραματικό οικοτροφείο για νοητικά υστερούντες στο έβδομο περίπτερο. Επίσης, αρχίζει η υλοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων και προχωρεί η οργάνωση των τριών κέντρων.

Τέλος, η Επιτροπή Συντονισμού και Εποπτείας λειτουργεί όπως και την πρώτη περίοδο και συντάσσει την έκθεσή της μέχρι την 15<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2000.<sup>60</sup>

#### **4.3.3 ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2000 ΕΩΣ 30/06/2000)**

Μέχρι την 30/06/2000 προστίθενται επιπλέον τριάντα (30) νέες θέσεις σε στεγαστικές δομές κατάρτισης και στεγαστικής υποστήριξης. Θα οργανωθούν και θα λειτουργούν δύο νέα τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας καθώς και δύο νέα τμήματα αποκατάστασης και μακράς παραμονής. Θα οργανωθεί και θα λειτουργεί ενδονοσοκομειακό οικοτροφείο πειραματικού χαρακτήρα για υπερήλικες. Θα συνεχίζεται η υλοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων, ολοκληρώνεται η οργάνωση και αρχίζει η λειτουργία των τριών επιστημονικών κέντρων. Τέλος, η Επιτροπή (όπως και στις δύο πρώτες περιόδους) Συντονισμού και Εποπτείας συντάσσει και υποβάλλει των έκθεσή της μέχρι 15/16/2000.<sup>61</sup>

#### **4.3.4 ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/07/2000 ΕΩΣ 31/12/2000)**

Μέχρι την 31/12/2000 προστίθενται τριάντα (30) νέες θέσεις σε στεγαστικές δομές, και τριάντα (30) νέες θέσεις σε δομές κατάρτισης και εργασιακής υποστήριξης.

Θα οργανωθούν και θα λειτουργούν δύο νέα τμήματα εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, δύο νέα τμήματα αποκατάστασης, δύο νέα τμήματα μακράς παραμονής. Καθώς επίσης θα οργανωθεί και θα λειτουργεί ένα ακόμη (εντός ή εκτός Ψ.Ν.Α) οικοτροφείο για νοητικά υπολειπόμενους και ένα ακόμη οικοτροφείο για υπερήλικες εντός ή εκτός Ψ.Ν.Α.

<sup>60</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.33.

<sup>61</sup> Βλέπε προηγούμενη υποσημείωση.

Θα ολοκληρωθεί, επιπλέον η υλοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων. Και σε αυτή την περίοδο η Επιτροπή Συντονισμού και Εποπτείας<sup>62</sup> θα εντάξει την τελική της έκθεση.

Εντός του πρώτου τριμήνου του έτους 2001 οργανώνεται συνάρτηση εργασίας με συμμετοχή της Επιτροπής, εκπροσώπων των φορέων υλοποίησης, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της αρμόδιας Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αντικείμενο την ανάλυση των πορισμάτων της έκθεσης και την επ' αυτής ανταλλαγής απόψεων και προβληματισμών καθώς και τον οριστικό προσδιορισμό των βασικών αξόνων του Υποπρογράμματος 2.<sup>63</sup>

#### **4.3.5 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ 1**

Έγινε εκπαίδευση και εξειδίκευση τουλάχιστον τετρακοσίων (400) εργαζομένων του Ψ.Ν.Α σε δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης και εκπαίδευσης διακοσίων (200) περίπου εργαζομένων που θα προσληφθούν για την υλοποίηση του προγράμματος.

Υπήρξε λειτουργία διακοσίων (200) συνολικά θέσεων σε στεγαστικές δομές εκτός Ψ.Ν.Α και στην περιοχή της Αττικής, καθώς και λειτουργία διακοσίων πενήντα (250) θέσεων σε δομές κατάρτισης και εργασιακής υποστήριξης.

Επίσης λειτούργησαν, έξι (6) τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, έξι (6) τμήματα αποκατάστασης, έξι (6) τμήματα μακράς παραμονής, δύο (2) οικοτροφεία για νοητικά υστερούντες εκτός ή Ψ.Ν.Α. Τέλος, οργανώθηκαν και λειτούργησαν τα τρία κέντρα και ολοκληρώνονται τα δύο (2) ερευνητικά προγράμματα.<sup>64</sup>

#### **4.4 ΥΠΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2**

Τίτλος: «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 2001-2006»

Έναρξη: 01/01/2001

Λήξη: 31/12/2006

##### **4.4.1 ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Μία καταρχήν πρόταση για τους βασικούς κατευθυντήριους άξονες του υποπρογράμματος 2 είναι αυτή που παρουσιάζεται κατωτέρω. Οι προτεινόμενοι άξονες κατευθύνονται προς στόχους που, όπως διαμορφώνεται σήμερα η κατάσταση και όπως προδιαγράφεται για το άμεσο μέλλον, θεωρούνται ρεαλιστικοί και υλοποιήσιμοι. Οι στόχοι αυτοί ανταποκρίνονται πλήρως στις κατεπείγουσες ανάγκες των ασθενών για μια ασφαλή και αξιοπρεπή διαβίωση,

<sup>62</sup> Βλέπε Κεφάλαιο Τρίτο παρ.3.1.4

<sup>63</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.34.

<sup>64</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.34.



που άλλωστε αποτελεί το πρώτο και απολύτως απαραίτητο βήμα για οποιαδήποτε περαιτέρω προσπάθεια αποϊδρυματικής κατεύθυνσης. Εξάλλου οι άξονες αυτοί ουδόλως παραγνωρίζουν τις βασικές αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ανέχονται ίσως μόνο μία, όχι μεγάλη, χρονική μετάθεση της πλήρους και ιδανικής εφαρμογής τους.<sup>65</sup>

#### **4.4.2 ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ**

Αρχίζουν τον Οκτώβριο του 2000 και ολοκληρώνονται μέχρι την 31/12/2000 (δηλαδή το τελευταίο τρίμηνο του τέταρτου και τελικού εξαμήνου της πρώτης φάσης) οι διάφορες απαραίτητες προπαρασκευαστικές και οργανωτικού χαρακτήρα ενέργειες. Θα γίνει, δηλαδή, σύνταξη της τελικής Έκθεσης της Επιτροπής Συντονισμού και Εποπτείας, για την πρώτη φάση του προγράμματος «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 2007». Οργάνωση της συνάντησης εργασίας με συμμετοχή της Επιτροπής Συντονισμού και Εποπτείας, εκπροσώπων των φορέων υλοποίησης, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και της αρμόδιας Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αντικείμενο την ανάλυση των πορισμάτων της Έκθεσης, την ανταλλαγή απόψεων και τον οριστικό προσδιορισμό των βασικών αξόνων. Και τέλος, τη συντήρηση της ομάδας εργασίας για τη λεπτομερέστατη επεξεργασία μέτρων και δράσεων που θα ακολουθούν τους βασικούς άξονες όπως έχουν προηγουμένως προκαθοριστεί.

#### **4.4.3 ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2001 ΕΩΣ 31/12/2001)**

Μέχρι την 31/12/2003 προβλέπεται να οργανωθούν και να λειτουργήσουν, ένα συνεχές πρόγραμμα επιμόρφωσης όλου του προσωπικού όλων των κλάδων, δύο ακόμη τμήματα εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, δύο τμήματα αποκατάστασης, δύο τμήματα μακράς παραμονής, δύο οικοτροφεία για νοητικά υστερούντες εντός ή εκτός νοσοκομείου και δύο οικοτροφεία για υπερήλικες. Επίσης, θα οργανωθούν εκατόν πενήντα θέσεις νέες σε στεγαστικές δομές εντός ή εκτός ΨΝΑ και θα οργανωθούν και θα λειτουργήσουν εκατόν πενήντα θέσεις νέες σε δομές και υπηρεσίες κατάρτισης και εργασιακής υποστήριξης. Και εν τέλει θα γίνει περαιτέρω οργανωτική και επιστημονική ανάπτυξη του Ερευνητικού Κέντρου, του Κέντρου Αναφοράς και του Ειδικού Κέντρου Εξειδικευμένης Περίθαλψης.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.34

<sup>66</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.35



#### 4.4.4 ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (01/01/2004 ΕΩΣ 31/12/2006)

Μέχρι την 31/12/2006 θα γίνει εκτίμηση και οριστική απόφαση για την ανάγκη ή μη ανάπτυξης και άλλων τμημάτων εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας καθώς και άλλων τμημάτων αποκατάστασης και των άλλων τμημάτων μακράς παραμονής. Το ίδιο ισχύει και για άλλα οικοτροφεία για νοητικά υστερούντες εντός ή εκτός Ψ.Ν.Α.

Επιπλέον θα γίνει οργάνωση και ανάπτυξη όσων κριθούν αναγκαία και κατάργηση ή μεταφορά της λειτουργίας τους εκτός νοσοκομείου όσων κριθούν εκ των υπαρχόντων μη αναγκαίο.

Θα υπάρξει ακόμη οργάνωση ενός νέου τμήματος εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ή αναβάθμιση ενός ήδη λειτουργούντος σε πρότυπο με εκπαιδευτικού και ερευνητικούς στόχους. Η ίδια οργάνωση και με τους ίδιους στόχους ισχύει για ένα πρότυπο τμήμα αποκατάστασης, ενός πρότυπου τμήματος μακράς παραμονής για χρόνιους ψυχωτικούς, ενός πρότυπου οικοτροφείου για νοητικά υστερούντες, και ενός πρότυπου οικοτροφείου για υπερήλικες.

Θα υπάρξει ακόμη επέκταση και αναβάθμιση λειτουργιών των εξωνοσοκομειακών δομών στέγασης και των εργασιακών δομών.

Θα δοθεί, εν τέλει, προτεραιότητα στις όποιες παρεμβάσεις έχουν αποϊδρυματική κατεύθυνση και κατατείνουν στη συμμετοχή της κοινότητας στην αντιμετώπιση όλων των θεμάτων που αφορούν την ψυχική υγεία.<sup>67</sup>

#### 4.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο Ψ.Ν.Α παρά τις σημειωθείσες προόδους, περισσότεροι από επτακόσιοι (700) χρόνιοι ασθενείς ζουν υπό συνθήκες άθλιες, που σύμφωνα με έκθεση της επιτροπής για την πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας, ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για τη φυσική υγεία των ασθενών και είναι συγγενείς της απάνθρωπης και εκφυλιστικής συμπεριφοράς.

Με υπόμνημά του, το ιατρικό σώμα απευθύνθηκε στην πολιτική ηγεσία της χώρας τον Αύγουστο του 1997 και ζήτησε την επείγουσα επίλυση των άμεσων προτεραιότητας αιτημάτων. Μεταξύ των αιτημάτων, περιλαμβάνεται και το αίτημα της θεσμοθέτησης των δομών αποκατάστασης καθώς επίσης και το αίτημα της απεμπλοκής από ανεφάρμοστες διαδικασίες κατά την υλοποίηση προγραμμάτων επιδοτούμενων από την Ε.Ε..

Το αίτημα προς την κοινότητα συνοψίζεται στην έγκριση του προγράμματος «ΔΑΦΝΙ» με τις ακόλουθες επιμέρους τροποποιήσεις: φορέας υλοποίησης είναι μόνο το Ψ.Ν.Α, το χρονικό διάστημα υλοποίησης είναι από 1/6/1998 έως 31/5/2001.

<sup>67</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ 35-36.

Συνολική δαπάνη:	
Α' έτος λειτουργίας:	500.000.000
Β' έτος λειτουργίας:	750.000.000
Γ' έτος λειτουργίας:	1.073.570.000
Σύνολο:	2.323.570.000

Το πρόγραμμα στην πλήρη ανάπτυξή του (3<sup>ο</sup> έτος λειτουργίας) προβλέπει ανάπτυξη 150 θέσεων στεγαστικής υποστήριξης (ξενώνες – οικοτροφεία – θεραπευτικά διαμερίσματα κτλ.). Ανάπτυξη 250 θέσεων σε δομές και υπηρεσίες εργασιακής υποστήριξης (προκατάρτιση – κατάρτιση – προώθηση στην αγορά εργασίας). Παρεμβάσεις αποϊδρυματικής κατεύθυνσης προπαρασκευαστικού χαρακτήρα για 400 συνολικά ασθενείς.

Έτσι από το πρόγραμμα θα επωφεληθούν άμεσα 800 ασθενείς, έμμεσα περίπου 8000 (όλοι οι περίπου 2000 νοσηλεύόμενοι τώρα – 1998 – αλλά και οι περίπου 6000 που κατά τη διάρκεια της τριετίας θα προσφύγουν στις υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α).

Θα επωφεληθούν επίσης περίπου 100 επαγγελματίες ψυχικής υγείας που θα εκπαιδευτούν σε τεχνικές αποκατάστασης.

**Σημείωση: Το πρόγραμμα «ΔΑΦΝΙ» προβλέπει συνοπτικά**

- Δαπάνες: 1<sup>ος</sup> χρόνος: 500.000.000 δρχ.
- 2<sup>ος</sup> χρόνος: 750.000.000 δρχ.
- 3<sup>ος</sup> χρόνος: 1.000.000.000 δρχ.

Οργανώνει τελικά 150 θέσεις στεγαστικής υποστήριξης (ξενώνες, διαμερίσματα κτλ.), 250 θέσεις σε εργασιακές δομές και υπηρεσίες και παρεμβάσεις αποϊδρυματικής κατεύθυνσης προπαρασκευαστικού χαρακτήρα για 400 συνολικά ασθενείς.

Το μέσο κόστος ανά ασθενή επωφελούμενο αμέσως από το πρόγραμμα στη φάση της πλήρους ανάπτυξής του ανέρχεται σε 104.000 δρχ. σε μηνιαία βάση, και σε 1.250.000 δρχ. σε ετήσια βάση.

Έτσι όλα πήραν μια νέα πνοή και ένα νέο τρόπο λειτουργίας καθώς με το πρόγραμμα «ΔΑΦΝΙ» δίνεται το νέο ξεκίνημα, φτάνοντας ακόμα πιο κοντά στον στόχο, που είναι οι ψυχικά πάσχοντες να νιώσουν πως κι αυτοί έχουν δικαίωμα στη κοινότητα αλλά και στην ίδια τη ζωή, που ανοίγεται ξανά μπροστά τους.<sup>68</sup>

#### 4.5.1 ΕΙΔΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Η υπερωριακή απασχόληση των εργαζομένων του Ψ.Ν.Α θα είναι εννιακόσια εξήντα εκατομμύρια δραχμές (960.000.000 δρχ. ) 400 εργαζόμενοι \* 100.000 δρχ. κατά μέσο όρο το μήνα \* 24 μήνες= 960.000.000 δρχ. Ο αριθμός των 400 εργαζομένων προκύπτει ως εξής συγκροτούνται ομάδες παρέμβασης

<sup>68</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ. 139-144.

από εργαζόμενους όλων των κλάδων του Ψ.Ν.Α. Οι ομάδες περιλαμβάνουν κατά μέσο όρο 10 μέλη. Απαιτούνται συνολικά 40 τέτοιες ομάδες. Δηλαδή: 26 στα ήδη λειτουργούντα νοσηλευτικά τμήματα και ή σε αυτά που θα τα αντικαταστήσουν 2 στα δύο οικοτροφεία για νοητικά υπολειπόμενους, 2 στα δύο οικοτροφεία για υπερήλικες, 5 στις στεγαστικές δομές και υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου και 5 στις δομές και υπηρεσίες εργασιακής υποστήριξης. Εάν ο αριθμός των εργαζομένων μεταβληθεί προς τα άνω ή προς τα κάτω, υπάρχει δυνατότητα να αυξομειωθεί και η μηνιαία υπερωριακά αντιμισθία κάθε εργαζόμενου χωρίς μεταβολή του συνολικού ποσού.

Η αμοιβή του προσωπικού που θα προσληφθεί ειδικά για το πρόγραμμα θα είναι ένα δισεκατομμύριο εννιακόσια είκοσι εκατομμύρια δραχμές (1.920.000.000 δρχ.) 200 εργαζόμενοι \* 400.000 το μήνα κατά μέσο όρο \* 24 μήνες = 1.920.000.000 δρχ.

Το προσωπικό που θα προσληφθεί για την υλοποίηση του προγράμματος θα καλύψει μόνο το 50% περίπου των αναγκών. Οι υπόλοιπες ανάγκες (στο κανονικό ωράριο εργασίας) θα καλυφθεί από μόνιμο προσωπικό του Ψ.Ν.Α (αυτό που υπηρετεί ή αυτό που θα προσληφθεί για κάλυψη των υφιστάμενων κενών θέσεων προσωπικού).

Έτσι υπολογίζεται να προσληφθεί με δαπάνες του προγράμματος το εξής προσωπικό: 20 εργαζόμενοι για τα δύο τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, 12 εργαζόμενοι για τα δύο τμήματα αποκατάστασης, 20 εργαζόμενοι για τα μακράς παραμονής τμήματα, 60 εργαζόμενοι για τα τέσσερα οικοτροφεία, 50 εργαζόμενοι για τις στεγαστικές δομές και υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, 30 εργαζόμενοι για τις εργασιακές δομές και υπηρεσίες και 8 εργαζόμενοι λοιποί.

Η εκπαίδευση του προσωπικού του Ψ.Ν.Α θα είναι εκατόν είκοσι εκατομμύρια δραχμές (120.000.000 δρχ.).

Οργανώνονται είκοσι ομάδες εκπαιδευομένων από εργαζόμενους που υπηρετούν στο Ψ.Ν.Α. Κάθε ομάδα αποτελείται από είκοσι εκπαιδευόμενους. Θεωρείται ότι το πρόγραμμα απαιτεί εκατό εκπαιδευτικές ώρες. Και ακόμη θεωρείται ότι το κόστος ανά εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων από και προς άλλες δομές και υπηρεσίες στο εσωτερικό ή εξωτερικό προς ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας, γραφική ύλη κτλ. 60.000 δρχ. Η αποζημίωση στο κονδύλι της υπερωριακής απασχόλησης. Έτσι 100 εκπαιδευτικές ώρες \* 60.000 δρχ = 6.000.000 δρχ. \* 20 ομάδες: 120.000.000 δρχ. Η εκπαίδευση του προσωπικού που θα προσληφθεί για το πρόγραμμα θα στοιχίσει εξήντα εκατομμύρια δραχμές (60.000.000 δρχ.).

Οργανώνονται 10 ομάδες εκπαιδευομένων. Κάθε ομάδα αποτελείται από 20 εκπαιδευόμενους. Θεωρείται ότι το πρόγραμμα απαιτεί 100 εκπαιδευτικές ώρες. Επίσης, θεωρείται ότι το κόστος ανά εκπαιδευτική ώρα (αμοιβή εκπαιδευτών, και εκπαιδευομένων, και μετακίνηση αυτών από και προς τις άλλες δομές και υπηρεσίες στο εσωτερικό ή εξωτερικό προς ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας, γραφική ύλη κτλ.) 60.000 δρχ. Άρα, 100 εκπαιδευτικές ώρες \* 60.000 δρχ. \* 10 ομάδες = 60.000.000 δρχ.



Οι διαρρυθμίσεις των κτηρίων θα στοιχίσουν ένα δισεκατομμύριο διακόσια εξήντα εκατομμύρια (1.260.000.000 δρχ.).

Πρόκειται για αδρό υπολογισμό (ακριβής προϋπολογισμός θα πρέπει να γίνει από αρμόδια τεχνική υπηρεσία), που προκύπτει ως εξής:

Έξι τμήματα υποδοχής και εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας \*  $500\text{cm}^2$  το καθένα κατά μέσο όρο =  $3.000\text{m}^2$  \* 120.000 δρχ. το τετραγωνικό μέτρο = 360.000.000 δρχ.

Έξι τμήματα αποκατάστασης \*  $625\text{m}^2$  το καθένα =  $3.750\text{m}^2$  \* 120.000 δρχ. = 450.000.000 δρχ.

Τα τέσσερα οικοτροφεία θα ανέλθουν στα τετρακόσια είκοσι εκατομμύρια δραχμές (420.000.000 δρχ.)

Τα τέσσερα οικοτροφεία θα οργανωθούν ως ακολούθως:

Ένα στο 7<sup>ο</sup> περίπτερο με κατάλληλη διαρρύθμιση για νοητικά υστερούντες.

Ένα στο 2<sup>ο</sup> ή 9<sup>ο</sup> ή 11<sup>ο</sup> ή 16<sup>ο</sup> ή άλλο περίπτερο με κατάλληλες διαρρυθμίσεις για υπερήλικες και

Δύο εξαρχής ή προκατασκευασμένα εκ των οποίων το ένα για υπερήλικες και το άλλο για νοητικά υστερούντες.

Τη δαπάνη για τις διαρρυθμίσεις των δύο πρώτων ήδη υφισταμένων κτηρίων υπολογίζεται ως εξής:  $1.000$  περίπου  $\text{m}^2$  \* 120.000 δρχ. το τετραγωνικό μέτρο = 120.000.000 δρχ.

Τη δαπάνη για τα δύο επόμενα εξαρχής οικοδομούμενα ή προκατασκευασμένα κτήρια υπολογίζεται:  $1.000\text{m}^2$  \* 300.000 δρχ. κατά μέσο όρο = 300.000.000 δρχ.

Πρόκειται για αδρό υπολογισμό (ακριβής προϋπολογισμός θα γίνει από αρμόδια τεχνική υπηρεσία).

Οι διακόσιες θέσεις στεγαστικής υποστήριξης εκτός νοσοκομείου θα είναι επτακόσια είκοσι εκατομμύρια δραχμές (720.000.000 δρχ.).

Στο ποσό αυτό δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για αμοιβή του προσωπικού. Περιλαμβάνονται όλες οι άλλες δαπάνες (ενοίκια, εξοπλισμός, καθημερινά λειτουργικά έξοδα, διατροφή, ψυχαγωγία, ενδυμασία κτλ.) οι οποίες υπολογίστηκαν με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από τη λειτουργία των στεγαστικών δομών και υπηρεσιών της ΘΕ.Μ.Α..

Έτσι, 200 ασθενείς \* 150.000 δρχ. μηνιαίως = 30.000.000 δρχ. \* 24 μήνες = 720.000.000 δρχ.

Οι διακόσιες πενήντα θέσεις εργασιακής υποστήριξης θα κοστίσουν τετρακόσια ογδόντα εκατομμύρια δραχμές (480.000.000 δρχ.).

Ο υπολογισμός προκύπτει: 250 ασθενείς \* 80.000 δρχ. κατά μέσο όρο το μήνα = 20.000.000 δρχ. \* 24 μήνες = 480.000.000 δρχ.

Οι χίλιες εξακόσιες πενήντα θέσεις προετοιμασίας Θα ανέλθουν στο ποσό των εννιακόσιων ενενήντα εκατομμυρίων δραχμών (990.000.000 δρχ.).

Αυτό προκύπτει από τα εξής: 1.650 ασθενείς (όλος ο νοσηλευόμενος πληθυσμός) \* 25.000 δρχ. το μήνα κατά μέσο όρο = 41.250.000 δρχ. \* 24 μήνες = 990.000.000 δρχ.

Οι εξήντα θέσεις στεγαστικής και εργασιακής υποστήριξης εκτός Αττικής (ξενώνες και λοιπά) θα κοστίσουν τετρακόσια τριάντα δύο εκατομμύρια δραχμές (432.000.000 δρχ.).

Ο προϋπολογισμός αυτός είναι πολύ αδρός.

Συγκεκριμένα υπολογίζεται: 60 ασθενείς \* 300.000 δρχ. το μήνα κατά μέσο όρο= 18.000.000 δρχ. \* 24 μήνες=432.000.000δρχ.

Τα έξοδα οργάνωσης και λειτουργίας των κέντρων που προβλέπει το άρθρο 19 του νόμου 2519 /Αύγουστος 1997 θα στοιχίσει εβδομήντα δύο εκατομμύρια δραχμές (72.000.000 δρχ.).

Προβλέπεται η οργάνωση και η λειτουργία, ενός ειδικού κέντρου εξειδικευμένης περίθαλψης, ενός ερευνητικού κέντρου και ενός κέντρου αναφοράς.

Η δαπάνη των 72.000.000 δρχ. αντιστοιχεί και στα τρία αυτά κέντρα.

Τα δύο ερευνητικά προγράμματα οργάνωσης και λειτουργίας της επιτροπής συντονισμού και εποπτείας παρακολούθησης και αξιολόγησης του προγράμματος θα ανέλθει στα τριάντα έξι εκατομμύρια δραχμές (36.000.000 δρχ.).<sup>69</sup>

#### ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Πενήντα εκατομμύρια δραχμές (50.000.000 δρχ.)

Στο συνολικό προϋπολογισμό του προγράμματος δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τις στοιχειώδεις επισκευές των κτηρίων (χωρίς διαρρυθμίσεις) που έχουν ξεκινήσει ήδη με δαπάνη του Ψ.Ν.Α..<sup>70</sup>

## **4.6 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Οι βασικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση του προγράμματος για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα είναι:

Να εξασφαλιστεί η υλοποίηση του προγράμματος σε ικανοποιητικό βαθμό (ικανοποιητικός βαθμός θεωρείται εάν το 80% τουλάχιστον των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων έχει επιτευχθεί στον προβλεπόμενο χρόνο).

Να αξιοποιηθούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο και προς όφελος των ασθενών οι διατιθέμενοι πόροι.

Να εξασφαλιστούν επίσης, όχι μόνο τα αποτελέσματα που προσδοκούνται, αλλά οι δομές του προγράμματος, θα υπάρχουν και θα λειτουργούν και μετά τη λήξη. Θα έχουν εδραιώσει, επίσης, τη δυνατότητα περαιτέρω ποσοτικής και ποιοτικής ανάπτυξής τους.

Επιπλέον, θα πρέπει να αποφευχθούν η άσκοπη σπατάλη λόγω αοριστίας του προγραμματικού περιεχομένου των μέτρων και ενεργειών και ασάφειας των επιδιωκόμενων στόχων και του απαιτούμενου χρόνου για την επίτευξή τους. Αυτή η αοριστία και η ασάφεια επιτρέπει ή συνεπάγεται ποικίλης μορφής στρεβλώσεις και παλινωδίες.

<sup>69</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999 σελ.35-38

<sup>70</sup> Τετράδιο Ψυχιατρικής Νο 65 Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 1999. σελ.38

Να διατηρηθεί η αξιοπιστία όλων των εμπλεκόμενων φυσικών προσώπων αλλά και των οργάνων, φορέων και αρχών, καθώς και να διαφυλαχθεί ακόμα η αξιοπιστία της χώρας μας έναντι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, της οποίας ζητείται η συμμετοχή στην όλη προσπάθεια.

Οι προϋποθέσεις αυτές περιλαμβάνονται συνοπτικά στο μνημόνιο του Ιατρικού Σώματος στη σύσκεψη της 10/07/1998 που έγινε στο Ψ.Ν.Α.

Συγκεκριμένα και πιο αναλυτικά οι προϋποθέσεις αυτές είναι:

Η κατελείγουσα έναρξη και προώθηση των διαδικασιών για να εγκριθεί το πρόγραμμα από το Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η σύντομη και τελική γραπτή έγκριση του προγράμματος ως σύνολο, από όλους (Ψ.Ν.Α, Ελληνική Κυβέρνηση μέσω του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των άλλων συναρμοδίων Υπουργείων, Ευρωπαϊκή Ένωση) συνιστά απολύτως απαραίτητη προϋπόθεση. Όσο μάλιστα πιο σύντομα λάβει χώρα αυτή η έγκριση τόσο πιο σύντομα θα φτάσει στους εντατικούς και συντονισμένους ρυθμούς δουλειάς που απαιτούνται.

Επίσης, χρειάζεται άμεση συγκρότηση επιτροπής συντονισμού, εποπτείας, παρακολούθησης και αξιολόγησης του προγράμματος. Προτείνεται 7μελής σύνθεση:

- τα τέσσερα μέλη της επιλέγονται από το Ιατρικό Σώμα του Ψ.Ν.Α δια της Επιστημονικής Επιτροπής,
- το ένα από τα μέλη αυτά είναι Διευθυντής ψυχίατρος εν ενεργεία ή συνταξιούχος με μεγάλη εμπειρία σε θέματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προγράμματα αποκατάστασης του Ψ.Ν.Α. Αυτός εκτελεί και τα καθήκοντα προέδρου και συντονιστή της Επιτροπής,
- τα άλλα μέλη της Επιτροπής επιλέγονται από το Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α μετά από πρόταση των άλλων υπηρεσιών ή φορέων του Νοσοκομείου (Νοσηλευτική Υπηρεσία, Διοικητική Υπηρεσία, Ενιαίο Σύλλογο Εργαζομένων).

Η θητεία της Επιτροπής λήγει την 31/12/2000 και μπορεί να παραταθεί με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο βασικός πυρήνας της Επιτροπής αυτής πρέπει να συγκροτηθεί το ταχύτερο δυνατό με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άλλη μια προϋπόθεση είναι η άμεση έγκριση δαπάνη υπερωριακής απασχόλησης εργαζομένων του Ψ.Ν.Α όλων των κλάδων και υπηρετούν για την κάλυψη των επιτακτικών αναγκών που προκύπτουν από τις κενές θέσεις προσωπικού και έως ότου οι κενές αυτές θέσεις καλυφθούν με μόνιμο προσωπικό.

Χρειάζεται ακόμα άμεση συγκρότηση βασικών πυρήνων-ομάδων παρέμβασης σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα και στις άλλες δομές και υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α. Οι ομάδες αυτές θα περιλαμβάνουν εκτός από γιατρούς και ψυχολόγους και εργαζόμενους όλων των άλλων κλάδων και υπηρεσιών (νοσηλεύτες, διοικητικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, τεχνικοί, εργοθεραπευτές κτλ.). Αυτές οι ομάδες θα αποτελέσουν στη συνέχεια και την επικεφαλής συντονιστική ομάδα για την οργάνωση και λειτουργία των νέων δομών και



υπηρεσιών αλλά και τη βελτίωση της λειτουργίας των ήδη υφισταμένων με παρεμβάσεις και τεχνικές που θα έχουν αποϊδρυματική κατεύθυνση.

Η άμεση συγκρότηση και λειτουργία αυτών των ομάδων παρέμβαση είναι απολύτως απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί η βαθμιαία ενσωμάτωση του νέου προσωπικού που θα προσληφθεί ειδικά για το πρόγραμμα ή προς κάλυψη κενών θέσεων μονίμου προσωπικού, χωρίς επικίνδυνους κραδασμούς και ανεξέλεγκτες στρεβλώσεις.

Τέλος, η συγκρότηση αυτών των ομάδων και η υπερωριακή αποζημίωση των εργαζομένων θα επιτρέψει την άμεση έναρξη της υλοποίησης του προγράμματος έστω και σε περιορισμένη κλίμακα, χωρίς να είναι ανάγκη να αναμένεται προς τούτο η παρουσίαση του νέου προσωπικού που δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς θα προσληφθεί.

Η άμεση συγκρότηση της ανωτέρω αναφερόμενης Επιτροπής Συντονισμού με τον τρόπο που προτείνεται και επίσης η άμεση συγκρότηση των ανωτέρων ομάδων παρέμβασης είναι δύο μέτρα που αν δεν ληφθούν αμέσως κάθε ελπίδα και κάθε προσδοκία βαθμιαία θα φθίνει και η πλήρης κατάρρευση του προγράμματος θα επέλθει σύντομα.

Το ιατρικό σώμα αυτού νοσοκομείου –αλλά ως φαίνεται και οι άλλοι κλάδοι εργαζομένων του- είναι αποφασισμένη να διασφαλίσουν την επιτυχία του προγράμματος, να αξιοποιήσουν την εμπειρία προσώπων καταξιωμένων στο χώρο με μεγάλο κύρος και εξειδικευμένη τεχνογνωσία, να υπερασπιστούν το αναφαίρετο δικαίωμά τους να μετάσχουν στις ευθύνες του όλου εγχειρήματος αλλά και στην τιμή από την επιτυχή έκβασή του και να αποτρέψουν τη νόθευσή του από έξωθεν ανεξέλεγκτες και ατυχείς παρεμβάσεις. Επίσης, να προστατεύσουν τους ασθενείς από τον κίνδυνο επιτήδειας χρησιμοποίησης τους προς όφελος άλλων και όχι αυτών των ιδίων.

Το ιατρικό σώμα θα επιμείνει να διασφαλιστούν με τις αναγκαίες θεσμικές ρυθμίσεις και για το Ψ.Ν.Α τουλάχιστον οι ίδιες δυνατότητες διαδικαστικού ή άλλου τύπου που έχουν οι διάφορες μη κερδοσκοπικές εταιρείες που υλοποίησαν στο παρελθόν προγράμματα και ίσως επιλεγούν να υλοποιήσουν και στο μέλλον.

Χρειάζεται ακόμη να γίνει επεξεργασία και δημοσίευση νέου οργανισμού του Ψ.Ν.Α. Ο νέος αυτός οργανισμός θα πρέπει να διευκολύνει την εδραίωση και την επέκταση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, να θεσμοθετεί τις νέες δομές και υπηρεσίες, να εξασφαλίζει το δημόσιο χαρακτήρα τους καθώς και να διευκολύνει την απρόσκοπτη λειτουργία και ανάπτυξή τους.

Οι ανάγκες των ασθενών και η προβλεπόμενη οργάνωση σύγχρονων δομών και υπηρεσιών οδηγούν στην πεποίθηση ότι σε καμία περίπτωση ο νέος οργανισμός δεν μπορεί να καταλήξει σε μείωση του συνολικού αριθμού των θέσεων που προβλέπει ο οργανισμός που ισχύει σήμερα. Αντίθετα προβλέπεται αύξηση των θέσεων σε εξειδικευμένο προσωπικό.

Κλείνοντας με τις προϋποθέσεις, είναι απαραίτητο επιπρόσθετα η άμεση έναρξη των διαδικασιών για την επεξεργασία εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Ψ.Ν.Α και ειδικών κανονισμών των νέων δομών και

υπηρεσιών. Άμεση θεσμοθέτηση του κανονισμού λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. και νομοθετική κατοχύρωση της δυνατότητας να χορηγείται κατευθείαν στους εντασσόμενους σε στεγαστικές ή και σε εργασιακές δομές και υπηρεσίες ασθενείς, θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα.

Να γίνει τέλος, αποδοχή και ψήφιση όσων τροπολογιών υποβάλλει το Ιατρικό Σώμα του Ψ.Ν.Α στο υπό ψήφιση Νομοσχέδιο για την Ψυχική Υγεία, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η υλοποίηση του προγράμματος αλλά και η προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας.

Το Πρόγραμμα «ΟΔΥΣΣΕΙΑ-ΔΑΦΝΙ 2007» είναι η πρόταση του ιατρικού σώματος για το μέλλον του Ψ.Ν.Α. Η υλοποίησή του θα αλλάξει τη μορφή του νοσοκομείου ριζικά και θα εδραιώσει τις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όχι μόνο σε αυτό το Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α) αλλά και στη χώρα μας γενικότερα.

Όμως, εκτός των όσων αναφέρθηκαν για την επιτυχή υλοποίηση του στόχου, απαιτείται κοινή προσπάθεια και ενεργός συμμετοχή όλων των φορέων της πολιτείας.

Οι υπάρχουσες αρνητικές κοινωνικές αντίληψης για τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα, σε συνδυασμό με την αδιαφορία, τον ατομικισμό και την απουσία μιας κοινωνίας αλληλεγγύης έχουν οδηγήσει σήμερα σε υποχώρηση και έντονη κρίση τις αληθινές αξίες, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση και περιθωριοποίηση όλων των κοινωνικά ασθενέστερων ομάδων πληθυσμού.

Απαιτείται, δηλαδή, άμεσα η στροφή της κοινωνίας με επίκεντρο τον ΑΝΘΡΩΠΟ!<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» τεύχος 225. Ιούλιος, Αύγουστος Σεπτέμβριος 1996. σελ. 42

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με τη μελέτη και διεξαγωγή της πτυχιακής εργασίας έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης του προγράμματος αποκατάστασης και αποϊδρυματοποίησης των ψυχωσικών ατόμων, σε δομές και υπηρεσίες εκτός Ψ.Ν.Α.

Από την παρούσα εργασία προέκυψαν τα εξής:

Οι εξωϊδρυματικές υπηρεσίες και δομές βοηθούν και ωφελούν να επανέλθει το ψυχωσικό άτομο μέσα στο κοινωνικό σύνολο να συμπεριφέρεται και να ζει όπως κάθε φυσιολογικός άνθρωπος. Τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών ελαττώνονται, και με την ανάλογη παρακολούθηση από την ομάδα εποπτείας, σταδιακά κοινωνικοποιούνται.

Στις παρούσες δομές και υπηρεσίες υπάρχει ανταπόκριση από τους ασθενείς οι οποίοι δέχονται με ευχαρίστηση την εγκατάσταση τους σε αυτές. Όπως προέκυψε από την προηγηθείσα έρευνα οι ασθενείς συμμετείχαν με ενθουσιασμό σε όλα τα προγράμματα, εργάστηκαν με θέρμη καθώς αισθάνθηκαν για πρώτη φορά ότι εντάσσονται στο κοινωνικό σύνολο.

Το ημερήσιο κόστος ενός ασθενή στις εκτός νοσοκομείου δομές είναι πολύ μικρότερο (περίπου 5.000 δρχ/μέρα) σε σχέση με το ημερήσιο νοσήλειο (12.000 δρχ/μέρα). Δηλαδή υπάρχει οικονομικό όφελος.

Τα κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης (HORIZON 815 κλπ) δεν αξιοποιήθηκαν στο βαθμό που έπρεπε και συνάντησαν πολλά εμπόδια για περαιτέρω ανάπτυξη. Υπήρχαν και υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις πόρων καθώς τα κονδύλια που δόθηκαν από την Ε.Ε. ήταν λιγοστά, σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες και ο κρατικός προϋπολογισμός δεν μπόρεσε να συμπληρώσει τα έξοδα του προγράμματος.

Υπήρχαν και υπάρχουν ελλείψεις σε εξειδικευμένο προσωπικό υγείας. Το προσωπικό που ασχολείται με το πρόγραμμα αποκατάστασης δεν είναι πλήρως και σαφώς ενημερωμένο για την κάθε φορά επικρατούσα κατάσταση.

Χρειάζεται καταπολέμηση του φαινομένου του ιδρυματισμού και άλλων ατόμων και αξιοποίηση των προγραμμάτων και των δομών που υλοποιήθηκαν στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 και άλλων προγραμμάτων αποκατάστασης κοινοτικών ή άλλων εθνικών προγραμμάτων.

Καθώς διαπιστώθηκε νομικό κενό είναι άμεση ανάγκη η θεσμοθέτηση του προγράμματος και των δομών και υπηρεσιών αυτού και τελική έγκριση από όλους τους αρμόδιους και υπεύθυνους φορείς.

Σημαντικά είναι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και το Ψ.Ν.Α στο σύνολό του τα οποία κατ' επέκταση αφορούν άμεσα ή έμμεσα και τις εξωϊδρυματικές δομές και υπηρεσίες. Προκειμένου να υπάρξει εξασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών διαβίωσης για όλους τους ψυχωσικούς, είναι απαραίτητο να υπάρξει μια πιο ευέλικτη και άμεση διοίκηση. Δηλαδή καταπολέμηση της γραφειοκρατίας.

Ακόμα, χρειάζεται να γίνει επεξεργασία και δημοσίευση νέου οργανισμού του Ψ.Ν.Α. Ο νέος αυτός οργανισμός θα πρέπει να διευκολύνει την εδραίωση και την επέκταση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, να θεσμοθετεί τις νέες δομές



και υπηρεσίες, να εξασφαλίζει το δημόσιο χαρακτήρα τους καθώς και να διευκολύνει την απρόσκοπτη λειτουργία και ανάπτυξη τους. Επιπρόσθετα, απαιτείται η άμεση έναρξη των διαδικασιών για την επεξεργασία εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Ψ.Ν.Α και ειδικών κανονισμών των νέων δομών και υπηρεσιών.

Χρειάζεται άμεση συγκρότηση βασικών πυρήνων – ομάδων παρέμβασης σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα και στις άλλες δομές και υπηρεσίες του Ψ.Ν.Α, αποτελούμενες από όλους τους κλάδους και υπηρεσίες. Αυτές οι ομάδες παρέμβασης θα βοηθήσουν την ενσωμάτωση του νέου προσωπικού που θα προσληφθεί.

Απαιτούνται συγκεκριμένες λύσεις μέσα στα πλαίσια ενός μεσοπρόθεσμου σχεδιασμού σε πανελλαδικό επίπεδο, με σαφή εννοιολογικό και χρονικό προσδιορισμό, δηλαδή των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν, των προτεραιοτήτων που θα επιλεγούν και των μέτρων που θα ληφθούν από την πολιτεία, έτσι ώστε με δεδομένα τα μέσα και τις προτεραιότητες να οδηγήσουν στην πραγμάτωση του στρατηγικού στόχου. Απαιτείται να υπάρξει τομεοποίηση, καθώς έτσι θα αποφευχθεί η συνέπεια «στοιβαγμού των ψυχωσικών» σε ένα μόνο ψυχιατρείο, όπως συνέβη στο Ψ.Ν.Α.

Οι δομές και υπηρεσίες που πρόκειται να εξακολουθούν να υφίστανται και μετά τη λήξη της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης πρέπει να οργανωθούν διοικητικά και οικονομικά και να στελεχωθούν κατάλληλα ώστε να εδραιώσουν τη δυνατότητα περαιτέρω ποσοτικής και ποιοτικής ανάπτυξης τους.

Όλα αυτά αν τηρηθούν με συνέπεια, με διάθεση και υπάρξει πραγματική και λεπτομερής μελέτη όλης αυτής της προσπάθειας, τότε, σίγουρα όλα θα πάρουν μια νέα πνοή και θα εξελιχθούν όχι σε ένα αλλά σε πολλά βήματα εμπρός, γιατί κάθε άνθρωπος, όποιο πρόβλημα και αν αντιμετωπίζει έχει δικαίωμα στη ζωή, καθώς κάθε άτομο είναι μοναδικό, με τη δική του προσωπικότητα και το δικό του χαρακτήρα!

Και γι' αυτό αξίζει!

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- (Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής ενηλίκων». Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Β' τόμος. Τ. LEMPERIERE – Α. FELINE και συνεργάτες.
- «Τετράδια Ψυχιατρικής». Νο 46. ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 1994.
- «Τετράδια Ψυχιατρικής». Νο 61. ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ. 1998.
- «Τετράδια Ψυχιατρικής». Νο 63. ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1998.
- «Τετράδια Ψυχιατρικής». Νο 65. ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ. – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999.
- «Τετράδια Ψυχιατρικής». Νο 64. ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ – ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1999.
- Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας». Τεύχος 225. ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 1996.
- «Κανονισμός λειτουργίας ΘΕ.Μ.Α. και προστατευόμενων κατοικιών Ψ.Ν.Α. Χ. Βαρουχάκης – Διευθυντής Ψυχίατρος.
- Απολογισμός πεπραγμένων ξενώνα Κολωνού Ψ.Ν.Α. Απόφαση Δ.Σ. Ψ.Ν.Α.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΦΥΛΛΟ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ

α/α:.....

Ημερ.:.....

Ωρα:.....

ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ:

Τηλεφωνική:...1

Προσωπική:....2

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΠΕΛΑΤΗ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....ΤΗΛ.:.....

Κωδικός:

Περιστέρι:..1 Οχι:..2

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....ΤΗΛ.:.....

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ:

Συγγενής:.....1

Φίλος:.....2

Γείτονας:....3

Άλλος:.....4

καταγράφτε:.....

ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΟΣ Ο ΠΕΛΑΤΗΣ:

Ναι:.....1

Οχι:.....2

ΗΛΙΚΙΑ ΠΕΛΑΤΗ:.... Κωδικός:

<17ετών:.....1

>18-<28:.....2

>29-<40:.....3

>41-<55:.....4

>56-<65:.....5

>66ετών:.....6

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:..... Κωδικός:

Επιστήμονας:.....1

Ανεργος-άεργος:....6

Τεχνικός (Ελ.επ.):..2

Φοιτητής-μαθητής:..7

Υπάλληλος:.....3

Οικιακά:.....8

Εργάτης:.....4

Άγνωστο:.....9

Συνταξιούχος:.....5

ΟΙΚΟΓ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

<17ετών:....1 Διαζ/νος:...4

Άγαμος:.....2 Σε διάσταση:5

Εγγαμος:....3 Χήρος:.....6

ΠΑΡΑΚΟΜΠΗ ΑΠΟ:.....

Κοινων.Υπηρεσία:....1

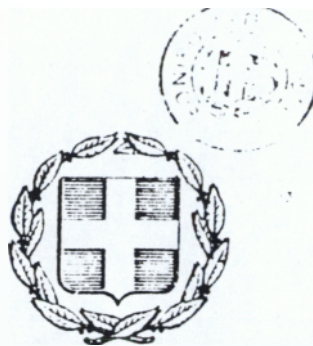
Πελάτη:.....4

Ιατρική Υπ/σία:....2

Αυτοβούλως:...5

Ψυχιατρική Υπηρεσία:..3

Άλλον:.....6



12

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
20 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΟΥ  
38

## ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Α33/οικ./21447

Αναμόρφωση Οργανισμού του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών.

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83.
2. Το Π. Δ/γμα 81/86 «Εθνικό πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).
3. Την από 6.2.86 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, αποφασίζουμε:

#### Άρθρο 1.

Ο Οργανισμός του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, όπως αυτός ισχύει με το Π. Δ/γμα 277/1977 (ΦΕΚ 32/Α/77), αναμορφώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

#### Άρθρο 2.

Νομική μορφή - Επωνυμία - Έδρα - Σφραγίδα.

1. Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/53) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος αυτού, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ορίζεται ως Εθνικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και μετονομάζεται σε «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ».

2. Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη του Χαϊδαρίου Αττικής.

3. Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους: «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ» και στη μέση το Εθνόσημο.

#### Άρθρο 3. Δικαιώματα

Δικαιώματα του Νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο των προγραμμάτων της γενικότερης πολι-

τικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα για κα-  
πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και  
παγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες  
Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα:

1. Η διαφύλαξη, πρόληψη και πρόκληση της κοινωνικά  
μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, και

2. Η συμβολή στην κοινωνική αποκλειστικότητα και επαγγελματική επανένταξη των παθόντων, με τη βοήθεια της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της εαυτικής έρευνας.

γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

#### Άρθρο 4. Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό εθνικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επιχορηγούμενων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλεια, εξέταση και λοιπές μετρήσιμες για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, αποκτήσεις κ.λ.

#### Άρθρο 5.

Δύναμη κρεβατιών.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε 250 κλινικά κρεβάτια (2.300 κρεβάτια).

#### Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών.

1. Το Νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- α) Ιατρική.
- β) Νοσηλευτική.
- γ) Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκατάθεση και λειτουργική διαάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι ισοτιμίες τους ισότιμοι και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλες υπηρεσίες από αυτή που υπάγεται κατά «Άρθρο 6» και κατηγορίες σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγονται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Δ ρ θ ρ ο 7  
Διάβρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τμήματα ταύτα:
- α) Παιδιατρικό με δέσμη κέντρα σακάρια (140) κρηβατιών.
  - α1) Γενικό με δέσμη ενενήντα (90) κρηβατιών.
  - α2) Πρώτο Ψυχιατρικό με δέσμη θηκοδία κέντρα (250) κρηβατιών.
- α. Πέντε (5) τμήματα
- α1) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - α2) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - α3) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - α4) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - α5) Ένα (1) Παιδιατρικό
- β. Πέντε (5) τμήματα
- β1) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - β2) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - β3) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - β4) Ένα (1) Παιδιατρικό
  - β5) Ένα (1) Παιδιατρικό
- γ. Ένα (1) τμήμα
- γ1) Ένα (1) Παιδιατρικό

θηκοδία θδομήνια κέντρα (275) κρηβατιών.  
θδομήνια κρηβατιών κέντρα (275) κρηβατιών.  
θδομήνια κρηβατιών κέντρα (275) κρηβατιών.

Β. ΠΑΡΑΘΕΣΙΑΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα:
- α1. Ένα (1) Παθολογικό
  - α2. Ένα (1) Νευρολογικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Νευροφυσιολογίας
- γ. Μονάδες:
- γ1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής
  - γ2. Μία (1) Ανασθησιολογίας
  - γ3. Μία (1) Οδοντιατρική

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Ένα (1) Γενικής Χειρουργικής
  - α2. Ένα (1) Ανασθησιολογίας
  - α3. Ένα (1) Οδοντιατρική
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής
- γ. Μονάδες:
- γ1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής
  - γ2. Μία (1) Ανασθησιολογίας
  - γ3. Μία (1) Οδοντιατρική

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
  - α2. Ένα (1) Τελειομηδών
  - α3. Ένα (1) Ψυχογριατρικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
  - α2. Ένα (1) Αλκοολικό
  - α3. Ένα (1) Ψυχογριατρικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
  - α2. Ένα (1) Ψυχογριατρικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
  - α2. Ένα (1) Ψυχογριατρικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

- α. Τμήματα
- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
  - α2. Ένα (1) Ψυχογριατρικό
- β. Μονάδες:
- β1. Μία (1) Γενικής Χειρουργικής

- γ. Ένα (1) Βιοχημικό  
δ. Ένα (1) Αντινεοπλασματικό  
ε. Ένα (1) Φυσιολογικό  
στ. Ένα (1) Παθολογικό
3. Στους τομείς λειτουργούν τεχνικά εξοπλισμένα κέντρα αντίστοιχων ειδών κοσμημάτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στα Νοσοκομεία.

Δ ρ θ ρ ο 8

Διάβρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε εννέα (9) τομείς, 1ο, 2ο, 3ο, 4ο, 5ο, 6ο, 7ο, 8ο και 9ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:
- α) 0 πρώτος (1ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα του Γενικού τμήματος, τα εξωτερικά κέντρα και τα λειτουργικά τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - β) 0 δεύτερος (2ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Παιδιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - γ) 0 τρίτος (3ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Δεύτερο (2ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - δ) 0 τέταρτος (4ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον τρίτο (3ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - ε) 0 πέμπτος (5ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον τέταρτο (4ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - στ) 0 έκτος (6ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον πέμπτο (5ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - ζ) 0 έβδομος (7ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον έκτο (6ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - η) 0 ογδόος (8ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον έβδομο (7ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
  - θ) 0 ένατος (9ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον ογδόο (8ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
2. Με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μπορεί να μεταφέρονται Νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα Νοσηλευτικό τομέα στον άλλο μέσα στα πλαίσια του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.
- Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:
- α) Τον Δ/ντή-Υπία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.
  - β) Ένα (1) Πασχόμενο τυχαίο από κάθε τομέα.
  - γ) Ένα (1) Διευθυντικό τμήματος από κάθε τομέα.
  - δ) Τη μέλη (8) που εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με ανανεώσιμη θητεία από τον Νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στην υπηρεσία με πρόσκληση του προέσμευμένου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία των εκπαιδευμένων μελών του υψ. νοσηλευτικού (8) μέλη και του Γραμματέα μεταξύ των υψ. στοιχείων (4) μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Δ ρ θ ρ ο 9

Διάβρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Υποδιευθύνσεις:
- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού
  - β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού
  - γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού
- Εκάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γνησια, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.
2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:
- α) Προσωπικού
  - β) Γραμματείας
  - γ) Κίνησης Αρρώστων
  - δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών
  - ε) Κοινωνικής Υπηρεσίας
  - στ) Παραϊατρικών Θεσηλεμάτων (Τεχνολόγων)
3. Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:
- α) Οικονομικού
  - β) Πληροφορικής-Οργάνωσης
- γ) Διατροφής
- και στα αυτοτελή Γνησια:
- α) Παιδιατρικής
  - β) Ιμιατισμού
4. Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:
- α) Τεχνικού
  - β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Δ ρ θ ρ ο 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

- Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:
1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας κέντρα:
- Ε πρόθεση και προσηγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών Υγείας και ο οργανωσιατικός και ο λειτούργει των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Αρμόδιος της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας

Επιτηθεύει την ευθύνη για τον οργανωτικό και οικονομικό έλεγχο των φαρμακείων, την εφαρμογή των φαρμακευτικών μέτρων, την έγκριση των φαρμάκων, την έγκριση των διαδικασιών και λειτουργιών της Φαρμακευτικής και λοιπού υγειονομικού προσωπικού του Σ.Ο.Θ.

Επιτηθεύει την ευθύνη του Νοσηλευτικού ελέγχου, του συνταγολογίου, της εκτέλεσης φαρμακευτικής συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα και του ελέγχου των προς εντέλεξη συνταγών.

Αρμόδιος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

Αρμόδιος νοσηλείας στους αρρώστους σύμφωνα με τα διατάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υγειονομικών και κάθε τεχνική, τεχνολογική, οργανωτική και προληπτική της νοσηλευτικής και της επιτήρησης των ασθενών, με τη βοήθεια των τεχνικών προσωπικών της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας είναι:

Αρμόδιος της Διευρητικής Υπηρεσίας είναι:

Τμήμα Προσωπικού Φροντίδας για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υγειονομική περίθαλψη του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την επιτήρηση και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Τμήμα Γραμματείας Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υγειονομική της νοσηλευτική στήριξη σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού μητρώου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε κλήματος για την διενέργεια του έργου του Νοσοκομείου.

Τμήμα Ειρήσεως Φροντίζει την έκδοση εισιτηρίων για την αντιμετώπιση των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου οικονομικής καταστάσεως. Τμήμα Βιβλίου κλών κάθε φορά κρεβατιών και υπηρεσιών τους αρρώστων για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την εισιτήρια των κλιμάκων αντιστοίχως. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της κίνησης των νοσηλευόμενων, την χρέωση βαρετιών νοσηλείας και την έκδοση αν κλήσεων παροχής υπηρεσιών. Τμήμα Βιβλίου ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Βιβλίο τμήμα έκδοσης στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Το τμήμα εισηγορεύεται στους αρρώστους όταν τα απαιτούν μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων: Η ευθύνη και φροντίδα για την πραγματοποίηση επίσκεψης των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, την υποβολή και την έγκριση των προταθειών των σπουδαστών. Τμήμα τα αδειάζει και τα βιβλία κινήσεως των προταθειών των σπουδαστών. Τμήμα τα αδειάζει και τα βιβλία κινήσεως των εξωτερικών ιατρείων. Φροντίζει την φιλία προσέλευσης και παραστάσεων και πραγματοποιεί την εκκαθάρισή τους με προσυνεννόηση. Τμήμα εισηγορεύεται στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

Υπηρεσίες: Η ευθύνη για τις άμεσες λειτουργίες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας: Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπρόσβαση τους νοσηλευόμενων στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η επίβλεψη και διεκδίκηση των αυτών που προκαλούν τα προβλήματα μετά από περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

Τμήμα Παιδιατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων): Ενδιάσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, των τεχνολόγων εμφαισιών, των σπινών, των εργασιών θεραπευτικών και φυσιοθεραπευτικών, όπως αυτές εξειδικεύονται, στην εφαρμογή κανονισμών λειτουργιών του Νοσοκομείου.

Τμήμα Οικονομικού: Η ευθύνη και φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του Ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκριση επεξεργασία των προτάσεων για την κατάσταση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών εργαζομένων, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την κατάσταση του απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων κωνομικών, την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη για την διακίνηση της λειτουργίας του Ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

Τμήμα Οργανισμολογίας: Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της διοίκησης, της εκτελεστικής και τήρησης μηχανογραφικών εργασιών, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Ίνστιτούτο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Τμήμα Διατροφής: Αρμόδιος οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την διατροφή διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την παραγωγή και εκκαθάριση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών νοσηλευτικών ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική στήριξη. Τμήμα Διατροφής εντάσσονται επίσης οι εισιτηριακές, οργανωτικές, υγειονομικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων ασχολούνται με τη διατροφή από την προμήθεια μέχρι την κατανομή τους.

Τμήμα Καθαριότητας: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εκκαθάριση των γενικών εργασιών και υπηρεσιών.

Τμήμα Επισκευών: Η φύλαξη, η δειγματοληψία και η καθαριότητα των εργασιών του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του προσωπικού της επιτήρησης των νοσηλευόμενων.

Τμήμα Τεχνολογίας: Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, συντήρησης και λειτουργίας Βελτίωσης των υπηρεσιών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαιτούμενου εξοπλισμού. Φροντίζει γενικά για την ανάπτυξη έργων, εκπαίδευση στην τεχνολογία τους και έχει την φροντίδα για την κατιστική και ποιοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την σωστή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παραγωγής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής κίνησης στα χειρουργεία και γενικά για την σωστή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων.

Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του γενιτηριακού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των μηχανών του Ιδρύματος.

Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας: Η ευθύνη και φροντίδα της οργάνωσης τμήμα του ιατρικού και νοσηλευτικού εξοπλισμού, καθώς και η οργάνωση γενικής υποστήριξής του.

Τμήμα Αποστείρωσης των υγειονομικών καθαριότητας με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λειτουργικά πρόγραμμα με την επιτήρηση κανονικού λειτουργίας του Νοσοκομείου και γράφουν του ετήσιου ετήσιου ετήσιου κανονισμού λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Α ρ θ ρ ο 11

Επιτέλεση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται: α) από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών ΕΣΥ που συνιστώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1392/83, στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ του Ίνστιτούτου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών που κατεξουσιάζονται στο Νοσοκομείο αυτό.

β) από ειδικευόμενους γιατρούς που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευόμενων γιατρών, που έχουν συσταθεί με σκοπό να παρέχουν υπηρεσίες με την δημοσίευση της απόφασης αυτής ή που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

γ) από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων σε κλήματα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχοι οριζόμενες θέσεις:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ
- Έκτα (6) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ
- Λόγω (12) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ
- δύο (2) θέσεις
- δ) από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων σε κλήματα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχοι οριζόμενες θέσεις:
- ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ
- Οκτώ (8) θέσεις

Α ρ θ ρ ο 12

Επιτέλεση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε κλήματα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχοι οριζόμενες θέσεις:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ
- Δέκα (10) θέσεις
- Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ
- Εκατό (100) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΑΙΟΝ
- Πέντε (5) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΜΗΔΙΚΩΝ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ
- Είκοσι (20) θέσεις
- Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΑΒΑΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΣΕΩΣ
- Πεντακάτοικοι οκτώ (500) θέσεις
- Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- Τριακάτοικοι είκοσι δύο (322) θέσεις
- Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσηλευτών-Θυλάκων ασθενών, βοηθών θηλάκων, βοηθών θηλάκων-Βρεφών, Βρεφών-Βρεφών-Βρεφών.
- Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού καταλαμβάνεται στις ειδικότητες: Νοσηλευτών-Θυλάκων ασθενών, Βρεφών (125) θέσεις, Βοηθών θηλάκων-Είκοσι πέντε (25) θέσεις, Βρεφών ασθενών-Δέκα (10) θέσεις, Βρεφών-Βρεφών-Βρεφών. Μία (1) θέση
- Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.



Α Ρ Θ Ρ Ο 34  
Συλλογή Διεπιστημολογικών Θεμάτων

Οι εν λόγω θέσεις αναφέρονται από προφορικό ή γραπτό κατά-  
λογο επί θέσεων κλήσης και από επίσημο συστατικό σε αντίστοιχες  
επιτροπές ή όργανα:

Α. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΑΟΙΣΤΙΚΟΣ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΠΑΡΑΦΟΡΕΚΤΕΣ

μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΚΟΙΝΩΝΙΣΜ-ΑΙΤΟΥΣΙΩΝ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΤΕΧΝΙΚΟΣ

μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΑΓΡΟΦΥΚΙΑΣΤΙΚΟΣ

μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΒΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ

πέντε (5) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες Μηχανολόγων-Μηχανικών,  
Αεροπορικών-Μηχανικών, Πολιτικών-Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών,  
Μηχανικών-Μηχανικών.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες  
Αεροπορικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Πολιτικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με  
την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Β. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ

επτά (7) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΑΟΙΣΤΙΚΗ

οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΣΜΟΥ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΦΑΛΕΥΣΕΩΣ

ένα κατά (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΣΜ-ΑΙΤΟΥΣΙΩΝ

εκατόν δύο (102) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ)

μία πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ (ΙΣΤΟΡΙΩΝ-ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ)

οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΑΡΑΦΟΡΕΚΤΕΣ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΙΟΡΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΓΥΜΝΑΣΙΑΣ

τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΑΓΡΟΦΥΚΙΑΣΤΙΚΩΝ

μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΒΟΑΓΜΩΝ

πέντε (5) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Μηχανολογικών-Τεχνικών, Γεωμηχανικών, Σχεδιαστών,

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Γεωμηχανικών: τέσσερις (4) θέσεις

Τεχνικών: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά  
με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Γ. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΑΟΙΣΤΙΚΟΣ

εκατόν (100) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Διοικητικού-Αοιστικού, Αποθηκείων, Βιοχημικών,

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Διοικητικού-Αοιστικού: Εκατόν πέντε (105) θέσεις

Αποθηκείων: τέσσερις (4) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ ΤΕ

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με  
την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΚΕΤΑΙΩΝ

ένα (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ-ΙΣΤΟΡΙΩΝ

τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΕΡΓΟΦΑΛΕΥΣΗ ΠΤΑΜΑΤΩΝ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΚΟΙΝΩΝΙΩΝ Π.Υ.

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΤΙΩΝ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΚΗΠΟΤΩΝ

πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΨΥΧΙΩΝ

εκατόν ένα (101) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Μηχανολογικών-Τεχνικών, Μηχανολογικών, Ηλεκτροτεχνικών, Βιοχημικών,  
Βιομηχανικών, Γεωμηχανικών, Τεχνολογικών-Αεροπορικών, Πολιτικών-Κτιρίων,  
Κοινωνικών, Ψυχικών-Επιστημονικών, Βιοχημικών, Βιοχημικών, Τεχνολογικών,  
Τεχνικών, Ιατροτεχνικών, Οξυγονοπληκτικών, Ελλοιων νοσηλευτικών, Ιστορικών, Παιδαγωγικών,  
Γλωσσικών, Κλιματιστικών-Αεροπορικών, Αεροπορικών, Οδηγών αυτοκινήτων,  
Κοινωνικών-Κοινωνικών, Γεωμηχανικών και άλλες συναφείς ειδικότητες.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Μηχανολογικών: Τρεις (3) θέσεις

Ηλεκτροτεχνικών: Έξι (6) θέσεις

Τεχνολογικών: Έξι (6) θέσεις

Ειδηρολογικών: Μία (1) θέση

Βιομηχανικών: Δύο (2) θέσεις

Ομοιοτικών-Κτιρίων: Μία (1) θέση

Επιστημονικών: Επτά (7) θέσεις

Κοινωνικών: Τρεις (3) θέσεις

Σχεδιαστών: Δύο (2) θέσεις

Κλιματιστικών-Αεροπορικών: Μία (1) θέση

Οδηγών αυτοκινήτων: ένα (1) θέση

Αεροπορικών: Μία (1) θέση

Κοινωνικών-Κοινωνικών: Οκτώ (8) θέσεις

Κοινωνικών-Κοινωνικών: Δύο (2) θέσεις

Γεωμηχανικών: δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με  
την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Δ. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΥΘΑΓΟΡΕΙΟΙ

εκατόν (100) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Κλιματιστικών, Ψυχικών, Ταξινόμων, Συστημάτων, Συστημάτων, Επιστημονικών,  
Αναστασιαστών, Αγγλικών.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Κλιματιστικών: τέσσερις (4) θέσεις

Ψυχικών: ένα (1) θέση

Ταξινόμων: δύο (2) θέσεις

Συστημάτων: δύο (2) θέσεις

Επιστημονικών: αναστασιαστών: δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με  
την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΛΑΦΙΟΤΗΤΑΣ

εκατόν (100) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Καθαριστών-Τριών, Πλυτών-Τριών, Πρεσαδόρων-Ειδηρολογικών-Τριών,

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Καθαριστών-Τριών: ενενήντα (90) θέσεις

Πλυτών-Τριών: ένα (1) θέση

Πρεσαδόρων-Ειδηρολογικών: πέντε (5) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με  
την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΥΤΤΑΛΩΝ

πέντε (5) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Προστασιαστών, Αγγλικών, Αγγλικών, Αγγλικών,

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Προστασιαστών: ένα πέντε (15) θέσεις

Αγγλικών: πέντε (5) θέσεις

Αγγλικών: πέντε (5) θέσεις



ΠΙΝΑΚΑΣ 9.3. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα (1980).

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών.</li><li>2. Ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και αρρώστων.</li><li>3. Ανισοκατανομή ψυχιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με το προσωπικό υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ανεπαρκής κατανομή χρηματοδότησης.</li><li>4. Απουσία ειδικού απογραφικού συστήματος αρρώστων.</li><li>5. Έλλειψη εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας. Πολυδιάσπαστη των ασφαλιστικών φορέων.</li></ol>
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ολιγάριθμα άσυλα με μεγάλο αριθμό κρεβατιών.</li><li>2. Μακρύς χρόνος νοσηλείας.</li><li>3. Ανεπάρκεια αποτελεσματικότητας.</li><li>4. Απουσία εναλλακτικών λύσεων στην εισαγωγή στο άσυλο.</li><li>5. Έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και αποκατάστασης.</li><li>6. Απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία.</li><li>7. Άιση ποιότητα της παροχής.</li></ol>

Πίνακας 12.1. Ψυχιατρικά άρρωστοι νοσηλευόμενοι σε μια μέρα στα δημόσια ψυχιατρεία, κτιριακή έκταση (1994).

Ίδρυμα	Νοσηλευόμενοι σε μια μέρα	Κτιρ. έκτασ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.
1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	1.700	63.050	37.0
2. Δρομοκαΐτειο	657	13.000	19.0
3. Αιγινήτειο	66		
4. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκ. Αττικής	140	22.540	161.0
5. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	727	23.605	32.4
6. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	810	32.000	40.0
7. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	280	5.800	20.7
8. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	360	4.583	12.7
9. Ψυχιατρικό Νοσοκ. Πέτρας Ολύμπου	350	5.000	14.3
10. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	370	14.700	40.0
Σύνολο	5.460	206.818	33.7

Πίνακας 12.2. Μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες κίνησης και ημερήσιο κόστος νοσηλείας (1989).

Ίδρυμα	Μέση* διάρκεια νοσηλείας (1992)	Δείκτης κίνησης (1990)	Ημερήσιο κόστος νοσηλείας (1990)	Κάλυψη % (1992)
1. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	278	168	5.685 Δρχ.	99.0
2. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκ. Αττικής	172	95	21.000 Δρχ.	56.0
3. Αιγινήτειο	65	358	...	89.0
4. Δρομοκαΐτειο	134	130	10.776 Δρχ.	112.0
5. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	94	232	10.019 Δρχ.	104.0
6. Ψυχιατρικό Νοσοκ. Πέτρας Ολύμπου	216	121	4.700 Δρχ.	100.0
7. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	111	203	7.200 Δρχ.	116.0
8. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	58	220	8.743 Δρχ.	94.0
9. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	213	64	4.732 Δρχ.	96.0
10. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	376	9.5	5.365 Δρχ.	66.0
Σύνολο	159			85.0

Πηγή: Μπαϊρακτάρης, Ανδρουλάκη (1990).

\* ΚΕ.Σ.Υ.: Υπηρεσία Πληροφορικής (1994).



Πίνακας 12.3. Νοσηλευόμενοι ψυχασθενείς και κτιριακή έκταση σε τ.μ. στα δημόσια ψυχιατρεία (1981-1989-1994).

Ψυχιατρεία	1981			1989			1994		
	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.
1. Ψ.Ν. Αττικής	2.750	24.000	8.72	1.966	62.750	32.0	1700	63.050	37.0
2. Δρομοκαίτειο	880	12.286	13.9	713	12.274	17.2	657	13.000	19.0
3. Παιδοψυχ. Ν. Αττικ.	100	6.700	67.0	158	22.540	142.6	140	22.540	161.0
4. Ψ.Ν. Θεσ/νίκης	1000	10.000	23.80	822	23.605	28.7	727	23.605	32.4
5. Ψ.Ν. Τρίπολης	420	6.000	14.28	416	10.415	25.0	280	5.800	20.7
6. Ψ.Ν. Κέρκυρας	416	3.551	8.5	413	5.200	12.6	360	4.583	12.7
7. Ψ.Ν. Π. Ολύμπου	500	4.583	9.1	355	4.583	12.9	350	5.000	14.3
8. Ψ.Ν. Λέρου	1905	27.203	14.3	1100	31.651	28.8	810	32.000	40.0
9. Ψ.Ν. Χανίων	415	8.239	19.8	369	14.700	39.8	370	14.700	20.7
Σύνολο	8.386	102.562	12.2	6.312	187.718	29.7	5.394	206.818	34.0

Πίνακας 4.31: Δείκτες αποτελέσματος: Κατάταξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων σύμφωνα με το μέσο χρόνο νοσηλείας (1995).

Σειρά	Μέσος Χρόνος νοσηλείας (μέρες)	Νοσοκομείο
1.	58.0	Ψ.Ν. Τρίπολης
2.	73.4	Παιδοψυχ/κό Νοσ. Αττικής
3.	83.8	Ψ.Ν. Χανίων
4.	85.6	Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης
5.	130.2	Ψ.Ν. Αττικής
6.	130.1	Ψ.Ν. Δρομοκαΐτειο
7.	187.9	Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου
8.	268.6	Ψ.Ν. Κέρκυρας
9.	580.6	Ψ.Ν. Λέρου

Πίνακας 12.51. Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια στα δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα (1983-1994).

Ψυχιατρείο	Διαθέσιμα Κρεβάτια			Διαφορά 1983/1994	Μεταβολή ± %
	1983	1989	1994		
1. Ψ.Ν. Αττικής	2.650	1.899	1.700	- 950	- 35.8%
2. Δρομοκαΐτειο	880	704	657	- 223	- 25.3%
3. Αιγινήτειο	100	100	66	- 34	- 34.0%
4. Παιδοψ/κό Νοσ. Αττικής	100	158	140	+ 40	+ 40.0%
5. Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	1.000	822	727	- 273	- 27.3%
6. Ψ.Ν. Λέρου	1.905	1.135	810	- 1.095	- 57.4%
7. Ψ.Ν. Τρίτολης	420	416	280	- 140	- 33.4%
8. Ψ.Ν. Κέρκυρας	416	383	360	- 56	- 13.4%
9. Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	500	355	350	- 150	- 30.0%
10. Ψ.Ν. Χανίων	415	405	370	- 45	- 10.8%
Σύνολο	8.386	6.377	5.460	- 2.926	- 34.9%

Ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της έρευνας στα δημόσια ψυχιατρικά κρεβάτια και αναλογία συνολικών ψυχιατρικών κρεβατιών ανά 1.000 κατοίκους (1983-1993/94).

Υγειονομική Περιφέρεια	Δημόσια ψυχιατρικά κρεβάτια			Συνολικά ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 1.000 κατ.	
	1983	1994	Μεταβολή ±%	1982 <sup>1</sup>	1993 <sup>2</sup>
1. Ευρεία Περιοχή Αθηνών	3.830	2.563	-31.4% Ⓜ	2.02	1.512
2. Στερεά Ελλάδα	-	-	--	-	0.03
3. Ήπειρος, Κέρκυρα, Λευκάδα	416	360	-23.3%	1.13	1.57
4. Θεσσαλία	-	-	--	0.86	0.80
5. Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλονίκη	1.500	1.077	-28.2%	1.09	1.10
6. Δυτική Μακεδονία					
7. Ανατολική Μακεδονία					
8. Θράκη	-	-	--	0.22	0.25
9. Νησιά Αιγαίου	1.905	810	-57.4%	4.70	1.78
10. Κρήτη	415	370	-22.9%	1.13	0.85
11. Ανατολική Πελοπόννησος					
12. Δυτική Πελοπόννησος	420	280	-16.7%	0.51	0.40
Σύνολο	8.486	5.460	-35.2% Ⓜ	1.43	1.01

1, 2. Με βάση τις απογραφές του πληθυσμού το 1981 και 1991.



Πίνακας 4.15: Ποιοτική αξιολόγηση δομής: Η μέση βαθμολογία στην Κ.Ε.Σ.Ν. των Θαλάμων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (n: 112)

Νοσοκομείο	Αριθμός Θαλάμων	Μ.Ο.	Τυπική απόκλιση	Εύρος
1. Ψ.Ν. Λέρου	17	16.35	3.31	8-20
2. Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	20	16.05	3.99	5-20
3. Ψ.Ν. Χανίων	15	15.00	1.51	13-18
4. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	8	14.75	3.28	10-18
5. Δρομοκαΐτειο Ψ.Ν.	12	14.25	3.74	12-21
6. Ψ.Ν. Αττικής	26	11.87	3.26	7-18
7. Ψ.Ν. Κέρκυρας	9	11.33	4.44	6-18
8. Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	7	11.14	6.12	9-21
9. Ψ.Ν. Τρίπολης	7	10.42	5.06	4-20
Σύνολο	121	13.46	3.85	5-21

Πίνακας 3.6: Ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους\* (1981 - 1996)

Ψυχιατρικά κρεβάτια σε:	1981/1,000 κατ.**		1993/1,000 κατ.**		1996/1,000 κατ.		% + Μεταβολή (1981-1996)	
ημόσια Ψυχιατρικά Νοσ.	0.89	(8,486)	0.52	(5,460)	0.49	(5,007)	-44.94	(-40.2)
ιωτικά Ψυχιατρικά Νοσ.	0.50	(4,836)	0.45	(4,219)	0.40	(4,145)	-20.0	(-14.30)
ενικά Νοσοκομεία	0.0	(16)	0.03	(284)	0.03	(327)	+2180.0	(+1943.75)
Σύνολο	1.39	(13,338)	1.00	(9,963)	0.92	(9,479)	-33.81	(-28.9)

\* Χωρίς τα ψυχιατρικά κρεβάτια στρατού και φυλακών.

\*\* Πηγή: ΕΣΥΠ, Στατιστικές Υγείας

Πίνακας 4.9: Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία: Ποσοτικοί δείκτες δομής.

Νοσοκομείο	Αριθμός κρεβάτων	Καταλ. κρεβάτων	Θέσεις κρεβατιών / καταλ. κρεβάτων	Εξονοσητό κρεβ./ καταλ. κρεβ.	m <sup>2</sup> ιασηνή	καταλ. κρεβ./ ψυχίατρο	καταλ. κρεβ./ ψυχολόγο	καταλ. κρεβ./ Κοιν. Λειτουργό	καταλ. κρεβ./ νοσηλεύτρια	καταλ. κρεβ./ εργοθεραπευτ.	καταλ. κρεβ./ άλλο θεραπευτή
1. Ψυχιατρικό Νοσ. Αττικής	2300	1706	0.12	0.02	20.7	21.0	142.2	103	3.9	142.1	131.2
2. Δρομοκοίτιο	805	660	0.18	0.01	28.1	16.1	110	132	8.0	94.8	-
3. Παιδοψυχ/κό Νοσ. Αττικής	170	150	0.32	0.12	117.4	6.0	11.5	12.5	1.2	50.0	5.6
4. Ψυχιατρικό Νοσ. Θεσσαλονίκης	757	715	0.16	0.20	23.4	9.0	51.1	47.7	2.3	90.0	238.5
5. Ψυχ. Νοσ. Πέτρος Ολόμπος	450	350	0.10	0.06	4.7	55.7	390	390	9.3	390	-
6. Ψυχιατρικό Νοσ. Κέρκυρας	320	305	0.05	0.05	19.8	51.0	-	152	6.6	305	305
7. Ψυχιατρικό Νοσ. Τρίπολης	247	247	0.16	0.06	42.2	35.3	247	62.0	1.5	123.5	-
8. Ψυχιατρικό Νοσ. Χανίων	470	365	0.10	0.04	27.4	30.4	61.9	36.1	3.7	60.8	-
9. Ψυχιατρικό Νοσ. Λέρου	1012	509	0.12	0.71	48.1	84.8	509	170	3.1	170	254.5
Σύνολο	6531	5007									

\* m<sup>2</sup> νοσηλευτικών χώρων.

Πίνακας 4.14: Ποιοτική αξιολόγηση δομής: Κατανομή των Τμημάτων των ψυχιατρικών νοσοκομείων με βάση την βαθμολογία στην Κ.Ε.Σ.Ν..

Νοσοκομείο	Επίπεδο ποιότητας των συνθηκών	Τμήματα	
		N	%
Ψ.Ν. Αττικής	1. Ανεπαρκές	6	24.0
	2. Αποδεκτό	17	68.0
	3. Ικανοποιητικό	2	8.0
		<u>25</u>	<u>100.0</u>
Γρομοκαϊτείο Ψ.Ν	1. Ανεπαρκές	1	8.3
	2. Αποδεκτό	9	75.0
	3. Ικανοποιητικό	2	16.7
		<u>12</u>	<u>100.0</u>
Αιδοψυχιατρικό Ψ.Ν.	1. Ανεπαρκές	0	0.0
	2. Αποδεκτό	5	62.5
	3. Ικανοποιητικό	3	37.5
		<u>8</u>	<u>100.0</u>
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	1. Ανεπαρκές	0	0.0
	2. Αποδεκτό	7	33.3
	3. Ικανοποιητικό	14	66.6
		<u>21</u>	<u>100.0</u>
Ν. Πέτρας Ολύμπου	1. Ανεπαρκές	1	16.6
	2. Αποδεκτό	3	50.0
	3. Ικανοποιητικό	2	33.3
		<u>6</u>	<u>100.0</u>
Ψ.Ν. Κέρκυρας	1. Ανεπαρκές	2	40.0
	2. Αποδεκτό	3	60.0
	3. Ικανοποιητικό	0	0.0
		<u>5</u>	<u>100.0</u>
Ψ.Ν. Τρίπολης	1. Ανεπαρκές	1	14.3
	2. Αποδεκτό	5	71.4
	3. Ικανοποιητικό	1	14.3
		<u>7</u>	<u>100.0</u>
Ψ.Ν. Λέρου	1. Ανεπαρκές	3	20.0
	2. Αποδεκτό	8	53.4
	3. Ικανοποιητικό	4	26.6
		<u>14</u>	<u>100.0</u>
Ψ.Ν. Χανίων	1. Ανεπαρκές	0	0.0
	2. Αποδεκτό	8	88.8
	3. Ικανοποιητικό	1	11.2
		<u>9</u>	<u>100.0</u>



Πίνακας 3.10. Διαφορές υεσεις στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στις εναλλακτικές μορφές διαμονής (1983-1996).

Υγειονομικές Περιφέρειες	Μονάδες Ψυχιατρικής Αποκατάστασης σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία			Νοσοκ. Ημέρες / Κέντρα Ημέρας			Πρό- και Επαγγελματική Εκπαίδευση			Συνεργατικές			Ξενοίτες/Διαμερ.			Σύνολο		
	1983	1993	1996	1983	1993	1996	1983	1993	1996	1983	1993	1996	1983	1993	1996	1983	1993	1996
1. Αθήνα / Αττική	-	55	80	40	140	185	-	350	690	-	127	144	15	125	163	55	797	1262
2. Κεντρική Ελλάδα	-	-	-	-	-	-	-	25	10	-	10	12	-	25	46	-	60	68
3. Ήπειρος-Κέρκυρα	-	-	-	-	-	20	-	50	81	-	-	-	-	30	52	-	80	153
4. Θεσσαλία	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	13	53	-	13	75
5. Κεντρική Μακεδονία-Θεσσαλονίκη	-	25	25	15	60	105	-	70	80	-	85	115	-	184	308	15	444	633
6. Δυτική Μακεδονία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Ανατολ. Μακεδονία	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Θράκη	-	-	-	-	8	8	-	-	24	-	12	24	-	18	24	-	38	80
9. Νησιά Αιγαίου	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	20	91	-	70	361	-	105	452
10. Κρήτη	-	25	25	-	30	8	-	20	32	-	20	30	-	-	15	-	95	110
11. Ανατολική Πελοπόννησος	-	-	27	-	-	-	-	25	20	-	15	-	-	15	15	-	55	62
12 Δυτ. Πελοπόννησος	-	-	-	-	-	-	-	35	45	-	-	-	-	-	-	-	35	45
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	-	105	157	55	238	326	-	590	1004	-	289	416	15	480	1037	70	1722	2940

Πηγή: Στοιχεία για τα έτη 1983, 1993 προέρχονται από προηγούμενη μελέτη της Μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και από εκθέσεις παρακολούθησης των κ.κ. Μαδιανού και Υφαντόπουλου. Τα στοιχεία για το έτος 1996 προέρχονται από την DATAPSY.

Πίνακας 6.6: Κλίνες ψυχιατρικών νοσοκομείων και θέσεις αποκατάστασης στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανα 1000 κατοίκους. Αναλογίες για το σύνολο της χώρας.

Ψυχιατρικά νοσοκομεία		Ψυχιατρικοί τομείς Γενικών Νοσοκομείων	Προσπαγγ./ Επαγγελμ. Εργαστήρια	Συνεργ. γατικές Ξενοφ. Ξενοφ.	Προστ. Διαμε- ρίσματα	Κέντρα Ημέρας	Εργαστήρια Νοητικός Υστερουντών	Ιδρύματα Νοητικός Υστερουντών	
0.49	0.40	0.032	1.7	0.04	0.1	0.02	0.04	0.09	0.09

Πίνακας 4.29 : Λείκτες αποτελέσματος: Εισαγωγές, έξοδοι, θνησιμότητα και αυτοκτονίες στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (1995).

Νοσοκομείο	% Έκουσιες εισαγωγές		Πρώτες εισαγωγές / Ολικές εισαγωγές	Έξοδοι / Εισαγωγές	Θνησιμότητα <sup>1</sup>	Αυτοκτονίες <sup>1</sup>
	Ναί	Όχι				
Ψ.Ν. Αττικής	63.0	37.0	0.35	0.99	2.85	0.11
Δρομοκαΐτειο Ψ.Ν.	65.0	35.0	0.50	0.97	1.77	0.0
Παιδοψυχ/κό Νοσ. Αττικής	96.0	4.0	0.30	1.14	0.0	0.0
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	75.3	24.7	0.39	1.00	1.64	0.0
Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	57.0	43.0	0.34	1.10	0.94	0.0
Ψ.Ν. Κέρκυρας	69.5	30.5	0.42	1.04	6.91	0.40
Ψ.Ν. Τρίπολης	36.0	64.0	0.15	0.96	0.0	0.0
Ψ.Ν. Λέρου <sup>2</sup>	20.0	80.0	0.32	1.13	6.04	0.36
Ψ.Ν. Χανίων	88.7	11.3	0.17	1.01	0.83	0.27
Σύνολο	67.0	32.0	0.34	0.99	2.05	0.08

<sup>1</sup> Με βάση τον ολικό αριθμό ασθενών που νοσηλεύθηκαν το έτος 1995.

<sup>2</sup> Εισαγωγές από την συγκεκριμένη περιοχή μόνο (30 ασθενείς 1995).

... ψυχικής υγείας στα Δημόσια Ψυχιατρικά  
 Νοσοκομεία\* ανά 100 διαθέσιμα κρεβάτια (1981-1995).

Προσωπικό	1981**	1993**	1996
Ψυχίατροι	1.48	3.58	6.31
Ψυχολόγοι	0.10	0.70	1.10
Κοινωνικοί λειτουργοί	0.31	0.90	1.44
Νοσηλεύτριες	28.8	38.0	37.3
Εργοθεραπευτές	0.02	0.62	1.0

\* Πηγή: Μονάδα Κοινων. Ψυχιατρικής Ψυχιατρικού Τμήματος Παν/μίου Αθηνών.

\*\* Πλήν του Διγνησιείου Νοσοκομείου.

Στοιχεία: Μάρτιος 1996.



Πίνακας 5.18: Η γεωγραφική\* κατανομή των ψυχιάτρων (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) ανά 100.000 πληθυσμού (1982-1995).

Υγειονομική Περιοχέρεια	1982**	1989**	1992**	1995
1. Αθήνα	14.67 (415)*	21.90 (594)	20.53 (688)	24.78 (8
2. Κεντρική Ελλάδα	1.30 (7)	2.04 (11)	2.45 (18)	3.62 (2
3. Ήπειρος-Κέρκυρα-Λευκάδα	1.50 (11)	2.01 (21)	5.45 (30)	10.91 (5
4. Θεσσαλία	3.01 (21)	4.45 (31)	5.06 (37)	10.79 (5
5. Κεντρική Μακεδονία-Θεσσαλονίκη	5.65 (120)	6.22 (132)	8.13 (184)	16.70 (41
6. Δυτική Μακεδονία				
7. Ανατολική Μακεδονία				
8. Θράκη	3.18 (14)	6.66 (23)	7.70 (26)	10.08 (38)
9. Νησιά Αιγαίου	2.4 (10)	3.50 (15)	7.46 (24)	4.15 (24)
10. Κρήτη	2.78 (14)	4.38 (22)	5.77 (31)	8.92 (48)
11. Κεντρική και Ανατολική Πελοπόννησος	1.31 (17)	2.86 (36)	4.18 (46)	5.44 (63)
12. Δυτική Πελοπόννησος, Ζάκυνθος, Κεφαλληνία				
Σύνολο	6.42 (626)	9.10 (886)	10.56 (1084)	15.38 (1583)

Πίνακας 6.1: Γεωγραφική κατανομή των νευρολόγων-ψυχιάτρων, ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων και νευρολόγων (1995).

Ειδικότητα	Περιοχή Πρωτεύουσας	Θεσσαλονίκη	Υπόλοιπη χώρα	Σύνολο
Νευρολόγοι/Ψυχίατροι	407 (58.3)	112 (16.0)	179 (25.6)	698 (100.0)
Ψυχίατροι	226 (52.6)	92 (21.4)	112 (25.8)	430 (100.0)
Παιδοψυχίατροι	88 (73.9)	21 (17.6)	10 (8.4)	119 (100.0)
Νευρολόγοι	152 (45.7)	89 (26.8)	91 (27.4)	332 (100.0)
Σύνολο	873 (55.4)	314 (19.8)	392 (24.8)	1,579 (100.0)