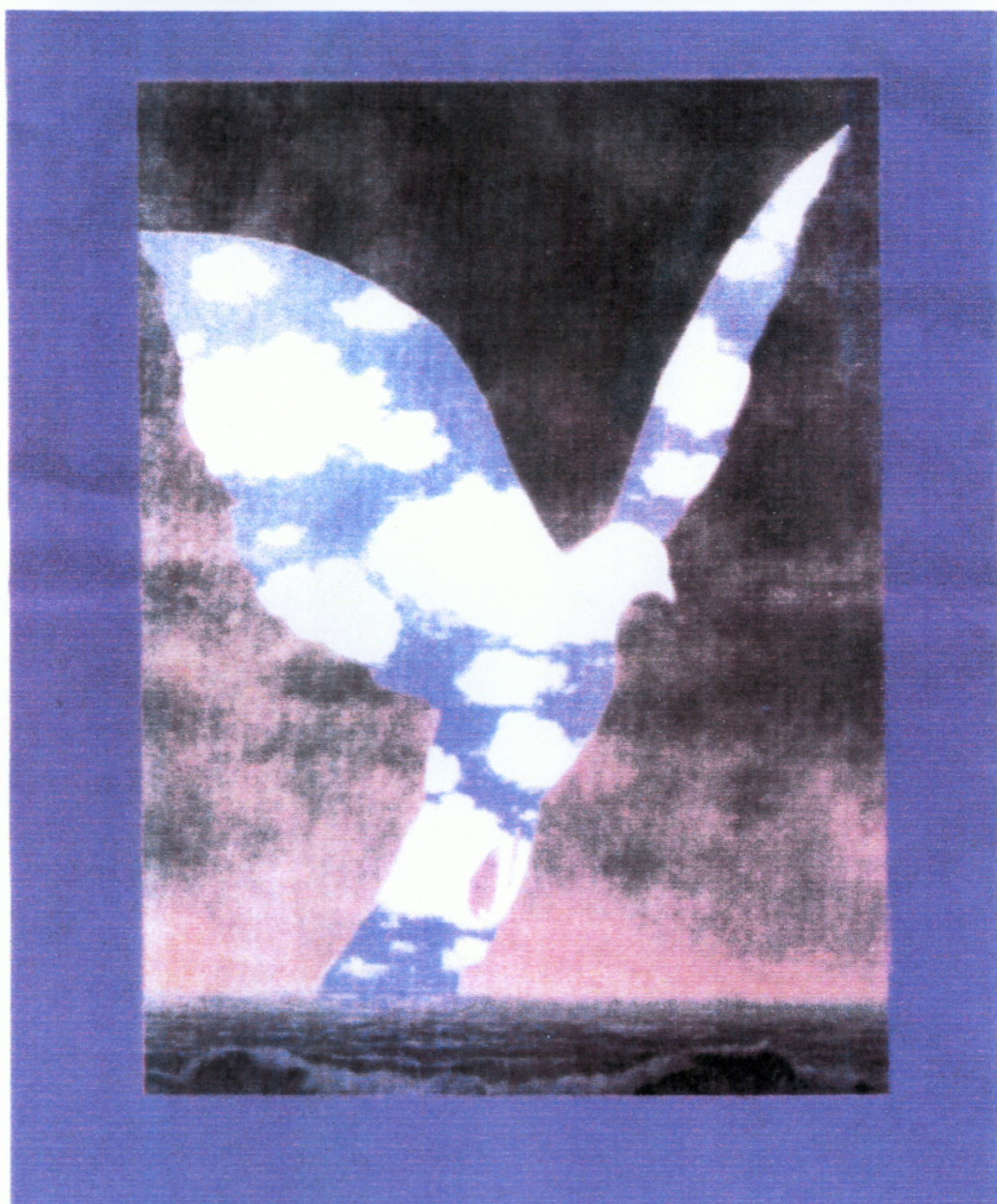


**Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ & ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ**



**Εισηγητές Καθηγητές: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΦΕΒΡΩΝΙΑ ΕΞΑΚΟΥΣΤΙΔΟΥ**

**Σπουδαστές: ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΚΟΥΒΑΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΟΚΤΩΒΡΗΣ 2001

Αφιερώνεται στους γονείς μας
για την υλική και ηθική συμπαράσταση
που μας προσέφεραν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΕΝΟΤΗΤΑ Α'.....	12
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	12
ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ.....	20
ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.....	25
ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ.....	36
ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ.....	36
ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	45
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	45
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	45
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	47
Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ.....	48
ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ.....	49
ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.....	50
ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	51
ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ.....	52
ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ.....	52
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	53
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	53
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	55
ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	56
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	56
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ /ΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	57
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	58
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	59
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	61
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	61
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.....	61
ΕΝΟΤΗΤΑ Β'.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	63
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	63
ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	63
ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	64
Κτιριακές εγκαταστάσεις και Τεχνική υποδομή.....	64
Προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σεισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αττικής.....	65
Το φάσμα των Διαγνώσεων της Ψ.Κ. του Ψ.Τ. Σισμανόγλειου Νοσοκομείου.....	66
Συμβουλευτική /Διασυνδεδετική Ψυχιατρική.....	67
Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τομέα.....	68
Τα Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τομέα του Σισμανογλείου,	69
Ιατρείο Οικογενειακή Θεραπείας.....	69

Ιατρείο Σεξουαλικής Θεραπείας.....	70
Ιατρείο Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας.....	71
Η Ομαδική Θεραπεία.....	71
Το Ιατρείο Άνοιας.....	72
Ομάδα Επανερχομένων.....	73
Επείγοντα Περιστατικά.....	75
Γενική Εφημερία.....	76
Η Κοινωνική Υπηρεσία.....	77
Ψυχιατρική κάλυψη Κέντρου Υγείας Σπάτων και Νέας Μάκρης.....	81
Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Τομέα Σισμανόγλειου Νοσοκομείου ...	82
Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ψ.Τ. για το νοσηλευτικό προσωπικό.....	83
1998-1999.....	84
1999-2000.....	84
Κέντρο Προ και Επαγγελματικής Αποκατάστασης.....	84
Σκοπιμότητα Πρότασης και Αντικειμένου Κατάρτισης.....	85
ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	85
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	86
ΠΡΟΟΘΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	86
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΠΥΡΗΝΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΩΝ.....	87
Αποτελέσματα του προγράμματος Horizon για τα Έτη 1993- 1996.....	87
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ	
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	89
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	91
Γενικά.....	91
Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου.....	92
Το φύλλο των χρηστών.....	93
Η ηλικία των χρηστών.....	94
Οικογενειακή κατάσταση.....	95
Τόπος προέλευσης.....	95
Οι διαγνώσεις.....	96
Συμπεράσματα και Προτάσεις για τη λειτουργία του Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου	
Νοσοκομείου.....	97
ΕΝΟΤΗΤΑ Γ'.....	101
Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ.....	101
Φάσμα Υπηρεσιών του Ψ.Τ.Γ.Ν. Ευαγγελισμού:.....	102
1. Μονάδα Νοσηλείας.....	102
Το Προσωπικό του Ψ.Τ.....	105
Το φάσμα των διαγνώσεων της Ψ.Κ. του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.....	108
Εφημερία Ψ.Κ. του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.....	108
2. Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική Ψυχιατρική.....	108
3. Εξωτερικά Ιατρεία.....	111
Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία.....	112
Ιατρεία Οικογενειακής Θεραπείας.....	112
Ομαδική Θεραπεία (group therapy).....	113
4.Επείγοντα Περιστατικά.....	113
5. Κοινωνική υπηρεσία του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.....	114
6. Εργοθεραπεία στον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.....	115
7. Προγράμματα του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.....	116
8. Εκπαίδευση και Έρευνα του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού.....	116

Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού στους ειδικευόμενους ψυχιατρους	117
Ψυχιατρικός Ξενώνας του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού	118
10. Το Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου	119
10.1 Φάσμα Υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου	119
10.2 Ο χαρακτήρας πρόληψης του Κ.Ψ.Υ. του Παγκρατίου	120
10.3 Δραστηριότητες	121
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ	123
Διοικητικό	123
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ	126
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ	126
Το Φύλλο Χρηστών	126
Η Ηλικία των χρηστών	127
Η Οικογενειακή κατάσταση των χρηστών	129
Ο Τόπος προέλευσης των χρηστών	130
Οι Διαγνώσεις για τους χρήστες	130
Συμπεράσματα για τη λειτουργία Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού	131
Κεφάλαιο 5 ^ο	133
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ	133
Ενότητα Δ	137
Κεφάλαιο 6 ^ο	137
ΠΕΤΥΧΕ Η ΟΧΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ;	137
Γενικά	137
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΕΚΑΧΡΟΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν. ...	140
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	144

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ψ.Κ.Γ.Ν.	= Ψυχιατρική Κλινική Γενικών Νοσοκομείων
Ψ.Τ.Γ.Ν.	= Ψυχιατρικός Τομέας Γενικών Νοσοκομείων
Ψ.Υ.	= Ψυχική Υγεία
Ψ.Υ ₁ .	= Ψυχική Υγιεινή
Γ.Ν.	= Γενικό Νοσοκομείο
Κ.Ψ.Υ.	= Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Κ.Ψ.Υ ₁ .	= Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
Ψ.Κ.	= Ψυχιατρική Κλινική
Ψ.Τ.	= Ψυχιατρικός Τομέας
Γ.Π.Ν.	= Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Π.Ν.	= Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ε.Σ.Υ.	= Εθνικό Σύστημα Υγείας
Δ.Σ.	= Διοικητικό Συμβούλιο
Δ/Σ	= Διασυνδετική/ Συμβουλευτική
Ψ.Ι.Κ.	= Ψυχοθεραπευτικά Ιατρεία Κλινικής
Ψ.Μ.	= Ψυχιατρικές Μονάδες
Μ.Ψ.Υ.	= Μονάδες Ψυχικής Υγείας
Ε.Ε.	= Ευρωπαϊκή Ένωση
Ψ.Ν.	= Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
Ε.Ι.	= Εξωτερικά Ιατρεία
ΥΠΚ,ΠΑ	= Υπουργείο Υγείας Και Πρόνοιας
Τ.Α.	= Τοπική Αυτοδιοίκηση
Κ.Ψ.	= Κοινωνική Ψυχιατρική
Ε.Υ.	= Επισκέπτης Υγείας
Ο.Κ.Ε.	= Ομάδα Κλινικά Επανερχομένων
Π.Ο.Υ.	= Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
Ε.Ψ.Ν.	= Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
Ε.Ψ.	= Ειδικά Ψυχατρεία
ΚΕ.Σ.Υ.	= Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Υ.	= Κέντρο Υγείας
Κ.Λ.	= Κοινωνική Λειτουργός
Ε.Κ.Α.Β.	= Εθνικό Κέντρο Άμεσης Επέμβασης
Π.Ε.Σ.Υ.	= Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
Σ.ΚΕ.Ι.Ο.Π.Ν.Ι	= Συμβούλιο Επιλογής Οδοντιάτρων Και Ιατρών

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εντάσσεται μέσα στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακών εργασιών του Τ.Ε.Ι.- ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Τίτλος της πτυχιακής εργασίας είναι « Ο θεσμός των Ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία. Οι περιπτώσεις του Σισμανογλείου και του Ευαγγελισμού». Κίνητρο για την έρευνα αυτού του θέματος ήταν το ακανθώδες πρόβλημα το οποίο προκύπτει από τον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχιατρικών ασθενών, μέσω του εκάστοτε Συστήματος Υγείας,

Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα του Σισμανογλείου και του Ευαγγελισμού, σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετήσουμε:

α) Τον τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας μέσα από μια Ιστορική ανασκόπηση, τις αλλαγές που έχουν επέλθει στην ψυχιατρική περίθαλψη.

β) Τις εξωασυλικές δομές μέσα από τις οποίες επιτυγχάνεται η αποασυλοποίηση και η κοινωνική επανένταξη των ασθενών.

γ) Την συμβολή του θεσμού των Ψ.Τ.Γ.Ν. στην Ψυχική Υγεία.

δ) Και βέβαια τους στόχους των Ψ.Κ.Γ.Ν. κατά την περίοδο λειτουργία τους από το 1990-2000.

Σε ότι αφορά την έρευνα που έγινε για τους Ψ.Τ.Γ.Ν. που αποτέλεσε και το δυσκολότερο μέρος της εργασίας μας, ο αρχικός στόχος ήταν να εξετάσουμε την οργάνωση, την δομή και την λειτουργία τους. Η πορεία όμως έδειξε ότι η κοινωνική τους προσφορά, οι ασθένειες και το κοινωνικό προφίλ των ψυχιατρικά πασχόντων που νοσηλεύονται σ'αυτούς, αποτέλεσαν ερέθισμα για περαιτέρω έρευνα.

Όσο αφορά τα στοιχεία της εργασίας μας το ερευνητικό κομμάτι αντλήθηκε από προσωπική επιτόπια έρευνα και με βοήθεια από το προσωπικό των κλινικών, ενώ ένα μικρό μέρος από αυτά αντλήθηκε από την στατιστική υπηρεσία των προαναφερθέντων νοσοκομείων. Το υπόλοιπο μέρος της πτυχιακής εργασίας προέκυψε από σχετική βιβλιογραφία και από πληροφορίες που πάρθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, για ότι είχε σχέση με τα ευρωπαϊκά προγράμματα HORIZON I και II.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους επιβλέποντες καθηγητές κύριο Θεόδωρο Πισιμίση και κυρία Φεβρωνία Εξακουστίδου για την σωστή καθοδήγηση που μας προσέφεραν κατά την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό των Ψ.Κ. Σεισμανογλείου και Ευαγγελισμού για την βοήθεια που μας παρείχαν σχετικά με την συλλογή των στοιχείων.

Τέλος ιδιαίτερος οφείλουμε ευχαριστίες στον κο Τσεμπελίκο Ερρίκο Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου, στην κα Κωνσταντίνα Δημοπούλου, Επισκέπτρια Υγείας στον Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου, στην κα Γεωργία Κασσιαλμά νοσηλεύτρια της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανογλείου Νοσοκομείου, καθώς επίσης και του προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ευαγγελισμού, για την πολύτιμη βοήθειά τους, για τον χρόνο που αφιέρωσαν, για τις διαφωτιστικές συζητήσεις μαζί του και για την βοήθεια που προσέφεραν, ως προς την συλλογή των στοιχείων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια της εφαρμογής των νέων δομών αποασυλοποίησης και αποκατάστασης των ψυχικών ασθενών οι Ψ.Τ.Γ.Ν., ανάγονται σε σημαντικό πεδίο μελέτης.

Οι Ψ.Τ. του Σισμανογλείου και του Ευαγγελισμού αποτελούν παραδείγματα οργάνωσης και λειτουργίας του νεοσύστατου θεσμού των Ψ.Τ.Γ.Ν. για την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων στην χώρα μας

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από 4 ενότητες στις οποίες αντιστοιχούν 5 κεφάλαια.

Η πρώτη ενότητα αποτελείται από το πρώτο κεφάλαιο. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής περίθαλψης από την αρχαιότητα μέχρι και τον Β Παγκόσμιο πόλεμο, την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα με την δημιουργία των Ψ.Τ.Γ.Ν., τις αντιδράσεις σ' αυτήν την μεταρρύθμιση, αναφορά στον ορισμό της Ψυχιατρικής και στην κατάταξη των ψυχικών ασθενειών, μια γενική αναφορά στη δομή και τη λειτουργία των Ψ.Τ.Γ.Ν. και τέλος την αναγκαιότητα και το νομοθετικό πλαίσιο των Ψ.Τ.Γ.Ν.

Στη δεύτερη ενότητα περιλαμβάνεται το δεύτερο κεφάλαιο, στο οποίο αναλύεται η δομή του θεσμού των Ψ.Τ.Γ.Ν. και οι ρόλοι του προσωπικού τους.

Η τρίτη ενότητα αποτελείται από το τρίτο το τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο. Αναφέρεται η δομή, η λειτουργία, τα οικονομικά, το προφίλ των χρηστών και τα συμπεράσματα από την δεκάχρονη λειτουργία του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Σισμανογλείου και του Ευαγγελισμού αντίστοιχα, και η σύγκριση των Ψ.Τ.Γ.Ν. του Σισμανογλείου και του Ευαγγελισμού.

Η τέταρτη ενότητα αποτελείται από το έκτο κεφάλαιο, στο οποίο αναφέρονται τα συμπεράσματα από την δεκάχρονη λειτουργία του θεσμού των Ψ.Τ.Γ.Ν., καθώς και οι προτάσεις για την βελτίωση λειτουργίας του γενικότερα.

Στο σημείο αυτό θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις δυσκολίες που συναντήσαμε, κατά την διάρκεια της συλλογής πληροφοριών για την εργασία μας.

- Η περιορισμένη βιβλιογραφία πάνω στον σχετικά νεοσύστατο θεσμό των Ψ.Τ.Γ.Ν., δυσχέρανε την προσπάθεια συλλογής πληροφοριών και υλικού.
- Το γεγονός ότι δεν υπάρχει γραφείο μηχανοργάνωσης και έτσι δεν τηρούνται επιμελώς τα στατιστικά στοιχεία, της πολύς σημαντικής δράσης των δύο τομέων, συνέβαλε στο να κωλυσιεργήσει μέρος της συγγραφής της εργασίας. Επίσης λόγω αυτού του γεγονότος τα στατιστικά στοιχεία ανταποκρίνονται μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2000.

Παρ' όλα αυτά, η παρούσα πτυχιακή εργασία, παρουσιάζει έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που τον διακρίνουν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτες μορφές ψυχιατρικής περίθαλψης κάνουν την εμφάνισή τους τον 4^ο αιώνα π.χ. με την ανάπτυξη της Ιπποκρατικής θεώρησης για την ψυχική αρρώστια απορρίπτοντας την άποψη ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα θεολογικής παρέμβασης και προχώρησε (καινοτομία για την εποχή) σε εφαρμογή στην θεραπευτική πράξη των κλινικών του παρατηρήσεων, όπως ήταν η παραμονή των ψυχικά ασθενών σε ιερά.

Ο Σωρανός τον 2^ο μ.Χ. δημιουργεί μια νέα μορφή θεραπείας των διανοητικών παθήσεων, που στηρίζεται στη νοσηλεία αυτών των ασθενών σε ήσυχα μέρη, μακριά από την εκμετάλλευση στην οποία υφίστανται από τους συγγενείς τους, οι οποίοι μπορούσαν αν τους βλέπουν μόνο για σύντομα διαστήματα. Η θεραπεία περιλάμβανε μουσική, μασάζ μπάνια, μακρές συζητήσεις με το γιατρό (πρόδρομος της ψυχοθεραπείας) και παρουσίαση θεατρικών έργων από τους ίδιους τους ασθενείς.

Στη βυζαντινή περίοδο, τον 4^ο αιώνα μ.Χ. η περίθαλψη των ψυχικά αρρώστων ατόμων, πραγματοποιείται σε άσυλα. Φιλανθρωπική περίθαλψη, όπως το άσυλο της <<Βασιλειάδος>>, και αργότερα μέσω νοσοκομείων, τα οποία ιδρύθηκαν στην Κωνσταντινούπολη από τον Ιωάννη τον Χρυσόστομο.

Ψυχιατρικές κλινικές σε Γενικά Νοσοκομεία, αναφέρονται από τον Μεσαίωνα. Τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κων/πολης και της Βαγδάτης, διέθεταν τέτοιες κλινικές ήδη από τον 11^ο αιώνα.

Στην πρώτη περίοδο του Μεσαίωνα (12^{ος} –13^{ος} αιώνας) οι διανοητικά ασθενείς θεωρούνταν μόνο σαν μια ειδική έκφραση της φυσικής τάξης που εξαρτάται από τη θέληση του Θεού. Σ' αυτήν την περίοδο έχει θεμελιώδη σπουδαιότητα η αραβική ιατρική που παρουσιάζει μια πραγματικά επαναστατική θεραπεία των διανοητικών

παθήσεων και από πολλές απόψεις, αρκετά όμοια με εκείνη που γίνεται προσπάθεια να εφαρμοστεί σήμερα στα πιο πρωτοπόρα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η Αναγέννηση (τον 14^ο αιώνα) κυριαρχείται από μαζικά φαινόμενα που αποκαλύπτουν την ύπαρξη σοβαρών ψυχικών και κοινωνικών ασθενειών. Αυτήν την περίοδο η Καθολική Εκκλησία πρωτοστατεί στο κυνήγι των μαγισσών, θεωρώντας ότι και οι διανοητικά ασθενείς διακατέχονται από δαιμόνια, οι οποίοι οδηγούνται δίχως οίκτο στην πυρά. Το 1409 κατασκευάζεται στην Valenza, στην Ιταλία το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Στην τελευταία περίοδο της Αναγέννησης (15^{ος} – 16^{ος} αιώνας) ο ασθενής φυλακίζεται, ή νοσηλεύεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία που στην πραγματικότητα είναι φυλακές στις οποίες σβήνει αργά μετά από χρόνια ταπεινώσεων, οδυνών και βασανισμών.

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

Στο ανεξάρτητο Ελληνικό κράτος οι πρώτες προσπάθειες για την οργάνωση ειδικού νοσοκομείου περίθαλψης ψυχικά αρρώστων τοποθετούνται γύρω στο 1860, με την ψήφιση του νόμου ΨΜΒ της 22/03/1862 <<Περί Συστάσεως Φρενοκομείων >> ο οποίος καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο μετά από αίτηση των συγγενών του. Ουσιαστικά όμως μετά το 1860 άρχισε να οργανώνεται ένα κάποιο δίκτυο ιδρυμάτων άρχισε να οργανώνεται μετά το 1880. Αυτήν την περίοδο οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών ήταν τραγικές. Οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κλουβιά, αλλά και ο ξυλοδαρμός των ασθενών ήταν κάτι το συνηθισμένο εκείνη την εποχή.

Το 1934 με την ψήφιση του νόμου 6077 στις 21/2 <<Περί Οργάνωσης των Δημοσίων Ψυχιατρείων>> διαφαίνεται μια πρώτη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Ο αναφερόμενος νόμος προβλέπει κοινό,

εσωτερικό κανονισμό των ψυχιατρείων, τη διαδικασία εκούσιας ή αναγκαστικής εισαγωγής και τις αρμοδιότητες του προσωπικού κάθε ειδικότητας,

Μέχρι τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο η ψυχιατρική φροντίδα, αλλά και η ψυχιατρική εκπαίδευση των ιατρών, ήταν περιορισμένη κυρίως στα άσυλα τα οποία καθώς ήταν πλημμυρισμένα από στοιβαγμένους, παραμελημένους και εξαθλιωμένους ασθενείς, είχαν γίνει πολύ περισσότερο τόποι κουστοδιακής κράτησης και λιγότερο χώροι θεραπείας και μελέτης της ψυχιατρικής νόσου.

Ασθενείς με νευρώσεις, με ψυχοσωματικά προβλήματα, ή εξαρτημένοι από ουσίες, δεν είχαν ελπίδα να ενταχθούν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, αφού ο μόνος δρόμος νοσηλείας, ήταν αυτός που οδηγούσε στο άσυλο. Κάποια ψυχιατρικά περιστατικά νοσηλεύονταν σποραδικά σε νευρολογικές και παθολογικές κλινικές σε ένα κλίμα καθόλου ευνοϊκό για τους ασθενείς από κάθε άποψη. Όσο για τους πάσχοντες από σωματικές παθήσεις νοσηλευόμενους στα νοσοκομεία που παρουσίαζαν ψυχιατρικά προβλήματα η πιο κατάλληλη έκφραση θα μπορούσε να ήταν <<πλήρης εγκατάλειψη μέσα στην άγνοια>>.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με ελάχιστες εξαιρέσεις είχαν μονόπλευρη βιολογική ή ψυχολογική διάσταση, ενώ το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η νόσος και πραγματοποιείται η θεραπεία, δεν συνεκτιμάται, παρά το γεγονός ότι ήταν γνωστό ότι η ψυχιατρική νόσος αντανακλά ποικίλους συνδυασμούς βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και ότι οι βιωματικές εμπειρίες του ασθενούς μπορεί να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην πορεία της νόσου.

Μετά την λήξη του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου, σε ένα κλίμα αισιοδοξίας λόγω των μεγάλων ιστορικών, πολιτικών, πολιτιστικών και κοινωνικών ανακατατάξεων, άρχισε η πραγματοποίηση μιας στροφής στην ποιότητα και το χαρακτήρα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Κύρια γνωρίσματα της ήταν η εγκατάσταση ποικίλων ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, η πληθυσμιακή συρρίκνωση των ασύλων και ο προσανατολισμός προς μια θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση του ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων.

Άμεσοι συντελεστές αυτής της στροφής ήταν :

- Η ανάπτυξη των ψυχοτρόπων φαρμάκων
- Η επίδραση των ιδεών της κοινωνικής ψυχιατρικής
- Η επισήμανση του ρόλου του ψυχιατρικού παράγοντα στις σωματικές νόσους
- Η συνεπαγόμενη ανάγκη της αμφίδρομης και στενής συνεργασίας μεταξύ των ψυχιάτρων και των άλλων ειδικοτήτων (CAWLEY & M.LEHAN 1973)
- Το αίτημα για αρτιότερα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθυνόμενα στο νοσηλευτικό προσωπικό, τους φοιτητές και τους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων στο Γ.Ν.

Για πρώτη φορά το 1949 σε νοσοκομείο του Manchester της Αγγλίας άρχισε η λειτουργία μιας ψυχιατρικής κλινικής με 12 κρεβάτια (LARSON-KITCHING 1949), μετά την απόρριψη από μέρους των τοπικών αρχών, προτάσεων για ίδρυση νέων ασύλων στην περιοχή (PICKSTONE 1989). Από τότε ο θεσμός επεκτάθηκε και αρκετοί μελετητές έχουν ανακοινώσει τις εμπειρίες τους για την λειτουργία Ψυχιατρικών Κλινικών Γενικών Νοσοκομείων (Ψ.Κ.Γ.Ν.) (LEYBERG1959, FREEMAN 1960, SMITH 1951, SCHWAD 1977). Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι οι καινούργιες δομές μπήκαν σε δοκιμασία όπως οι θεραπευτικές κοινότητες και τα κέντρα ημέρας, οι Ψ.Κ.Γ.Ν. στην Αγγλία και η τομεοποίηση στο Παρίσι (Μαρτινίδης 1972). Επίσης στη Σουηδία και στις Η.Π.Α. ο αριθμός στις Ψ.Κ.Γ.Ν. αυξήθηκε, αντίθετα από τα ψυχιατρεία (GREENHILL 1974).

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η δεκαετία του 1950 χαρακτηρίζεται διεθνώς από μια προσπάθεια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με έμφαση στη δημιουργία εξωασυλικών μορφών περίθαλψης των ψυχιατρικών αρρώστων και με στόχο την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινοτικών-εξωνοσοκομειακών- υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι πρώτες προσπάθειες για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, άρχισαν το 1950. Τότε δημιουργούνται για πρώτη φορά Ψ.Κ. στα Γενικά Στρατιωτικά

Νοσοκομεία της Αττικής (Σούλης 1961). Επίσης και το Ελληνικό νοσοκομείο του Καΐρου διέθετε νευρολογικό και ψυχιατρικό τμήμα.

Οι σημαντικές όμως εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας της χώρας μας, ξεκίνησαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ο Ν.1397/83 αποτελεί ορόσημο για τη μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης. Στο άρθρο 21 του Ν.1397/83 τονίζεται << Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ψυχιατρική περίθαλψη στη χώρα μας παραμένει σε αρκετά χαμηλό επίπεδο. Ο ψυχιατρικά άρρωστος αντιμετωπίζεται συχνά με τέτοιο τρόπο ώστε να στερείται την ανθρώπινη αξιοπρέπειά του, ακόμη και την πιο στοιχειώδη μορφή της. Για την διαμόρφωση προϋποθέσεων αναστροφής της απαράδεκτης αυτής κατάστασης απαιτείται ριζική αναδιάρθρωση στην οργάνωση του τομέα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης.

Την δεκαετία του 1980 άρχισαν να δημιουργούνται:

1. Ψ.Τ.Γ.Ν. για βραχεία νοσηλεία ψυχιατρικά αρρώστων (κυρίως νέα περιστατικά). Οι ασθενείς που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία θα παραπέμπονται στο Ειδικό Ψ.Ν. Οι Ψ.Τ.Γ.Ν. θα βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το Ειδικό Ψ.Ν. της Υγειονομικής τους Περιφέρειας.

2 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) με σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και την πρόληψη, με συνεχή και άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Γ.Ν. που υπάγονται και με το Ειδικό Ψ.Ν. της Υγειονομικής Περιφέρειας.

3 Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ψυχικών Παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου, μετονομάζονται σε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, και έχουν στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

Σε πανεπιστημιακό επίπεδο, δύο ψυχιατρικές κλινικές λειτούργησαν αρχικά στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (Π.Ν.) της Αλεξανδρούπολης το 1978 και των Ιωαννίνων το 1983. Σήμερα στη χώρα μας λειτουργούν περί τα 34 ψυχιατρικά τμήματα σε Γ.Ν. πανεπιστημιακά και μη, ενώ τα 15 από αυτά διαθέτουν και μονάδες νοσηλείας

Όπως βλέπουμε η δημιουργία Ψ.Τ.Γ.Ν. (με ψυχιατρική κλινική και διασυνδεδετική υπηρεσία), έγινε αναμφίβολα πολύ καθυστερημένα, στα πλαίσια της προσπάθειας για μια ευρύτερη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη δεκαετία του 1980. Μέχρι τότε ενιαία παροχή υπηρεσιών γινόταν στα Γ.Ν. από τους νευρολόγους και τους ψυχιάτρους κάλυπτε με στοιχειώδη τρόπο κάποια ψυχιατρικά προβλήματα των νοσηλευομένων. Ουσιαστικά η παροχή των ψυχιατρικών υπηρεσιών στηριζόταν κυρίως στα ψυχιατρεία αλλά και ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο ιδιωτικό τομέα.

Στις νέες δομές της ψυχιατρικής ανάπτυξης της Ελλάδας βοήθησε με την ενεργοποίηση του **Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 26^{ης} Μαρτίου 1984 της Ε.Ο.Κ., για την οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα.** Το Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έχοντας υπόψη τις ιδιορρυθμίες της ελληνικής οικονομίας τόσο όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξης της όσο και τις δομές της κατέστησε αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα κυρίως στον κοινωνικό τομέα.

Σύμφωνα με τα παραπάνω Το Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων έχοντας υπόψη τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, την πρόταση της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής, Εξέδωσε τον Κανονισμό 815/84.

Στα 13 άρθρα του Κανονισμού προβλεπόταν: Η χρονική περίοδος για την οικονομική ενίσχυση προγραμμάτων , η οποία αφορούσε:

- Την ανέγερση τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης
- Την επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και την διαμόρφωση παρόμοιων κέντρων ατόμων με ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση
- Το χρηματικό ποσό που κρινόταν αναγκαίο για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων

- Η πρόοδος των προγραμμάτων αυτών και κάποιες άλλες ρυθμίσεις για την εκπόνησή τους.

Το ποσό που κρινόταν απαραίτητο για την πραγματοποίηση του πενταετούς προγράμματος του Κανονισμού ανερχόταν σε 120 εκ. E.C.U. κατανεμημένο ισόποσα. Το ποσό αυτό αντιπροσώπευε ποσοστό συμμετοχής από πλευράς E.E. 55% και το υπόλοιπο 45% θα διατίθονταν από Ελληνικούς Δημόσιους Πόρους.

Για την υποβοήθηση της πλήρωσης των παραπάνω προϋποθέσεων η E.E. προχώρησε στην τροποποίηση του Κανονισμού 815/84 με τον Κανονισμό (E.O.K.) 4130/88 του Συμβουλίου της 16^{ης} Δεκεμβρίου 1988. Στο κείμενο η Επιτροπή εκτιμούσε:

Τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 του Κανονισμού (E.O.K.) 815/84 υλοποιούνται με βραδύτερο ρυθμό απ' ότι είχε προβλεφθεί αρχικά. Για το λόγο αυτό προτείνεται να προταθεί η διάρκεια ισχύος του Κανονισμού χωρίς να μεταβληθεί η συνολική συνδρομή (παράταση ως τις 31/12/94).

Να εξασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων της κοινοτικής παρέμβασης και για να εφαρμοσθούν αυστηρές μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου και να δοθεί στην Ελλάδα, τεχνική βοήθεια στους κατάλληλους τομείς.

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

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

Σ τη συνέχεια το 1992 με τον Ν 2071/92 καθορίζονται:

- η διάρθρωση της ψυχικής υγείας σε τομείς
- η προτεραιότητα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

- η αποασυλοποίηση και η ευαισθητοποίηση και συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας(λεπτομέρειες αναφέρονται στο σχετικό κεφάλαιο με το νομοθετικό πλαίσιο των Ψ.Τ.Γ.Ν.)

Οι νέες δομές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ξεκίνησαν το 1984 μια καινούργια φάση ανάπτυξης με την ενεργοποίηση του κανονισμού δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμη την συμμετοχή τους στην ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, ιδιαίτερα με την μορφή ενός πλήρους δικτύου υπηρεσιών για όλη τη χώρα.

Οι Ψ.Τ.Γ.Ν. που διαθέτουν μονάδες νοσηλείας, έχουν αναπτυχθεί στα Γ.Π.Ν. Νίκαιας <<Αγ. Παντελεήμων>>, Γ.Π.Ν.Α. Ευαγγελισμού, Γ.Π.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς στο Χολαργό», στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία» και στο Γ.Π.Ν.Α. Σισμανόγλειο Νοσοκομείο.

Κάθε ένα από τα τμήματα αυτά έχει αναπτύξει 20 κρεβάτια, έτσι στο λεκανοπέδιο Αττικής τα πέντε αυτά Νοσοκομεία διαθέτουν, περίπου 100 κρεβάτια ψυχιατρικής νοσηλείας με υψηλά ποιοτικά κριτήρια.

Τα τμήματα αυτά αναπτύχθηκαν σταδιακά στην περίοδο 1987-1990, στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 της Ε.Ε., με κοινοτική χρηματοδότηση.

Παράλληλα υπάρχουν ακόμη 4 νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν Ψυχιατρικά Τμήματα όπου λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία, καθώς και συμβουλευτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες προς τους νοσηλευμένους ασθενείς των άλλων κλινικών (παθολογικών, χειρουργικών, κ.λ.π.), κάτι το οποίο συμβαίνει και με τα προαναφερθέντα νοσοκομεία, με την διαφορά όμως ότι αυτά δεν διαθέτουν νοσηλευτικά τμήματα.

Τα νοσοκομεία τα οποία δεν διαθέτουν νοσηλευτικά τμήματα είναι το <<Ασκληπιείο Βούλας>>, το Νοσοκομείο του <<Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού>> στους Αμπελόκηπους, το Νοσοκομείο <<Μεταξά >> στον Πειραιά και το << Αγία Όλγα>> στην Νέα Ιωνία.

Με την ανάπτυξη κρεβατιών και στα 4 αυτά νοσοκομεία θα ολοκληρωθεί στο λεκανοπέδιο της Αττικής, ένα δίκτυο Ψ.Τ.Γ.Ν. του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με διακόσια περίπου κρεβάτια. Παράλληλα έχουν αναπτυχθεί ανάλογοι Ψ.Τ. πανελλαδικά Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Βόλος, Κοζάνη, Καβάλα), είτε ως μονάδες του Ε.Σ.Υ. είτε ως πανεπιστημιακές κλινικές

Ένα σημαντικό θέμα που είχε απασχολήσει τελευταία τον ψυχιατρικό κόσμο της Αθήνας και του Πειραιά, ήταν η πρόταση του κυρίου Στεφανή (καθηγητή ψυχιατρικής του Ιατρικού Πανεπιστημίου Αθηνών) (11/1991). Η πρόταση που έγινε είχε ως σκοπό, ότι στους ήδη υπάρχοντες Ψ.Τ., οι Ψυχιατρικές κλινικές να υφίστανται ως Πανεπιστημιακές, με σκοπό την παροχή τριτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας. Σημαντικό γεγονός για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην χώρα μας. Η πρόταση αυτή όμως δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ

Η όλη προσπάθεια για μεταρρύθμιση είχε βασικά δύο σκέλη:

Το ένα είχε να κάνει με την αποασυλοποίηση και αποκατάσταση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και το άλλο με τη δημιουργία πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων Ψυχιατρικών Υπηρεσιών και περίθαλψης. Εδώ κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε ορισμένες αντιδράσεις που παρουσιάστηκαν.

Υπήρξαν αντιδράσεις από τα Γενικά Νοσοκομεία σχετικά με την ίδρυση Ψυχιατρικών Τομέων σε αυτά. Οι αντιδράσεις αυτές εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

A. Ψυχολογικό επίπεδο

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

Στο ψυχολογικό επίπεδο παρουσιάστηκαν αντιδράσεις που βασίζονταν στο φόβο που προϋπήρχε για την τρέλα, τους ίδιους τους ασθενείς, ακόμη και τους ψυχιάτρους. Στο παρελθόν όπως ξέρουμε δεν υπήρχε καμία επαφή ανάμεσα στα

Ψυχιατρεία και τα Γενικά Νοσοκομεία. Ακόμη η κοινωνία μας ουδέποτε είχε απαιτήσει περιθάλψη υψηλής ποιότητας για τα Ψυχιατρεία σε αντίθεση με τα Γενικά Νοσοκομεία.

Σχετικά με το δεύτερο επίπεδο υπήρχαν αρκετές αντιδράσεις λόγω ανταγωνισμού. Πολλοί γιατροί αλλά και αρκετά Δ.Σ. Γενικών Νοσοκομείων έβλεπαν πως με τη δημιουργία των Ψυχιατρικών Τομέων αισθανόμενοι πως θα τους πάρουν κλίνες και κτίρια, δηλαδή διαθέσιμους πόρους.

Ακόμη υπήρχαν αντιδράσεις σχετικά με την επιλογή των συγκεκριμένων Γενικών Νοσοκομείων στα οποία θα δημιουργούνταν αυτοί οι τομείς, γεγονός που συνδυάζεται με τη γεωγραφική θέση των Νοσοκομείων, το χωροταξικό τους σχέδιο αλλά και την κατανομή της χρηματοδότησης.

Επίσης τα ψυχιατρικά νοσήματα και οι ασθενείς με ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές ενδέχεται να προκαλούσαν αντίδραση <<ξενισμού>> όχι μόνο στους συγγενείς των άλλων ασθενών και στους επισκέπτες αλλά και στο βοηθητικό, νοσηλευτικό, διοικητικό ακόμα και στο επιστημονικό προσωπικό.

Το αξιοσημείωτο ήταν όμως και οι αντιδράσεις που είχαν και οι ίδιοι οι διευθυντές ψυχίατροι των Ψ.Τ.Γ.Ν. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα πρόταση του κ. Στεφανή, οι υπάρχοντες Ψ.Κ.Γ.Ν. θα μπορούσαν να μετατραπούν σε Πανεπιστημιακές, τις οποίες θα είχαν υπό την εποπτεία τους ψυχίατροι καθηγητές από το Πανεπιστήμιο Αθηνών. Το γεγονός αυτό δυσανασχέτησε τους ήδη υπάρχοντες Διευθυντές των Τομέων, οι οποίοι δεν δέχτηκαν την πρόταση.

Τελικά η εμπειρία έδειξε τόσο το προσωπικό, όσο οι ασθενείς και οι συγγενείς των λοιπών κλινικών του νοσοκομείου αποδέχθηκαν θετικά την Ψ.Κ.. Ο λόγος είναι ίσως το αίσθημα αλληλοκατανόησης, δηλαδή ότι όπως ένας ασθενής με παθολογικά προβλήματα υποφέρει, έτσι και ένας ασθενής με ψυχιατρικά προβλήματα υποφέρει εξίσου.

Πιστεύουμε ότι η συμμετοχή των ψυχιάτρων στα νόμιμα διοικητικά όργανα του νοσοκομείου, θα βοηθούσε στο να ξεπεραστούν οι όποιες αντιδράσεις υπάρχουν ακόμη, έτσι ώστε να μην λαμβάνονται αποφάσεις ερήμην του Ψυχιατρικού Τομέα

(Ψ.Τ.). Επίσης η κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την ψυχική αρρώστια και τον χειρισμό των ψυχιατρικών ασθενών, θα βοηθούσε προς την κατεύθυνση αυτή .

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Στο σημείο αυτό, πριν αναλύσουμε τον σκοπό, την δομή και την λειτουργία του Ψ.Τ.Γ.Ν. θα ήταν σκόπιμο να δώσουμε τον ορισμό της ψυχιατρικής και να παραθέσουμε αναλυτικότερα τις ασθένειες που καλείτε να θεραπεύσει.

Η **Ψυχιατρική** είναι εκείνη η ειδικότητα που μελετάει και αναλαμβάνει την αντιμετώπιση των διανοητικών παθήσεων, δηλαδή εκείνων των παθήσεων που καθορίζουν λίγο ή πολύ σοβαρές διαφοροποιήσεις στην ψυχική σφαίρα του ανθρώπου.

Η Ψυχιατρική έχει σκοπό να οργανώσει με τέτοιο τρόπο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο όλοι εκείνοι οι παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε υποτροπή μιας αρρώστιας και να μετατρέψουν μια αρρώστια σε αναπηρία.

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε τι είναι ψυχική υγεία και τι ψυχική νόσος.

«**Ψυχική Υγεία** είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει τον μεγαλύτερο βαθμό αυτοαναπληρώσεώς του». [1]

Στον χώρο της υγείας ο ευρύτερα διαδεδομένος ορισμός της ψυχικής υγείας είναι εκείνος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (**Π.Ο.Υ.**): Ψυχική Υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.

«**Ψυχική Νόσος** είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει». [2]

Οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία της ψυχικής νόσου είναι:

1. Κληρονομικοί.
2. Οργανικοί (βιοχημικοί, μεταβολικοί, ενδοκρινολογικοί).
3. Ενδοπροσωπικοί
4. Διαπροσωπικοί- Οικογενειακοί.

5. Κοινωνικοί
6. Πολιτιστικοί.
7. Πολυπαραγοντικοί.

[1],[2] Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Α. Γιαννόπουλου 1993

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Η κατάταξη βοηθάει στη σωστή θεραπεία της ασθένειας. Η κατάταξη πρέπει να περιέχει λεπτομερή περιγραφή των συμπτωμάτων τόσο στη δεδομένη στιγμή, όσο και σε ολόκληρη την πορεία τους. Αυτή η περιγραφική μορφή της κατάταξης κάνει γνωστή τη φύση και την εντόπιση του συμπτώματος και βοηθάει στην ανεύρεση της αιτίας.

Η κατάταξη των ψυχικών ασθενειών είναι η εξής:

1. Νευρώσεις

Νευρώσεις είναι λειτουργικές παθήσεις στις οποίες λείπει η ανατομοπαθολογική βάση. Δηλαδή ο ασθενής διατηρεί αντίληψη της νοσηρότητας και της πραγματικότητας. Σ' αυτά τα άτομα παρουσιάζονται ψυχοσυγκρούσεις, όταν κληθούν να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα της ζωής (κυρίως επαγγελματικά, κοινωνικά, σεξουαλικά).

Η διαφορά των νευρώσεων από τις ψυχώσεις είναι ότι στις ψυχώσεις το όλο σύστημα της πραγματικότητας παραμορφώνεται, ενώ στις νευρώσεις αυτό το χαρακτηριστικό της φρενοπάθειας λείπει.

Ο νευρωτικός διατηρεί αρκετά το εγώ του, ενώ στον ψυχωτικό παρατηρείται αποδιοργάνωση σε βαθμό ώστε να μην υπάρχει σωστή εκτίμηση της εξωτερικής πραγματικότητας και το άτομο να είναι έρμαιο των ενστικτωδών τάσεων:

- Εδώ ανήκουν:
- Η υστερική νεύρωση
 - Η αγχώδης νεύρωση
 - Η φοβική νεύρωση
 - Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση
 - Μετατραυματική νεύρωση
 - Διαταραχές πανικού

2. Ψυχώσεις

Ψυχώσεις είναι οι παθολογικές καταστάσεις της ψυχικής σφαίρας στις οποίες επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Γίνονται φανερές

εξαιτίας της διαταραγμένης συμπεριφοράς τους και χαρακτηρίζονται από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ, που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεσή του.

- Εδώ ανήκουν:
- Η σχιζοφρένεια
 - Βαρύ ψυχωσικό επεισόδιο
 - Χρόνιο παραλήρημα

3. Ολιγοφρενίες και άνοιες

Οι πρώτες είναι συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας που εμφανίζονται στα παιδιά. Οι δεύτερες αποτελούν την προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα πια διανοητικά άτομα

4. Οργανωτικές ασθένειες ή οργανικά ψυχοσύνδρομα

Στα οργανικά ψυχοσύνδρομα περιλαμβάνουμε το σύνολο των ψυχικών ασθενειών και των παθολογικών καταστάσεων, των οποίων η γένεση οφείλεται σε μια σωματική ασθένεια ή βλάβη είτε του εγκεφάλου, είτε του λοιπού οργανισμού, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατόν να εκδηλωθεί.

Σ' αυτές σωματικές διαταραχές ποικίλης αιτιολογίας δημιουργούν ψυχοδιανοητικές διαταραχές.

Αίτια: • Λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες ιλαρά, οστρακιά) με έντονες ψυχικές διαταραχές.

- Τοξικές ουσίες (δηλητήρια, ναρκωτικά κ.λ.π.)
- Χωροκατακτητικές επεξεργασίες (όγκοι, αιματώματα)
- Μεταβολικά αίτια (έλλειψη βιταμινών, ορμονών κ.λ.π.)
- Αγγειακά (αρτηριοσκλήρυνση)

5. Θυμικές (συναισθηματικές) διαταραχές

Πρόκειται για ευρεία ομάδα κλινικών συνδρόμων που χαρακτηρίζονται κυρίως από διαταραχές του συναίσθηματος, το οποίο παρεκκλίνει είτε προς την κατεύθυνση, αυτής της μανίας, είτε περιλαμβάνει συνδυασμό ή εναλλαγή των δύο.

Εδώ ανήκουν:

- Κατάθλιψη
- Μανία
- Μανιοκατάθλιψη

6. Ψυχοσωματικές διαταραχές

Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις περιπτώσεις, που επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα, σε αντίθεση με τις οργανοψυχικές, όπου προηγείται το σωματικό αίτιο.

Εδώ ανήκουν:

- Η ψυχογενής ανορεξία- βουλιμία
- Η κλεπτομανία
- Ο καρδιόσπασμος
- Η ημικρανία- κεφαλαλγία
- Το βρογχικό άσθμα
- Οι ψυχογενείς εμετοί
- Η σπαστική κολίτιδα κ.λ.π.

7. Διαταραχές προσωπικότητας

Εδώ ανήκουν:

- Η παρανοειδής προσωπικότητα
- Η σχιζοειδής προσωπικότητα
- Η αντικοινωνική προσωπικότητα
- Η οιστριονική (υστερική) προσωπικότητα
- Η ναρκισσιστική προσωπικότητα
- Η προσωπικότητα τύπου αποφυγής (φοβική)
- Η εξαρτώμενη προσωπικότητα
- Η ψυχαναγκαστική προσωπικότητα

- Η μεθοριακή (borderline) προσωπικότητα

8. Σεξουαλικές διαταραχές.

Εδώ ανήκουν:

- Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Η Ομοφυλοφιλία
- Οι σεξουαλικές διαστροφές και διαταραχές της σεξουαλικής ταυτότητας (τρανσεξουαλισμός).

Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ο σκοπός, και η δομή λειτουργίας του Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο σκοπός λειτουργίας του Ψ.Τ.Γ.Ν.

Μία από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών για την Ψυχική Υγεία μέσα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα Ψυχικής Υγείας είναι και οι Ψ.Τ.Γ.Ν. Ο θεσμός του Ψ.Τ.Γ.Ν. καθιερώθηκε με σκοπό να αποφευχθεί ο ιδρυματισμός των αρρώστων και να περιοριστεί η χρονιοποίηση του προβλήματος.

Ο Ψ.Τ.Γ.Ν. παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι Ψ.Τ.Γ.Ν. βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειάς τους.

Με λίγα λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι βασικοί στόχοι ενός Ψ.Τ.Γ.Ν. εκτός από τη νοσηλεία και την παρακολούθηση ψυχιατρικά ασθενών, καθώς και τη βοήθεια προς τους σωματικούς ασθενείς να προσαρμοσθούν στις απαιτήσεις της νόσου τους είναι τα εξής:

- **Η συμβολή στη διαμόρφωση μιας βιοψυχοκοινωνικής αντίληψης για τη νόσο χρήσιμη στη διάγνωση και τον χειρισμό των ψυχολογικών προβλημάτων όλων των ασθενών, σωματικών και ψυχιατρικών**

- **Η βελτίωση της ικανότητας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο να αναλαμβάνει και να φροντίζει ασθενείς με ψυχιατρικά συμπτώματα**

- **Η δυνατότητα άμεσης παρέμβασης και θεραπείας στο σπίτι του ασθενούς, επιδιώκοντας την εναισθητοποίηση και εκπαίδευση σε θέματα ψυχιατρικής.**

Οι κύριες δραστηριότητες ενός Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι οι εξής;

- **Η εξέταση και η παρακολούθηση στα εξωτερικά του ιατρεία**
- **Η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών**
- **Η βραχεία νοσηλεία εσωτερικών ασθενών**
- **Η ανάπτυξη συμβουλευτικής ψυχιατρικής**
- **Η εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα και η έρευνα**

Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο Ψ.Τ. είναι ένας από τους 4 Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων. Περιλαμβάνει τα Ψυχιατρικά Τμήματα (με Μονάδες Νοσηλείας, ή χωρίς Μονάδες Νοσηλείας), τη Διασυνδετική-Συμβουλευτική Υπηρεσία, τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Επείγοντα Περιστατικά από το ή τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ημέρας (όπου είναι δυνατόν να υπάρξει) και από τα Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης των Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ψυχιατρικά Τμήματα (με ή Χωρίς Μονάδες Νοσηλείας)
Διασυνδετική-Συμβουλευτική Υπηρεσία
Εξωτερικά Ιατρεία
Επείγοντα περιστατικά
Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
Το Κέντρο Ημέρας
Κέντρα προ και επαγγελματικής αποκατάστασης των Ψ.Τ.Γ.Ν.

Κρίνουμε σκόπιμο ότι πρέπει να αναφέρουμε ότι η παροχή των υπηρεσιών γενικά σε αυτούς τους τομείς γίνεται κάτω από το πρίσμα των αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν απορρίπτει την φαρμακοθεραπεία, αλλά συνυπάρχει με αυτή, <<δέχεται το κοινωνικό στοιχείο στη γέννηση και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής, αλλά και το χρησιμοποιεί θεραπευτικά>>. Η πρακτική πλευρά της Κ.Ψ. δέχεται την <<θεραπευτική κοινότητα του Ψ.Τμ.Γ.Ν. ως μέσο και μέθοδο της θεραπευτικής τακτικής. Βάση και προϋπόθεση της Κ.Ψ. είναι η ιδέα της αποκέντρωσης των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών και η απομάκρυνσή τους από το κλασσικό <<ψυχιατρείο>>.

Οι υπηρεσίες είναι κυρίως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως οικογενειακή θεραπεία, ομαδική θεραπεία, ψυχαναλυτική θεραπεία, κ.λ.π., που γίνονται από το εξειδικευμένο προσωπικό των εξειδικευμένων εξωτερικών ιατρείων του τμήματος μέσω προσυνηννόησης (δηλαδή επιλογή ημερομηνίας ώρας και γιατρού για την εξέταση του ασθενούς).

Επίσης λειτουργούν ομάδες εργοθεραπείας με σκοπό την συμμετοχή των ασθενών σε δραστηριότητες, για να μην αποστασιοποιούνται από τις δραστηριότητες της ζωής.

Σημαντικό ρόλο παίζει και η **Κοινωνική Υπηρεσία του Ψ.Τ.** η οποία προσφέρει ψυχοκοινωνική και οικονομική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειες των ασθενών.

Σημαντική δραστηριότητα του Ψ.Τ. είναι και η **Εφημερία του Ψ.Τ.** Είναι η μέρα που τίθενται σε γενικό συναγερμό όλες οι ιατρικές και οι παραϊατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, με σκοπό την πληρέστερη και επιτυχή αντιμετώπιση των προβλημάτων πλήθους ασθενών από κάθε γωνιά της χώρας μας. Στο βαθμό που τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίζονται με αμεσότητα και επιτυχία ή όχι, κρίνεται ως θετική ή αρνητική η ολική αποδοτικότητα του οργανωτικού σχεδιασμού αλλά και η λειτουργική ετοιμότητα κάθε νοσοκομείου. Έτσι λοιπόν, η μέρα της γενικής εφημερίας, αποτελεί κάθε φορά για το Γ.Ν. <<ημέρα γενικών εξετάσεων>>* που κάθε διοίκηση νοσοκομείου φιλοδοξεί να την περάσει με άριστα.

ΤΑ ΕΣΟΔΑ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Σύμφωνα με το ν.δ. 2529/1953 και του Ν. 1397/1983 ορίζονται ως έσοδα του Ψ.Τ.Γ.Ν. οι εξής πηγές:

- Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών (από την παραμονή των ασθενών στην Ψ.Κ.Γ.Ν.), οι οποίες καλύπτουν τα λειτουργικά του έξοδα.

- Όσο αφορά τα κέντρα προ και επαγγελματικής αποκατάστασης των Ψ.Κ. τους χρηματοδοτούνται από κοινοτικό κονδύλι του κανονισμού 815/84

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Το ασυλικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας έως και το 1985 είχε αρνητικά αποτελέσματα. Πριν το 1985 υπήρχαν ελάχιστες ψυχιατρικές μονάδες. Η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας ξεκίνησε ουσιαστικά από εκείνη την χρονιά, όταν στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναπτύχθηκαν οι πρώτοι Ψυχιατρικοί Τομείς Γενικών Νοσοκομείων και τα πρώτα Κέντρα Ψυχικής Υγείας του Ε.Σ.Υ. Οι δύο αυτοί τύποι μονάδων αναφέρονται με τον γενικό όρο <<Νέες Δομές>>.

Σ' αυτό το σημείο θα προσπαθήσουμε να αποδείξουμε την αναγκαιότητα των Ψ.Τ.Γ.Ν. αναλύοντας όσα στοιχεία έχουμε για αυτούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: *Ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων*

ΕΤΗ	Ψ.Τ.Γ.Ν.	Κ.Ψ.Υ.	Ψ.Ν.
1983	2	7	9
1987	29	15	9
1989	33	17	9
1992	34	20	9

ΠΗΓΗ: Δ.Σαραντιδής-Γ.Σάκαλης

Στο πίνακα 1 παρατηρούμε τα στοιχεία που αφορούν την αποτύπωση των υπηρεσιών υγείας τα έτη 1983,1987,1989 και 1992.Από πλευράς αριθμού μονάδων, βλέπουμε ότι κατά τα έτη αυτά υπάρχει **α)** στασιμότητα ως προς τα Ψ.Ν. και **β)** αύξηση στον αριθμό των νέων δομών ως προς την παροχή της ψυχικής υγείας. Αυτό οφείλεται στην στροφή της πολιτείας προς την αναδιάρθρωση και την οργάνωση νέων υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αριθμός κλινών που λειτουργούν σε Ψ.Ν. και σε Γ.Ν. τα έτη 1983,1987,1989

ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΩΝ	ΚΑΙΝΕΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΚΑΙΝΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
1983	8114	36	8078
1987	6994	99	6895
1989	6964	234	6731

ΠΗΓΗ: Δ. Σαραντίδης – Γ. Σάκαλης

Η σημαντικά μεγάλη αριθμητική ανάπτυξη των Ψ.Τ.Γ.Ν. ήταν ατελής. Αν δούμε και την εξέλιξη του αριθμού κλινών, η ατέλεια γίνεται εμφανής στο πίνακα 2. Παρατηρούμε ότι παρ' όλο που αυξήθηκαν σημαντικά οι κλίνες στα Γ.Ν., ο αριθμός τους μικρός, γιατί μόνο 12 από τα 33 Γ.Ν. που διέθεταν Ψυχιατρικές Μονάδες Νοσηλείας. Παράλληλα όμως μειώθηκαν οι ασθενείς των Ψ.Ν. Δηλαδή αρχίζει να διαφαίνεται μία σαφής στροφή προς τις νέες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και εμπιστοσύνη προς αυτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Αριθμός εισαγωγών (σε χιλ.) στα Ψ.Ν. και τα Γ.Ν.

ΕΤΗ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΑ Ψ.Ν.	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΑ Γ.Ν.	ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ
1983	7400	1100	8500
1987	8100	1900	10000
1989	7900	3100	11000
1992	7900	4100	12000

ΠΗΓΗ: Ομοίως με τον πίνακα 2

Ας δούμε τώρα ποια ήταν η επίδραση της αλλαγής του αριθμού των κλινών στις εισαγωγές. Υπάρχει μια αύξηση του συνολικού αριθμού των εισαγωγών από το έτος 1983 μέχρι το έτος 1987. στα Ψ.Ν. Παρατηρείται μικρή πτώση από το 1987-1989 και από το 1989-1992 μία στασιμότητα, στις εισαγωγές στα Ψ.Ν. Παράλληλα όμως

υπάρχει και μια συνεχής αύξηση του αριθμού εισαγωγών στα Γ.Ν. Η αύξηση αυτή οφείλεται από:

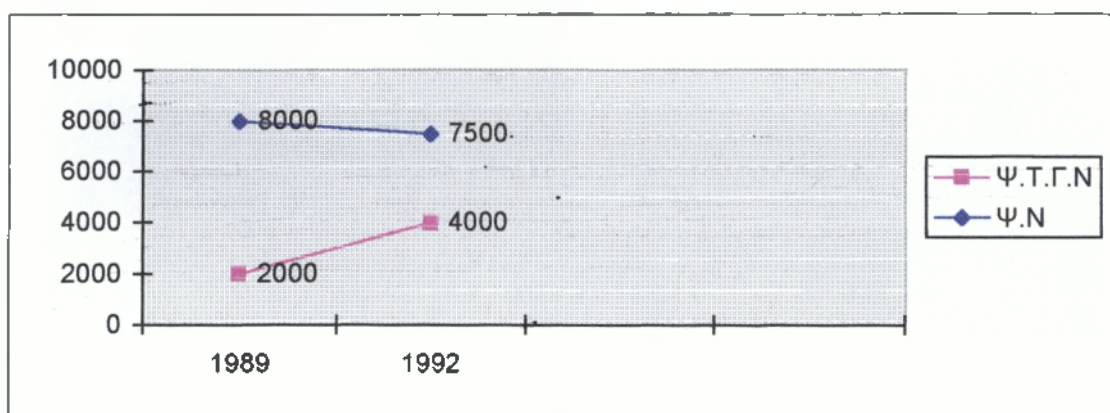
Την αύξηση των κλινών στους Ψ.Τ.Γ.Ν.

Τα χαλαρότερα κριτήρια εισαγωγής των αρρώστων που εφαρμόστηκαν από τους Ψ.Τ.Γ.Ν..

Τη μεγαλύτερη προθυμία των ασθενών να εισαχθούν σε Γ.Ν. σε σχέση με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία

Πιθανόν από την αύξηση των επανεισαγωγών, οπότε και η παραμονή των αρρώστων είναι σημαντικότερη, αφού είναι ήδη «γνωστοί» άρρωστοι, άρα και με μεγαλύτερη χρήση των κλινών

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Σύγκριση εισαγωγών Ψ.Ν. και Ψ.Τ.Γ.Ν. στο σύνολο της χώρας



Στον πίνακα 4 ο οποίος αφορά το σύνολο της χώρας μας παρατηρείται μια μικρή μείωση των εισαγωγών των Ψ.Ν. και μια αύξηση των εισαγωγών στους Ψ.Τ.Γ.Ν. Πιθανές αιτίες στις οποίες να οφείλεται αυτή η διαφορά όσον αφορά τη μείωση των εισαγωγών στα Ψ.Ν. ανάμεσα στην Αθήνα και την υπόλοιπη χώρα είναι:

Μεγαλύτερη ανάπτυξη των ψυχιατρικών κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα συγκριτικά με την υπόλοιπη Ελλάδα.

Σκληρότερα κριτήρια από το προσωπικό των Ψ.Ν. της Αθήνας στην εισαγωγή των αρρώστων.

Πιθανόν τα Ψ.Ν. εκτός της Αθήνας να δίνουν ευκολότερα εξιτήρια και να παρουσιάζεται το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Σύνολο ετησίων επισκέψεων των εξωτερικών ασθενών στα Ψ.Ν., Ψ.Τ.Γ.Ν. και Κ.Ψ.Υ.

ΕΤΗ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
1983	42000	45000	40000
1987	80000	80000	60000
1989	60000	120000	80000
1992	40000	144000	100000

ΠΗΓΗ: Ομοίως με τα παραπάνω

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι με την αύξηση των Κ.Ψ.Υ. αλλά και των Ψ.Τ.Γ.Ν. παρατηρείται μια αύξηση και του αριθμού των επισκέψεων των εξωτερικών ασθενών. Στα Ψ.Ν. παρατηρείται το ίδιο φαινόμενο που παρατηρήθηκε στις εισαγωγές δηλαδή αύξηση του αριθμού τους στα έτη 1983 και 1987 ενώ στην συνέχεια επήλθε μείωση. Οι άλλες δύο δομές γνώρισαν μια συνεχή αύξηση έτσι ώστε οι επισκέψεις από 45000 στους Ψ.Τ.Γ.Ν. και 40000 στα Κ.Ψ.Υ. ετησίως έφτασαν στις 144000 και 100000 αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Προβλεπόμενες και υπάρχουσες μονάδες νοσηλείας (Ψ.Τ.Γ.Ν. και Κ.Ψ.Υ.) κατά τα έτη 1988 και 1992

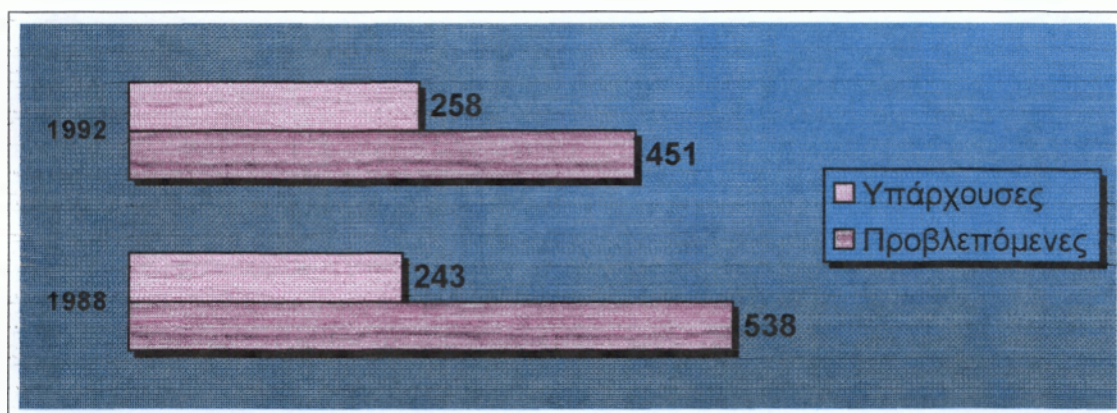
ΕΤΗ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ		ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ	
	Κ.Ψ.Υ.	Ψ.Τ.Γ.Ν.	Κ.Ψ.Υ.	Ψ.Τ.Γ.Ν.
1988	24	27	17	12
1992	49	26	20	13

ΠΗΓΗ: Δ.Σαραντίδης, Ι Τριποδιανάκης Β Κλαδούχος, Συμπόσιο για την Ψυχική υγεία.

Στον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι ενώ είχαν προβλεφθεί για το έτος 1988 να λειτουργήσουν 27 Ψ.Τ.Γ.Ν., τελικά λειτούργησαν μόνο 12 από αυτούς. Η αντίστοιχη αναλογία για το έτος 1992 ήταν από τους προβλεπόμενους ένας λιγότερος Ψ.Τ.Γ.Ν., αλλά λειτούργησε ένας παραπάνω από το έτος 1988. Η αναλογία για τα Κ.Ψ.Υ. δεν είναι διαφορετική. Έτσι ενώ το 1988 είχαν προβλεφθεί να λειτουργήσουν 24 λειτούργησαν μόνο 17, ενώ για το 1992 από τα 49 προβλεφθέντα λειτούργησαν μόνο 20.

Εφόσον μιλήσαμε για τις εισαγωγές των ασθενών ίσως είναι σημαντικό να αναφερθούμε και στις κλίνες αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Προβλεπόμενες και Υπάρχουσες Κλίνες Ψ.Τ.Γ.Ν.



Εδώ βλέπουμε ότι ισχύει το ίδιο και για τις κλίνες των Ψ.Τ.Γ.Ν. Ποτέ δεν λειτούργησαν οι προβλεπόμενες κλίνες, αλλά πολύ λιγότερες από αυτές. Έτσι το έτος 1988 ενώ είχαν προβλεφθεί να λειτουργήσουν 538, δυστυχώς λειτούργησαν μόνο 243, ενώ το 1992 ο αριθμός πρόβλεψης ήταν 451 και λειτούργησαν μόνο 258.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην άνιση αναλογία των κλινών ανά 1000 κατοίκους στις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας. Πριν αναφερθούμε όμως στην αναλογία των κλινών πρέπει να αναφέρουμε ορισμένα πράγματα για τις υγειονομικές περιφέρειες. Η χώρα διαιρείται σε 9 Υγειονομικές Περιφέρειες.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας, Εσωτερικών και Υγείας και Πρόνοιας, ορίζεται εκάστοτε εν όψει των

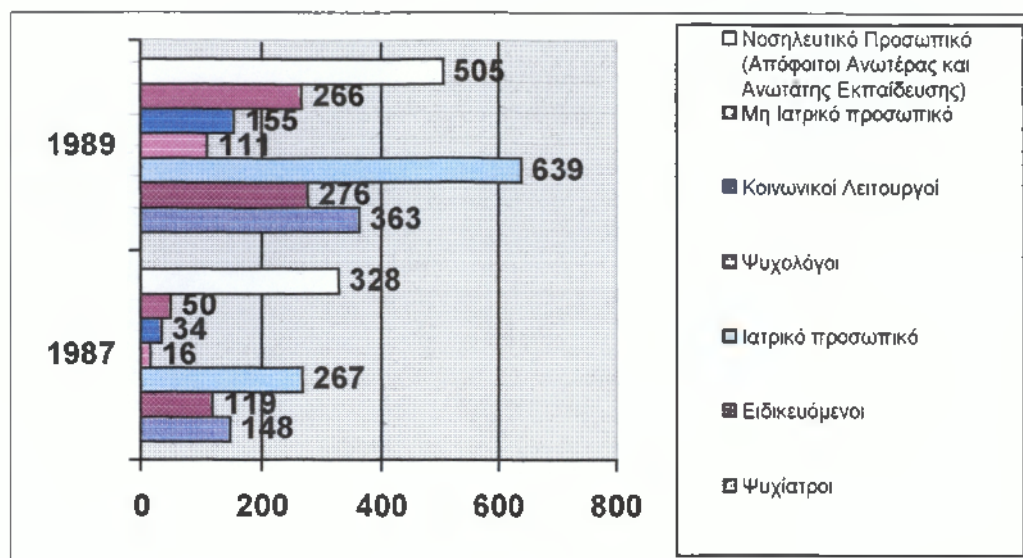
υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των Υγειονομικών περιφερειών, περιλαμβάνει ορισμένους νομούς. Η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά την εν γένει λειτουργία των υπηρεσιών τους, καθορίζεται από τον Ν.2071/1992 άρθρο 2 (1). Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαίρονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.), που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2716/1988. Επίσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Μέσα στους Το.Ψ.Υ. εντάσσονται και λειτουργούν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας. (2)

Εξαιτίας της στασιμότητας των κλινών και της αύξησης του πληθυσμού, η αναλογία κλινών /1000 κατοίκους μειώθηκε σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες, με μεγαλύτερη αυτή που έγινε στα νησιά του Αιγαίου(8^η Υ.Π.). Η άνιση κατανομή των κλινών ήταν σαφής το 1983 και εξακολούθησε να υπάρχει και το 1989 ελαφρώς βελτιωμένη. Η Π.Ο.Υ. υποστηρίζει την άποψη του ΜΑΥ, ότι μια αναλογία από 0,5 μέχρι 1 είναι ενδεικνυόμενη. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία μεγαλύτερη αναλογία σημαίνει ότι η ψυχιατρική περίθαλψη στηρίζεται κυρίως σε Ψ.Ν. όπως συμβαίνει στην Υγειονομική Περιφέρεια του Αιγαίου στην οποία ανήκει και η Λέρος, ενώ μικρότερη αναλογία σημαίνει έλλειψη κλινών.

1. Ν.2071/1992 άρθρο 2

2.Ν.2716/1998 άρθρο 3

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Σύνθεση Ανθρώπινου Δυναμικού Ψ.Τ.Γ.Ν.



Σύμφωνα με το συνέδριο για την ψυχική υγεία που έγινε το 1990 από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο φορέα οι ψυχίατροι, οι ειδικευόμενοι, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί αυξήθηκαν.

Παράλληλα στο νοσηλευτικό προσωπικό (εννοούμε τους πτυχιούχους ανωτέρων και ανωτάτων σχολών) παρατηρείται κάποια πτώση από το 1983 έως το 1987, ενώ ακολουθεί μια μεγάλη αύξηση το 1988. Αυτή η αρχική μείωση μπορεί να αποδοθεί στην γενική έλλειψη που παρουσιάστηκε στη περίοδο ένταξης των σχολών στα Τ.Ε.Ι., την ταυτόχρονη δημιουργία νέων νοσηλευτικών μονάδων την εποχή εκείνη αλλά ίσως και σε κάποιους μικρότερης σημασίας παράγοντες. Η μείωση αυτή εξισορροπήθηκε, γιατί οι Ψ.Τ.Γ.Ν. πήραν νοσηλευτικό προσωπικό από τα νοσοκομεία που ανήκαν.

Σύμφωνα με στοιχεία από το Συμπόσιο Ψυχικής Υγείας (Νοέμβρης 1991), σχετικά με την αναλογία των ψυχιάτρων /1000 κάτοικους στο δημόσιο φορέα, υπάρχει μια συνολική αύξηση της αναλογίας, η οποία αντανακλά την μεγάλη αύξηση των ψυχιάτρων. Βέβαια και εδώ υπάρχει άνιση κατανομή η οποία από το 1983 δεν βελτιώθηκε αισθητά το 1989, αλλά παρατηρήθηκε κάποια ομοιόμορφη αύξηση. Και εδώ υπάρχει άνιση κατανομή στις διάφορες Υγειονομικές Περιφέρειες η οποία οφείλεται στον μειωμένο πληθυσμό που υπάρχει σε αυτές τις περιοχές. Η Π.Ο.Υ. θεωρεί ότι καλύτεροι δείκτες -όσο αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη- είναι η αναλογία των ψυχιάτρων με το μη ιατρικό προσωπικό.

Τέλος παρατηρήθηκε πως έχουν αναπτυχθεί οι ψυχιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με το υπόλοιπο υγειονομικό δυναμικό της χώρας μας. Έτσι η ψυχιατρική

περίθαλψη το 1989 γινόταν από 9 Ψ.Ν., από 104 Γ.Ν. στα οποία περιλαμβάνονται και τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Από τα 104 αυτά Γ.Ν. τα 33 διέθεταν Ψ.Τ. ενώ τα υπόλοιπα 71 δεν διέθεταν. Η ψυχιατρική κάλυψη αυτών των νοσοκομείων ήταν σε 10 από ψυχίατρο, σε 1 από ιδιώτη, σε 9 από το νευρολογικό τους τμήμα, σε 2 από κινητή μονάδα, ενώ 49 δεν είχαν καμιά ψυχιατρική κάλυψη. Από τα υπόλοιπα 33 Γ.Ν. που διέθεταν Ψ.Τ. μόνο τα 13 είχαν και μονάδα νοσηλείας. Όσο αφορά τα πρώτα (13)τα οποία διέθεταν και μονάδες νοσηλείας, τα 6 είχαν και Κ.Ψ.Υ., τα 2 είχαν κάλυψη των Κ.Υ. του νοσοκομείου τους, ενώ από τα υπόλοιπα 7 Γ.Ν. με Ψ.Τ.Γ.Ν. τα 3 Γ.Ν. κάλυπταν τα Κ.Υ. που ανήκαν στα νοσοκομεία τους.

Όλη η παραπάνω αναφορά θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μια ποσοτική εκτίμηση της ανάπτυξης των Ψ.Τ.Γ.Ν. και των υπηρεσιών τους. Αυτό που φαίνεται είναι ότι υπήρξε κάποια σημαντική ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών. Ο όγκος των παρεχομένων υπηρεσιών αυξήθηκε κατά πολύ και η άνιση κατανομή έχει βελτιωθεί, με αποτέλεσμα η πρόσβαση του πληθυσμού σε ψυχιατρικές υπηρεσίες να είναι πιο εύκολη. Επίσης οι Ψ.Τ.Γ.Ν. έχουν πάρει ένα μέρος των υπηρεσιών από τα ψυχιατρεία, το οποίο ήταν ένας από τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης το 1984(κανονισμός 815\1984).

Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει αναφορά στο γεγονός ότι η ανάπτυξη μονάδων είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την παροχή υπηρεσιών στο κοινό. Για να μπορέσει να ισχύει αυτό θα πρέπει να υπάρχει:

1. **Ευκολία πρόσβασης του πληθυσμού στην μονάδα**
2. **Αποδοχή της μονάδας από το κοινό**
3. **Ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη της μονάδας**
4. **Εμπειρία του προσωπικού που δουλεύει στην μονάδα αυτή**
5. **Μετάδοση εμπειρίας μέσω της εκπαίδευσης⁵**

Εάν μελετήσουμε κάθε παράγοντα ξεχωριστά, τότε μπορεί να βελτιωθεί η ποσότητα και η ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών. Παρόλο το γεγονός ότι δημιουργήθηκαν μονάδες σε περιοχές της Ελλάδας που ήταν τελείως ακάλυπτες, εν τούτοις η μεγαλύτερη πλειονότητα των ανθρώπων δεν έχουν ιδέα για την ύπαρξη αυτών των μονάδων. Έτσι λοιπόν ο μόνος τρόπος για να διαδοθούν στο ευρύτερο κοινό είναι ο εξής :

1. **Η κινητοποίηση των μονάδων για ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με:**
 - **Την ύπαρξή τους**

- Τις παρεχόμενες υπηρεσίες
 - Τον τρόπο επαφής με την μονάδα
 - Τα αποτελέσματα που έχουν
2. Τη χρησιμοποίηση των Μέσων Ενημέρωσης και άλλων τρόπων ενημέρωσης του κοινού
 3. Την παροχή κινήτρων καθώς και την έμφαση στην εκπαίδευση και την μετεκπαίδευση
 4. Τη διασύνδεση και συνεργασία των υπηρεσιών για την ευκολία των ασθενών

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η αναγκαιότητα ύπαρξης Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι αναμφισβήτητη και συντελεί στα παρακάτω:

1. Στην ανάπτυξη νέων μορφών φροντίδας παροχής ψυχικής υγείας ξεφεύγοντας έτσι από το ασυλικό καθεστώς
2. Μείωση των κλινικών των Ψ.Ν.
3. Αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων εξωτερικών ασθενών.
4. Καλύτερη διασπορά των μονάδων σε πανελλαδικό επίπεδο κυρίως με την παρουσία των ψυχιάτρων στα Κ.Υ.
5. Στη σταδιακή αύξηση των εισαγωγών στις Μονάδες Νοσηλείας των Ψ.Τ.Γ.Ν.

Δ. Σαραντίδης, (Ψυχίατρος Επιμελητής Ψ.Τ.Γ.Ν. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ")
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1983 ΜΕΧΡΙ
ΣΗΜΕΡΑ.
Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ.

ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

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

Το πρώτο είναι η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στη Ελλάδα με τον Ν.1397/83. Σ' αυτόν τον νόμο περιλαμβάνεται για πρώτη φορά ένα ειδικό άρθρο για την Ψυχική Υγεία. Το άρθρο 21 προβλέπονταν ποιες δομές θα υπάρξουν στο χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Α. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)

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

Με το άρθρο αυτό προσδιορίζονται και οι ακριβείς αρμοδιότητες αυτών.

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

Η πρόταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς την Ελλάδα ήταν η εξής: Προτάθηκε μια ειδική ενίσχυση στον κοινωνικό τομέα ώστε προοδευτικά η Ελλάδα να είναι σε θέση να συμμετάσχει στις κοινοτικές πολιτικές σε σχέση με κοινωνικά θέματα στο ίδιο επίπεδο με τους υπόλοιπους εταίρους. Στην πρόταση της επιτροπής στις 29 Ιουλίου 1983 προς το συμβούλιο Υπουργών και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τονίστηκε η πλήρης ανεπάρκεια του Ελληνικού Συστήματος ιατρικής κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών και διανοητικά αναπήρων. Έτσι αποφασίστηκε η ανάπτυξη ενός νέου συστήματος Ψυχιατρικής Περίθαλψης που θα στηριζόταν «σ'ένα αποκεντρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας εκτός των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων».

Η Ε.Ε. προχώρησε με απόφαση του Συμβουλίου της 26^{ης} Μαρτίου 1984 στον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/84 για «έκτακτη ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα». Το άρθρο 1 του Κανονισμού προέβλεπε «για την χρονική περίοδο από 1^η

Ιανουαρίου 1984 ως 31 Δεκεμβρίου 1988 μία έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για;

1. Την ανάπτυξη υποδομής επαγγελματικής κατάρτισης στην Αθήνα.

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

Οι στρατηγικοί στόχοι του πενταετούς προγράμματος αφορούσαν τρεις κυρίως τομείς:

A. Την αποκέντρωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και την διαμόρφωση εναλλακτικών δομών. Η αποκέντρωση αυτή υλοποιήθηκε με την κατασκευή και τον εξοπλισμό 27 Ψ.Τ.Γ.Ν., 7 μονάδων οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας, και άλλων εναλλακτικών δομών (π.χ. Κ.Ψ.Υ. Ψυχοπαιδαγωγικών Κέντρων, Ξενώνων και εργαστηρίων προ και επαγγελματικής κατάρτισης.)

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

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

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

Με την τομεοποίηση συνίσταται σε κάθε νομό ένας Τομέας Ψυχικής Υγείας, με εξαίρεση στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπου μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός.

Στο **άρθρο 92 του Ν.2071** επίσης αναφέρεται διάταξη στην οποία συγκροτούνται πενταμελής **Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.)** Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας, εποπτεύουν τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Τέλος με τον Ν.2716/99 «Περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», Αναφέρεται στο **άρθρο 2 η σύσταση Γραφείου και πενταμελούς Επιτροπής Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.**

Η επιτροπή αυτή ελέγχει την προστασία και τα δικαιώματα των ασθενών, των μονάδων ψυχικής υγείας, για αξιοπρεπή νοσηλεία.

Στο **άρθρο 3** του ίδιου νόμου αναφέρεται και πάλι η τομεοποίηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σε Υγειονομικές Περιφέρειες, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά (έχει προαναφερθεί αναλυτικά).

Και τέλος στο άρθρο 4 του ίδιου νόμου αναφέρονται και πάλι οι **Μονάδες παροχής Ψυχικής Υγείας.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Οι Ψ.Τ.Γ.Ν. με μονάδες νοσηλείας έχουν κλινικές που ανήκουν στην κτιριακή, διοικητική και λειτουργική δομή του νοσοκομείου. Περιλαμβάνουν έναν αριθμό κρεβατιών όχι μεγαλύτερο από 25, προσφέρουν νοσηλεία βραχεία διάρκειας και απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα. Καλύπτουν τον πληθυσμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου και λειτουργούν σε 24ωρη βάση ενώ ταυτόχρονα βρίσκονται σε στενή συνεργασία με άλλα τμήματα των νοσοκομείων για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων των ασθενών τους. Διαθέτουν αίθουσες συναντήσεων, συνεντεύξεων, βιβλιοθήκη, γραφεία ιατρών, γραφεία λοιπού προσωπικού καθώς επίσης εστιατόριο και κυλικείο.

Εάν εξαιρεθούν τα παιδοψυχιατρικά και ψυχογηριατρικά περιστατικά και ίσως οι σοβαρές επιλεγμένες διανοητικές καθυστερήσεις αλλά και οι χρόνιοι υπολειμματικοί σχιζοφρενείς για τους οποίους υπάρχουν καταλληλότερες υπηρεσίες, το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών που αντιμετωπίζονται είναι:

- νευρώσεις
- σ σωματόμορφες διαταραχές
- διαταραχές της προσωπικότητας
- ψυχώσεις που δεν είναι σε ακραία διεγερτική φάση
- σχιζοφρένιες και ακόμα και
- εξαρτήσεις από ναρκωτικές ουσίες και το αλκοόλ

Στις Ψ.ΚΓ.Ν. οι ασθενείς που εισάγονται εκούσια, προέρχονται από το Εξωτερικό Ιατρείο από το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου και τηρείται κατάλογος αναμονής από την προϊσταμένη του τμήματος, ενώ οι έκτακτες εισαγωγές γίνονται με ευθύνη του επιμελητή ψυχίατρου ο οποίος εφημερεύει στο νοσοκομείο. Η ακούσια εισαγωγή με εισαγγελική εντολή εισαγωγή γίνεται όταν ο ασθενής θεωρηθεί επικίνδυνος, για την σωματική ακεραιότητα και του ίδιου και των

συμπολιτών του και ο εγκλεισμός του θεωρηθεί απαραίτητος (ο ασθενής συνοδεύεται πάντα στον Ψ.Τ.Γ.Ν. σ'αυτήν την περίπτωση από αστυνομικούς)

Σχετικά με το ποιος ασθενής θεωρείται κατάλληλος για εισαγωγή πρέπει να υπάρχουν κάποια καθολικά αποδεκτά κριτήρια (τα οποία δεν τηρούνται πάντα), για να προσδιορίζεται το είδος των ασθενών που θα αποτελέσουν τον πληθυσμό της κλινικής, το χρόνο παραμονής τους και το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Πολλοί θεωρούν ως βασικό κριτήριο εισαγωγής, την έλλειψη επαφής του ατόμου με το περιβάλλον του (πραγματικότητα), ή την ύπαρξη ψυχοκινητικής διέγερσης, ή το έκδηλο παραλήρημα και ψευδαισθήσεις, ενώ κάποιοι άλλοι πρότειναν το σχήμα << αν ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία, ανεξαρτήτως διαγνώσεως και συμπεριφοράς, εισάγεται στην κλινική εφόσον το επιθυμεί ο ίδιος>>.

Ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών στην κλινική όπως προείπαμε είναι βραχείας διάρκειας, δεν υπερβαίνει τις 6 εβδομάδες, αν και δεν είναι τόσο απόλυτο. Ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών κυμαίνεται γύρω στις 26 ημέρες. Ο μέσος όρος των οξέων σχιζοφρενικών περιστατικών είναι 6 ως 7 εβδομάδες. Βέβαια στην διάρκεια νοσηλείας μπορεί να τους δοθεί άδεια, εφόσον κριθεί απαραίτητο μέχρι 2 ημέρες, με την προϋπόθεση να πάνε στο σπίτι τους και στους συγγενείς τους.

Εάν κάποιοι ασθενείς δεν επιθυμούν να νοσηλευθούν παραπέμπονται σε κλειστό τμήμα Ψ.Ν.

Όσοι μένουν για χρονικό διάστημα άνω των 8 εβδομάδων (π.χ. 3 μήνες), είναι ασθενείς που χρειάζονται παρατεταμένη φροντίδα σε ψυχιατρικό τμήμα ή ασθενείς για τους οποίους η κοινωνία δεν έχει εξασφαλίσει κάποια εναλλακτική φροντίδα. Τέλος η μείωση του χρόνου νοσηλείας σε μία Ψ.Κ.Γ.Ν. δεν θα πρέπει να είναι κάτω από κάποιο όριο, διότι ένα μίνιμουμ χρονικό διάστημα παραμονής, είναι απαραίτητο για να εγκατασταθούν δυνατότητες διατήρησης της βελτίωσης που επιτυγχάνεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

Όσον αφορά την διοίκηση των, κάθε Ψ.Τ. διευθύνεται από έναν ψυχίατρο με βαθμό Διευθυντή επί θητεία ως εξής: Ο διευθυντής διορίζεται επί θητεία και κάθε 5 χρόνια (για τις 2 πρώτες πενταετίες), αξιολογείται από το Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι της

αντίστοιχης περιφέρειας που ανήκει το νοσοκομείο, για να μονιμοποιηθεί. Ο διευθυντής ψυχίατρος συνεργάζεται με την επιστημονική επιτροπή του Γενικού Νοσοκομείου που υπάγεται ο Ψυχιατρικός Τομέας.

Το προσωπικό τους αποτελείται από εξειδικευμένους ψυχιάτρους, ειδικευόμενους, ψυχολόγους, νοσηλευτές (οι οποίοι κανονικά θα πρέπει να έχουν εξειδικευθεί στην ψυχιατρική νοσηλευτική), εργοθεραπευτές, επισκέπτες-τριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. (1)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως υπάρχουν και Ψ.Τμ.Γ.Ν. χωρίς μονάδες νοσηλείας. Παρ' όλα αυτά πολλά από αυτά τα τμήματα έχουν αναπτύξει εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία έχουν διασυνδεθεί με ειδικά Τμήματα των Νοσοκομείων τους και παρέχουν εκπαίδευση σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, καθώς φροντίζουν και για την αγωγή Ψυχικής Υγείας με διαλέξεις στο ευρύτερο κοινό και κάνουν ερευνητικό έργο με αξιόλογο αριθμό εργασιών και δημοσιεύσεων. Ακόμα καλύπτουν Κέντρα Υγείας και σε ορισμένες περιπτώσεις κατ' οίκον επισκέψεις και αξιολογήσεις ψυχιατρικών ασθενών, ιδιαίτερα ψυχογηριατρικών που είχαν νοσηλευτεί στα αντίστοιχα Νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη προσφορά τους είναι ότι αποτελούν ηθμό, καθώς μεγάλος είναι ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται στα Γ.Ν. και παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή. Στο παρελθόν τα περιστατικά αυτά διεκομίζονται στα δημόσια ψυχιατρεία ή σε ιδιωτικές κλινικές. Τώρα, σπανίως γίνεται κάτι τέτοιο. Μόνο αν πρόκειται για επείγον περιστατικό από τα Τακτικά Επείγοντα Περιστατικά, που έχει διαγνωστεί ανάγκη για νοσηλεία.

Οι προοπτικές των Τμημάτων είναι καλές. Φαίνεται ότι το κοινό θα τα χρησιμοποιεί όλο και πιο πολύ. Βέβαια κάποια από αυτά, με τη σημερινή ελλιπή υποδομή τους, έχουν οδηγήσει σε αναγκαστική πτώση της ποιότητας, π.χ. μακρά λίστα αναμονής, ελάττωση του χρόνου συνέντευξης κ.α.

(1): Ε.Τσεμπελίκος Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Τ.Γ.Ν. "ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ"

(2): Δ.Βλυσίδης Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Τ.Γ.Ν. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ
ΒΟΥΛΑΣ"

Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ

Αρχικά υπήρχε διάκριση μεταξύ συμβουλευτικής και διασυνδεδετικής ψυχιατρικής υπηρεσίας. Έτσι στα πλαίσια της συμβουλευτικής ψυχιατρικής ο ψυχίατρος παρείχε απλά την γνώμη του για την διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διαταραχής ή οποιασδήποτε ανεπιθύμητης συμπεριφοράς ενός ασθενούς μόνο όταν το ζητούσε ο θεράπων ιατρός. Η διασυνδεδετική ψυχιατρική, αναπτύχθηκε σαν κάτι ευρύτερο.

Σήμερα δεν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ Συμβουλευτικής και Διασυνδεδετικής. Η Σ / Δ μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή στα Ε.Ι. της Ψ.Κ.Γ.Ν. στα Ψυχοθεραπευτικά Ιατρεία της Κλινικής, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής σε τμήμα ενός Ψ.Ν. ή στο τμήμα εσωτερικής περίθαλψης του Ψ.Τ.Γ.Ν.

- Για την εκτίμηση της κατάστασης και την αντιμετώπιση των ασθενών θα πρέπει να συμμετάσχουν επαγγελματίες από όλα τα επαγγέλματα της Ψυχικής Υγείας.
- Η ανταπόκριση στην παραπομπή θα πρέπει να είναι γρήγορη, εάν αυτό είναι εφικτό, όσο και άμεση, ακόμη και την ίδια μέρα.
- Η Σ / Δ προσφέρει πολλά στους ψυχιάτρους και συναδέλφους τους, των άλλων ειδικοτήτων, όπως η ευαισθητοποίησή τους, σε πολλαπλά επίπεδα(ψυχικό, σωματικό, οικογενειακό, κοινωνικό), ως προς την προσέγγιση και αντιμετώπιση του ασθενούς

Σχετικά με την Σ / Δ ψυχιατρική υπηρεσία, έχει παρατηρηθεί ότι η παρουσία της σε ένα Γ.Ν. μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επιτυχή απόδοση της ψυχιατρικής, στην ελάττωση του νοσηλευτικού κόστους, με την αποφυγή άχρηστων εξετάσεων και βραχύνοντας το χρόνο νοσηλείας των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Τα είδη άσκησης της Σ / Δ είναι:

- Το μοντέλο που επικεντρώνεται στον ασθενή. Σε αυτό ο ψυχίατρος αντιμετωπίζει το πρόβλημα ακολουθώντας την σειρά κλινική εξέταση, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

- Το μοντέλο που επικεντρώνεται στον θεράποντα. Ο ψυχίατρος προσπαθεί να κατευθύνει τον θεράποντα ιατρό, ώστε να αντιμετωπίσει αυτός ,τον ασθενή και τα προβλήματά του.
- Το μοντέλο που στοχεύει στην ομαλή λειτουργία των κανόνων παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα στο νοσοκομείο και στη συνεργασία των ασθενών με τους ιατρούς.

Η Σ / Δ έχει δύο μέρη:

- Την κλινική εκτίμηση του ασθενούς. Όταν λάβει την πρόσκληση για ψυχιατρική εξέταση, ο ψυχίατρος πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο θεράπων ιατρός έχει προετοιμάσει τον ασθενή για την επίσκεψή του. Πριν από την εξέταση ενημερώνεται για την σωματική νόσο, την θεραπευτική αγωγή του και συλλέγει πληροφορίες για τη συμπεριφορά του ασθενή στην κλινική από το νοσηλευτικό, κυρίως προσωπικό.
- Την επικοινωνία με τον θεράπων Ιατρό. Με την βοήθεια της Σ/Δ, οι περισσότερες από τις οξείες ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπισθούν από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γ.Ν.

Τα κυριότερα προβλήματα της Σ/Δ είναι τα εξής:

- Η εκπαίδευση των φοιτητών της ιατρικής δεν δίνει μεγάλη έμφαση στην ψυχιατρική. Ο παλιός οικογενειακός ιατρός έχει αντικατασταθεί από ιατρούς μεγάλης εξειδίκευσης. Οι νέοι ιατροί έχουν μάθει να ασχολούνται μόνο με σωματικά προβλήματα και αποφεύγουν την προσωπική επαφή με τον άρρωστο, η οποία τους προκαλεί άγχος.
- Οι ψυχίατροι που ασχολούνται με την Σ/Δ συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν όχι ένα συγκεκριμένο ψυχιατρικό νόσημα, αλλά συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα, τα οποία επιδρώντας πάνω στην προσωπικότητα του αρρώστου περιπλέκουν την κλινική του εικόνα και προκαλούν στους Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων σύγχυση. Με αυτό τον τρόπο αρχίζει η αντιπάθεια των μεν για τους δε και η Σ/Δ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα << επιβίωσης>>.

ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Στους Ψυχιατρικούς Τομείς χρειάζεται να υπάρχει ένα καλά οργανωμένο Εξωτερικό Ιατρείο, έτσι ώστε να μειώνει τις υποτροπές και την κίνηση στα τμήματα

επειγόντων. Το Ψυχιατρικό Εξωτερικό Ιατρείο λειτουργεί, όπου είναι δυνατό, στους χώρους των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου.

Ωστόσο, η ροή των ασθενών και η διάρκεια των συνεντεύξεων, ρυθμίζονται από το Ψυχιατρικό Τμήμα. Για τον λόγο αυτό, το Ψυχιατρικό Εξωτερικό Ιατρείο διαθέτει δική του διοικητική και νοσηλευτική υποστήριξη για την τήρηση των ραντεβού και του αρχείου, το οποίο θα πρέπει να είναι απόλυτα εμπιστευτικό. Οι ασθενείς, του Εξωτερικού Ιατρείου, θα πρέπει να προέρχονται από την γεωγραφική περιοχή ευθύνης του Τμήματος, εφόσον υπάρχει.

Σήμερα είναι αναμφισβήτητο ότι το Ε.Ι. της Ψ.Κ.Γ.Ν. είναι προτιμότερο από κάθε άλλο είδος ψυχιατρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, ενώ οι λόγοι είναι απλοί:

- Είναι περισσότερο προσιτά στους ασθενείς
- Δεν υπάρχει ο στιγματισμός
- Υπάρχει συνεργασία με καλά οργανωμένα εργαστήρια
- Υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής σε άλλα εξωτερικά ιατρεία ή και εισαγωγής σε κάποια από τις κλινικές του νοσοκομείου εάν αυτό χρειαστεί.

ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Τα επείγοντα περιστατικά αντιμετωπίζονται στα ιατρεία επειγόντων σε εφημερίες, κυρίως και είναι περιστατικά που δεν έχουν προηγουμένως επαφή με κάποια ψυχιατρική υπηρεσία και τα οποία παραπέμπονται στην κλινική για νοσηλεία ή σε άλλη κατάλληλη ψυχιατρική υπηρεσία.

ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα Κ.Ψ.Υ. λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή των Γενικών Νομαρχιακών Νοσοκομείων στα οποία λειτουργούν Ψ.Τ. και υπάγονται σε αυτούς.

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

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

Τα Κ.Ψ.Υ. συνεργάζονται με τους Ψ.Τ.Γ.Ν. στους οποίους υπάγονται σε επίπεδο επιστημονικό-νοσηλευτικό-εκπαιδευτικό.

Η διοίκησή τους απαρτίζεται από τριμελή επιτροπή η οποία αποτελείται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή που υπηρετεί σε αυτά και από 2 μέλη τα οποία ορίζονται από τον νομάρχη της οικείας νομαρχίας στην οποία υπάγεται το Κ.Ψ.Υ.

Η τριμελής επιτροπή που διοικεί τα Κ.Ψ.Υ. αλλάζει ανά τρία έτη και λογοδοτεί άμεσα στη διοίκηση του Ψ.Τ. στον οποίο υπάγεται.

Το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. αποτελείται από ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και ειδικούς παιδαγωγούς. Στα πλαίσια της εύρυθμης λειτουργίας ενός Κ.Ψ.Υ. εκπονείται εκπαιδευτικό, θεραπευτικό και ερευνητικό έργο. Το εκπαιδευτικό έργο αναλαμβάνει μια μικρή διεπιστημονική ομάδα του Κ.Ψ.Υ. και εκπονείται είτε σε ομάδες φοιτητών που το επισκέπτονται (Σχολές κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών), είτε σε άλλους φορείς και υπηρεσίες.

Το ερευνητικό έργο αναφέρεται σε προγράμματα που αφορούν το σύνολο των πελατών του Κ.Ψ.Υ. ή ιδιαίτερες ομάδες (π.χ. 3^η ηλικία). Αυτό γίνεται για την επισήμανση και την αναγνώριση των χαρακτηριστικών και των αναγκών της κοινότητας ευθύνης τους.

Το θεραπευτικό έργο του Κ.Ψ.Υ. καλύπτει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών ασθενών, Στο θεραπευτικό έργο γίνεται διάγνωση, αξιολόγηση και επιλογή του θεραπευτικού σχήματος (άτομο και μέσο θεραπείας).

Τελειώνοντας τα Κ.Ψ.Υ. συμμετάσχουν σε ομιλίες σε Κ.Α.Π.Η., σε σχολεία κ.α. όσο αφορά τη δράση τους σε επίπεδο τοπικό.

ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

Ο Ψ.Τ.Γ.Ν., όπου είναι δυνατόν, διαθέτει κέντρο ημέρας για ασθενείς που χρειάζονται περισσότερη θεραπεία από ότι στο εξωτερικό ιατρείο αλλά για ποικίλους λόγους δεν συνίσταται η εισαγωγή τους στην κλινική, ή αυτοί χρειάζονται ολιγοήμερη παρακολούθηση και έλεγχο της φαρμακευτικής τους αγωγής, ή ασθενείς που επιστρέφουν στην κοινότητα μετά από μία περίοδο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Άλλες λειτουργικές του δυνατότητες είναι η παρέμβαση σε κρίση(crisis intervention), η παροχή υπηρεσιών σε ατομική βάση αλλά και σε επίπεδο οικογένειας.

ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Τα Κέντρα προ και επαγγελματικής κατάρτισης των Ψ.Τμ.Γ.Ν., έχουν σκοπό την κατάρτιση των ασθενών σε επαγγελματικές ειδικότητες, για την μετέπειτα επαγγελματική τους αποκατάσταση.

ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Το προσωπικό του ψυχιατρικού τομέα ενός γενικού νοσοκομείου αποτελείται από:

ψυχιάτρους
ψυχολόγους
κοινωνικούς λειτουργούς
επισκέπτες υγείας
εργοθεραπευτές
ειδικευόμενους στην ψυχιατρική
νοσηλευτικό προσωπικό
διοικητικό προσωπικό
και από βοηθητικό προσωπικό.

Οι ρόλοι τους αναλύονται παρακάτω αναλυτικά

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τρόπος λειτουργίας των Ομάδων Ψυχικής Υγείας συνήθως βασίζεται στη Μηχανιστική 'Νευτώνειο' Επιστημολογία στην οποία μέχρι πρόσφατα ακολούθησαν οι Επιστήμες του Ανθρώπου, σύμφωνα με την οποία αν αθροίσουμε τα μέρη-πληροφορίες θα φθάσουμε σε σύνθεση. Αν δηλαδή αθροίσουμε τις πληροφορίες που φέρνουν οι Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Εργοθεραπευτές κ.λ.π. το αποτέλεσμα θα είναι μια συνθετική εικόνα του προβλήματος και της αντιμετώπισής του.

Η συναλλαγή η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στα μέλη της Ομάδας Ψυχικής Υγείας, δίνει τη δυνατότητα σ' επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων, ρόλων, απόψεων και αντιλήψεων ν' αξιοποιήσουν τη διαφορετικότητά τους στη βάση της αναζήτησης μιας πιο σφαιρικής-ολιστικής κατανόησης και αντιμετώπισης του προβλήματος που αντιμετωπίζουν, γεγονός που αποτελεί και τον κοινό στόχο της Ομάδας Ψυχικής Υγείας.

Η διαφορετική αντίληψη του κάθε μέλους της ομάδας συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας καινούργιας αντίληψης-θεώρησης των προβλημάτων, που είναι ποιοτικά διαφορετική και πιο εμπλουτισμένη από την πιο προχωρημένη άποψη του πιο προχωρημένου μέλους.

Η αντίληψη της ομάδας, η σύνθεσή που προκύπτει από την αξιοποίηση της διαφοράς των μελών της, είναι σχετική με το πως συνεργάζονται τα δύο μάτια του ανθρώπου και δημιουργείται η αίσθηση του βάθους, από τη λίγο διαφορετική σκοπιά του κάθε ματιού.

Μια από τις δυσκολίες που η Ομάδα Ψυχικής Υγείας, αλλά και κάθε ανάλογη ομάδα, αντιμετωπίζει και που επηρεάζει το βαθμό της λειτουργικότητας της, την ανάπτυξής και εξέλιξη της, είναι η επίδραση που δέχεται από το πλαίσιο και την επικρατούσα δομή στην οποία λειτουργεί. Ανταγωνιστικά πλαίσια με άκαμπτες και δύσκολες δομές έχουν μεγάλη πιθανότητα να μεταφέρουν αυτά τα χαρακτηριστικά τους και μέσα στις ομάδες ψυχικής υγείας.

Οι υπάρχουσες δομές χαρακτηρίζονται από ανταγωνιστικότητα και έλλειψη ευελιξίας και από ιεραρχικά μοντέλα που βασίζονται στην κάθετη ιεραρχία και δημιουργούν σχέσεις απόστασης και μη συνεργασίας, μ' ένα, συνήθως ψυχίατρο, να δίνει εντολές και τους άλλους επαγγελματίες να πρέπει να τις ακολουθούν.

Η Ομάδα Ψυχικής Υγείας σαν ζωντανό αυτοποιητικό σύστημα χρειάζεται να δημιουργήσει ένα σαφές και ευέλικτο όριο που θα της επιτρέψει την αυτονομία της, τη μετεξέλιξη της ώστε να μπορεί ν' ανταποκρίνεται στις εκάστοτε ανάγκες-αιτήματα, ενώ ταυτόχρονα θα διατηρεί σχέσεις αλληλεξάρτησης με το πλαίσιο μέσα στο οποίο υπάρχει, επηρεάζοντας το απ' αυτό και επηρεαζόμενη απ' αυτό. Μέσα από μια διαρκή πορεία συνεχών μετασχηματισμών, δόμησης - αποδόμησης-αναδόμησης, θα μπορεί να υπηρετεί κάθε φορά τις εκάστοτε αναδυόμενες ανάγκες των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και της κοινότητας.(1)

Για την αποδοτικότερη συμβολή των μελών, μίας ψυχιατρικής ομάδας, απαιτείται εκπαίδευση και ανάπτυξη κοινής αντίληψης. Επειδή τα δύο αυτά στοιχεία απαιτούν χρόνο μέχρι να αναπτυχθούν, επιβάλλεται η αποφυγή αλλαγών των μελών,

της ομάδας αυτής. Κάθε αλλαγή, των επαγγελματιών υγείας, που ανήκουν σε αυτή την ομάδα, πρέπει απαραίτητα να γίνεται με την σύμφωνη γνώμη του διευθυντή του Ψυχιατρικού Τμήματος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι καθοριστικός για την πορεία της νόσου του ασθενούς. Ο ψυχίατρος προσπαθεί να πετύχει μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση του αρρώστου. Ο ψυχίατρος αντιμετωπίζει το πρόβλημα του ασθενούς, σύμφωνα με την κλασσική ψυχιατρική ακολουθώντας τη σειρά, κλινική εξέταση, διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως με ατομικές ψυχοθεραπείες, γνωσιακές ψυχοθεραπείες, θεραπεία συμπεριφοράς κ.λ.π.

Επίσης ο ψυχίατρος σε επίπεδο κλινικό μπορεί να συνεργαστεί στα πλαίσια της διασυνδεδετικής-συμβουλευτικής ψυχιατρικής με άλλον θεράποντα ιατρό του γενικού νοσοκομείου, ώστε να κατευθύνει το θεράποντα ιατρό, να αντιμετωπίσει αυτός τον ασθενή και τα προβλήματά του. Ακόμη ο ψυχίατρος μπορεί να κατευθύνεται στο ευρύτερο θεραπευτικό περιβάλλον του ασθενούς, με κύριο στόχο την ομαλή λειτουργία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα στο νοσοκομείο και την συνεργασία τους με εξωνοσοκομειακούς φορείς.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του ψυχιάτρου εκτείνεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της κλινικής για τους ειδικευόμενους ψυχιάτρους, ή ακόμα και προς το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής με ανάλογα σεμινάρια.

(1). Γ.ΓΟΥΡΝΑΣ Ψυχίατρος Επιμελητής
Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου-Αγίας Παρασκευής

Το ερευνητικό του έργο αφορά προγράμματα για την αναγνώριση και την επισήμανση των χαρακτηριστικών αναγκών των ασθενών της κοινότητας στην οποία υπάγεται γενικότερα ο Τομέας

ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Από πολλών ετών έχει επισημανθεί η ανάγκη ενιαίας εκπαίδευσης των ειδικευόμενων για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Η εκπαίδευση αυτή αποβλέπει:

- Στην απόκτηση σαφούς αντίληψης και επαρκούς γνώσης όλων των ψυχικών διαταραχών του ψυχικά ασθενούς

- Στην ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων για την συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών για την διάγνωση του ασθενούς

- Στην απόκτηση ευχέρειας για την εφαρμογή του κατάλληλου για κάθε κλινική περίπτωση θεραπευτικού σχεδίου

- Στο να είναι σε θέση μετά το πέρας της εκπαίδευσης να αφομοιώνει την νέα γνώση της ψυχιατρικής και των συναφών κλάδων

Η εκπαίδευση των ειδικευόμενων περιλαμβάνει την παρακολούθηση και άσκηση μόνο 1 έτους σε Ψ.Κ.Γ.Ν.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου στα πλαίσια των ενεργειών της ομάδας ψυχικής υγείας είναι:

- **διαγνωστικός**, Βασίζεται δηλαδή στη χορήγηση / χρήση και εκτίμηση των ψυχολογικών δοκιμασιών (tests) για τη διερεύνηση της νόησης, της προσωπικότητας και γενικότερα της συμπεριφοράς του ατόμου.

- **θεραπευτικός**, ο οποίος βασίζεται στα διαγνωστικά στοιχεία τα οποία προέκυψαν από την εκτίμηση των ψυχολογικών δοκιμασιών σε συνδυασμό πάντοτε με

την κλινική εκτίμηση και περιλαμβάνει τη συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας την οποία επιβάλλει η μορφή του προβλήματος.

- **συνεργατικός**, στα πλαίσια της διασυνδετικής και συνίσταται με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.

- **ερευνητικός**, όπου η ερευνητική δραστηριότητα σχετίζεται με το γνωστικό αντικείμενο.

Επίσης η θεραπεία του κλινικού ψυχολόγου θα πρέπει να περιέχει έναν πολλαπλό εστιασμό π.χ. επέμβαση πάνω στη σκέψη και στο συναίσθημα και αναμφίβολα ‘αναμνηστικές’ συνεδρίες- Follow Up- για τις οποίες υπάρχουν ενδείξεις εμπειρίας, ότι συντελούν στη διατήρηση της βελτίωσης μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ /ΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο / Η νοσηλεύτης / τρια έχει πολλούς σημαντικούς ρόλους στο θεραπευτικό πρόγραμμα της κλινικής.

- **Ο ρόλος του παρατηρητή:** Από αυτόν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος, ώστε να μπόυνε οι ακριβείς στόχοι για τον ασθενή και να εκτιμηθούν οι ανάγκες του επακριβώς. Δηλαδή ο / η νοσηλεύτης / τρια παρατηρεί την πορεία της νόσου του και ποιες δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής έχει συγκρατήσει και ποιες έχει χάσει.

- **Ο ρόλος του εκπαιδευτή:** Ο νοσηλεύτης /τρια βοηθάει τον ασθενή σε πρακτικά, εργαστηριακά, και κοινωνικά θέματα με δύο τρόπους:

1. Ο / Η νοσηλεύτης / τρια βοηθάει στο να παρατηρήσει ο ασθενής το πώς συμπεριφέρεται το προσωπικό π.χ. όταν χαιρετάει κάποιος κάποιον, ώστε να του εντυπωθούν κάποιοι κανόνες συμπεριφοράς.

- 2.Ο/Η νοσηλεύτης / τρια ενημερώνει τον χρόνια ψυχικά άρρωστο για τις δραστηριότητες που θα μάθει στην κλινική, π.χ. λήψη φαρμάκων, βασική υγιεινή φροντίδα οικιακές δραστηριότητες, οργάνωση ελεύθερου χρόνου και λοιπές ασχολίες.

Ο / Η νοσηλευτής / τρια μπορεί να έχει ακόμα έναν γονεϊκό ρόλο (πατρικό ή μητρικό). Το πρόγραμμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πολλές φορές παρόμοιο με την ανάπτυξη ενός ανθρώπου, μόνο που τα σχέδιά του διαρκούν λιγότερο. Με αυτό τον ρόλο ο νοσηλευτής / τρια ρυθμίζει τον τρόπο ζωής και την συμπεριφορά του ασθενούς. Έτσι σιγά-σιγά ο ασθενής αναλαμβάνει τις ευθύνες του

και μαθαίνει τι είναι κοινωνικά αποδεκτό, στηριζόμενος πάντα σε κάθε του προσπάθεια από τον νοσηλευτή / τρια της κλινικής.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι πολλαπλός. Οι μορφές (είδη ρόλων) με τις οποίες ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός είναι:

- Διαγνωστικός ρόλος
- Συμβουλευτικός ρόλος
- Θεραπευτικός ρόλος
- Ρόλος χειριστής ομάδων

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στον Ψ.Τ.Γ.Ν., είναι ρόλος <<κλειδί>>, όπως επίσης και ο ρόλος του ψυχιάτρου, διότι έχει καθοριστική σημασία, για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων, για την πορεία του ασθενούς. Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο, όπως και με άλλους ειδικούς μέσα στη θεραπευτική ομάδα, για το καλό του ασθενούς.

Η διαγνωστική προσφορά του περιλαμβάνει όχι μόνο τις οικογενειακές και τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που στην λειτουργικότητα του ατόμου, είναι βασικός ρόλος στην συλλογική προσπάθεια της θεραπευτικής ομάδας. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που μπαίνει στο χώρο του ασθενούς όπου αυτός κινείται (σπίτι, γειτονιά, κ.λ.π.), για να συλλέξει στοιχεία, που από τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο δεν θα μπορούσαν να συλλεχθούν.

Ο συμβουλευτικός του ρόλος έγκειται στο ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο κρίκος σύνδεσης μεταξύ της κλινικής και της οικογένειας του ασθενή κατά την εισαγωγή του αλλά και κατά την διάρκεια νοσηλείας του. Το τελευταίο επιτυγχάνεται με το να ενημερώνει την οικογένεια του ασθενούς, για την θεραπευτική μέθοδο που ακολουθείται και για την πορεία της νόσου του συγγενικού τους προσώπου. Επίσης επικοινωνία υπάρχει και κατά το διάστημα, το οποίο ο ασθενής βρίσκεται εκτός νοσηλείας και με τον ίδιο και με την οικογένειά του. Αυτό γίνεται για την επιτυχή και βαθμιαία επανένταξη του ασθενούς και τον επαναπροσδιορισμό των ρόλων και τον τρόπων, μεταξύ του πάσχοντα και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του.

Ο θεραπευτικός του ρόλος στηρίζεται όχι μόνο στην αποκλειστική κλινική-ψυχαναλυτική παρέμβαση. Στηρίζεται επίσης και σε μία προσέγγιση, που έχει σκοπό την βελτίωση των σχέσεων, την απόκτηση σχετικής με τα προβλήματα γνώσης, την προσαρμογή στο οικογενειακό και ευρύτερα κοινωνικό περιβάλλον και την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση των προβληματικών καθημερινών καταστάσεων αλλά και την υποστηρικτική εργασία. Κύριος στόχος της εργασίας αυτής είναι ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εμφυσησει στον ασθενή **το συναίσθημα της ανεξαρτησίας, της ατομικότητας, της ευθύνης, της επιτυχίας για το παρόν και το μέλλον, αλλά και τη διάθεση για την λύση προβλημάτων.** Ακόμη η εργασία αυτή ασχολείται και με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ασθενών με τον άμεσο ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο, αλλά και με τα προβλήματα που προκύπτουν από την ανάληψη της κύριας φροντίδας των ασθενών, από αυτές.

Τέλος ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την δημιουργία μικροομάδων με ασθενείς της κλινικής. **Ο σκοπός των ομάδων αυτών μπορεί είναι να είναι μορφωτικός, ψυχαγωγικός ή και να στοχεύει στην επανασύνδεση των ασθενών με την πραγματικότητα ή ακόμα και στην καλύτερη προσαρμογή της θεραπείας τους και περαιτέρω, μιας καλύτερης προσαρμογής στην κλινική.**

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν

Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στα εξωτερικά ιατρεία της Ψ.Κ.Γ.Ν. ενός Ψ.Τ.Γ.Ν. να ελέγχει την κατάσταση του ψυχικά αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή του, να συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια του αρρώστου επάνω στο ψυχοφαρμακευτικό σχήμα, να ελέγχει τη διατροφή και τις διαβίωσης, να τηρεί μητρώο ασθενών και να τηρεί στατιστικά δεδομένα του τομέα.

Επίσης συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές και τους φορείς που ασχολούνται με προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης, αλλά και με την επιτροπή Ψυχικής Υγείας, για την ανάπτυξη ομάδων που αφορούν θέματα των ασθενών

Τέλος ο Ε.Υ. παίζει σημαντικό ρόλο και στο **προνοσοκομειακό** και στο **μετανοσοκομειακό** στάδιο του ασθενούς.

Στο προνοσοκομειακό στάδιο προσπαθεί να αποφύγει όσο το δυνατό γίνεται την εισαγωγή του ασθενούς στην Ψ.Κ.Γ.Ν., με την συνεχή παρακολούθηση του στα Εξωτερικά Ιατρεία της κλινικής.

Στο μετανοσοκομειακό στάδιο, από την ημέρα που θα εξέλθει ο ασθενής από την κλινική, σκοπός του είναι, να αποφευχθεί μία πιθανή επανεισαγωγή του. Αυτό γίνεται με δύο τρόπους:

1. **Με τις κατ' οίκον επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς.** Με αυτόν τον τρόπο ο Ε.Υ. συνεργάζεται με την οικογένεια του ασθενή, ώστε το περιβάλλον του να είναι υγιεινό για την αξιοπρεπή διαβίωσή του. Επίσης διαπαιδαγωγεί την οικογένεια του ασθενούς για τον ορθό τρόπο συνέχισης της θεραπείας του (τρόπος χορήγησης φαρμάκων, συνέχιση εργαστηριακών εξετάσεων, επανεξέταση σε τακτικές ημερομηνίες, κ.λ.π.). Τέλος ενημερώνει τον θεράποντα ψυχίατρο για την πορεία της νόσου και διερευνά το ιστορικό του ασθενούς και τους ευμενείς και δυσμενείς παράγοντες που έχουν επιπτώσεις και στην οικογένεια του ασθενούς και στον ασθενή τον ίδιο.

- 2. Με τη δημιουργία μέσα στην Ψ.Κ.Γ.Ν. της Ομάδας Επανερχομένων Κλινικής (Ο.Ε.Κ.).** Ο σκοπός της δημιουργίας της ομάδας αυτής είναι η συμβολή για την παραμονή των ασθενών στην κοινότητα. Αυτό γίνεται με καθορισμένα ραντεβού μια φορά το μήνα (συνεδρίες) όπου αναπτύσσονται θέματα που έχουν σχέση με τα πραγματικά καθημερινά τους προβλήματα, στο χώρο που ζούνε, μέσα στην οικογένεια ή στις σχέσεις τους με άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους. Μετά τη λήξη της συνεδρίας ο Ε.Υ. παραπέμπει σε θεράποντα ψυχίατρο τα περιστατικά που χρήζουν ανάγκης. Για αυτό και χρειάζεται και η συνεργασία του ψυχιάτρου στην Ο.Ε.Κ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΟΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Ο ρόλος της Εργοθεραπευτικής ομάδας, είναι η οργανωμένη και καθοδική παροχή ερεθισμάτων τέτοιου είδους και μορφής, ώστε να επιστρέψουν εύκολα στο περιβάλλον τους και να αποτελέσει η παραμονή στην κλινική τη μη αποστασιοποίηση από τη ζωή και την ενεργοποίηση. Αυτός ήταν και ο βασικός γνώμονας που οδήγησε να γίνει η επιλογή των ερεθισμάτων, από την καθημερινή ζωή, δηλαδή ερεθίσματα που αφορούν:

- Την συντήρηση του ατόμου
- Την φροντίδα και καθαριότητα του ατόμου και του περιβάλλοντός του, τα χόμπι και την ψυχαγωγία του
- Την εργασία με την μορφή οργανωμένης συμμετοχής σε εργασιακό τμήμα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Το διοικητικό προσωπικό του Ψ.Τ.Γ.Ν. φροντίζει για θέματα γραμματειακής υποστήριξης, όπως τήρηση πρωτοκόλλου, διακίνηση αλληλογραφίας και τήρηση αρχείου ασθενών από τα Ε.Ι. της κλινικής.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Το βοηθητικό προσωπικό του Ψ.Τ.Γ.Ν., έχει υποστηρικτικό ρόλο επί του νοσηλευτικού προσωπικού. Φροντίζει κυρίως για την καθαριότητα των θαλάμων των νοσηλευθέντων και για την σωματική τους υγιεινή.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η κύρια υποδομή του Ψυχιατρικού Τομέα του Σεισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αττικής υλοποιήθηκε από το 1987 ως και το 1989 στα πλαίσια της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας, για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (Κανονισμός 815/84), με ενίσχυση της Ε.Ο.Κ.

Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε από υλικοτεχνική πλευρά τον Νοέμβριο του 1989 και η έναρξη λειτουργίας της Κλινικής πραγματοποιήθηκε στις 13 Μαρτίου 1990 από τον Υπουργό Υγείας κ. Γ. Μερικά. Η οργάνωση και η λειτουργία της ολοκληρώθηκαν στη διετία 1990-1991. Η μονάδα στεγάζεται σ' ένα ισόγειο κτίσμα 1500 τ.μ., στελεχώθηκε εκείνη τη διετία με πρόσθετο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτριες υγείας καθώς και άλλο βοηθητικό προσωπικό.

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

1. Ψυχιατρικό Τμήμα(Μονάδα Νοσηλείας 20 κλινών)
1,2. Εξωτερικά Ιατρεία και Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία
1,3. Επείγοντα Περιστατικά
1,4. Εφημερία
2. Συμβουλευτική-Διασυνδετική Ψυχιατρική
3. Κοινωνική Υπηρεσία
4. Εργοθεραπεία
5. Λογοθεραπεία
6. Ψυχιατρική Κάλυψη Κ.Υ. Σπάτων και Ν. Μάρκης και Συμβουλευτική κάλυψη του Νοσοκομείου 'Αμαλία Φλέμινγκ'
7. Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικού Τομέα Σεισμανογλείου Νοσοκομείου
8. Κέντρο Προ και Επαγγελματικής Αποκατάστασης

Ι ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ **ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.**

Κτιριακές εγκαταστάσεις και Τεχνική υποδομή

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Σεισμανογλείου είναι ένα πρότυπο ανεξάρτητο ισόγειο κτίσμα 1500τ.μ. περίπου, λειτουργεί ως ανοιχτή μονάδα, δεν διαθέτει χώρο απομόνωσης και δεν έχει κγκλιδώματα στα παράθυρα

Η κτιριακή υποδομή αποτελείται από:Α) Την κυρίως κλινική με 8 δίκλινα και 4 μονόκλινα δωμάτια (20 κλίνες) με ατομικές τουαλέτες και πολλούς κοινόχρηστους χώρους όπως 3 αίθουσες εργοθεραπείας, κουζίνα, τραπεζαρία, σαλόνι, αίθριο, γυμναστήριο, ένα δωμάτιο νοσηλείας με υποστηρικτικό δωμάτιο για τοποθέτηση ιατρικών οργάνων και φαρμάκων, αποθήκη άπλυτων ρούχων και γραφείο προϊσταμένης του τμήματος.

Β) Τα Εξωτερικά ιατρεία με οκτώ εξεταστήρια, γραμματεία, αίθουσα με μονόδρομο καθρέπτη για οικογενειακή θεραπεία, βοηθητικούς χώρους, (τουαλέτες επισκεπτών, αποδυτήρια και τουαλέτες προσωπικού, δωμάτιο ανάπαυσης-αναψυχής προσωπικού στο εφημερίο που περιλαμβάνει δύο υπνοδωμάτια) τον χώρο εργασίας του προσωπικού που αποτελείται από γραφεία κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και μια αξιόλογη αίθουσα υποδοχής και αναμονής των επισκεπτών και των ασθενών των ιατρείων που χρησιμοποιείται και σαν χώρος συγκέντρωσης και αναψυχής των νοσηλευομένων.

Ο Ψυχιατρικός Τομέας διαθέτει δικό του υλικό οργάνων για αντιμετώπιση σημαντικών προβλημάτων(σει ανάνηψης, αναρρόφηση, ηλεκτροκαρδιογράφο κ.α.) και είναι εξοπλισμένος με νεότερο τύπου όργανο ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

Επίσης διαθέτει ηλεκτροεγκεφαλικό εργαστήριο που αποτελεί την αρχή για την οργάνωση ενός νευροψυχοφυσιολογικού εργαστηρίου για την μελέτη κλινικών προβλημάτων. Υπάρχει επίσης το εργαστήριο ύπνου. Και διάφορες δραστηριότητες της εργοθεραπείας που προσφέρει σημαντική απασχόληση και ψυχαγωγία στους ασθενείς(βιβλιοδεσία, πυρογραφία, ανθοκομεία κ.λ.π.

**Προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής
του Σεισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού
Νοσοκομείου Αττικής.**

Στον πίνακα 9 καταγράφεται το προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής όπως είναι σήμερα και όπως προβλέπεται από τον Οργανισμό λειτουργίας της Κλινικής

Πίνακας 9

	Υπηρετούντες	Προβλεπόμενοι
Διευθυντής	1	1
Επιμελητές	7	7
Ειδικευόμενοι	6	6
Νοσηλευτικό προσωπικό	16	20
Βοηθητικό Προσωπικό	4	7
Κοινωνικοί Λειτουργοί	1	1
Εργοθεραπευτές	3	3
Ψυχολόγοι	3	3
Λογοθεραπευτές	1	1
Διοικητικοί	-	1
Επισκέπτριες Υγείας	2	2
Σύνολο	45	52

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού

Στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Σεισμανογλείου οι 12 από τους 16 νοσηλευτές έχουν ψυχιατρική ειδικότητα. Για την εκπαίδευση και την εξοικείωση των νοσηλευτών που όλοι ήταν τριετούς εκπαίδευσης αλλά δεν είχαν καμία προηγούμενη εμπειρία στην ψυχιατρική κλινική, οι ψυχίατροι της κλινικής οργάνωσαν πολλές εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής αποτελεί μια άριστη βάση για τη λειτουργία του ψυχιατρικού τμήματος. Η εκάστοτε προϊσταμένη της Κλινικής κατέχει την ειδικότητα της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

- Στον τομέα λειτουργεί επίσης Κοινωνική Υπηρεσία με μία Κοινωνική Λειτουργό.

- Επίσης εργάζονται 2 επισκέπτριες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί στην Ψ.Κ. του Σεισμανογλείου Νοσοκομείου σαν ψυχιατρικές επισκέπτριες και συμμετέχουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων των ασθενών που παρακολουθούνται στην διασυνδεδετική

ψυχιατρική υπηρεσία και ιδιαίτερα στην μετανοδοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων ασθενών, στην Ψ.Κ. του Σεισμανογλείου Νοσοκομείου.

- Το προσωπικό της εργοθεραπείας αποτελείται από 3 εργοθεραπεύτριες που εργάζονται και κατά το απογευματινό ωράριο και έχουν αναπτύξει ιδιαίτερα νοηματικές για τους ασθενείς δραστηριότητες.

- Λειτουργεί ιατρείο λογοθεραπείας που είναι το μοναδικό πανελλαδικά εγκατεστημένο σε γενικό περιφερειακό νοσοκομείο.

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τους εξειδικευμένους ιατρούς ψυχιάτρους όπου ο καθένας έχει αναλάβει εξειδικευμένα ιατρεία που αφορούν προγράμματα οικογενειακής θεραπείας, θεραπείας συμπεριφοράς και σεξουαλικής θεραπείας, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία καθώς και ομαδικές θεραπείες.

Τέλος ο Τομέας υποστηρίζεται και από βοηθητικό προσωπικό. Όλο το προσωπικό συνεργάζεται ενεργά και αρμονικά για τη δημιουργία καλού θεραπευτικού περιβάλλοντος στο χώρο της Ψυχιατρικής Κλινικής

Το φάσμα των Διαγνώσεων της Ψ.Κ. του Ψ.Τ. Σεισμανόγλειου Νοσοκομείου.

Η ποικιλία των ψυχικών διαταραχών που παρακολουθούνται στην ψυχιατρική κλινική του Σεισμανογλείου, είναι σημαντική και καλύπτει όλο το φάσμα της νοσοκομειακής ψυχιατρικής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με όλες τις αποδεκτές ψυχιατρικές μεθόδους(βιολογικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες) και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις θεραπείες περιβάλλοντος στην διάρκεια της νοσηλείας.

Οι κατηγορίες των διαγνώσεων είναι οι εξής:

- **Οργανικά ψυχοσύνδρομα**
- **Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις**
- **Συναισθηματικές διαταραχές**

- Διαταραχές άγχους και σωματοποίησης
- Εξάρτηση από αλκοόλ
- Εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες
- Άλλες(απόπειρες αυτοκτονίας κ.λ.π.)

1,2 Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος

Από τις αρχές του 1987 άρχισαν να λειτουργούν εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία σε καθημερινή βάση με την διαδικασία της προσυνηνόησης. Η προσυνηνόηση αφορά όχι μόνο την ημερομηνία και την ώρα, αλλά επιλέγεται και ο γιατρός που θα εξετάσει τον ασθενή. Τα ιατρεία καλύπτουν όλο το κλινοδιαγνωστικό φάσμα.

Στον πίνακα 4 βλέπουμε τον συνολικό αριθμό των εξετασθέντων την δεκαετία 1990-2000 στα εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και επείγοντα.

Πίνακας 10α

Έτη	ΤΑΚΤΙΚΑ	ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ	ΕΠΑΝΑΕΙΣΑΓΩΓΕΣ
1990	2526	2000	114
1991	3440	1820	28
1992	1320	3904	9
1993	1453	1445	12
1994	1930	1648	5
1995	2335	1295	6
1996	2003	1542	5
1997	4562	1637	7
1998	4682	1516	7
1999	4301	1289	5
2000	3500	2400	7
Σύνολο	29726	18496	205

Οι επανεισαγωγές μειώθηκαν δραστικά λόγω της συχνής παρακολούθησης των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία αλλά και στην τακτική της κλινικής να αποφεύγει επανεισόδους ασθενών στο Τμήμα, αν δεν συντρέχουν σοβαροί λόγοι, καθώς επίσης και εξαιτίας της λειτουργίας της ομάδας των επανερχομένων.

Σημαντικά στη μείωση των προσερχόμενων στα εξωτερικά ιατρεία θα βοηθούσε και η ανάπτυξη του συνδεδεμένου με την Ψυχιατρική Κλινική Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βορείου Λεκανοπεδίου Αττικής, το οποίο ακόμη δεν λειτουργεί

Τα εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν στο χώρο της Ψυχιατρικής Κλινικής. Ο χώρος αναμονής είναι κοινός για τους ασθενείς.

Πίνακας 10β (Διαγνώσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία).

Έτη	Ψυχώσεις	Συναισθηματικές διαταραχές	Αγχώδης διαταραχές	Διαταραχές προσωπικότητας	Οργανικά ψυχосύνδρομα	Άλλες
1990	1204	1851	1312	172	56	790
1993						
1994	1129	1658	1226	168	71	529
1995	23	944	836	1208	19	550
Σύνολο	2356	4453	3374	1548	146	1869

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Κατά τα έτη 1990-1995 στα Εξωτερικά Ιατρεία συνολικά εξετάστηκαν 25316 ασθενείς. Κατά την διάρκεια αυτών των ετών παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν, οι συναισθηματικές διαταραχές. (Λόγω έλλειψης στοιχείων από τη στατιστική υπηρεσία του Νοσοκομείου δεν υπάρχουν πληροφορίες για τα υπόλοιπα έτη.)

Τα Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος του Σισμανογλείου.

Στον Ψ.Τ. του Σισμανογλείου λειτουργούν εξειδικευμένα ιατρεία που αφορούν προγράμματα οικογενειακής θεραπείας, σεξουαλικής θεραπείας, ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ομαδικές θεραπείες και το ιατρείο άνοιας

Ιατρείο Οικογενειακή Θεραπείας.

Το ιατρείο λειτούργησε στην κλινική από το 1990. Μία φορά το μήνα γίνεται συνεδρία από τον υπεύθυνο επιμελητή ψυχίατρο με όλα τα μέλη της οικογένειας του ασθενή και μαζί με τον ασθενή, για την παροχή συμβουλών προς την οικογένειά του, για την καλύτερευση των σχέσεων μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή.

Εξετάζονται περιπτώσεις απ' όλο το φάσμα των διαγνώσεων των ψυχιατρικών ασθενειών που εισάγονται στην κλινική. Δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για όλη την δεκαετία. Για το έτος 1991 υπάρχουν μόνο στοιχεία για το πόσα περιστατικά εξετάστηκαν και σε ποιες διαγνωστικές κατηγορίες ασθενειών ανήκουν.

Πίνακας διαγνώσεων για το έτος 1991 των ασθενών που εξετάστηκαν από το ιατρείο της οικογενειακής θεραπείας (Πίνακας 11)

Διαγνώσεις	Συνολικός αριθμός εξετασθέντων
Νευρογενής ανορεξία	5
Διαταραχές προσωπικότητας	20
Ψυχώσεις	25
Καταθλίψεις	15
Αγχώδεις διαταραχές	10
Άλλες	5

Πηγή: Ιατρείο Οικογενειακής Θεραπείας

Ο συνολικός αριθμός των εξετασθέντων ήταν 80 και το 50% από αυτά παρουσίασε βελτίωση. Παρ' ότι οι ασθενείς με ψυχώσεις καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δίνεται μεγάλη έμφαση σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Αυτό γιατί στο Τμήμα δίνεται μεγαλύτερη σημασία στους ασθενείς με αυτήν την πάθηση, γιατί ο ιατρός ψυχίατρος που είναι υπεύθυνος του ιατρείου έχει εξειδικευθεί στην νευρογενή ανορεξία Γενικότερα τσο Ψ.Τμ. του Σισμανογλείου έχει την πρωτοβουλία της διοργάνωσης συνεδρίων για την "νευρογενή ανορεξία".

Ιατρείο Σεξουαλικής Θεραπείας.

Το ειδικό ιατρείο σεξουαλικών δυσλειτουργιών λειτουργεί στα πλαίσια του Ψυχιατρικού Τμήματος, από το 1990 και έχει άμεση και συνεχή συνεργασία με όλα τα εξειδικευμένα ιατρεία της κλινικής

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Δευτέρα από τις 10.00 έως τις 13.00 και υπεύθυνος είναι ένας επιμελητής ψυχίατρος, με μετεκπαίδευση στο Λονδίνο σε μονάδα σεξουαλικών δυσλειτουργιών και σε μονάδα γνωσιακής-συμπεριφερειολογικής ψυχοθεραπείας.

Το ιατρείο παρέχει θεραπεία και συμβουλές σε ασθενείς της κλινικής και μη, αλλά και σε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε οποιαδήποτε φάση της σεξουαλικής λειτουργίας, οφειλόμενες σε ψυχολογικούς λόγους.

Αυτές είναι:

Προβλήματα στύσης

Προβλήματα εκσπερμάτισης

Ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας

Προβλήματα σεξουαλικής διέγερσης

Προβλήματα οργασμού στη γυναίκα

Κολεόσπασμος (σπασμός μυών του κόλπου)

Δυσπαρευνία (πόνος των γεννητικών οργάνων κατά τη σεξουαλική πράξη).

Ιατρείο Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας

Το ιατρείο λειτουργεί από το 1990 με υπεύθυνο έναν ψυχίατρο επιμελητή. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή μέσω της προσωπικής του ζωής να κατανοήσει τα συμπτώματα της ασθένειάς του.

Στηριζόμενος στη σχέση του με τον θεραπευτή του και αναλύοντας αυτή τη σχέση προσδοκείται η καλύτερευση της κλινικής κατάστασης του ασθενή.

Γίνονται συναντήσεις 1 ή 2 φορές την εβδομάδα μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς (όταν βρίσκεται ο κατάλληλος χώρος στην κλινική). Οι συναντήσεις αυτές για τον κάθε ασθενή μπορεί να κρατήσουν από 2 έως και 3 χρόνια.

Η Ομαδική Θεραπεία

Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από μια νοσηλεύτρια, την κοινωνική λειτουργό της κλινικής, δύο ψυχιάτρους επιμελητές και από τον διευθυντή της κλινικής.

Η δομή της ψυχοθεραπευτικής ομάδας των νοσηλευόμενων ασθενών στην ψυχιατρική κλινική έχει μία σταθερότητα ως προς τον τόπο, χρόνο με διάρκεια μία ώρα και 30 λεπτά κάθε εβδομάδα. Λειτουργήσει από το 1990. Είναι ετερογενής ως προς το φύλο, ως προς την ηλικία, την διάγνωση και την λειτουργικότητα των ασθενών, των οποίων η ένταξη στην ομάδα γίνεται μετά από ατομική προετοιμασία και αφού παρέλθει ένας μικρός χρόνος προσαρμογής στο περιβάλλον της ψυχιατρικής κλινικής.

Η ομάδα είναι ανοικτή σε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ψυχιατρική κλινική εφ' όσον υπάρχουν βασικές δυνατότητες επικοινωνίας και δεν παρεμποδίζονται από έντονα παραγωγικά συμπτώματα (π.χ. παρανοϊκού τύπου κ.α.).

Στόχοι της είναι η ανακούφιση του άγχους που προκύπτει στην αρχή από τη νοσηλεία αλλά και από τα παραγωγικά συμπτώματα, η υποστήριξη στην προσαρμογή τους στο περιβάλλον της κλινικής και η προσπάθεια εναισθησίας της νόσου τους.

Οι στοιχειώδεις θεραπευτικοί παράγοντες της ομάδας είναι:

- να μην χάνει την ελπίδα του ο ασθενής
- παγκοσμιότητα-καθολικότητα
- μετάδοση πληροφοριών
- αλτρουισμός
- εσωτερική αναζήτηση του ασθενούς όσο αφορά την προσωπικότητά του και το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, πάντα με τη βοήθεια της ομάδας
- μοίρασμα εμπειρίας και

- μιμητική συμπεριφορά και ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης.

Μετά το τέλος κάθε συνάντησης γίνεται ανασκόπηση της ομαδικής συνεδρίας από τους θεραπευτές, όπου αναλύονται τα συμβαίνοντα στην ομάδα και συζητώνται συναισθήματα και παρεμβάσεις των θεραπειών, σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο.

Το Ιατρείο Άνοιας.

Από το Απρίλιο του 1999 λειτουργεί τακτικό Ιατρείο Άνοιας στην Ψυχιατρική Κλινική του Σισμανογλείου. Βασικός σκοπός του ιατρείου είναι η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των Ανοιακών συνδρόμων και των συναφών νευροψυχιατρικών διαταραχών, καθώς και η ευρύτερη παροχή υπηρεσιών στις οικογένειες των ασθενών.

Το ιατρείο λειτουργεί κάθε Τετάρτη από ώρα 10.00 έως 2.00 τα ραντεβού κλείνονται από το γραφείο των τακτικών Ιατρείων του Σισμανογλείου, ενώ οι πληροφορίες από μια επισκέπτρια υγείας της Ψυχιατρικής Κλινικής.

Το Ιατρείο λειτουργεί υπό την εποπτεία του Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής και συμμετέχουν ένας αναπληρωτής Διευθυντής νευρολόγος, ένας επιμελητής Ά ψυχίατρος, μία ειδικευμένη Ψυχίατρος και μία κλινική Ψυχολόγος.

Το Ιατρείο στο διάστημα της 21μηνος λειτουργίας του έχει ήδη σημαντική κίνηση ασθενών που πάσχουν από νόσο Alzheimer, αγγειακής αιτιολογίας Άνοια και άλλα συναφή νευροψυχιατρικά σύνδρομα.

Ομάδα Επανερχομένων

Υπεύθυνοι για την ομάδα επανερχομένων είναι δύο επισκέπτριες υγείας, μία ψυχίατρο, μία νοσηλεύτρια και ο διευθυντής της κλινικής. Η ομάδα των επανερχομένων της κλινικής ξεκίνησε το 1990. Είναι μία ομάδα στην οποία συμμετέχουν ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί μία ή περισσότερες φορές στην κλινική.

Είναι δηλαδή μία ομάδα follow-up. Τα άτομα επιλέγονται σύμφωνα με τις κλινικές τους διαγνώσεις, τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν σε μία ομαδική διεργασία και τη χρονική τους διαθεσιμότητα.

Η ομάδα αυτή συμβάλλει στην επανένταξη, στην κοινωνικοποίηση των ασθενών στην κοινότητα και στην αποφυγή των συχνών επανεισαγωγών στη ψυχιατρική κλινική. Ο χαρακτήρας είναι ψυχοθεραπευτικός υποστηρικτικού τύπου, τονίζοντας τα προβλήματα που αυτοί οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν στην οικογένεια, στην εργασία, στον κοινωνικό τους περίγυρο μετά την έξοδό τους από την ψυχιατρική κλινική.

Λειτουργεί μία φορά στις 15 μέρες, διαρκεί 1 ώρα και 30 λεπτά, με συντονίστριες μία ψυχίατρο και δύο επισκέπτριες υγείας.

Οι συντονίστριες της ομάδας μετά τη λήξη της επεξεργάζονται τα συμπεράσματα κάθε συνεδρίας, καταγράφουν το υλικό και αν χρειάζεται δίνουν πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς για τυχόν έκτακτα προβλήματα που προκύπτουν.

Συμπερασματικά, η συμβολή της ομάδας επανερχομένων ασθενών είναι σημαντική για τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την αποφυγή των επανεισαγωγών.

Στοιχεία για την ομάδα των επανερχομένων υπάρχουν μόνο για τα έτη 1992, 1993 και 1994(και όχι αναλυτικά για όλη τη διάρκεια της χρονιάς), λόγω της αμέλειας εγγραφής στατιστικών στοιχείων για τους ασθενείς, από τους υπεύθυνους θεραπευτές της ομάδας.

Πίνακας 12

Έτη	Μήνες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1992	Οκτώβριος	2	3	5
	Νοέμβριος	2	3	5
	Δεκέμβριος	6	2	8
1993	Ιανουάριος	8	4	12
	Φεβρουάριος	3	2	5
	Μάρτιος 1 ^η συνάντηση	1	1	2
	Μάρτιος 2 ^η συνάντηση	1	2	3
1994	Φεβρουάριος	6	1	7

Πηγή: Ομάδα Επανερχομένων

Πρέπει να επισημάνουμε ότι τον Δεκέμβριο του 1992 δεν παρουσιάστηκαν 2 άτομα στις συνεδρίες. Επίσης και τον Ιανουάριο του 1993 δεν παρευρέθησαν 6 άτομα στις συναντήσεις. Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι, με δεδομένα αυτά τα στοιχεία τον μεγαλύτερο αριθμό συμμετοχής κατέχουν οι άνδρες.

1.3. Επείγοντα Περιστατικά

Το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο εφημερεύει κάθε 4 ημέρες. Επίσης και η Ψυχιατρική Κλινική παρέχοντας τις υπηρεσίες της από ειδικευμένους και ειδικευόμενους γιατρούς.

Τα έκτακτα περιστατικά προσέρχονται σε ειδικό χώρο των Επειγόντων περιστατικών. Τα έκτακτα περιστατικά καλύπτονται από ειδικευμένους και ειδικευόμενους γιατρούς, οι οποίοι καλύπτουν όλο το φάσμα των επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών, τις ημέρες της εφημερίας.

Πίνακας 13

Έτη	Έκτακτα Περιστατικά
1990	2000
1991	1820
1992	3904
1993	1445
1994	1648
1995	1295
1996	1542
1997	1637
1998	1516
1999	1289
2000	2400

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Σισμανογλείου

(Λόγω έλλειψης στοιχείων υπάρχουν πληροφορίες μόνο για τα έτη 1991-1994)

Πίνακας 13α (Διαγνώσεις Επειγόντων Περιστατικών 1991-1994)

Έτη	Ψυχώσεις	Συναισθηματικές Διαταραχές	Αγχώδεις Διαταραχές	Διαταραχές Προσωπικότητας	Οργανικά ψυχοσύνδρομα	Άλλες
1991	684	1155	759	95	34	446
1993						
1994	362	577	412	58	24	215
Σύνολο	1046	1732	1171	153	58	661

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Σισμανογλείου

Από τον Πίνακα 5α παρατηρούμε ο μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών, που αντιμετωπίστηκαν στα Επείγοντα Περιστατικά, ήταν ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές.

1,4 Γενική Εφημερία

Η Ψυχιατρική Κλινική του Τομέα εφημερεύει 2 φορές την εβδομάδα, εκτός από την προγραμματισμένη εφημερία του, για περιστατικά εισαγγελικών εντολών. (Στοιχεία για την κίνηση των ασθενών κατά την εφημερία της κλινικής υπάρχουν μόνο για τα έτη 1995, 1996, 1997)

Πίνακας 14α (Φύλο ασθενών από εισαγγελική εντολή)

Έτη	Αρ.Εξετασθ.	Άνδρες	Γυναίκες	Ηλικία		
				35	35-64	65>
1995	151	73	78	A37,Γ39	A26,Γ31	A10,Γ8
1996	526	245	281	A112,Γ111	A115,Γ133	A18,Γ17
1997	716	332	378	A152,Γ182	A152,Γ152	A28,Γ38

Πίνακας 14β (Διαγνώσεις Εφημερίας Εισαγγελικών Εντολών)

Διαγνώσεις	Έτη		
	1995	1996	1997
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	A3-Γ1	A3-Γ1	A5-Γ3
Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις	A10-Γ14	A64-Γ96	A89-Γ108
Συναισθηματικές Διαταραχές	A15-Γ19	A76-Γ98	A118-Γ132
Διαταραχές άγχους σωματοποίησης	A8-Γ29	A25-Γ32	A33-Γ42
Αλκοόλ	A0-Γ0	A22-Γ20	A35-Γ46
Ναρκωτικά	A19-Γ3	A35-Γ16	A43-Γ23
Άλλες(αυτοκτονίες κ.λ.π.)	A19-Γ16	A14-Γ18	A15-Γ24

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

2. Συμβουλευτική /Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Η Συμβουλευτική- Διασυνδεδετική υπηρεσία για το Γενικό Νοσοκομείο λειτουργεί από το 1987. Η υπηρεσία της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής του Σεισμανογλείου καλύπτει τα ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα πολλών νοσηλευομένων του νοσοκομείου, με μια μηνιαία διακίνηση 42 ασθενών κατά μέσο όρο.

Από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του της Ψ.Κ. στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο δόθηκε προτεραιότητα στη συνεργασία με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων με βάση την ολιστική άποψη για την νόσο. Το Σισμανόγλειο προσφέρει την Συμβουλευτική κάλυψη και του Νοσοκομείου Αμαλία Φλέμινγκ, λόγω έλλειψης ψυχιάτρου εκεί.

Πίνακας 15

Στοιχεία Κίνησης Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής

Έτη	Παραπομπές	Εισαγωγές στο Γ.Ν.	Ποσοστό
1990	808	4526	17,8%
1991	940	5260	17,8%
1992	961	5424	17,8%
1993	517	2898	17,8%
1994	619	3578	17,8%
1995	247	3639	6,7%
1996	171	3545	4,8%
1997	209	6199	3,3%
1998	209	6198	3,3%
1999	188	5590	3,3%
2000	198	5900	3,3%
Σύνολο	5075	52757	9,6%(μέσος όρος)

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Από τα στοιχεία παραπομπών του Πίνακα 2 αποδεικνύεται μια σταδιακή μείωση στη δεκαετία με κάποιες αυξομειώσεις κατ' έτος. Το ποσοστό όμως είναι μεγάλο 9,6% όταν το μέσο ποσοστό διεθνώς υπολογίζεται γύρω στο 4% των εισαγωγών σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Απ' ότι βλέπουμε στο Σισμανόγλειο έχει αναπτυχθεί καλή συνεργασία μεταξύ ψυχιάτρων και άλλων ειδικοτήτων.

3. Η Κοινωνική Υπηρεσία

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Σισμανογλείου διαθέτει ξεχωριστή Κοινωνική

Υπηρεσία, από το υπόλοιπο Γενικό Νοσοκομείο, από την αρχή της λειτουργίας της. Υπεύθυνη για την Κ.Υ. είναι μία κοινωνική λειτουργός που βοηθά στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικά ασθενών.

Η Κ.Α. παίρνοντας το Κοινωνικό Ιστορικό του ασθενούς, παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Γίνεται συστηματική τακτική κοινωνική εργασία κυρίως έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων και art therapy (εργασία με σχέδιο από το 1998).

Η Κ.Υ. του Σισμανογλείου συνεργάζεται με φορείς και υπηρεσίες για οικονομική ενίσχυση των ασθενών όπως ξενώνες και κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Θα υπάρξει και συνεργασία με φορείς που συνεργάζονται με την Κ.Υ, οι οποίοι εκπονούν προγράμματα τα οποία χρηματοδοτούνται από την Ε.Ε. και έχουν σχέση με την προ-επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών. Τέτοιοι φορείς είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βύρωνα, το Αιγηνείο Νοσοκομείο, το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας ο Ο.Α.Ε.Δ. και η Μονάδα εφήβων-25 ετών του Νοσοκομείου Αγία Σοφία

Κατά τη συνεργασία με αυτούς τους φορείς και πριν την παραπομπή γίνεται προετοιμασία, αξιολόγηση (αν μπορεί ο ασθενής να ενταχθεί στο πρόγραμμα) και συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς για την υποστήριξη του και πριν την ένταξη του και μετά στα προγράμματα αυτά. Η προετοιμασία αυτή γίνεται και από την κοινωνική λειτουργό της κλινικής και από τους αρμόδιους ψυχιάτρους.

4. Η Εργοθεραπεία.

Ο ρόλος της Εργοθεραπευτικής ομάδας είναι η οργανωμένη και μεθοδική παροχή ερεθισμάτων τέτοιου είδους και μορφής, ώστε να μην επιτρέψουν (εύκολα) να

αποτελέσει η παραμονή στην κλινική αποστασιοποίηση από τη ζωή και την ενεργοποίηση. Αυτός ήταν και ο βασικός γνώμονας που οδήγησε και την εργοθεραπευτική ομάδα της Ψ.Κ. του Σισμανογλείου να κάνει την επιλογή των ερεθισμάτων, από την κοινή καθημερινή ζωή, δηλαδή ερεθίσματα που αφορούν:

Τη συντήρηση του ατόμου π.χ. με την προετοιμασία γεύματος
Τη φροντίδα-καθαριότητα του ατόμου και του περιβάλλοντός του
Τα χόμπι και την ψυχαγωγία και
Την εργασία (με την μορφή οργανωμένης συμμετοχής σε εργασιακό τμήμα).

Η ανάγκη του φαγητού είναι για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς κοινή υπόθεση.. Στην Ψυχιατρική Κλινική του Σισμανογλείου, μια φορά την εβδομάδα το γεύμα προετοιμάζεται με την συνεργασία και των ανδρών και των γυναικών ασθενών.

Η φροντίδα του ατόμου και του περιβάλλοντός του είναι ο τομέας που παρουσιάζει ανάγκη στενής συνεργασίας με την νοσηλευτική υπηρεσία. Εδώ ο ρόλος της εργοθεραπευτικής ομάδας είναι προτρεπτικός και υποστηρικτικός, δεν είναι ούτε πρωταρχικός, ούτε εκτελεστικός (δηλαδή θα υποδεικνύει στους ασθενείς της κλινικής, ότι στους κοινούς χώρους και στους χώρους εργασίας είναι απαραίτητη κάποια τάξη).

Ένα μέρος της αυτενέργειας είναι και η εξέλιξη των ασθενών. Η εργοθεραπευτική ομάδα δεν έχει το δικαίωμα ούτε της άμεσης, ούτε της έμμεσης υποκατάστασης αυτής.

Στην προσπάθεια η εργοθεραπευτική ομάδα να προσεγγίσει την σφαίρα των χόμπι αντιμετώπισε την ανάγκη για προσαρμοστικότητα, εφευρετικότητα και επινοήσεις. Είναι ανάγκη όλων η δραστηριοποίηση σε κάποιο χώρο, χρησιμοποιώντας τον ως φορέα ανάδειξης και εξέλιξης των ικανοτήτων. Αθλοπαιδιές για τις οποίες διατίθενται γήπεδο μπάσκετ και βόλει, συγχρόνως. Για τους βιβλιολάτρες και φίλους της μελέτης υπάρχει μια μικρή βιβλιοθήκη. Για τους φίλους της τεχνολογίας υπάρχει Ηλεκτρονικός Υπολογιστής που δίνει την δυνατότητα να εκπαιδευτούν όσοι το επιθυμούν, στο χειρισμό του και στο τυφλό σύστημα δακτυλογράφησης. Μ' αυτόν γίνεται επίσης και η μηχανογράφηση των κοινωνικών ιστορικών. Για τους φίλους του φλίμπερ η ψυχιατρική κλινική διαθέτει ΑΤΤΑΡΙ, ενώ για τους κλασικούς καλλιτέχνες-χειροτέχνες υπάρχει η πυρογραφία και η ζωγραφική.

Για το γυναικείο πληθυσμό πλέξιμο και κέντημα με ευρεία γκάμα επιλογής. Ένα ξεδίπλωμα άλλης μορφής έφεραν οι εβδομαδιαίες ομάδες μουσικής και χορού, με ερασιτέχνες εργοθεραπευτές χορευτές. (Αυτό γινόταν κατά τα έτη 1991-1993).

Το ρεκόρ συμμετοχής κατακτήθηκε από τα μηνιαία πάρτι. Σε κάθε ένα από αυτά η εργοθεραπευτική ομάδα συνεργάζεται με την Κοινωνική Υπηρεσία που εξασφαλίζει κάθε φορά 10μελή ζωντανή ορχήστρα και τραγουδιστή, καθώς και με το γραφείο Διατροφής του Νοσοκομείου, που ετοιμάζει ειδικό μπουφέ για πάρτι. Η δε συμμετοχή, θεραπευτών θεραπευομένων και των προσκεκλημένων τους, δίνει στην ατμόσφαιρα κέφι εξωνοσοκομειακό.

Για εκείνους που οι δυνάμεις τους έχουν αποκατασταθεί σε μεγάλο βαθμό και η ευφυΐα τους, τους υποδεικνύει τη συμμετοχή σε οργανωμένη ομάδα υψηλότερων απαιτήσεων, υπάρχει το "εργαστήριο βιβλιοδεσίας". Το εργαστήριο έχει τη δυνατότητα απασχόλησης 27 ασθενών.

Σ' ένα από τα ζητήματα που συχνά παρουσιάζεται η ανάγκη να επανατοποθετηθούν αυτοί που φεύγουν, είναι και η επαγγελματική τους πορεία. Υποκινούμενοι από δεδομένα αυτής της μορφής, η εργοθεραπευτική ομάδα συμμετείχε ενεργά και στην εκπόνηση των προγραμμάτων για τη λειτουργία της εκπαιδευτικής θερμοκηπευτικής μονάδας, μέσω της εφαρμογής του προγράμματος HORIZON II.

Λόγω έλλειψης στοιχείων για τις προτιμήσεις των ασθενών στις δραστηριότητες της εργοθεραπείας παραθέτονται μόνο στοιχεία για τα έτη 1991-1993, για 322 ασθενείς, τα οποία είναι τα εξής

Πίνακας 16

Δραστηριότητες	Συμμετέχοντες ασθενείς
Προετοιμασία φαγητού	75
Αθλοπαιδιές	42
Ανάγνωση βιβλίων	9
Τεχνολογία	15
Χρήση Η/Υ	12
Πυρογραφία-Ζωγραφική	49
Πλέξιμο	68
Ομάδες μουσικής	61
Πάρτι	131

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

5. Το κέντρο της Λογοθεραπείας.

Το κέντρο της Λογοθεραπείας ιδρύθηκε πριν από 5 χρόνια στα πλαίσια ένταξης της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανογλείου στις αναγνωρισμένες Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες της Διεύθυνσης Ειδικής Αγωγής του Υπουργείου Παιδείας. Εντάσσεται στον Ψυχιατρικό Τομέα του Νοσοκομείου και εγκρίθηκε σαν το μοναδικό τμήμα λογοθεραπείας (για εφήβους), σε Γενικό Νοσοκομείο από το Υπουργείο Υγείας, σε όλη την Ελλάδα.

Εξετάζεται όποια πάθηση έχει να κάνει με το λόγο που εμφανίζεται στους μαθητικούς-σπουδαστικούς-φοιτητικούς πληθυσμούς. Γίνεται όχι μόνο αξιολόγηση (π.χ. ποιοι έχουν δυσλεξία), αλλά και θεραπεία, 2 φορές την εβδομάδα, των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Η προσέλευση των παιδιών είναι μεγάλη και κυρίως επισκέπτονται το κέντρο παιδιά από τις επαρχιακές πόλεις της Ελλάδος. Κατά μέσο όρο επισκέπτονται το κέντρο 70 παιδιά το μήνα και χορηγούνται σε αυτά πιστοποιητικά για πάσχοντες από δυσλεξία, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις του Υπουργείου Παιδείας.

Τα απογεύματα η λογοθεραπεύτρια η οποία είναι υπεύθυνη για το κέντρο επισκέπτεται την Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου και εξετάζει περιστατικά ασθενών με εγκεφαλικά επεισόδια οι οποίοι έχουν προβλήματα λόγου, λόγω της πάθησής τους.

6. Ψυχιατρική κάλυψη Κέντρου Υγείας Σπάτων και Νέας Μάκρης.

Το Ψυχιατρικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Σπάτων και Νέας Μάκρης, λειτουργούν μία φορά την εβδομάδα με τις επισκέψεις ιατρών από το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο.

Κατά το διάστημα 1990-2000 εξετάστηκαν οι κάτωθι ασθενείς.

Πίνακας 17

(Αριθμός εξετασθέντων στο Ψυχιατρικό Ιατρείο του Κ.Υ. Ν.Μάκρης)

Έτος	Αριθμός ασθενών
1990	245
1991	344
1992	284
1993	350
1994	320
1995	169
1996	306
1997	575
1998	479
1999	678
2000	877
Σύνολο	4627

Πηγή: Κ.Υ. Ν.Μάκρης

Πίνακας 18

(Αριθμός εξετασθέντων στο Ψυχιατρικό Ιατρείο του Κ.Υ. Σπάτων)

Έτος	Αριθμός εξετασθέντων
1990	582
1991	891
1992	914
1993	1008
1994	1203
1995	1308
1996	1194
1997	1305
1998	1068
1999	1293
2000	1518
Σύνολο	12264

Πηγή: Κ.Υ. Σπάτων

Από τους δύο πίνακες παρατηρούμε ότι υπάρχει αύξηση της προσέλευσης των ασθενών στα ψυχιατρικά ιατρεία των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Αυτό οφείλεται στην εμπιστοσύνη που δείχνει ο κόσμος σ' αυτές τις νεοσύστατες υπηρεσίες ψυχικής

υγείας (έναρξη λειτουργίας και των δύο ιατρείων το 1987) και στη καλή λειτουργίας τους, με τη σωστή συνεργασία και των ιατρών του Σισμανογλείου.

Περισσότερα στοιχεία για το προφίλ των χρηστών δεν υπάρχουν διότι συμπεριλαμβάνονται μαζί με τους ασθενείς της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανογλείου και τα στατιστικά στοιχεία βγαίνουν συνολικά.

Επίσης η Ψ.Κ. του Σισμανογλείου καλύπτει συμβουλευτικά και το γειτονικό Νοσοκομείο ``Αμαλία Φλέμινγκ``.

7. Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Τομέα Σισμανογλείου Νοσοκομείου

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης για το ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνει τα εξής: Ετήσια εκπαίδευση για την ειδικότητα της ψυχιατρικής με πρακτική κλινικής άσκησης και μετεκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.

A. Ο τομέας της πρακτικής εκπαίδευσης-κλινικής άσκησης περιλαμβάνει:

- Άσκηση στην Ψ.Κ. του Γενικού Νοσοκομείου με εξέταση των ασθενών, καταγραφή των συμπτωμάτων, συνεχή παρακολούθηση των ασθενών, συμμετοχή στις συγκεντρώσεις της ψυχιατρικής ομάδας και συμμετοχή στις εφημερίες του νοσοκομείου. Επίσης γίνεται τακτική παρουσίαση των τρεχόντων ψυχιατρικών περιστατικών καθώς και ατομική επίβλεψη του κάθε ειδικευόμενου από τα ειδικευμένα μέλη της θεραπευτικής ομάδας σε τακτική βάση για επιλεγμένα περιστατικά.

- Άσκηση στη συμβουλευτική (διασυνδεδετική) ψυχιατρική.
- Άσκηση στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής.
Αντιμετωπίζονται διαγνωστικά, ψυχοθεραπευτικά και με φαρμακοθεραπεία διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα
- Άσκηση στο χειρισμό επειγόντων περιστατικών

- Άσκηση στο ψυχιατρικό ιατρείο των Κέντρων Υγείας Σπάτων Και Νέας Μάκρης μια φορά την εβδομάδα.

B. Το μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα για την ειδικότητα της ψυχιατρικής περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τρεις τακτικές εβδομαδιαίες συγκεντρώσεις (μαθήματα) για τους ειδικευόμενους και το προσωπικό της κλινικής.

Η εκπαιδευτική ύλη διαιρείται σε τέσσερις κύκλους χρονικά και κάθε κύκλος θα περιλαμβάνει 40 περίπου μαθήματα.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ψ.Τ. για το νοσηλευτικό προσωπικό

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το νοσηλευτικό προσωπικό όπως προαναφέρθηκε είχε γίνει αρχικά, από ψυχιάτρους της κλινικής και κατά τα έτη 1989, 1999 και 2000 με πρωτοβουλία φορέων που δεν είχαν σχέση με το Σισμανόγλειο.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα κάλυπτε νοσηλευτές από τις ειδικότητες της Νοσηλευτικής Ψυχιατρικής Υγείας όταν είχαν συμπληρώσει 3μηνο στην Ψ.Κ.Γ.Ν., σπουδάστριες 2ετούς νοσηλευτικής σχολής (Κ.Α.Τ, Αμαλία Φλέμινγκ) όταν κάνουν 6μηνο στην Νοσηλευτική Ψυχική Υγεία και καλύπτει το πρακτικό μέρος των φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών για την Ψυχική Υγεία.

1998-1999

Σεμιναριακό Πρόγραμμα Νοσηλευτών Τ.Ε. (20 άτομα επιδοτούμενο) για την Ψυχολογική Υποστήριξη ασθενών και οικογενειών που αφορούσε το χρόνιο νόσημα, τη επιβάρυνση των ασθενών οικονομικά και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων

1999-2000

Το ίδιο πρόγραμμα για άλλους 20 νοσηλευτές Τ.Ε. Έγινε δεύτερο πρόγραμμα για Νοσηλευτές Δ.Ε. (βοηθοί νοσηλευτών) με θέμα << Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ευαισθητοποίηση και Υποδειγματικοί Χειρισμοί Ψυχιατρικών Ασθενών>>.

Αυτό το πρόγραμμα έγινε για 2 λόγους: 1) Για την κινητοποίηση του ευρύτερου νοσηλευτικού κόσμου για την Ψυχική Υγεία και 2) Έγινε κυρίως για τους Δ.Ε. νοσηλευτές λόγω έλλειψης πρόσβασης σε τέτοια σεμινάρια.

8. Κέντρο Προ και Επαγγελματικής Αποκατάστασης

Το κέντρο Προ και Επαγγελματικής Αποκατάστασης είναι φορέας από το 1992 Ευρωπαϊκών Κοινοτικών Προγραμμάτων των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας για ψυχιατρικούς ασθενείς στα πλαίσια του Horizon και της Καταπολέμησης του Κοινωνικού Αποκλεισμού.

Σκοπιμότητα Πρότασης και Αντικειμένου Κατάρτισης.

Στα πλαίσια του προγράμματος Horizon II προτάθηκαν να πραγματοποιηθούν τρεις (3) εκπαιδευτικές τετράμηνες φάσεις προκατάρτισης-κατάρτισης για τα έτη 1993, 1994, 1995, 1996.

Υπήρχε πρόβλεψη να εκπαιδεύονται 10 μειονεκτούντα άτομα δηλαδή να εκπαιδευτούν 30 άτομα για κάθε έτος.

Η εμπειρία έδειξε ότι το ποσοστό των εκπαιδευμένων με την κατάλληλη υποστήριξη έχει την δυνατότητα να αντεπεξέλθει εργασιακά στις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. Η εκπαιδευτική διαδικασία και η πρακτική εξάσκηση δίνει την δυνατότητα

ανάπτυξης πρωτοβουλίας, ομαδικότητας, κοινωνικοποίησης και ενεργοποίησης με αποτέλεσμα την συγκρότηση δομημένων και λειτουργικών ομάδων.

Το αντικείμενο κατάρτισης ήταν οι θερμοκηπιακές καλλιέργειες και οι κηποτεχνικές εφαρμογές. Το θερμοκήπιο της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανογλείου παρείχε την δυνατότητα εκπαίδευσης σε ανθοκομικές καλλιέργειες φυτών εσωτερικού και εξωτερικού χώρου. Οι εκπαιδευόμενοι εργάζονταν σε ένα χώρο που είναι ίδιος και ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις της αγοράς εργασίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η μέθοδος εκπαίδευσης περιλάμβανε θεωρητικά και πρακτικά μαθήματα και επισκέψεις σε επαγγελματικούς χώρους. Το σύγχρονο υάλινο θερμοκήπιο της Ψ.Κ. του Σισμανογλείου, παρείχε την δυνατότητα εκπαίδευσης στις σύγχρονες καλλιεργητικές τεχνικές τόσο στον τομέα της θεωρίας όσο και στον τομέα της πρακτικής άσκησης.

Τα μαθήματα ήταν απαραίτητα για την εισαγωγή σε ειδικότερα θέματα και η πρακτική άσκηση για την καλύτερη τεχνική κατάρτιση η οποία γινόταν στο θερμοκήπιο αλλά και στον κήπο του Σισμανογλείου όπου οι δυνατότητες εξάσκησης και νέων εφαρμογών ήταν μεγάλες.

Η αξιολόγηση της πορείας εκπαίδευσης του εκπαιδευόμενου ήταν καθημερινή μέσα από την εργασία του ώστε ανάλογα με τις δυνατότητες του δίνεται ο προσανατολισμός προς τον τομέα που αποδίδει καλύτερα είτε ως ανθοκόμος σε φυτώρια-θερμοκήπιο είτε ως κατασκευαστής ή συντηρητής κήπων και πάρκων. Γραπτές ή προφορικές εξετάσεις δεν κρινόντουσαν απαραίτητες λόγω της φύσεως της απασχόλησης.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το πρόγραμμα εκπαιδευτική ανθοκομική-κηποτεχνική μονάδα περιλάμβανε τρεις φάσεις προκατάρτισης (με διάρκεια 30 εκπαιδευτικές ώρες) και μία φάση κατάρτισης (με διάρκεια 100 εκπαιδευτικές ώρες) και εκπαίδευε δέκα άτομα. Συνολικά στη διάρκεια των τριών αυτών εκπαιδευτικών φάσεων εκπαιδεύτηκαν τριάντα (30) άτομα.

Τα εκπαιδευόμενα μέλη που με πληρότητα παρουσιών και ενεργού συμμετοχής παρακολούθησαν την πορεία μιας φάσης προκατάρτισης και μια φάση κατάρτισης θα συνέχιζαν την επαγγελματική αποκατάσταση στην κοινότητα.

Τα περιστατικά από την ομάδα των εκπαιδευομένων που παρουσίαζαν υποτροπή της ψυχιατρικής διαταραχής τους και αδυναμία ενεργού συμμετοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία υποστηρίζονταν από το Νοσηλευτικό πυρήνα υποστήριξης υποτροπιαζόντων. Με σκοπό την πρόληψη είχε δραστηριοποιηθεί η ομάδα κρούσης στην κοινότητα η οποία αποτελείτο από ειδικευμένους θεραπευτές του Ψυχιατρικού χώρου.

ΠΡΟΟΘΗΣΗ **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κατά τις τρεις φάσεις προκατάρτισης-κατάρτισης του προτεινόμενου προγράμματος ο αριθμός των τελικών καταρτιζόμενων ανερχόταν στους τριάντα (30). Από αυτούς οι καταρτιζόμενοι των πρώτων φάσεων που παρακολουθούν το πρόγραμμα με επιτυχία (μικρός αριθμός απουσιών) θα μπορούν να ασχοληθούν, υποστηριζόμενοι από τους Δήμους Μελισσίων, Βρίλησσιών, και Αμαρουσίου ως συντηρητές πάρκων. Προς αυτό το σκοπό είχαν γίνει σχετικές συνεννοήσεις με τους Δήμους.

Υπήρξε ακόμα έρευνα της αγοράς σε ότι αφορά τη δυνατότητα εργασίας των καταρτιζομένων σε θερμοκήπια και φυτώρια της ευρύτερης περιοχής γύρω από το Σισμανόγλειο.

Προχώρησε και η κατασκευή του Ανθοκομικού περιπτέρου του Σισμανογλείου όπου θα πωλούνται τα προϊόντα του θερμοκηπίου.

Το κόστος υποστήριξης επαγγελματικής αποκατάστασης κόστισε **4.700.000 δ.ρ.χ.**

ΣΥΝΟΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

(με ερευνητική προοπτική)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ

ΠΥΡΗΝΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΖΟΝΤΩΝ

Κατ' οίκον υποστήριξη παλληδρομούντων περιστατικών από ειδικευμένους ψυχιατρικούς νοσηλευτές της Ψ.Κ. του Σισμανόγλειου Γ.Π.Ν.Α. προσφεραν τις υπηρεσίες τους εκτός των ωρών εργασίας τους. Οικονομικά συνδεόταν με το νοσοκομείο με σύμβαση έργου και ωριαία αμοιβή η οποία ήταν σύμφωνη με απόφαση του Υπουργείου Εργασίας. Ο πυρήνας αυτός πρόσφερε υπηρεσίες και τις 7 ημέρες της εβδομάδας και το οικονομικό του κόστος ανερχόταν στις **300.000 δ.ρ.χ.**

Αποτελέσματα του προγράμματος Horizon για τα Έτη 1993- 1996

Το 1993 μέσω αυτού του προγράμματος και σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας

A) Δημιουργήθηκαν οι πρόσθετες εγκαταστάσεις της Εκπαιδευτικής θερμοκηπευτικής Μονάδας για ψυχικά ασθενείς (περίπου 500 τ.μ.). Η μονάδα

υψηλού επιπέδου πληρεί όλες τις προδιαγραφές των θερμοκηπευτικών μονάδων της ελεύθερης αγοράς εργασίας.

B) Στην είσοδο του Νοσοκομείου ολοκληρώθηκε το Ανθοκομικό περίπτερο 25 τ.μ. για την πώληση των προϊόντων του θερμοκηπίου που προκύπτουν στην κάθε εκπαιδευτική φάση.

Γ) Πραγματοποιήθηκαν 3 εκπαιδευτικές φάσεις και εκπαιδεύτηκαν στην καλλιέργεια φυτών εσωτερικού χώρου. Η κάθε φάση διήρκεσε 320 ώρες και εργάσθηκαν ένας γεωπόνος, δύο εργοθεραπευτές, ένας κηπουρός, μία καθαρίστρια, μία λογίστρια.

Δ) Έγινε ανταλλαγή επιστημονικής γνώσης και εμπειρίας σε διακρατικά πλαίσια με το Centro studi e recershe Salut Mentale της Ιταλίας και με το Centro Salud Mental de Aldaia της Valencia Ισπανίας.

Ε) Διεξήχθησαν ανθοκομικές εκθέσεις με πώληση των προϊόντων.

Το πρόγραμμα αυτό συνεχίστηκε και τα έτη 1994 και 1995, με τη συμμετοχή 30 ατόμων για κάθε έτος συνολικής εργασίας 620 ωρών και για τα δύο έτη.

Το 1996 στο πλαίσιο του ιδίου προγράμματος

Α) Ολοκληρώθηκε η πρώτη φάση στην οποία εκπαιδεύτηκαν οι δέκα ασθενείς και πραγματοποιήθηκαν και οι άλλες δύο εκπαιδευτικές φάσεις.

Β) για την εξυπηρέτηση της επαγγελματικής αποκατάστασής τους λειτούργησε στην είσοδο του Νοσοκομείου το ανθοκομικό περίπτερο και προήχθηκε συνεργασία με το Δήμο των Βριλησίων.

Γ) Πραγματοποιήθηκαν ανθοκομικές εκθέσεις.

Δ) Στα πλαίσια των συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών έχουμε:

- Την ομάδα υποστήριξης υποτροπιαζόντων με κατ' οίκων υποστήριξη

- Την ομάδα κρούσης στην κοινότητα

- Ψυχιατρικές παρεμβάσεις από ειδικευμένους Ψυχιάτρους και επιστημονικούς συνεργάτες της Ψυχιατρικής Κλινικής του Σισμανογλείου.

Το Σισμανόγλειο δεν εφάρμοσε άλλο πρόγραμμα σχετικό με την Καταπολέμηση του Κοινωνικού Αποκλεισμού.

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Τα λειτουργικά έξοδα του τομέα καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Για την πενταετία 1990-1995, αλλά και για το 1996 τα έξοδα για την "Ανθοκομική κηποτεχνική Μονάδα" καλύφθηκαν από κοινοτικά κονδύλια του κανονισμού 518/84 μέσω του προγράμματος HORIZON I και II. Το 1996 χρησιμοποιώντας τις υποδομές από τα προγράμματα αποασυλοποίησης του 815/84 HORIZON II, μέσα στα πλαίσια της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας για την <<Αποασυλοποίηση>> και την <<Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας>>.

Πίνακας 19

Έτη	Ημερήσιο νοσήλιο	Ετήσιο κόστος νοσηλείας	Προγράμματα Horizon	Μισθοί υπαλλήλων	Φάρμακα	Αναλώσιμα	Έσοδα	Έξοδα
1990	8000	32.119.999	5.000.000				37.119.999	
1991	8000	40.879.999	5.000.000				45.879.999	
1992	8000	43.800.000	5.000.000				48.800.000	
1993	15500	101000.000	5.000.000				106.000.000	
1994	15500	90.519.998	5.000.000				91.019.998	
1995	15500	107.492.490	5.000.000				112.192.490	
1996	15500	124.464.990	5.000.000	29.141.254			129.464.990	29.141.254
1997	15500	130.122.490		33.035.502			130.122.490	33.035.502
1998	13500	96.552.000		12.654.320	20.967.976		96.552.000	33.622.296
1999	13500	103.477.500		21.808.476		2.334.625	103.477.500	24.143.101
2000	13500	83.767.498		23.207.162	10.585.000		83.767.498	33.790.162

Πηγή: Ιδία Έρευνα

Τα στοιχεία του 2000 είναι μέχρι και για τον Ιούνιο αυτού του έτους.

Απ' ότι παρατηρούμε από τον Πίνακα 19 υπάρχει μία αυξητική τάση στο ετήσιο κόστος νοσηλείας των ασθενών. Παρ' όλο που την τελευταία τριετία το ημερήσιο νοσήλιο μειώθηκε από 15.500δρχ. σε 13.500δρχ και επήλθε μία μικρή μείωση του ετήσιου κόστους παρατηρούμε υπάρχει συνεχής αύξηση αυτού, η οποία όμως οφείλεται στην αύξηση των εισαγωγών των ασθενών και όχι στην αύξηση του μέσου χρόνου νοσηλείας ο οποίος παραμένει κατά μέσο όρο σταθερός στις 29 μέρες.

Στοιχεία για τους μισθούς του προσωπικού υπάρχουν από το 1996 έως και το 2000, λόγω του ότι πριν από αυτά τα χρόνια το μισθολόγιο των υπαλλήλων, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ιατρών δεν ήταν σταθερό και παρουσιάζοντο συνεχείς αλλαγές.

Δυστυχώς εξαιτίας της έλλειψης μηχανογράφησης στα αντίστοιχα γραφεία της αποθήκης φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών, δεν υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία.

Εξαιτίας αυτού του γεγονότος τα συμπεράσματα για τα έσοδα και τα έξοδα του Ψυχιατρικού Τομέα του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου είναι πλασματικά. Μπορούμε όμως από τα υπάρχοντα στοιχεία και από τις πληροφορίες που πάρθηκαν από τον διευθυντή του τομέα να συμπεράνουμε ότι δεν υπάρχει έλλειμμα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αυξομείωση των εσόδων του τομέα, η οποία οφείλεται στην αύξηση των μισθών του προσωπικού του, στην απουσία απορρόφησης κονδυλίων από την Ε.Ε., και στο ότι τα λειτουργικά της έξοδα καλύπτονται από τον συνολικό προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, το οποίο ακολουθεί τις εντολές του Υπουργείου Υγείας.

Η απουσία management για την ψυχική υγεία, συμβάλλει στην περαιτέρω κακοδιαχείριση των πόρων του Ψ.Τ.

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Γενικά

Όπως είναι γνωστό βασικό στοιχείο για την εξέταση μιας μονάδας παροχής δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας, όπως οι Ψ.Τ. στα Γενικά Νοσοκομεία, είναι εκτός από τις δυνατότητες παροχών της και οι χρήστες αυτών των παροχών. Κατά κύριο λόγο οι χρήστες είναι αυτοί που οδηγούν τη μονάδα στην παροχή εκείνων των υπηρεσιών που χρειάζονται. Είναι λοιπόν επόμενο να γίνει και μια αναφορά στους χρήστες του συγκεκριμένου Ψ.Τ.

Όσο αφορά τα αριθμητικά στοιχεία του Ψ.Τ. δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής το γεγονός ότι συμπεριλαμβάνονται και οι ασθενείς των εξωτερικών ψυχιατρικών ιατρείων των Κ.Υ. Σπάτων και Ν.Μάκρης και από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (λόγω πτώσης μιας πτέρυγας από τον σεισμό του Σεπτεμβρίου του 1999)

Διαχρονική πελατειακή κίνηση του Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου

Πίνακας 20

Έτη	Ασθενείς	Νέα περιστατικά	Επανεισαγωγές
1990	127	106	114
1991	163	124	28
1992	183	129	9
1993	221	143	12
1994	198	136	5
1995	233	170	6
1996	268	176	5
1997	279	174	7
1998	237	156	7
1999	247	162	5
2000	198	168	7
Σύνολο	1647	1644	205

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Από την ημερομηνία λειτουργίας του Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου ως και τον Αύγουστο του 2000 έχει υπολογιστεί πως εξετάστηκαν συνολικά 1647 ασθενείς, από τους οποίους οι 1644 ήταν νέα περιστατικά και οι 205 ήταν επανεισαγωγές. Από τον πίνακα παρατηρούμε πως από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας υπάρχει μία σταθερή αύξηση των νέων περιστατικών. Η αύξηση αυτή οφείλεται στις δραστηριότητες του Ψ.Τ. και στη γνωριμία με το κοινό, αλλά και στην έλλειψη παροχής υπηρεσιών από τέτοιου είδους υπηρεσίες στην περιοχή του Αμαρουσίου και στην ευρεία περιοχή την οποία καλύπτει με τις υπηρεσίες του το Σισμανόγλειο Νοσοκομείο. Αυτή η κατάσταση συνεχίζεται μέχρι και το 1993.

Στα επόμενα χρόνια που ακολουθούν παρουσιάζονται αυξομειώσεις στα νέα περιστατικά που φτάνουν στον Ψ.Τ. Οι αυξομειώσεις αυτές είναι φυσιολογικές και εξαρτώνται από το επίπεδο παρουσίας ψυχικών προβλημάτων του πληθυσμού. Το ίδιο παρατηρούμε να ισχύει και για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν γενικά στον Ψ.Τ.

Σχετικά με τις επανεισαγωγές παρατηρούμε τα εξής: Ότι υπάρχει μία ραγδαία μείωση των περιστατικών. Αυτό οφείλεται στη συχνή παρακολούθηση των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία, στην τακτική του τομέα να αποφεύγει επανεισόδους ασθενών στο Τμήμα, αν δεν συντρέχουν σοβαροί λόγοι και λόγω της συμβολής της ομάδας επανερχομένων στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών και στην αποφυγή των επανεισόδων.

Το φύλλο των χρηστών

Πίνακας 21

Έτη	Σύνολο ασθενών	Άνδρες	Γυναίκες
1990	127	219	258
1991	163		
1992	183		
1993	221		
1994	198	98	100
1995	233	106	127
1996	268	122	152
1997	279	125	154
1998	237	114	123
1999	247	100	147
2000	198	105	93

(Για τα έτη 1990-1993 τα στοιχεία είναι συγκεντρωτικά Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας)

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Ψ.Τ. για τα έτη 1990-2000 διαπιστώνεται πως υπάρχει υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών. Σύμφωνα με τις απόψεις του Διευθυντού της Ψ.Τ. οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες εμπιστεύονται περισσότερο τον Ψ.Τ. απ' ότι οι άνδρες. Παρ' ότι μένουν περισσότερο χρόνο από τους άνδρες στο σπίτι, ενημερώνονται περισσότερο περί των νέων υπηρεσιών στην περιοχή τους. Εξάλλου οι γυναίκες από τη φύση τους είναι πιο συναισθηματικές και γι' αυτό φορτίζονται περισσότερο με άγχη τα οποία πια δεν ξεπερνιούνται εύκολα.

Σε αντίθεση με αυτά οι άνδρες δεν ενημερώνονται τόσο πολύ γι' αυτά αλλά και αν ενημερωθούν δεν ζητούν τόσο εύκολα τη βοήθεια των ειδικών. Αυτό είναι συνυφασμένο με την παραδοσιακή άποψη που θέλει τον άνδρα σαν το πιο ενεργητικό και δυνατό μέλος της οικογένειας. Οι άνδρες τις περισσότερες φορές δεν δέχονται ή στη χειρότερη περίπτωση δεν γνωρίζουν πως χρειάζονται βοήθεια.

Η ηλικία των χρηστών

Πίνακας 22

Έτη	Κλίμακα		
	Μέχρι 35	36-64	Άνω των 65
1990			
1991	71 Α	100 Α	48 Α
1992	71 Γ	117 Γ	70 Γ
1993			
1994	40 Α 35 Γ	50 Α 55 Γ	8 Α 10 Γ
1995	39 Α 38 Γ	42 Α 64 Γ	25 Α 25 Γ
1996	40 Α 37 Γ	57 Α 57 Γ	25 Α 58 Γ
1997	47 Α 30 Γ	57 Α 72 Γ	21 Α 32 Γ
1998	26 Α 15 Γ	83 Α 86 Γ	5 Α 11 Γ
1999	34 Α 49 Γ	60 Α 111 Γ	6 Α 85 Γ
2000	37 Α 21 Γ	68 Α 72 Γ	0 Α 0 Γ
Σύνολο	263 Α 225 Γ	417 Α 517 Γ	90 Α 221 Γ

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Απ' ότι παρατηρούμε και στα δύο φύλλα οι ηλικίες που απευθύνονται στον Ψ.Τ. είναι μεταξύ 36-64. Σ' αυτές τις ηλικίες ο άνδρας κατακλύζεται από πολλά άγχη όπως η εργασία του, η οικογένειά του και σε τυχόν άλλες αλλαγές που προήλθαν κατά τα προηγούμενα χρόνια και δεν είναι σε θέση να προσαρμοστεί σ' αυτές. Ακολουθεί η

πρώτη κλίμακα μέχρι 35 χρονών στην οποία οι άνδρες βρίσκονται σε μία κρίσιμη φάση της ζωής τους, στην οποία έχουν να αντιμετωπίσουν τη στρατιωτική τους θητεία, τις σπουδές, την εύρεση εργασίας και την δημιουργία οικογένειας. Η τελευταία κλίμακα άνω των 65 ετών περιλαμβάνεται ένας σχετικά μικρός αριθμός ανδρών. Με βάση αυτό τον αριθμό θα μπορούσε να πει κανείς πως η τρίτη ηλικία ή έχει προκατάληψη με τις υπηρεσίες παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, ή δεν γνωρίζει γι' αυτές.

Σχετικά με τις γυναίκες ο μεγαλύτερος αριθμός όπως παρατηρούμε παρουσιάζεται στη δεύτερη κλίμακα από 36-64 χρονών, στην οποία ανήκουν κατά κανόνα οι παντρεμένες και οι μητέρες. Σ' αυτήν την ηλικία οι γυναίκες διακατέχονται από στρες, γιατί συνδυάζουν καριέρα, οικογένεια και παιδιά ταυτόχρονα. Οι γυναίκες σ' αυτό το στάδιο της ζωής τους χρειάζονται υποστήριξη διότι ελλοχεύει και ο κίνδυνος της κατάθλιψης, που συναντάται κυρίως σ' αυτήν την ηλικιακή περίοδο. Η πρώτη κλίμακα μέχρι 35 χρονών ακολουθεί. Οι γυναίκες σ' αυτήν την ηλικία βρίσκονται στην παραγωγική τους περίοδο. Αυτό σημαίνει, όπως και στην περίπτωση των ανδρών, πολλές και συχνές αλλαγές στη ζωή, οι οποίες αγχώνουν τις γυναίκες. Στην Τρίτη ηλικία ισχύει ότι ειπώθηκε και για τους ηλικιωμένους.

Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 23

Έτη	Άγαμος	Έγγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος
1990	186	209	52	30
1991				
1992				
1993				
1994	50	110	30	8
1995	50	133	45	5
1996	55	175	21	17
1997	100	120	50	9
1998	97	118	7	5
1999	50	150	40	7
2000	54	133	8	3
Σύνολο	642	1148	253	84
Ποσοστό	30,1%	53,9%	11,8%	3,9%

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών (Πίνακας 14) η πλειοψηφία απ' αυτούς (1148, ποσοστό 53,9% περίπου) ήταν έγγαμοι. Παρ' ότι η οικογένεια και ο γάμος είναι πόλος ομαλότητας και ψυχικής ηρεμίας, για τον άνθρωπο. Ωστόσο παρατηρούμε και ένα σχετικά υψηλό ποσοστό άγαμων (642, ποσοστό 30,1% περίπου). Αυτό συμβαίνει διότι στο Τμήμα νοσηλεύτηκε και ένας μεγάλος αριθμός εφήβων (18 ετών) με διαταραχές ψυχωτικού τύπου, όπου συνδυάζεται το νεαρό της ηλικίας με τη φύση της ψυχικής διαταραχής.

Τόπος προέλευσης

Πίνακας 24

Έτη	Πόλη	Χωριό	Κωμόπολη
1990	362	65	50
1991			
1992			
1993			
1994	120	50	28
1995	170	33	30
1996	150	110	18
1997	200	50	29
1998	200	20	17
1999	220	15	12
2000	120	50	28
Σύνολο	1342	393	212
Ποσοστό	68,9%	20,1%	10,8%

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Για τον τύπο οικισμού των ασθενών (Πίνακας 15) σημειώνουμε ότι οι περισσότεροι είναι κάτοικοι πόλης (1342, ποσοστό 76% περίπου), κυρίως της ευρύτερης περιοχής της Αττικής. Ωστόσο παρατηρείται ένα σχετικά υψηλό ποσοστό ασθενών που προέρχονται από κωμοπόλεις (212, ποσοστό 10,8% περίπου), ή χωριά (393, ποσοστό 20,1%) επειδή το Νοσοκομείο βρίσκεται στην Ανατολική Αττική, περιοχή που γειτνιάζει με ορισμένες κωμοπόλεις (Ν.Μάρκη, Σπάτα, κ.α.), πηγής προέλευσης αρκετών ασθενών.

Τέλος αναφέρουμε ότι ένας ικανός αριθμός ασθενών, προέρχεται από τη Νότια και Κεντρική Ελλάδα, καθώς επίσης και από τα Νησιά. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι Έλληνες υπήκοοι και ακολουθούν πρόσφυγες Ελληνοπόντιοι.

Οι διαγνώσεις

Σε αυτήν την ενότητα για την καλύτερη παρουσίαση των συμπερασμάτων, αλλά και του μεγάλου αριθμού των διαγνώσεων ακολουθήθηκε η ομαδοποίηση τους, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιείται από το Υπουργείο Υγείας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακα 25

Έτη	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Λιαγνώσεις											
Σχιζοφρένεια κ άλλες ψυχώσεις	12Α- 15Γ	13Α- 17Γ	20Α- 25Γ	25Α- 35Γ	30 Α- 130Γ	51Α- 44 Γ	38Α- 54 Γ	39Α- 51Γ	41Α- 50Γ	50Α- 79Γ	40Α- 100Γ
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	20Α- 15Γ	13Α- 17Γ	15Α- 20Γ	12Α- 38Γ	2Α- 3Γ	1Α- 0Γ	2Α- 0Γ	3Α- 1Γ	2Α- 2Γ	1Α- 0Γ	1Α- 1Γ
Συναισθηματικές Διαταραχές	11Α- 29Γ	20Α- 25Γ	40Α- 50Γ	30Α- 70Γ	6Α- 7Γ	39Α- 67Γ	55Α- 70Γ	56Α- 69 Γ	2Α- 2Γ	3Α- 3Γ	2Α- 3Γ
Διαταραχές άγχους/σοματοποίησης	4 Α- 5Γ	25Α- 30Γ	3Α- 5Γ	8Α- 9Γ	1Α- 4Γ	7Α- 10Γ	12Α- 16Γ	12Α- 15Γ	60Α- 73Γ	1Α- 1Γ	7Α- 9Γ
Εξάρτηση από οινόπνευμα	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	4Α- 0Γ	4Α- 0Γ	4Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	1Α- 1Γ
Εξάρτηση από ουσίες	0 Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	0Α- 0Γ	2 Α- 3Γ	0 Α- 0Γ	2 Α- 0Γ	3 Α- 0Γ	1 Α- 1Γ	1 Α- 0Γ	1 Α- 1Γ
Άλλη	2Α- 5Γ	1Α- 2Γ	2Α- 3Γ	1Α- 3Γ	2Α- 8Γ	4Α- 6Γ	9Α- 12Γ	8Α- 10Γ	1Α- 1Γ	3Α- 5Γ	2Α- 7Γ
Σύνολο	127	163	183	221	198	233	268	279	237	247	198

Πηγή: Γραφείο Εργοθεραπείας

Από αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες ανήκει στην διαγνωστική ομάδα με τις σχιζοφρένιες και τις άλλες ψυχώσεις, με αμέσως επόμενη την διαγνωστική ομάδα των οργανικών ψυχοσυνδρόμων. Το ίδιο παρατηρείται και στις γυναίκες για την διαγνωστική ομάδα της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχώσεων, αλλά η αμέσως επόμενη διαγνωστική ομάδα είναι οι συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως η κατάθλιψη).

Συμπεράσματα και Προτάσεις
για τη λειτουργία του Ψ.Τ.
του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Σισμανόγλειου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής δημιουργήθηκε μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας βοηθούμενη από κονδύλια της Ε.Ε., για την αναμόρφωση των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην αντιμετώπιση των οξέων ψυχιατρικών περιστατικών και στην εξαιρετικά βραχεία νοσηλεία των ασθενών. Το ανοικτό αυτό τμήμα βραχείας νοσηλείας λειτουργεί εδώ και μία δεκαετία και έχει αναπτύξει πολλές ειδικές λειτουργίες και υπηρεσίες, με μεγάλη επιτυχία

Παρ' όλα τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία 2 χρόνια, προσφέρεται στους ασθενείς νοσηλεία με την μορφή μιας πιο κοντινής επαφής μεταξύ ασθενούς και θεράποντα ιατρού. Η φιλοσοφία λειτουργίας αυτών των Ψ.Τμ. είναι, η όσο το δυνατότερο ανθρώπινη προσέγγιση αντιμετώπισης του προβλήματος του ασθενούς (1).

Από τον Ιούλιο του 2000 η εμπειρία νοσηλείας 00 ψυχιατρικών ασθενών με εισαγγελική εντολή στην κλινική, χωρίς αριθμητικό περιορισμό υπό τη νομική πίεση, οδηγεί σε αδιέξοδο την ομαλή λειτουργία της κλινικής. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος περιορίστηκαν οι δυνατότητες νοσηλείας άλλων σοβαρών περιστατικών που χρήζουν ανάγκης άμεσης νοσηλείας κατά την εφημερία της κλινικής. Η χρονιότητα ακόμη της κατάστασης πολλών περιστατικών που νοσηλεύονται με εισαγγελική εντολή παρατείνει τους χρόνους νοσηλείας. Αυτό συμβαίνει με περιστατικά τα οποία είτε βρίσκουν ουσιαστικά στέγη λόγω έλλειψης δικής του, είτε δεν γίνονται αποδεκτά από άλλες μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης.

Συνεπώς για τους λόγους αυτούς υπάρχει ο σοβαρός κίνδυνος να μετατραπεί η κλινική, όπως και άλλες ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, σε ασυλικές δομές, προοπτική αδιανόητη και απαράδεκτη. Γιατί είναι έξω από την φιλοσοφία σύστασης αυτών των μονάδων.

Είναι δε αδύνατο να υλοποιηθούν όλες οι εισαγγελικές εντολές για εισαγωγή ψυχασθενών που απευθύνονται προς την κλινική, γιατί δεν είναι δυνατόν να αναπληρώσει τη δυναμικότητα των κλινών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων όπως είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Για τη λύση αυτού του προβλήματος μία πρόταση ήταν να δημιουργηθεί στο Ε.Κ.Α.Β. μία συντονιστική λειτουργία για την κατανομή των Εισαγγελικών Παραγγελιών που θα προκύπτουν καθημερινά, προς όλες τις Ψυχιατρικές Μονάδες της χώρας, όσο θα διαρκούσε το μέτρο της εισαγωγής ασθενών με εισαγγελική εντολή. Δυστυχώς όμως μέχρι και σήμερα το πρόβλημα δεν έχει λυθεί (2).

Το άλλο μεγάλο πρόβλημα που έχει προκύψει από τον Σεπτέμβριο του 1999 είναι ότι λόγω του καταστροφικού σεισμού, κάποιες πτέρυγες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής έχουν καταστραφεί και οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλευόνταν εκεί μεταφέρθηκαν σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, όπως και η ψυχιατρική κλινική του Σισμανογλείου.

Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία της κλινικής, με τις εξής συνέπειες: Οι συνθήκες διαβίωσης μέχρι πρότινος ήταν αρκετά ικανοποιητικές(και λόγω του ευχάριστου περιβάλλοντος και λόγω των αρκετών δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που παρέχοντα στους ασθενείς), με το γεγονός όμως αυτό παρουσιάστηκε έλλειψη χώρου για τους ασθενείς, με αποτέλεσμα μερικοί από αυτούς να κοιμούνται στους καναπέδες των δύο σαλονιών που έχει η κλινική. Αυτό έχει ως συνέπεια τον κίνδυνο για την σωματική ακεραιότητα και μεταξύ των ίδιων των ασθενών που προήλθαν από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, λόγω των βαρέων ασυλικών περιπτώσεων τους, αλλά βάζει και σε κίνδυνο και τη σωματική ακεραιότητα και των υπόλοιπων ασθενών και του προσωπικού της κλινικής.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η κλινική δεν έχει τις κατάλληλες προϋποθέσεις από πλευράς ασφάλειας κτιρίου, ούτε και από προσωπικό, για κάτι τέτοιες περιπτώσεις.

Η μοναδική λύση σ' αυτό το πρόβλημα είναι η γρήγορη ανέγερση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, η οποία όμως προχωράει με βραδείς ρυθμούς.

Κάποια άλλα σημαντικά προβλήματα που προκύπτουν από τα προηγούμενα είναι ότι λόγω της αύξησης της δύναμης των ασθενών με ασθενείς από εισαγγελικές εντολές και από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί και δεν είναι ικανοποιητική η παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς.

Περαιτέρω προβλήματα τα οποία προκύπτουν από την λειτουργία της κλινικής, είναι η παντελής έλλειψη διοικητικού προσωπικού. Έτσι αναγκάζεται το ιατρικό προσωπικό και κυρίως οι ειδικευόμενοι ιατροί να απασχολούνται με γραφειοκρατική εργασία, σπαταλώντας μέρος από τον πολύτιμο χρόνο τους, και από την άσκηση της επιστήμης τους. Έτσι δεν κρατούνται στοιχεία, από την αξιολογική δουλειά που προσφέρουν αυτά τα ψυχιατρικά τμήματα.

Η στελέχωση όμως της κλινικής με νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γίνει με το κριτήριο επιλογής του κατά πόσο ενδιαφέρονται να εργασθούν αποκλειστικά σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, ή να έχουν ειδικότητα ψυχιατρικού νοσηλευτή. Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των νοσηλευτών από 15 που ήταν αρχικά(το 1990) είχε ανέλθει στους 20(το 1998) και το 2000 μειώθηκε στους 16, λόγω μεταφοράς κάποιων από την ψυχιατρική κλινική σε άλλες κλινικές του νοσοκομείου, λόγω έλλειψης προσωπικού. Δυστυχώς όμως άλλες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού δεν έγιναν τον τελευταίο καιρό για την κάλυψη των αναγκών της κλινικής.

Επίσης οι επισκέπτριες υγείας που έχουν επιφορτιστεί με την υποχρέωση να κρατούν στατιστικά στοιχεία για τον τομέα τον αριθμό, αριθμός που δεν επαρκούν για την έγκαιρη καταγραφή στοιχείων και για περαιτέρω εξαγωγή συμπερασμάτων. Επίσης λόγω έλλειψης προσωπικού και από την Στατιστική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ένα άτομο είναι αναγκασμένο να βγάζει στατιστικά συμπεράσματα για όλες τις κλινικές του νοσοκομείου και για την ψυχιατρική κλινική, με κίνδυνο την εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων.

Αρκετές φορές δεν κρατούνται στοιχεία για όλες τις υπηρεσίες του ψυχιατρικού κλινικής και δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου όπως π.χ. με το φαρμακείο, την αποθήκη υλικών κ.λ.π., με αποτέλεσμα να μην υπάρχει απόλυτος έλεγχος του τι καταναλώνεται στην κλινική.

Όσο αφορά την εφαρμογή του προγράμματος Horizon II (1993-1996), παρατηρήθηκε ότι την περίοδο που εφαρμόστηκαν πρόσφεραν κατάρτιση στους ασθενείς και ένα εφόδιο για την μετέπειτα ένταξη τους στην κοινωνία και στην αγορά εργασίας. Ορισμένοι από τους ασθενείς όταν η νοσηλεία τους έλαβε τέλος και η διανοητική τους κατάσταση το επέτρεπε απασχολήθηκαν κυρίως στους Δήμους ως κηπουροί.

Ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο διστακτικός στην πρόσληψη τέτοιων ατόμων, εκτός και αν το πρόγραμμα αποκατάστασης τους χρηματοδοτείται.

Με το που σταμάτησε η συμμετοχή του ψυχιατρικού τομέα του Σισμανογλείου σε τέτοια προγράμματα το 1997, λόγω διακοπής έλλειψης κονδυλίων, οι ασθενείς παραμένουν κατά ένα μέρος αδρανείς, περιορίζοντας τα ενδιαφέροντά τους σε δραστηριότητες που τους παρέχει η ομάδα της εργοθεραπείας.

Έτσι δεν προσφέρεται ουσιαστικά η δυνατότητα σε εκείνους τους ασθενείς που μπορούν να ανταποκριθούν στη μελλοντική αγορά εργασίας, η εκμάθηση κάποιας στοιχειώδους εργασίας σε κάποιο επάγγελμα, αλλά και ούτε προσφορά εργασίας σε σταθερή βάση.

Τελειώνοντας η κλινική δεν έχει δικό της ανεξάρτητο προϋπολογισμό, **α)** λόγω του ότι χρηματοδοτείται από την Ε.Ε. (μέχρι και το 1996) και **β)** εξαρτάται από τον γενικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να μη γίνεται σωστή κατανομή των χρημάτων και να ευνοούνται περισσότερο οι οικονομικές απαιτήσεις των ιατρών του Ψ.Τ.μ., παρά πιο σοβαρές ανάγκες της κλινικής. Παρουσία manager ψυχικής υγείας στο χώρο της ψυχιατρικής κλινικής θα έλυνε αυτά τα προβλήματα.

(1),(2): **Ε. Τσεμπελίκος Διευθυντής Ψ.Τ.Γ.Ν. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Κεφάλαιο 4^ο

Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ

Ο Ψυχιατρικός Τομέας (Ψ.Τ.), του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών(Π.Γ.Ν.Α.) «Ο Ευαγγελισμός», αποτελεί την πρώτη ψυχιατρική μονάδα(Ψ.Μ.) η οποία λειτούργησε σε Γενικό Νοσοκομείο δύναμης 1000 κλινών, στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Λειτουργήσε το 1991. Το Ψυχιατρικό Τμήμα περιλαμβάνει 30 κλίνες, 10 από τις οποίες προέρχονται από τον Ψυχιατρικό ξενώνα. Το Ψυχιατρικό Τμήμα αποτελεί μέρος του Ψυχιατρικού Τομέα, του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου και βρίσκεται σε στενή συνεργασία με τις άλλες δομές Ψυχιατρικής Περιθαλψης της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης τους

Η αποστολή του Ψυχιατρικού Τομέα είναι α) να παρέχει κλινικές ψυχιατρικές υπηρεσίες στην περιοχή ευθύνης του -και όχι μόνο- αλλά και στο νοσοκομείο που είναι ενταγμένο, β) να ασχολείται με την εκπαίδευση του προσωπικού που το πλαισιώνει και γ) με την έρευνα.

Φάσμα Υπηρεσιών του Ψ.Τ.Γ.Ν. Ευαγγελισμού:

1. Ψυχιατρικό Τμήμα (Μονάδα νοσηλείας)
1,2. Εξωτερικά Ιατρεία και Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία
1,3. Επείγοντα Περιστατικά
1,4. Εφημερία
2. Διασυνδεδετική και Συμβουλευτική Ψυχιατρική
3. Ψυχιατρικός Ξενώνας
4. Προγράμματα
5. Κοινωνική Υπηρεσία
6. Εργοθεραπεία
7. Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου

1. Μονάδα Νοσηλείας

Στον Ψ.Τ.Γ.Ν του Ευαγγελισμού, η μονάδα νοσηλείας είναι μία ψυχιατρική μονάδα τριάντα(30) κλινών για βραχεία νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Λειτουργεί ως πρότυπο ψυχιατρικής μονάδας Γενικού Νοσοκομείου. Όπως αναφέρει η απόφαση 1, της 23^{ης} ολομέλειας στις 22/4/85, του ΚΕ.Σ.Υ., είναι μια μονάδα ανοικτή για την βραχεία νοσηλεία των ψυχικά αρρώστων.

Η μονάδα νοσηλείας του Ψυχιατρικού Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», εισάγει ασθενείς μόνο από την περιοχή ευθύνης του. Βέβαια, μπορεί να νοσηλεύει, προσωρινά, ασθενείς από άλλες περιοχές, εφόσον το ψυχιατρικό τμήμα, που καλύπτει την περιοχή που μένει ο ασθενής, δεν διαθέτει κρεβάτι.

Η εισαγωγή του ασθενούς αποφασίζεται όταν δεν υπάρχουν τρόποι εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης του προβλήματος. Προϋπόθεση για να εισαχθεί έ σε αυτή τη μονάδα ένας ασθενής είναι η εκτίμηση του ψυχιάτρου.

Ο χρόνος νοσηλείας κυμαίνεται από μερικές ώρες, μέχρι μερικές εβδομάδες. Παρόλα αυτά, αν μετά από δύο μήνες νοσηλείας δεν έχει βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενή, εκτιμάται εκ νέου η περίπτωση του με παράταση νοσηλείας δύο ακόμα εβδομάδων, ή διαφορετικά ο ασθενής διακομίζεται σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Δεν εισάγονται ασθενείς που στέλνονται με εισαγγελική εντολή για αναγκαστικό εγκλεισμό (π.χ. άρρωστοι που δεν έχουν επίγνωση της κατάστασης και δεν επιθυμούν τον εγκλεισμό τους), εκτός αν κάτι τέτοιο είναι επιτακτική ανάγκη και αυτό γιατί αυτές οι περιπτώσεις απαιτούν ειδικά μέτρα φύλαξης, που θα διατάρασσαν την έννοια του ανοικτού τμήματος ή θα δημιουργούσαν την εντύπωση στους άλλους αρρώστους ότι υπάρχει άμεση σχέση και εξάρτηση του Ψυχιατρικού Τμήματος με κατασταλτικά όργανα της πολιτείας. Ο συνήθης λόγος εισαγωγής τους είναι η θεραπεία για εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες ή αλκοόλ.

Εξάλλου, από την μονάδα νοσηλείας αποκλείονται ασθενείς με οξεία ή χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα, όπως οξύ παραλήρημα που απαιτούν μη ψυχιατρικούς τρόπους διάγνωσης και αντιμετώπισης του σωματικού αιτίου. Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και οι άρρωστοι, οι οποίοι χρειάζονται μηχανήματα υποστήριξης για την αποκατάσταση σωματικών προβλημάτων.

Οι λόγοι είναι ότι άρρωστοι με τέτοια προβλήματα θα αντιμετωπίζονται πλημμελώς, λόγω έλλειψης ανάλογης πείρας και οργάνωσης του προσωπικού του Ψυχιατρικού Τμήματος, ενώ δεν θα μπορούν να συμμετέχουν στις θεραπευτικές δραστηριότητες του τμήματος.

Το Προσωπικό του Ψ.Τ.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι το Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού ξεκίνησε με αρχική σύνθεση ενός διευθυντή και συνολικά 7 επιμελητών Α και Β βαθμού, ενώ στην συνέχεια προστέθηκαν επιπλέον θέσεις επιμελητών με προοπτικές λειτουργίας όλων των υπηρεσιών Ψ.Υ. ενός Ψ.Τ.Γ.Ν., όπως είναι οι Μονάδες Νοσηλείας, η Δ/Σ ψυχιατρική, τα Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.), το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Ε.Π.) κ.λ.π.

Σχετικά με τους νοσηλευτές(-τριες) πρέπει να αναφερθεί ότι όλοι έχουν ψυχιατρική ειδικότητα. Όσο αφορά την εκπαίδευσή τους, οι 5 από αυτές είναι πτυχιούχοι των Τ.Ε.Ι., ενώ οι υπόλοιπες είναι τριετούς εκπαίδευσης (Κλάδος ΔΕ. αδελφών Νοσοκόμων) που έχουν πάρει το πτυχίο τους από την νοσηλευτική σχολή του νοσοκομείου. Η προϊσταμένη του νοσηλευτικού τμήματος είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ έχει κάποια χρόνια προϋπηρεσία, ειδικότερα πάνω στον ψυχιατρικό τομέα.

Πιο αναλυτικά, η σύνθεση του Ψυχιατρικού Τομέα, σε επιστημονικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό, από το 1995 έως σήμερα(μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2000)έχει ως εξής:

Πίνακας 26^Α.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΕΤΗ					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Επιστημονική Υπεύθυνη Διευθύντρια	1	1	1	1	1	1
Ψυχίατροι(Επιμελητές)	6	6	6	6	6	6
Ειδικευόμενοι	13	14	17	16	16	16
Ψυχολόγοι	1	1	2	2	2	2
Κοινωνιολόγοι	1	1	1	1		
Κοινωνικοί Υπηρεσία	2	2	2	2	2	2
Νοσηλεύτρια(Διευθύντρια)	1	1	1	1	1	1
Νοσηλευτές	12	12	12	12	12	12
Βοηθητικό	10	10	10	10	10	10
Εργοθεραπευτές		1	1	1	1	1
Διοικητικό	1	1	1	1	1	1

Πίνακας 26^B.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ
Διευθυντής	1	1
Επιμελητές (Ψυχιάτρ)	6	7
Ειδικευόμενοι (Ψυχ)	16	16
Ψυχολόγοι	2	3
Κοινωνιολόγοι	-	1
Κοινωνικοί λειτουργοί	2	1
Νοσηλεύτρια (διευθ)	1	1
Νοσηλευτικό προσωπ	12	20
Βοηθητικό προσωπικό	10	7
Εργοθεραπευτές	1	3
Διοικητικό προσωπικό	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	52	61

Στον ψυχιατρική κλινική του τομέα του Ευαγγελισμού υπάρχουν δύο κοινωνικοί λειτουργοί (ενώ προβλέπεται να υπάρχει μόνο ένας), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τα προβλήματα των ασθενών που παρακολουθούνται στην διασυνδεδετική υπηρεσία, κυρίως στην μετανοδοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών στον Ψυχιατρικό Τομέα του Ευαγγελισμού.

Όσο αφορά τον εργοθεραπευτή εργάζεται κυρίως τις μεσημεριανές και απογευματινές ώρες, ενώ έχει αναπτύξει κάποιες ενδιαφέρουσες και προς όφελος των ασθενών δραστηριότητες (οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά στην αντίστοιχη πατάγραφο).

Σημαντικό ρόλο στον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού παίζει και ο κοινωνιολόγος, ο οποίος βοηθάει κυρίως το προσωπικό που ασχολείται με τους ασθενείς. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι γίνεται προσπάθεια πρόσληψης νέου κοινωνιολόγου, διότι ο προηγούμενος ήταν με απόσπαση και δεν είχε οργανική θέση.

Θα ήταν ίσως μεγάλη παράλειψη να μην αναφέρουμε τη προσφορά των ιατρών, κυρίως των εξειδικευμένων ψυχιάτρων, οι οποίοι ασχολούνται με

προγράμματα, όπως προγράμματα οικογενειακής συμπεριφοράς, ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, καθώς και ομαδικές θεραπείες. Τέλος, όσο αφορά το βοηθητικό προσωπικό (ο αριθμός του οποίου είναι μεγαλύτερος από τον προβλεπόμενο), συνεργάζονται αρμονικά τόσο μεταξύ τους όσο και με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου για το καλό των ασθενών, αλλά και της Ψυχιατρικής κλινικής του Ευαγγελισμού.

Αν και κάποιες θέσεις του Ψυχιατρικού Τομέα του Ευαγγελισμού είναι περισσότερες από τις προβλεπόμενες, εντούτοις το προσωπικό στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ελλιπές (όπως π.χ. βοηθητικό προσωπικό, κοινωνιολόγος επιμελητές ψυχίατροι, εργοθεραπευτές). Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν προαναφερθεί η πληρότητα στην Ψυχιατρική Κλινική του Ευαγγελισμού υπολογίζεται περίπου 85%

Το φάσμα των διαγνώσεων της Ψ.Κ. του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.

Οι διαγνωστικές ομάδες των ασθενειών που παρακολουθούνται στην Ψ.Κ. του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού είναι οι εξής: οργανικά ψυχοσύνδρομα, σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές άγχους-σωματοποίησης

1.2. Εξωτερικά Ιατρεία

Από το 1991, έτος λειτουργίας του Ε.Ι. του Ψ.Τμ. οι ασθενείς τα επισκέπτονται με την διαδικασία της προσυνηννόησης, η οποία αφορά την ημερομηνία, την ώρα και τον ιατρό ο οποίος θα εξετάσει τον ασθενή. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι οι ασθενείς που θα εξεταστούν πρέπει να προσέρχονται κατόπιν συνηννόησης κατά τις ώρες λειτουργίας των ιατρείων είτε κατά την ημέρα εφημερίας του νοσοκομείου. Τα Ε.Ι. λειτουργούν στο χώρο της Ψυχιατρικής Κλινικής και ο χώρος αναμονής των εξεταζομένων είναι κοινός για όλους τους προσερχόμενους.

Παρακάτω παρατηρούμε την κίνηση των ασθενών των Ε.Ι. του Ψ.Τμ. του Ευαγγελισμού κατά την τελευταία δεκαετία

Πίνακας 27

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜ.ΑΣΘΕΝ.		ΕΙΣΑΓ.ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ		ΕΙΣΑΓ.ΚΑΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ	
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
	%	%	%	%	%	%
1990	2810	3183	780	570	2030	2613
	47%	53%	13%	10%	34%	43%
1991	2690	3403	790	732	1900	2671
	44%	56%	13%	12%	31%	44%
1992	2800	4717	1100	700	1700	4017
	37%	63%	14%	9%	23%	54%
1993	2520	2750	720	678	1800	2072
	48%	52%	14%	13%	34%	39%
1994	3100	3007	1000	800	2100	2207
	51%	49%	16%	13%	35%	36%
1995	2850	3060	900	760	1950	2300
	48%	52%	15%	13%	33%	39%
1996	3600	4024	1000	890	2600	3134
	47%	53%	13%	12%	34%	41%
1997	2886	3942	1080	800	1806	3142
	43%	57%	16%	12%	27%	45%
1998	2940	3728	940	534	2000	3194
	44%	56%	14%	8%	30%	48%
1999	4475	4600	1125	800	3350	3800
	49%	51%	12%	9%	37%	42%
2000*	1700	1931	700	429	1000	1502
	49%	51%	21%	11%	28%	40%

*Τα στοιχεία του 2000 αφορούν μόνο το πρώτο εξάμηνο

Πίνακας: Εισαγωγές στα Έκτακτα Ε.Ι. του Ψ.Τμ

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία του Ψ.Τ.Γ.Ν.

Παρατηρείται ότι οι επανεισαγωγές αυξομειώνονται συνεχώς ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχιζόμενη αύξηση. Επίσης από αυτούς που επισκέφθηκαν τα Ε.Ι. οι 17828 εισαχθήκανε για πρώτη φορά (ποσοστό 25%) με το σύνολο των ανδρών να είναι 10135(14%), ενώ αντίστοιχα το σύνολο των γυναικών είναι 7693(11%). Αντίστοιχα ο αριθμός αυτών που τα επισκέφθηκαν κατά επανάληψη ήταν 52888 (ποσοστό 75%) με το σύνολο των ανδρών να είναι 22236(31%) και οι γυναίκες 30652(44%).

Εξειδικευμένα Εξωτερικά Ιατρεία

Από το 1995 και ύστερα, με πρωτοβουλία και τις ενέργειες της επιστημονικής υπεύθυνης, αναπτύχθηκαν και λειτουργούν:

- ✓ Τμήματα Εργασιοθεραπείας με την ευθνή εργασιοθεραπεύτριας.
- ✓ Ειδικές ομάδες Ψυχοθεραπείας με θεραπευτές εξειδικευμένους στην ομαδική ψυχοθεραπεία.
- ✓ Τμήμα θεραπείας οικογένειας.
- ✓ Θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές έξοδοι των νοσηλευομένων ασθενών.

(Δυστυχώς δεν υπάρχουν κάποια στοιχεία για να αναλύσουμε όλα τα παραπάνω)

Ιατρεία Οικογενειακής Θεραπείας

Το ιατρείο αυτό λειτουργεί από το 1995 στον τομέα ενώ πιο πρώτα λειτουργούσε για όλα τα περιστατικά του νοσοκομείου. Όσο αφορά το συγκεκριμένο ιατρείο ο υπεύθυνος επιμελητής ψυχίατρος δέχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα - κυρίως ανά 15 ημέρες - τον ασθενή και την οικογένειά του, για να τους παράσχει οπωσδήποτε συμβουλές . Με αυτό τον τρόπο γίνεται κάποια προσπάθεια για την καλύτερευση των σχέσεων μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του.

Ομαδική Θεραπεία (group therapy)

Η ομάδα θεραπείας αποτελείται από μια νοσηλεύτρια, την κοινωνικό λειτουργό, δύο ψυχιάτρους επιμελητές και από τον διευθυντή της κλινικής. Η συνάντηση αυτή γίνεται σε προκαθορισμένο χρόνο (ανά 7 ημέρες) και η διάρκειά της είναι περίπου στις 2 ώρες . Η ομάδα είναι ανοικτή σε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ψυχιατρική κλινική αφού βέβαια υπάρχουν απαραίτητες συνθήκες και εφόσον δεν πρόκειται για ασθενείς παρανοϊκού τύπου. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ένταξη στην ομάδα

αυτή γίνεται μετά από ατομική προετοιμασία και αφού παρέλθει ένα χρονικό διάστημα προσαρμογής στο περιβάλλον της ψυχιατρικής κλινικής

1,3. Επείγοντα Περιστατικά

Ο Ευαγγελισμός όπως και το Σισμανόγλειο εφημερεύει κάθε 4 μέρες και την ίδια μέρα με την Ψυχιατρική Κλινική του Σισμανογλείου Επίσης, παρέχει συμβουλές και αντιμετωπίζει άρρωστους, οι οποίοι παραπέμπονται από ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου.

Επειδή δεν έχουν θεσμοθετηθεί οι περιοχές ευθύνης των Ψυχιατρικών Τομέων, είναι υποχρεωμένος να συμμετέχει στις γενικές εφημερίες του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται και να παρέχει πλήρη κάλυψη των ασθενών.

Σε ημέρα γενικής εφημερίας, το Ψ.Τμ. λειτουργεί με δύο ειδικευόμενους και δύο ειδικευμένους ψυχιάτρους επί 24ωρης βάσης.

Από το 1998 και μετά, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των επειγόντων περιστατικών και με σκοπό την βελτίωση παροχής φροντίδας, το προσωπικό, γενικής εφημερίας, αυξήθηκε και αποτελείται από :

- Δύο ειδικευμένους Ψυχιάτρους.
- Τέσσερεις ειδικευόμενους Ψυχιάτρους.
- Ένα Ψυχολόγο.
- Ένα Κοινωνικό Λειτουργό.
- Ένα Νοσηλεύτρια(-τρια) μερικής απασχολήσεως στον Ψυχιατρικό Τομέα.

Πίνακας 28

ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
		ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1990	1200	620	56%	580	44%
1991	1310	600	45%	710	55%
1992	1370	660	48%	710	52%
1993	1100	600	54%	500	46%
1994	1386	441	32%	945	68%
1995	1057	447	42%	610	58%
1996	866	350	40%	516	60%
1997	846	414	49%	432	51%
1998	1350	650	48%	700	52%
1999	700	300	42%	400	58%
2000*	1358	800	59%	558	41%

*Τα στοιχεία του 2000 αφορούν μόνο το πρώτο εξάμηνο

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία του Ψ.Τ.Γ.Ν. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι σχετικά με τα επείγοντα περιστατικά ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που επισκέφθηκαν τον Ψ.Τμ. είναι γυναίκες περίπου 58% - 60% ενώ και ο αριθμός των ανδρών που έχουν επισκεφθεί κατά την τελευταία δεκαετία τον Ψ.Τμ. κυμαίνεται γύρω στο 50%

Επίσης τα επείγοντα περιστατικά κατά την τελευταία δεκαετία στον Ψ.Τμ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού ήταν 1254 από τα οποία ο αριθμός των γυναικών ήταν 6661 (ποσοστό 53%) και των ανδρών αντίστοιχα 5882 (47%). Σε αυτά τα περιστατικά έχουν προστεθεί και όσα εισέρχονται στον Ψ.Τμ. του Ευαγγελισμού κατά την ημέρα της εφημερίας του.

1.4. Εφημερία Ψ.Κ. του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού

Όπως και το Σεισμανόγλειο έτσι και ο Ευαγγελισμός εφημερεύει κάθε δύο ημέρες, εκτός της προγραμματισμένης εφημερίας του, για περιστατικά εισαγγελικών εντολών. Στα πλαίσια της εφημερίας η Ψυχιατρική κλινική παρέχει τις υπηρεσίες της

από ειδικευόμενους και ειδικευμένους ιατρούς σε όλο το φάσμα των ψυχιατρικών περιστατικών, των οποίων προσέρχονται.

2. Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αποδοχή της ψυχιατρικής, σε ένα Γενικό Νοσοκομείο, είναι η άμεση και αποτελεσματική ψυχιατρική κάλυψη των άλλων ιατρικών τμημάτων. Η ψυχιατρική κάλυψη των υπολοίπων κλινικών του Νοσοκομείου είναι εικοσιτετράωρη. Έτσι, αποφεύγονται άσκοπες διακομιδές που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία και μερικές φορές την ζωή του ασθενή. Τις περισσότερες φορές, ο πανικός που δημιουργείται από την ανησυχία ενός αρρώστου, περνάει με απλούς ψυχιατρικούς χειρισμούς.

- Άρρωστοι, από άλλες περιοχές ευθύνης, παρακολουθούνται από το Ψυχιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου στο οποίο έχουν εισαχθεί για την διάρκεια της νοσηλείας τους και παραπέμπονται στον Ψυχιατρικό Τμήμα ή το Κ.Ψ.Υ. της περιοχής τους, μετά την έξοδο τους και εφόσον χρειάζονται περαιτέρω βοήθεια.

Παρακάτω φαίνεται ο πίνακας με την κίνηση της Διασυνδεδετικής και Συμβουλευτικής υπηρεσίας του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού. Από αυτόν παρατηρούμε ότι ο αριθμός των γυναικών που επισκέφθηκαν τις υπηρεσίες αυτές είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αριθμό των ανδρών, πράγμα το οποίο οφείλεται στην κατάρτιση και εμπιστοσύνη που έχουν στις υπηρεσίες. Επίσης, παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση των ασθενών όσο περνάνε τα χρόνια κάτι το οποίο δείχνει την εμπιστοσύνη των πολιτών στις υπηρεσίες του Ψ.Τ.Γ.Ν. Ευαγγελισμού.

Βέβαια, όσο αφορά τον Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού στην Διασυνδεδετική και Συμβουλευτική Υπηρεσία, έχουμε, εκτός από τα παραπάνω στοιχεία, να κάνουμε μερικές παρατηρήσεις ακόμα. Η εμπειρία του προσωπικού του Ψυχιατρικού Τμήματος, σε συνδυασμό με την ειδική εμπειρία της επιστημονικής υπεύθυνης, σε θέματα διασύνδεσης με τα λοιπά νοσηλευτικά τμήματα, συνέβαλαν στην εγκαθίδρυση στέρεων σχέσεων συνεργασίας και οδηγούν σε:

- ❖ **Σημαντική αύξηση του ποσοστού των παραπεμπομένων για ψυχιατρική εξέταση νοσηλευόμενων ασθενών, με μέσο όρο 4%, ποσοστό ανάλογο μεγάλων Γενικών Νοσοκομείων του εξωτερικού.**

- ❖ Ερευνητική συνεργασία με το Ενδοκρινολογικό, την Αιματολογική κλινική και Λευκωμάτων, το Ογκολογικό, την Β΄ προπαιδευτική Πανεπιστημιακή κλινική, την Α΄ χειρουργική κλινική, το εργαστήριο Ανοσολογίας και ιστοσυμβατότητας και το Βιοχημικό εργαστήριο.
- ❖ Εκπαιδευτική συνεργασία και συμμετοχή ιατρών, άλλων ειδικοτήτων, στα εκπαιδευτικά προγράμματα του Ψυχιατρικού Τμήματος, σε αντίστοιχα προγράμματα των άλλων νοσηλευτικών μονάδων του Νοσοκομείου.

Ανάπτυξη συνεργασίας με ειδικά Νοσηλευτικά Τμήματα, όπως Ενδοκρινολογικό, Αιματολογική κλινική και Λευκωμάτων, Ογκολογικό, Α΄ χειρουργική κλινική.

Πίνακας 29

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ Δ/Σ													
				ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ		ΣΥΝΑΙΣΘ		ΑΓΧΩΔ\ΦΟΒΙΚ		ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜ		ΥΣΤΕΡΙΚ		ΣΥΜΠΕΡ		ΑΛΛΕΣ	
				Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
1990	280	320	600	60	20	70	120	45	30	30	60	32	50	38	20	05	10
1991	320	365	685	63	22	80	127	50	33	34	80	40	59	50	31	03	13
1992	315	435	750	78	35	47	160	55	42	25	77	46	66	51	40	13	15
1993	310	470	780	80	58	60	177	59	40	29	70	30	91	40	30	12	14
1994	300	400	700	49	34	42	115	60	50	35	63	35	83	70	43	09	12
1995	487	600	1087	85	60	102	180	110	87	45	90	63	71	60	48	25	41
1996	500	610	1110	109	81	89	163	102	90	55	85	70	130	55	42	20	19
1997	515	685	1200	110	90	75	170	140	110	60	95	50	120	65	38	15	45
1998	520	675	1195	100	85	50	208	135	71	75	111	72	112	78	50	10	37
1999	600	653	1253	122	79	68	119	130	80	80	168	90	110	90	60	25	32
2000*	200	220	420	40	20	20	50	35	27	25	35	21	39	35	20	24	29

*Τα στοιχεία του 2000 αφορούν μόνο το πρώτο εξάμηνο

ΠΙΝΑΚΑΣ: ' Δ/Σ του Ψ.Τ.Γ.Ν. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

ΠΗΓΗ :

Γραμματεία του Ψ.Τ.Γ.Ν. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

3. Κοινωνική υπηρεσία του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού

Ο Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού διαθέτει ξεχωριστή κοινωνική υπηρεσία ,από το υπόλοιπο νοσοκομείο, από την αρχή της λειτουργίας της. Υπεύθυνη για αυτή την υπηρεσία είναι μία κοινωνική λειτουργός.

Η κοινωνικός λειτουργός συννετέχει σε όλες τις δραστηριότητες του τμήματος, παρακολουθεί περιστατικά, βοηθά στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή, με στόχο την επάνοδό του στον κοινωνικό περίγυρο. Ασχολείται τόσο με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον.

Κύριος στόχος της κοινωνικού λειτουργού είναι να δώσει στήριξη στον ασθενή και στην οικογένειά του. Για τον λόγο αυτό, πολλές φορές ασχολείται πολλές ώρες με την οικογένεια του ασθενούς(οικογενειακή θεραπεία) για να τους δίνει συμβουλές σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας και των κοινωνικών λειτουργών δίνεται κάποιο χρηματικό ποσό, από την Διεύθυνση Πρόνοιας της Νομαρχίας σε αυτούς που χρήζουν βοήθεια –εφόσον είναι αποδεδειγμένο αλλά και αφού είναι ασθενείς στο νοσοκομείο (Ψ.Τ.Γ.Ν.) του Ευαγγελισμού.

Τέλος, κάνει σεμινάρια στο προσωπικό του Ψυχιατρικού Τμήματος, αλλά και δημιουργεί ομάδες ευαισθητοποίησης για τους ασθενείς..

4. Εργοθεραπεία στον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού

Ο ρόλος της Εργοθεραπευτικής ομάδας είναι η οργανωμένη και μεθοδική παροχή ερεθισμάτων τέτοιου είδους και μορφής , ώστε να μην επιτρέψουν να αποτελέσει η παραμονή στην κλινική αποστασιοποίησης από την ζωή και την ενεργοποίηση.

Η εργοθεραπεύτρια,, ασχολείται με τον ασθενή και αποκλειστικά μόνο με αυτόν. Όταν αυτός εισέρχεται στον Ψυχιατρικό Τομέα έχει μία, εφ' όλης της ύλης, συνέντευξη μαζί του, για να μάθει τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Με τις ομάδες εργοθεραπείας, δηλαδή με κάποια ομαδικά παιχνίδια που παίζει μαζί με τους

ασθενείς, ή και με διάφορες δραστηριότητες όπως είναι η δημιουργία κάποιας θεατρικής ομάδας, ομάδας πλού κ.λ.π., στοχεύει να κάνει τους ασθενείς να συγκεντρωθούν, για να επικοινωνούν με το περιβάλλον τους, με σκοπό την κοινωνική επανένταξή τους στο κοινωνικό περιβάλλον, μετά την έξοδό του.

Τέλος, από τους εργοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς, οργανώνεται η κοινωνική λέσχη, στην οποία οι ασθενείς, που έχουν πάρει εξιτήριο, συγκεντρώνονται μία φορά την εβδομάδα και περιγράφουν πώς περνάνε την μέρα τους.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι κάποιες ημέρες της εβδομάδας οι ασθενείς συγκεντρώνονται και σε συνεργασία με την ψυχιατρική ομάδα, επιλύουν τα προβλήματα τους, που δημιουργούνται από την συμβίωση τους

5 Προγράμματα του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι την περίοδο 1995-1998, με πρωτοβουλίες και ενέργειες της επιστημονικής υπεύθυνης και σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του Ψυχιατρικού Τομέα(κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτρια, εργοθεραπεύτρια) αναπτύχθηκαν και λειτουργούν ακόμα:

- **Κοινωνική λέσχη χρόνιων ψυχικά ασθενών.** Πρόκειται για μια συγκέντρωση των χρόνια ψυχικά ασθενών που έχουν πάρει εξιτήριο από την Ψυχιατρική Κλινική. Οι τελευταίοι έχουν συνάντηση μια φορά την εβδομάδα με την εργοθεραπεύτρια και την κοινωνικό λειτουργό και μιλάνε για κάποια προβλήματα που τους απασχολούνε αλλά και πως περνάνε την ημέρα τους
- **Ψυχομετρικό εργαστήριο.**
- **Ομάδες ψυχοεκπαίδευσης** οικογενειών χρόνιων, ψυχικά, ασθενών σε συνεργασία με τον Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία.
- **Ειδικές ομάδες διαβητικών ασθενών** σε συνεργασία με το Ενδοκρινολογικό Τμήμα.

Πρόγραμμα «Ψυχαργός». Είναι ένα πρόγραμμα που λειτουργεί στο Ψυχιατρικό Τμήμα του «Ευαγγελισμού», αν και προοριζόταν να εφαρμοσθεί για πρώτη φορά από τον Ψυχιατρικό Ξενώνα του Ψ.Τ.Γ.Ν. και αλοσκοπεί στην αποασυλοποίηση και στον

αποκλεισμό από την αγορά εργασίας, των ψυχικά ασθενών (που συμμετείχαν σε αυτό το πρόγραμμα).

6. Εκπαίδευση και Έρευνα του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού

Κάθε τμήμα, ανάλογα με τις δυνατότητές του, θα πρέπει να αναπτύσσει εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα, από μόνο του ή σε συνεργασία με τα υπόλοιπα ιατρικά τμήματα του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην συμμετοχή στα εκπαιδευτικά προγράμματα του προσωπικού των άλλων τμημάτων. Επίσης, είναι απαραίτητος ο εμπλουτισμός των βιβλιοθηκών των νοσοκομείων με ψυχιατρικά περιοδικά και βιβλία.

Εξάλλου, πρέπει να υπάρχει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των εκπαιδευομένων, που απαιτεί την, εκ περιτροπής, απασχόληση ή παρουσία τους σε όλες τις δομές. Σε αυτό το σκεπτικό ανήκει το εκπαιδευτικό έργο και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ψ.Τ.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός».

Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού στους ειδικευόμενους ψυχιατρούς.

Ο Ψυχιατρικός Τομέας παρέχει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Η επιστημονική υπεύθυνη, σε συνεργασία με ακαδημαϊκούς και επιστημονικούς φορείς, οργανώνει το μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Τμήματος, σύμφωνα με τον κανονισμό εκπαίδευσης ειδικευομένων ψυχιάτρων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ψυχιατρική, σελίδες 274-279, 1995)

Ο Ψ.Τ. του Γ.Π.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», παρέχει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε:

- Ειδικευμένους στην Ψυχιατρική ιατρούς.
- Ειδικευμένους ιατρούς για την απόκτηση άλλης ειδικότητας.
- Φοιτητές 6^{ου} έτους των Ιατρικών σχολών του πανεπιστημίου Πατρών, Ηρακλείου και Ουγγαρίας.

- Φοιτητές τμήματος Νοσηλευτικής του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του πανεπιστημίου Αθηνών.
- Φοιτητές του τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου πανεπιστημίου και του πανεπιστημίου Κρήτης.
- Άλλους επαγγελματίες του χώρου της υγείας.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι η εκπαίδευση στους παραπάνω φοιτητές γίνεται τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αποσκοπεί, κατά πρώτων, στην ισόρροπη ανάπτυξη και παρουσίαση των κυριότερων σχολών και κατευθύνσεων στην Ψυχιατρική. Επίσης αποβλέπει, στο μέτρο της εφαρμοσμένης συμβουλής τους, στη θεμελίωση και τελική διαμόρφωση μίας σύγχρονης ορθολογικής πρακτικής και όσο το δυνατόν περισσότερο επιστημονικά θεμελιωμένης Ψυχιατρικής κλινικής.

Ο προγραμματισμός, η οργάνωση και η ανάπτυξη του εκπαιδευτικού προγράμματος, στηρίζεται σε ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα πανεπιστημίων του εξωτερικού και στον κανονισμό εκπαίδευσης ειδικευομένων στην Ψυχιατρική της Ευρωπαϊκής Ένωσης .

Το πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Τομέα του Ευαγγελισμού κατά το ακαδημαϊκό έτος 1996-97 περιλάμβανε εισηγήσεις, σεμινάρια, ψυχιατρικά θέματα των παιδιών και των εφήβων, κλινικό ψυχοπαθολογικό εποπτευόμενο εργαστήριο, καθώς και εποπτείες κλινικής ψυχιατρικής, επειγόντων περιστατικών και συμβουλευτικές ψυχιατρικής, σαν συνεργασία του εκάστου ειδικευομένου με τον επόπτη του επιμελητή.

Αντίστοιχα την χρονική περίοδο 1997-98 το πρόγραμμα του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού εκτός από τα παραπάνω περιλάμβανε και εποπτείες επειγόντων περιστατικών και περιπτώσεων Διασυνδεδετικής και Συμβουλευτικής υπηρεσίας και Ε.Ι.

Τέλος την περίοδο 1998-99 έκλεισε το τριετές πρόγραμμα του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού το οποίο περιελάμβανε εκτός από τα προαναφερθέντα και εποπτείες σε περιστατικά της κλινικής , επειγόντων περιστατικών και συμβουλευτικής ψυχιατρικής, σαν συνεργασία του εκάστου ειδικευομένου με τον επόπτη του επιμελητή.

7. Ψυχιατρικός Ξενώνας του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού

Στην διάρκεια από 1995-1998 η επιστημονική υπεύθυνος ,προχώρησε στις απαραίτητες διοικητικές ενέργειες για την δημιουργία ενός Ψυχιατρικού ξενώνα σε κτίριο επί της οδού Φερεκύδου 1 και 5, ιδιοκτησίας του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός». Σήμερα, στις δομές του Ψυχιατρικού Τμήματος εντάσσεται και ο Ψυχιατρικός Ξενώνας, δύναμης 10 κλινών. Για την λειτουργία του έχει υπογραφεί εταιρική σχέση του Ψυχιατρικού νοσοκομείου Αθηνών, για την παροχή συνοδευτικών υπηρεσιών, στην ενέργεια καταπολέμησης του «Αποκλεισμού», από την αγορά εργασίας, των ψυχικά ασθενών στο πρόγραμμα «Ψυχαργός ». Δυστυχώς , αυτός ο ξενώνας δεν έχει λειτουργήσει μέχρι σήμερα, όμως οι 10 κλίνες του έχουν μεταφερθεί στο Ψ. Τμ. του Ευαγγελισμού.

8. Το Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου

Στον Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού, υπάγεται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) το οποίο βρίσκεται στην οδό Φερεκύδου 1 & 5, στο Παγκράτι

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχουν ως αποστολή την πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, κυρίως, στα πλαίσια της περιοχής που βρίσκονται. Προσφέρουν ψυχιατρική φροντίδα σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια.

Επίσης, προσφέρουν κάθε επιστημονική βοήθεια για την διατήρηση της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή και η εργασία τους στην κοινωνία και η αποδοχή τους από αυτή.

Επιπλέον, σκοπός του είναι να κάνουν έρευνες πάνω στα αίτια που προκαλούν ή επιβαρύνουν την ψυχική νόσο, καθώς, επίσης, να δίνουν συμβουλευτικές προτάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος, τόσο για την αντιμετώπιση, όσο και την εξάλειψή της.

8.1 Φάσμα Υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου

Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε το 1978, ενώ λειτούργησε ως Ν.Π.Ι.Δ. με την ονομασία «Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής». Στο Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός» εντάχθηκε το 1987.

Περιλαμβάνει το Τμήμα Ενηλίκων και Τμήμα Εφήβων. Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου στεγάζεται σε ένα διατηρητέο κτίριο στην οδό Φερεκύδου και έχει κοινοτικό προσανατολισμό με κεντρικό τομέα τον Δήμο Παγκρατίου.

Το προσωπικό, από το οποίο αποτελείται το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, είναι τρεις(3) κοινωνικοί λειτουργοί, επτά(7) ψυχίατροι, δύο(2) ψυχολόγοι και ένας(1) ειδικός παιδαγωγός, ενώ οι ασθενείς παρακολουθούνται μέσα από ραντεβού.

Ημερησίως, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου δέχεται εικοσιπέντε(25) επισκέψεις. Από τους ασθενείς που το επισκέπτονται, το 80% είναι γυναίκες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχών είναι οι νευρώσεις. Το γεγονός ότι η σύνθεση, της διεπιστημονικής ομάδας, ήταν πλήρης από την αρχή της λειτουργίας,, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την οικονομία των δυναμικών της ομάδας.

Παρέχει συμβουλευτική βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη, ψυχιατρική αντιμετώπιση, μετανοσοκομειακή παρακολούθηση, κοινωνική εργασία και ειδικές θεραπείες σε παιδιά, εφήβους, ανήλικες, ζευγάρια, οικογένειες. Αντιμετωπίζει καταστάσεις ψυχοκοινωνικής κρίσης και επείγοντα περιστατικά. Τέλος, αναπτύσσει προγράμματα κοινοτικής αποκατάστασης.

8.2 Ο χαρακτήρας πρόληψης του Κ.Ψ.Υ. του Παγκρατίου.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου έχει χαρακτήρα πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς, πρόληψης.

1. Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί ανά ποσοστό κομμάτι του έργου ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Βασικός στόχος της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών³.
2. Ως δευτερογενής πρόληψη θεωρείται η μείωση διάρκειας των ψυχικών διαταραχών και των επιπτώσεών τους με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή τους, την διάγνωση και θεραπεία τους.
3. Όσον αφορά την τριτογενή πρόληψη, ορίζεται ως η μείωση της έκπτωσης της λειτουργικότητας, που προέρχεται από τη χρονιότητα της νόσου.

³ Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ .στην χώρα μας –Το φάσμα των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου-Αθήνα 1993

8.3 Δραστηριότητες

Οι θεραπευτικές, εκπαιδευτικές, αλλά και ερευνητικές δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, αλληλοδιαπλέκονται με την έννοια ότι η μία δραστηριότητα στηρίζεται στις άλλες. Εάν θεωρήσουμε τις δραστηριότητες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, σαν ένα τρίγωνο, τότε σαν αιχμή θεωρείται η θεραπευτική πλευρά, αν και υπάρχει δυνατότητα να αποπροσανατολίζεται κατά περίπτωση.

Δραστηριότητες Κ.Ψ.Υ.



A. Θεραπευτικό Έργο

Το θεραπευτικό έργο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου καλύπτει όλο το φάσμα των ψυχιατρικών ασθενών, αλλά και του πληθυσμού, του οποίου η δυσλειτουργία μπορεί να εκδηλώνεται στις διαπροσωπικές ή οικογενειακές σχέσεις, στην εργασία ή στην σχολική προσαρμογή και απόδοση.

B. Εκπαιδευτικό Έργο

Από την έναρξη λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο συντονίζεται από μικρή διεπιστημονική ομάδα. Το πρόγραμμα ασχολείται με τα θέματα τα οποία αποτελούν αντικείμενο της εργασίας τους, κατά την διάρκεια του προγράμματος, και πραγματοποιείται κατά την διάρκεια ενός ακαδημαϊκού έτους, μία φορά την εβδομάδα, από τον Οκτώβρη μέχρι τον Ιούνιο κάθε χρόνο.

Γ. Ερευνητικό Έργο

Με την έναρξη λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, η έρευνα θεωρήθηκε σαν μία βασική συνιστώσα της δουλειάς του. Αυτό έγινε διότι πιστεύεται από τους υπαλλήλους του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική, κυρίως για την επισήμανση και την αναγνώριση των χαρακτηριστικών και των αναγκών της κοινότητας ευθύνης τους.

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Τ.Γ.Ν. ΤΟΥ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ

Τα στοιχεία σχετικά με την μισθοδοσία του προσωπικού του Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού είναι τα εξής:

Πίνακας 30

ΜΙΣΘΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΤΗ				
	1996	1997	1998	1999	2000
Διευθύντρια	523809	555102	994000	973526	1040989
Ψυχίατροι (6)	1848948	2013384	3228000	3987156	4381566
Ψυχολόγοι	290508 (1)	615520 (2)	759440 (2)	795824 (2)	800000 (2)
Κοινωνικοί Λειτουργοί(2)	660000	680000	700000	720000	740000
Προϊσταμένη Νοσοκόμος	306987	360280	375368	382216	395806
Νοσηλεύτες(12)	2791200	3108000	3774400	4476000	4639824
Βοηθητικό(10)	2089380	2140000	2869600	2923200	3031460
Εργοθεραπεία	210362	240902	270000	313424	350200
Διοικητικό	250000	270000	310000	350000	398000
Κοινωνιολόγοι	210362	240902	270000		
Ετήσιο Κόστος	110178672	122689080	162609696	179056152	189334140

Πίνακας 30^α Για νοσήλια, τα αντίστοιχα ποσά ήταν:

Έτος	Αριθμός Ασθενών	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μέρες / Μήνα)	Νοσήλιο(Δρ.)	Συνολικό Κόστος Νοσηλείας(Δρ.)
1990	238	29,5	8000	56168000
1991	198	27,3	8000	43243200
1992	244	26,2	8000	51142400
1993	235	29,8	15500	108546500
1994	243	29,4	15500	110735100
1995	217	28,4	15500	95523400
1996	227	29,5	15500	103795750
1997	229	27,5	15500	97611250
1998	229	29,6	13500	91508400
1999	239	37,3	13500	120348450
2000*	132	28,5	13500	50787000

Παρατηρήσεις:

1. Το νοσήλιο είναι το ημερησίου κόστους νοσηλείας.
2. Το Συνολικό Κόστος Νοσηλείας προκύπτει ως το γινόμενο του νοσηλίου επί την μέση διάρκεια νοσηλείας επί το σύνολο των ασθενών ενός έτους.
3. Τα στοιχεία για το έτος 2000 αφορούν μόνο το πρώτο δίμηνο, οπότε το συνολικό κόστος προκύπτει μόνο κατά το διάστημα αυτό.

Πιο αναλυτικά ο παρακάτω πίνακας δείχνει τα έξοδα, κατά προσέγγιση, του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού από το 1996 και ύστερα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πριν από το 1996 δεν υπάρχουν στοιχεία ή δεν θέλουν οι υπεύθυνοι να τα δώσουν (το τελευταίο σχόλιο τα λέμε με κάθε επιφύλαξη).

Πίνακας 31

ΕΤΗ	ΗΜΕΡΗΣΙ Ο ΝΟΣΗΛΙΟ	ΕΤΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΜΙΣΘΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	ΦΑΡΜΑΚΑ	ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ
1990	8000	56168000				56168000
1991	8000	43243200				43243200
1992	8000	51142400				51142400
1993	15500	108546500				108546500
1994	15500	110735100				110735100
1995	15500	95523400				95523400
1996	15500	103796750	110178672	25016369	2105023	241095814
1997	15500	97611250	122689080	26896102	2350012	249546444
1998	13500	91508400	162609696	27698120	2390214	284206430
1999	13500	120348450	179056152	27980012	2492080	329876694
2000*	13500	50787000	189334140	15396860	1560230	257078230

* Αναφερόμαστε στο πρώτο εξάμηνο του 2000

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται σε γενικές γραμμές μια αυξητική τάση του ετήσιου κόστους νοσηλείας των ασθενών. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι το κόστος νοσηλείας των ασθενών μειώθηκε από 15500 δραχ. που ήταν το 1997 σε 13500 δραχ. κάτι το οποίο ισχύει ακόμα και σήμερα. Ακόμη παρατηρούμε ότι από το 1998 και ύστερα υπάρχει κάποια αύξηση του ετήσιου κόστους νοσηλείας η οποία όμως οφείλεται στην αύξηση των εισαγωγών των ασθενών και όχι στο μέσο χρόνο νοσηλείας ο οποίος είναι γύρω στις 28,5 ημέρες.

Το γεγονός ότι δεν έχουμε καθόλου στοιχεία σχετικά με το μισθολόγιο του προσωπικού της Ψυχιατρικής Κλινικής του Ευαγγελισμού πριν το 1996 οφείλεται στην έλλειψη σταθερής πολιτικής σχετικά με τους μισθούς που παρουσιαζόταν τα προηγούμενα χρόνια αλλά και στην έλλειψη μηχανογράφησης.

Στην ίδια αιτία οφείλεται και η έλλειψη που παρατηρείται σχετικά με τα έξοδα του Ψυχιατρικού Τομέα . Πρέπει να αναφερθεί ότι στον Ψυχιατρικό Τομέα του Ευαγγελισμού δεν υπήρχε μέχρι και το 1995 στατιστική υπηρεσία η οποία θα μπορούσε να μας βοηθήσει σχετικά με τα έξοδα της κλινικής.

Εξαιτίας των παραπάνω γεγονότων μπορούμε να πούμε ότι τα στοιχεία σχετικά με τα έξοδα του Ψυχιατρικού Τομέα του Ευαγγελισμού είναι πλασματικά.

Από τα στοιχεία και τις πληροφορίες που διαθέτουμε μπορούμε να πούμε επίσης ότι η Ψυχιατρική Κλινική του Ευαγγελισμού δεν παρουσιάζει κάποιο έλλειμμα παρόλο το γεγονός ότι όπως και οι περισσότερες Ψυχιατρικές Κλινικές έτσι και αυτή, παρουσιάζει κάποια μείωση των εσόδων και αύξηση των εξόδων της η οποία είναι αποτέλεσμα του γεγονότος ότι πλέον τα λειτουργικά της έξοδα καλύπτονται από το συνολικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου, αλλά και στην απουσία management για την Ψυχική Υγεία.

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ Ψ.Τ. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ

Κατά την τελευταία δεκαετία τον Ψ.Τ. το έχουν επισκεφθεί περίπου 95449 άνθρωποι προκειμένου να δεχτούν κάποιες από τις υπηρεσίες του. Από αυτούς οι 83263 έχουν επισκεφθεί τα Ε.Ι. του Ψ.Τ. ποσοστό το οποίο αναλογεί στο 87% της συνολικής κίνησης του Τομέα, 9780 έχουν πάρει συμβουλές από τη Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική υπηρεσία ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί στο 10% της συνολικής κίνησης , ενώ μόνο 2406 ποσοστό 3% της συνολικής κίνησης του Τομέα έχουν εισαχθεί στην Ψ.Κ..

Το Φύλλο Χρηστών

Πίνακας 32

ΕΤΗ	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
1990	3490	48%	3703	52%	7193
1991	3290	45%	4113	55%	7403
1992	3460	38%	5433	62%	8893
1993	3078	49%	3292	51%	6370
1994	3541	46%	3950	54%	7491
1995	3347	48%	3620	52%	6967
1996	3950	46%	4540	54%	8490
1997	3300	43%	4374	57%	7674
1998	3590	45%	4428	55%	8018
1999	4775	49%	5000	51%	9775
2000*	3500	50%	2489	50%	4989

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται τους Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι γυναίκες ,κάτι το οποίο όμως είναι αναμενόμενο εφόσον οι γυναίκες είναι αυτές που μένουν κατά κύριο λόγο στο σπίτι και όπως είναι φυσικό ενημερώνονται περισσότερο σχετικά με την ύπαρξη διαφόρων υπηρεσιών.

Αυτές είναι που ασχολούνται περισσότερο με τη διαπεδαγωγή των παιδιών τους και την παρακολούθηση της απόδοσης τους στο σχολείο. Έτσι μέσω των σχετικών συζητήσεων –ενημερώσεων από τους ειδικούς των αρμόδιων υπηρεσιών που γίνονται προς τους μαθητές, αλλά και προς τους γονείς. οι μητέρες είναι αυτές που συμμετέχουν περισσότερο. Οι οποίες είναι από τη φύση τους πιο συναισθηματικές και για αυτό το

λόγο φορτίζονται περισσότερο. Εδώ πρέπει να πούμε ότι η σύγχρονη εποχή γεμίζει με άγχος τη γυναίκα που καλείται να αναλάβει πολλούς ρόλους (σύζυγος, μητέρα, εργαζόμενη, νοικοκυρά), ενώ και ο ίδιος ο ρυθμός της ζωής της την γεμίζει με άγχη τα οποία δεν ξεπερνιούνται εύκολα.

Αντίθετα όσον αφορά τους άνδρες, δεν ενημερώνονται τόσο πολύ για τέτοιου είδους ζητήματα αλλά και αν ενημερωθούν δεν ζητάνε τόσο εύκολα την βοήθεια των ειδικών λόγω εγωισμού και φόβου για το τι θα πει η κοινωνία μέσα στην οποία αυτοί κινούνται. Επίσης υπάρχει η παλαιά αντίληψη που θέλει τον άνδρα σαν το πιο ενεργητικό και δυνατό μέλος της οικογένειας. Οι άνδρες πολλές φορές δεν εκδηλώνουν τους πραγματικούς φόβους τους και τις περισσότερες φορές δεν δέχονται ή δεν γνωρίζουν στη χειρότερη περίπτωση πως χρειάζονται βοήθεια.

Η Ηλικία των γρηστών

Πίνακας 32

ΕΤΗ	ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ			
	18-40	41-60	61-80	80- ΑΝΩ
1990	2961	3200	1500	370
1991	3165	3169	1469	283
1992	3726	4013	1812	336
1993	2442	2861	1825	257
1994	3112	3069	1817	436
1995	3088	3015	1823	245
1996	3679	3958	1878	276
1997	3202	3625	2022	254
1998	3511	3969	1700	262
1999	4077	5090	1800	300
2000	2052	2525	830	134
Συνολο	35015	38494	18476	3153
Ποσοστο	36.7%	40.4%	19%	3.9%

Παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών είναι ηλικίας 41-60 ετών.

Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι οι ασθενείς σε αυτές τις ηλικίες δεν είναι διατεθειμένες ή δεν μπορούν να ανεχτούν αλλαγές που προήλθαν τα προηγούμενα

χρόνια της ζωής τους από φόβο πως δεν θα τα καταφέρουν να επιβιώσουν σε αυτές τις αλλαγές

Σε αυτό το στάδιο της ζωής τους τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες συνειδητοποιούν το πέρασμα του χρόνου και χρειάζονται στήριξη. Ακόμη δεν πρέπει να ξεχνάμε και το γεγονός ότι εξαιτίας των προαναφερθέντων ελλοχεύει, κυρίως στις γυναίκες, το φαινόμενο της κατάθλιψης.

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών στους Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι και τα άτομα ηλικίας από 18-40 ετών. Αυτό συμβαίνει ίσως, γιατί σε αυτή την ηλικία τα άτομα είναι περισσότερο πληροφορημένα και ευαισθητοποιημένα γύρω από θέματα ψυχικής υγείας. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι τείνουν να ξεπεράσουν τις πατροπαράδοτες αντιλήψεις της κοινωνίας περί στιγματισμού και έτσι δεν θα φοβούνται να απευθυνθούν στους ειδικούς για βοήθεια.

Σε αυτές τις ηλικίες κατακλύζονται από πολλές πιέσεις και άγχη. Καλούνται, επίσης, να αντιμετωπίσουν καταστάσεις όπως ο στρατός, οι σπουδές, εύρεση εργασίας και δημιουργία οικογένειας μητρότητα, σχέσεις με το άλλο φύλλο. Σε αυτές τις ηλικίες τα άτομα βρίσκονται στην παραγωγική τους ηλικία κάτι το οποίο σημαίνει συνεχείς αλλαγές στην ζωή τους (σύμφωνα με τα συμπεράσματα από το συμπόσιο της Ψυχικής Υγείας το 1992).

Όσο αφορά τις ηλικίες από 61 και άνω έχει το μικρότερο ποσοστό παρακολούθησης των ασθενών. Αυτό οφείλεται στην προκατάληψη που υπάρχει σχετικά με τις υπηρεσίες παροχής ψυχιατρικής φροντίδας αλλά και στην άγνοια που υπάρχει σε αυτές τις ηλικίες.

Η Οικογενειακή κατάσταση των γρηστών

Πίνακας 33

ΕΤΗ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ			
	ΑΓΑΜΟΙ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	ΧΗΡΟΙ
1990	1300	3700	1800	1231
1991	1500	3619	1560	1407
1992	1800	4133	2353	1601
1993	1769	3157	1070	1389
1994	2000	2999	1970	1465
1995	1707	3025	1950	1589
1996	1901	4000	2090	1800
1997	1699	4110	1800	1494
1998	1919	4078	1898	1547
1999	2028	4978	2261	2000
2000	1300	1989	1200	1052
Συνολο	18923	39788	19952	16575
Ποσοστο	20%	41.7%	21%	17.3%

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, η πλειοψηφία από αυτούς (39788, ποσοστό 41,7%) ήταν έγγαμοι, σε αντίθεση με το γεγονός ότι ο γάμος και η οικογένεια προσφέρει ψυχική ηρεμία και γαλήνη στον άνθρωπο. Παρατηρούμε ωστόσο και ένα ποσοστό αγάμων(18923, ποσοστό 20%) καθώς και διαζευγμένων στα ίδια περίπου επίπεδα(19952, ποσοστό 21%). Τέλος, μικρότερο ποσοστό παρατηρούμε στους χήρους.

Ο Τόπος προέλευσης των γρηστών

Πίνακας 34

ΕΤΗ	ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	
	ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ	ΜΗ ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ
1990	5200	2831
1991	5000	3086
1992	5329	4558
1993	4285	3100
1994	4500	3934
1995	4859	3412
1996	4899	4892
1997	4822	4281
1998	5000	4442
1999	6200	5067
2000	3041	2500

Τέλος όσο αφορά τον τόπο διαμονής των ασθενών που έχουν επισκεφθεί τον Ψ.Τ.Γ.Ν, του Ευαγγελισμού οι περισσότεροι είναι από τα λεγόμενα Αστικά κέντρα με ποσοστό γύρω στο 75%- 80% ενώ το υπόλοιπο ποσοστό ανήκει στα άτομα που διαμένουν στην υπόλοιπη χώρα.

Οι Διαγνώσεις για τους γρηστές

Σχετικά με τις διαγνώσεις οι περισσότεροι ασθενείς εντάσσονται στις συναισθηματικές διαταραχές, ακολουθούν οι σωματοποιημένες διαταραχές, με τις γυναίκες να είναι περισσότερες από τους άνδρες ενώ στις επόμενες θέσεις βρίσκονται οι ψυχωτικές, αγχώδεις/φοβικές, διαταραχές συμπεριφοράς, στις οποίες οι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες

ΕΤΗ	ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ στον Ψ.Τ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ													
	Α	Γ		ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ		ΣΥΝΑΙΣΘ		ΑΓΧΩΔΑΦΟΒΙΚ		ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜ		ΥΣΤΕΡΙΚΕΣ		ΣΥΜΠΕΡΙΦ		ΑΛΛΕΣ	
				Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
1990	100	138	238	19	12	10	30	19	17	11	28	11	24	20	15	10	12
1991	95	103	198	20	18	12	19	23	18	09	13	09	15	10	07	12	13
1992	110	134	244	28	20	08	22	24	17	08	19	10	22	17	14	15	20
1993	107	128	235	25	10	09	26	26	20	06	12	11	19	16	13	14	28
1994	105	115	220	21	17	11	15	25	18	10	18	12	20	19	12	07	15
1995	100	115	215	23	16	12	23	22	16	09	14	07	16	17	13	10	17
1996	105	122	227	17	11	13	25	20	14	05	15	08	21	25	20	08	16
1997	110	119	229	22	15	06	14	19	15	08	11	12	16	26	24	12	24
1998	111	118	229	24	14	14	27	23	10	10	19	13	17	12	06	17	25
1999	109	130	239	26	13	07	20	28	19	09	18	15	30	15	09	09	21
2000*	62	70	132	12	10	08	13	15	08	02	10	05	12	13	10	05	09

*Τα στοιχεία του 2000 αφορούν το πρώτο εξάμηνο

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κίνηση Μ. Ν. του Ψ.Τ.Γ.Ν. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

ΠΗΓΗ: Γραμματεία του Ψ.Τ.ασθενών. Γ.Ν. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Συμπεράσματα για τη λειτουργία του Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού.

Όσο αφορά τον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού ακολουθεί, αναλυτικά, παράθεση των συμπερασμάτων, από την δεκάχρονη λειτουργία.

Η αύξηση των επανεισαγωγών και η συνακόλουθη πλασματική μείωση του μέσου όρου ημερών νοσηλείας είναι ένα πρόβλημα που προκαλείται από τους χρόνιους ασθενείς οι οποίοι όμως δεν παραμένουν για μεγάλο διάστημα στην κλινική, αλλά ο αριθμός των κατά έτος νοσηλείων τους είναι μεγάλος. Είναι οι λεγόμενοι «ασθενείς της περιστρεφόμενης πόρτας».

Εξάλλου, η επιτυχία του Ψ.Τ.Γ.Ν. εξαρτάται πολύ και από το βαθμό αποτροπής της συσσώρευσης των χρόνιων ασθενών κάτι το οποίο εξαρτάται από πού και από το βαθμό κατά τον οποίο τα ψυχιατρικά ιδρύματα και οι ξενώνες καλύπτουν κρεβάτια που πρέπει να διατίθενται για άλλους ασθενείς. Η στενότητα των οικονομικών παροχών προς την ψυχιατρική κλινική αλλά κυρίως η αδυναμία της κοινότητας να δεχθεί στους κόλπους της τον ασθενή είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες αυτών των προβλημάτων

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ένα μεγάλο πλήγμα για τον Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι η εισαγωγή ασθενών με εισαγγελική εντολή στην κλινική, και μάλιστα χωρίς αριθμητικό περιορισμό, κάτι το οποίο οδηγεί σε αδιέξοδο την ομαλή λειτουργία της κλινικής. Εξ' αιτίας αυτών των εισαγωγών έχουν περιοριστεί οι δυνατότητες νοσηλείας άλλων περιστατικών και τα οποία πρέπει να νοσηλεύονται σε τέτοιες δομές. Έτσι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να μετατραπεί η κλινική σε ασυλική δομή προοπτική αδιανόητη και απαράδεκτη.

Όσον αφορά τους τακτικούς ασθενείς προσέρχονται μετά από προσυνηννόηση με το Ψ.Τ.Γ.Ν. είτε έρχονται για πρώτη φορά, είτε έρχονται για παρακολούθηση κατ' επανάληψη. Στην οργάνωση ενός αποτελεσματικού προγράμματος ραντεβού πρέπει να αντιμετωπισθεί η τάση που έχουν πολλοί ασθενείς να προσέρχονται χωρίς ραντεβού ή να μην προσέρχονται καθόλου σε αυτό, αλλά να έρχονται εκτάκτως το απόγευμα είτε ακόμα και σε ώρες εφημερίας. Ο μεγάλος αριθμός ασθενών παρακολουθήσεως (follow

ur patients) στα Εξωτερικά Ιατρεία θα πρέπει να θεωρηθεί ως σοβαρός δείκτης δυσλειτουργίας.

Εξάλλου, υπάρχουν δυσκολίες στη συνεργασία της κλινικής ιατρικής και της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης.

Ένα σοβαρό πρόβλημα που προκύπτει από την λειτουργία της κλινικής είναι ο ελλιπής αριθμός διοικητικού προσωπικού, αναγκάζοντας έτσι το ιατρικό προσωπικό να ασχολείται με γραφειοκρατικές δουλειές και να σπαταλάει πολύτιμο χρόνο από την άσκηση της επιστήμης του. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος η Ψ.Κ.Γ.Ν. δεν έχει στατιστικά στοιχεία για την λειτουργία της αλλά και για την λειτουργία του Ψ.Τ.Γ.Ν.

Επιπρόσθετα προβλήματα του Ψ.Τ.Γ.Ν. στον Ευαγγελισμό είναι και τα εξής :

Τέλος, δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας ότι παρουσιάζονται πολλά προβλήματα σχετικά με τον σχεδιασμό και την δυνατότητα απορροφητικότητας των κονδυλίων γεγονός το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στην διοίκηση των νοσοκομείων μέσα στα οποία βρίσκεται ο Ψ.Τ.Γ.Ν.

Σχετικά με τους νοσηλευτές – ριες σχεδόν όλοι έχουν πάρει ειδικευση στην ψυχιατρική γεγονός το οποίο σημαίνει ότι έχουν εξοικειωθεί με το περιβάλλον μέσα στο οποίο θα δουλέψουν αλλά και με την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς.

Τέλος τόσο η κοινωνική υπηρεσία όσο και η Εργοθεραπεία σε συνδυασμό με τα διάφορα προγράμματα που κατά καιρούς γίνονται στην κλινική έχουν κάνει σωστή δουλειά και βοηθάνε τον ασθενή να μπορέσει να έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα και κατά συνέπεια με το κοινωνικό σύνολο

Κεφάλαιο 5^ο

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν. ΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ

Η σύγκριση των δύο Ψ.Τ.Γ.Ν. θα αναλυθεί σε δύο επίπεδα:

- Στην σύγκριση των στατιστικών στοιχείων που σχετίζονται με τους ασθενείς
- Στην σύγκριση των υπηρεσιών των Ψ.Τ.Γ.Ν.

Όσο αφορά τα στατιστικά στοιχεία προκύπτουν τα εξής:

- Σχετικά με τα ποσοστά των ασθενών που επισκέπτονται τους Ψ.Τ.Γ.Ν. ετησίως, για τον ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ είναι περίπου 9000, ενώ για το ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ είναι μόλις 3000 με ανοδική αύξηση των ασθενών και στους δύο Ψ.Τ. Αυτό πρέπει να οφείλεται στην αύξηση του ποσοστού των ασθενών με ψυχικά προβλήματα ,στην εμπιστοσύνη που αρχίζουν να δείχνουν στις υπηρεσίες των Ψ.Τ.Γ.Ν., αλλά ίσως και στο ότι έχει αρχίσει να αλλάζει η αντίληψη περί στιγματισμού του χρήστη, τέτοιων δομών.
- Και στις δύο περιπτώσεις των Ψ.Τ. οι επανεισαγωγές παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα, γεγονός που οφείλεται στην συχνή παρακολούθηση των ασθενών στα Ε.Ι. αλλά και στην τακτική των κλινικών να αποφεύγουν τις επανεισόδους των ασθενών εάν δεν συντρέχουν σοβαροί λόγοι.
- Και τα δύο νοσοκομεία εφημερεύουν τις ίδιες μέρες και τα περισσότερα περιστατικά διακομίζονται στον Ευαγγελισμό, κάτι το οποίο αποδεικνύει το υψηλό ποσοστό των ασθενών του ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ. Λαμβάνοντας υπόψη μας ότι ο Ευαγγελισμός βρίσκεται κοντά στο κέντρο, έχει ευκολότερη πρόσβαση για τους ασθενείς, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει με το Σισμανόγλειο, διότι βρίσκεται στα βόρεια προάστια.
- Σχετικά με τους ασθενείς των Ψ.Τ. και στα δύο νοσοκομεία παρατηρείται ότι το συντριπτικό ποσοστό είναι γυναίκες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι εμπιστεύονται περισσότερο από τους άνδρες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και ότι δεν

φοβούνται να εκτεθούν σε τρίτους και ότι είναι περισσότερο ενημερωμένες σε θέματα υγείας.

- Στο διαγνωστικό μέρος και στους δύο Ψ.Τ.Γ.Ν. οι συναισθηματικές διαταραχές πλήττουν τις γυναίκες, ενώ στους άνδρες αντιστοιχούν οι ψυχωτικές διαταραχές.
- Ο τόπος προέλευσης των ασθενών που νοσηλεύονται και στους δύο Ψ.Τ.Γ.Ν. είναι τα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας. Αυτό συμβαίνει γιατί η ενημέρωση που υπάρχει σε αυτές τις περιοχές σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είναι σαφώς καλύτερη από ότι στην ευρύτερη περιφέρεια. Ένας άλλος λόγος είναι ότι και οι δύο τομείς βρίσκονται στην πρωτεύουσα και σύμφωνα με την τομεοποίηση, ο μεγαλύτερος αριθμός χρηστών είναι από τα αστικά κέντρα
- Και στις δύο Ψ.Κ. παρατηρούμε ότι οι έγγαμοι αντιπροσωπεύουν, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτές.
- Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που νοσηλεύονται και στα δύο νοσοκομεία, είναι ηλικίας 40-60 ετών.

Από την σύγκριση των δύο Ψ.Τ. σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχουν προκύπτουν τα εξής:

- Παρατηρούνται ελλείψεις και στους δύο Ψ.Τ. τόσο σε νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και σε διοικητικό προσωπικό, λόγω αύξησης της δύναμης των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς.
- Στον Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου λειτουργούν κάποια επιπλέον εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία, που στον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού δεν λειτουργούν. Όπως το ιατρείο άνοιας, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, το ιατρείο σεξουαλικής θεραπείας και το ιατρείο της λογοθεραπείας (το οποίο σε πανελλαδικό επίπεδο υπάρχει μόνο στον Ψ.Τ. του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου).

- Για ότι έχει σχέση με την συμμετοχή και των δύο Ψ.Τ. στα προγράμματα HORIZON I και II, κατά τα έτη 1993-1996, τα οποία αφορούσαν " Την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας", πήρε μέρος μόνο το Σισμανόγλειο και όχι ο Ευαγγελισμός.
- Πρέπει να τονίσουμε την σημαντική συμβολή της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Υπηρεσίας, η οποία προσφέρει πολλή δουλειά και μεγάλη βοήθεια και στους δύο Ψ.Τ.
- Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το ποσοστό πληρότητας των θέσεων όσο αφορά και τις δύο Ψ.Κ., είναι 85%, για την Ψ.Κ. του Ευαγγελισμού, ενώ αντίστοιχα το ποσοστό για το Σισμανόγλειο είναι περίπου 88%.
- Και στους δύο Ψ.Τ. δεν υπάρχει οργανωμένη στατιστική υπηρεσία, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα, με την εξαγωγή χρήσιμων και σημαντικών συμπερασμάτων, για την λειτουργία και των δύο Ψ.Κ.
- Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την καλή επαφή και την συνεργασία που υπάρχει ανάμεσα στους ασθενείς και το προσωπικό, είτε αυτό είναι ιατρικό, είτε νοσηλευτικό και στις δύο Ψ.Κ.
- Ο Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού έχει υπό την εποπτεία του το Κ.Ψ.Υ. Παγκρατείου, ενώ ο Ψ.Τ. του Σισμανογλείου την ψυχιατρική κάλυψη των Κ.Υ. Σπάτων και Ν. Μ.άκρης. Το Σισμανόγλειο καλύπτει τα Κ.Υ., με προσωπικό συνήθως ιατρικό, από το ίδιο το Νοσοκομείο, χωρίς να υπάρχει αυτονομία στις μονάδες αυτές, σε σχέση με το προσωπικό.
- Σημαντικό ρόλο για τον Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού είναι η συνεχής εκπαίδευση των ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών, με την μορφή σεμιναρίων και μεταπτυχιακών προγραμμάτων. Το αντίστοιχο δεν συμβαίνει σε τόσο μεγάλο βαθμό στον αντίστοιχο Ψ.Τ. του Σισμανογλείου.
- Τόσο ο Ψ.Τ. του Ευαγγελισμού, όσο και ο Ψ.Τ. του Σισμανογλείου, δεν έχουν διασύνδεση με τις υπηρεσίες των Ψ.Ν. της Αττικής.

- Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι και στους δύο Ψ.Τ. έχουν δημιουργηθεί προβλήματα με τις εισαγωγές ασθενών, κατόπιν εισαγγελικής εντολής. Η αθρόα διακομιδή περιστατικών και στις δύο κλινικές, έχει περιορίσει την νοσηλεία περιστατικών εκούσιας νοσηλείας, λόγω του συγκεκριμένου αριθμού των κλινών και στους δύο Ψ.Τ. Έτσι ενισχύει το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού, αφού αυτά τα περιστατικά, χρήζουν άλλου είδους φροντίδα.

Ενότητα Δ

Κεφάλαιο 6^ο

ΠΕΤΥΧΕ Η ΟΧΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ:

Γενικά.

Ως τις αρχές της δεκαετίας του 50, η μόνη μορφή περίθαλψης που παρεχόταν στους ψυχιατρικά αρρώστους περιοριζόταν στον μακροχρόνιο και συχνά δια βίου εγκλεισμό, στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Άσυλα).

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

Στον Ελλαδικό χώρο οι νέες αναζητήσεις δεν άφησαν αδιάφορο τον Ψυχιατρικό κόσμο. Όμως το γεγονός πως το ελληνικό σύστημα υγείας τότε έκανε τα πρώτα του βήματα, αλλά και η εν γένει Ελληνική πραγματικότητα συντέλεσαν στην καθυστέρηση του όλου μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Πολιτικοί, Πολιτιστικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί παράγοντες επηρέασαν την μεταπολεμική Ελλάδα αρνητικά σε κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια, ή ιδέα και συντήρησαν το συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών και την εκπαιδευτική ημιμάθεια.

Η δημιουργία των Ψ.Τ.Γ.Ν. θα ωθούσε την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα στο δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, μ' ένα ταχύ ρυθμό ανάπτυξης στην ισότιμη παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Έτσι χρειάστηκαν δύο ακόμη δεκαετίες και ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ε για αν γίνουν τα πρώτα βήματα. Η προσπάθεια για μεταρρύθμιση είχε βασικά δύο σκέλη. Το ένα είχε να κάνει με την αποασυλοποίηση και αποκατάσταση των χρόνιων ψυχιατρικά ασθενών και το άλλο με τη δημιουργία και ανάπτυξη πρωτοβάθμιων και

δευτεροβάθμιων ψυχιατρικών παροχών και περίθαλψης. Σ' αυτό το σκέλος ήταν και η επιλογή ορισμένων Γενικών Νοσοκομείων, που θα γινόντουσαν οι αρχικοί φορείς για την ανάπτυξη των Νέων αυτών Δομών.

Τα κριτήρια επιλογής αυτών των Νοσοκομείων είχαν να κάνουν με την γεωγραφική τους θέση, το χωροταξικό τους σχέδιο κ.α., αλλά δυστυχώς δεν υπήρχε επαρκής αριθμός αρχικών εργασιμής και εκτετατούς ψυχιατρικής υπηρεσίας. Τα Δ.Σ. των Νοσοκομείων αυτών, ήδη είχαν αρκετά προβλήματα να λύσουν και η δημιουργία Ψυχιατρικών Κλινικών ήταν ένα ακόμα πρόβλημα.

Παρ' όλα αυτά στην Αττική λειτουργούν 9 Ψ.Τ. σε Γ.Ν., όπως στο Γ.Π.Ν. Νίκαιας "Άγιο Παντελεήμονα", στο Γ.Ν. "Ευαγγελισμός", στο Γ.Ν. "Γεώργιος Γεννηματάς" στο Χολαργό, στο Γ.Ν. Θώρακος (πρώην Σωτηρία), στο "Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν.Α." στο Μαρούσι, στο Γ.Ν. "Ασκληπιείο Βούλας, στο νοσοκομείο του "Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού" στους Αμπελοκήπους, στο Γ.Ν. "Μεταξά" στον Πειραιά και στο Γ.Ν. "Αγία Όλγα" στη Νέα Ιωνία.

Τα 5 πρώτα νοσοκομεία λειτουργούν με μονάδες νοσηλείας. Κάθε τμήμα έχει αναπτύξει 20-26 κρεβάτια, ώστε συνολικά στο λεκανοπέδιο Αττικής λειτουργούν 110 περίπου κρεβάτια. Τα τμήματα αυτά αναπτύχθηκαν την περίοδο 1987-1990 στα πλαίσια του κανονισμού της Ε.Ε., με κοινοτική χρηματοδότηση κατά 55% και συμμετοχή κατά 45% του Υπουργείου Υγείας.

Στα υπόλοιπα 4 νοσοκομεία στήνονται και λειτουργούν ψυχιατρικές υπηρεσίες τακτικών εξωτερικών ιατρείων, επειγόντων ιατρείων καθώς και συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία προς τους ασθενείς των άλλων κλινικών, όμως δεν έχουν αναπτύξει ακόμη νοσηλευτικές μονάδες.

Οι λόγοι για τους οποίους δεν απέκτησαν μονάδες νοσηλείας αυτά τα τμήματα είναι οι εξής:

- Ολιγωρία, των Δ/ντών των Ψ.Τμ των εν λόγω Νοσοκομείων.

- Έλλειψη ενημέρωσης του κοινού για την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα ύπαρξης αυτών, αφού ακόμα και σήμερα στιγματίζονται ως «απόβλητα» της κοινωνίας οι ψυχικά ασθενείς.

- Η τακτική του αρμόδιου υπουργείου στο να μην λαμβάνει υπόψη του την γνώμη του επιστημονικού προσωπικού και να καθυστερεί την ίδρυση Ψ.Τ στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία με την πρόφαση, ότι εφόσον δεν το δέχεται η Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν είναι εφικτό να υλοποιηθεί, για λόγους στιγματισμού της περιοχής στη δημιουργία μιας τέτοιας Ψ.Κ.

- Επίσης τα κονδύλια τα οποία θα προορίζονταν για τη δημιουργία Ψ.Τ. αποσύρονται και διανέμονται σε άλλα προγράμματα και φορείς.

- Μέσα σ' όλα αυτά να αναφέρουμε ότι γιατροί οι οποίοι είχαν εργαστεί σε παρόμοια συστήματα υγείας, στο εξωτερικό και έχοντας πολλές εμπειρίες να προσφέρουν, λόγω των ιδιαίτερων γνώσεών τους πάνω στις νέες ψυχιατρικές δομές, δεν αξιοποιήθηκαν κατάλληλα. Δυστυχώς, βρέθηκαν ν' αντιμετωπίζουν, την αναποφασιστικότητα και την ιδιοτέλεια διαφόρων, ειδικών συμβούλων και επιτροπών του υπουργείου. Συγχρόνως έχουν να αντιμετωπίσουν παρόμοια φαινόμενα εκ μέρους των Δ.Σ. των Νοσοκομείων και ιδιαίτερα εκείνων που δεν θέλουν την ανάπτυξη Ψυχιατρικών Τομέων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας επίμονης άρνησης αποτελεί η αρνητική στάση του προέδρου του Ασκληπιείου Βούλας.

Παρ' όλα αυτά, το προσωπικό των Τμημάτων αυτών εργάζεται σκληρά, κάτω από δύσκολες συνθήκες, με κύριο και σοβαρότερο πρόβλημα την έλλειψη χώρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΕΚΑΧΡΟΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Ψ.Τ.Γ.Ν.

Τα συμπεράσματα τα οποία βγήκαν από την δεκάχρονη λειτουργία των Ψ.Τ., ήταν τα εξής:

A. Κατά την τετραετία 1985-1989 υπήρξε μια έντονη ανάπτυξη των νέων ψυχιατρικών δομών, χωρίς φυσικά ο αριθμός τους να πλησιάζει αυτόν των αναγκών του πληθυσμού. Οι δομές που δημιουργήθηκαν κατά την τετραετία αυτή, ολοκλήρωσαν τα προγράμματά τους, που απέδωσαν σημαντικότερο έργο και μάλιστα ορισμένες από αυτές κάτω από δυσμενέστερες συνθήκες, είτε λόγω έλλειψης προσωπικού είτε λόγω έλλειψης στοιχειώδους κτιριακής υποδομής. Το έργο αυτό αντανάκλαται τόσο στην αύξηση των εξωτερικών ασθενών που εξυπηρετήθηκαν στους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων, όσο και στον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα Γενικά Νοσοκομεία ο οποίος έφτασε το 1/3 όλων των νοσηλείων. Έτσι επιτεύχθηκε ως ένα σημείο ο στόχος της μείωσης των κλινών των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

Η στροφή του πληθυσμού προς τις ψυχιατρικές κλινικές, δεν ήταν αποτέλεσμα ενημέρωσης του για το δικαίωμα πρόσβασής του και τις προσφερόμενες υπηρεσίες, καθώς η πολιτεία δεν έχει κάνει καμία προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση.

Παράδειγμα της έλλειψης ενημέρωσης σε αυτόν τον τομέα είναι, ότι Πανελλαδική έρευνα που έγινε πρόσφατα, έδειξε ότι με εξαίρεση τη Θεσσαλονίκη όπου το 74% των κατοίκων γνωρίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής τους, στην υπόλοιπη Ελλάδα το 75% του πληθυσμού αγνοεί την ύπαρξη των ψυχιατρικών κλινικών Γ.Ν. της περιοχής του.

• Αντίθετα κατά τη τετραετία 1989-1993 η ανάπτυξη των νέων δομών ανακόπηκε.

B. Προβλήματα επίσης προέκυψαν και σε θέματα στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού στις Ψ.Κ., καθώς και προβλήματα που αφορούν την ακούσια

νοσηλεία ασθενών, την νοσηλεία χρόνιων ασθενών, τον μεγάλο αριθμό ασθενών που παρακολουθούνται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Τομέα καθώς και προβλήματα που αφορούν την ψυχιατρική εφημερία, για τις εισαγγελικές εντολές. Αναλύοντας τα προκύπτουν τα εξής:

- Η στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό για τη λειτουργία των νέων τμημάτων ήταν ένα μεγάλο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές είτε δούλευαν προηγουμένως στο νοσοκομείο ή προσλήφθηκαν για πρώτη φορά, επιδιώχθηκε να επιλεγούν με κριτήριο το ενδιαφέρον τους για εργασία στον ψυχιατρικό τομέα.

Η λειτουργία του ψυχιατρικού τμήματος στηρίζεται σε σημαντικό βαθμό σε μια εντατική προσέγγιση (στα όρια μιας θεραπευτικής σχέσης) ανάμεσα στον ψυχιατρικό νοσηλευτή και τον ψυχικά άρρωστο. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει έτσι μία βασική θεραπευτική κατεύθυνση.

Στο ανοιχτό ψυχιατρικό τμήμα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός, γιατί είναι εκείνος που σε συνεχή βάση επικοινωνίας με τον άρρωστο θα πρέπει να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη διαμονή του και ιδιαίτερα προβλήματα που πηγάζουν από το γεγονός ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων δεν επιθυμούν τη νοσηλείας τους.

- Επίσης η βαθμιαία συσσώρευση ασθενών που νοσηλεύονται για περισσότερο από ένα χρόνο, οι λεγόμενοι «νέοι χρόνιοι ασθενείς», είναι δυσεπίλυτο πρόβλημα αφού οι δυσκολίες αντιμετώπισης χρόνιων ασθενών στις Ψ.Κ.Γ.Ν. είναι μεγάλες. Η αύξηση των επαναεισαγωγών και η συνακόλουθη πλασματική μείωση του μέσου όρου ημερών νοσηλείας είναι ένα άλλο πρόβλημα που προκαλείται από τους χρόνιους ασθενείς οι οποίοι όμως δεν παραμένουν για μεγάλο διάστημα στην κλινική, αλλά ο αριθμός των κατά έτος νοσηλείων τους είναι μεγάλος. Είναι οι λεγόμενοι «ασθενείς της περιστρεφόμενης πόρτας»

Η επιτυχία των Ψ.Τ.Γ.Ν. εξαρτάται πολύ και από το βαθμό αποτροπής της συσσώρευσης των χρόνιων ασθενών αλλά και από τον βαθμό που τα ψυχιατρικά

ιδρύματα και οι ξενώνες καλύπτουν κρεβάτια που πρέπει να διατίθενται για άλλους μη χρόνιους ασθενείς.

Η στενότητα οικονομικών παροχών προς τον ψυχιατρικό τομέα αλλά και κυρίως η αδυναμία της κοινότητας να δεχθεί στους κόλπους της τον ασθενή είναι οι σημαντικότεροι συντελεστές αυτών των προβλημάτων.

- Άλλο πρόβλημα είναι ο μεγάλος αριθμός ασθενών που παρακολουθούνται **follow up patients** στα Εξωτερικά Ιατρεία, ο οποίος είναι σοβαρός δείκτης δυσλειτουργίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις στους Ψ.Τ.Γ.Ν. για τα νέα ραντεβού ο χρόνος που μεσολαβεί μπορεί να είναι μεγάλος, γύρω στις 6-8 εβδομάδες. Για τους ασθενείς-**follow up patients**, ο χρόνος που μεσολαβεί είναι κάπως μικρότερος, αλλά όχι πολύ, διότι ο αριθμός αυτών των ασθενών είναι μεγάλος και συνεχώς αυξάνεται.

- Τα προβλήματα της ψυχιατρικής εφημερίας εισαγγελικών εντολών ήρθαν επίσης αρκετές φορές για συζήτηση με αφορμή τη λειτουργία των ψυχιατρικών τομέων. Ιδιαίτερα το θέμα της παραπομπής ψυχιατρικών περιστατικών, στα εφημερεύοντα επείγοντα Ψυχιατρικά Ιατρεία Γενικών Νοσοκομείων, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Δρομοκαΐτιο, δημιούργησε προβλήματα χώρου για την νοσηλεία των ασθενών, που ξεπεράστηκαν, αφού έγινε κατανοητό ότι ο αριθμός των διαθεσίμων στην εφημερία κρεβατιών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι μικρός.

Είναι γνωστό ότι παράλληλα με την αύξηση του αριθμού ασθενών στην κλινική, αυξάνεται και ένα το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται με εισαγγελική εντολή. Έτσι δεν επαρκούν κλίνες για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν για ακούσιες νοσηλείες. Στις 6 ψυχιατρικές κλινικές, των γενικών νοσοκομείων, που διαθέτουν 20 κλίνες η καθεμία, δεν μπορούν να υπερβαίνουν τους 4 με 6 ανά κλινική οι ασθενείς που εισάγονται με ακούσια εντολή, για όσο διαρκεί η σχετική απόφαση του Υπουργείου Υγείας. Από την μέχρι τώρα λειτουργία των τομέων φαίνεται ότι η μη εισαγωγή ασθενών με εισαγγελική εντολή διατηρεί τον "ανοικτό" χαρακτήρα της νοσηλείας, ενώ γίνεται συνεχώς προσπάθεια παραμονής στο ανοικτό τμήμα περιστατικών που θα κατέληγαν σε εισαγγελική εντολή.

- Τέλος άλλο πρόβλημα που προκύπτει είναι η μη συμμόρφωση ορισμένων ασθενών, οι οποίοι δεν ακολουθούν το ανάλογο θεραπευτικό ή προληπτικό πρόγραμμα, λόγω επιθετικής συμπεριφοράς, ή φόβου για τυχόν εισαγωγή τους ή όχι σε ψυχιατρική κλινική, ή λόγω αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Γ. Σε ότι αφορά την εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό των Ψ.Τ., αλλά και την συμμετοχή των Ψ.Τ.Γ.Ν. σε προγράμματα της Ε.Ε., για την ψυχική υγεία, προκύπτουν τα εξής:

- Υπάρχει έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τους ιατρούς των υπολοίπων κλινικών ενός γενικού νοσοκομείου, όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσουν ψυχιατρικά περιστατικά, που παρουσιάζουν και σωματικά προβλήματα.

- Υπάρχει μεγάλη έλλειψη οργανωμένων συλλογικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατά περιοχές, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τα όποια εκπαιδευτικά προγράμματα γίνονται να λαμβάνουν χώρα σε επίπεδο μεμονωμένων μονάδων ψυχικής υγείας. Έτσι αφ' ενός να μην ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες της μονάδας αυτής και αφ' ετέρου να μην εντάσσονται σε έναν ευρύτερο σχεδιασμό και εκπαιδευτικό πλαίσιο, τόσο για την εντελώς απαραίτητη εκπαίδευση των υπηρετούντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσο και στην παραγωγή άρτια εκπαιδευμένου προσωπικού για τις νέες, αλλά και για τις υπάρχουσες δομές.

- Υπάρχει προβληματισμός για τις παραπέρα προοπτικές παραγωγής και ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχικής υγείας, στα πλαίσια προαγωγής της Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις ομάδες του πληθυσμού με προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και για το θέμα της άμεσης απορρόφησης κονδυλίων από τον κανονισμό 815/84 της Ε.Ο.Κ. για την ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Δ. Τέλος οργανωτικές αδυναμίες ευθύνονται για την μη δημιουργία της γεωγραφικής τομεοποίησης, ευθύνης, που ήταν η βασική προϋπόθεση όλων των σχεδιασμών και η οποία δεν έγινε ποτέ.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βάσει όλων των παραπάνω επισημάνσεων θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να γίνουν οι παρακάτω ενέργειες:

Να προχωρήσει σε πρώτη φάση η συμπλήρωση των ελλείψεων στις υπάρχουσες μονάδες ψυχικής υγείας, στην συγκεκριμένη περίπτωση των Ψ.Τ.Γ.Ν., σε ότι αφορά την έλλειψη προσωπικού και την έλλειψη κτιριακής υποδομής.

Σε μια δεύτερη φάση να επεκταθεί και να ολοκληρωθεί το δικτύου των ψυχιατρικών τομέων σε όσα γενικά νοσοκομεία είχε προβλεφθεί. Κατόπιν να προχωρήσει η ανάπτυξη κρεβατιών στα τέσσερα προαναφερθέντα νοσοκομεία που διαθέτουν Ψ.Τμ., αλλά δεν έχουν μονάδα νοσηλείας, για να ολοκληρωθεί στο Λεκανοπέδιο Αττικής ένα δίκτυο ψυχιατρικών κλινικών Γενικών Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με διακόσια περίπου κρεβάτια.

Εξ' αιτίας των μέχρι τώρα καθυστερήσεων, είναι αδύνατη πλέον η εκταμίευση χρημάτων από τον 815/84 για την ολοκλήρωση των προγραμματισμένων Ψυχιατρικών Τμημάτων, τότε θα πρέπει να γίνει προσπάθεια να ολοκληρωθούν μέσα από τους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων στα οποία ανήκουν.

Πρέπει να υπάρξει συντονισμός μεταξύ Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των 14 Π.Ε.Σ.Υ. και των manager των Νοσοκομείων (θεσμού που θα εφαρμοσθεί από τον Οκτώβρη του 2001), για να ξεκαθαριστεί το ποιος θα φέρει την κύρια ευθύνη για το συντονισμό όλων των αναγκαίων ενεργειών για την επιτυχή έκβαση των προγραμμάτων, την αξιολόγηση των υπάρχόντων, αλλά και την εφαρμογή νέων, όπου χρειάζονται.

Κύριοι γνώμονες για τη ανάπτυξη των νέων Τομέων θα πρέπει να είναι η γεωγραφική θέση των Νοσοκομείων τους και ο πληθυσμός της περιοχής ευθύνης τους.

Συγχρόνως θα πρέπει να προχωρήσει και η ανάπτυξη των υπόλοιπων Νέων Δομών όπως π.χ. Κ.Ψ.Υ., Ξενώνων κ.α, ώστε να δημιουργηθεί το απαραίτητο δίκτυο

υπηρεσιών και έτσι θα επιτρέψει, να προχωρήσει η τομεοποίηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Τέλος θα πρέπει να βρεθούν τρόποι συνεργασίας μεταξύ των Ψ.Τ.Γ.Ν. και των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να εξετασθεί σοβαρά η περίπτωση διασύνδεσης συγκεκριμένων Ψ.Τ.Γ.Ν με συγκεκριμένα Τμήματα Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τους αλλά και συγχρόνως να ξεκινήσει μια γόνιμη εκπαιδευτική, επιστημονική και ερευνητική συνεργασία που θα αποβεί σε όφελος όλων των πλευρών που θα συμμετάσχουν σε αυτήν(1).

Επίσης πρέπει να χαραχθεί άμεσα μια στρατηγική ενημέρωσης του πληθυσμού (αγωγή ψυχικής υγείας) του πληθυσμού από την πολιτεία, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα Κ.Ψ.Υ., ώστε σταδιακά να αλλάξει η νοοτροπία γύρω από τα θέματα της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας.

Να προωθηθούν και να διευκολυνθούν κατά περιοχές, συλλογικά εκπαιδευτικά προγράμματα τόσο για το προσωπικό των ψυχιατρικών κλινικών που ήδη υπηρετεί, όσο και για την άρια κατάρτιση προσωπικού που θα στελεχώσει μελλοντικά τις νέες κλινικές που θα δημιουργηθούν. Επίσης είναι ευθύνη και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με εκπαιδευτικά προγράμματα οργανωμένα από αυτούς, να ενημερώσουν τους λοιπούς συναδέλφους ιατρούς(εκτός ψυχιατρικής κλινικής), πώς να αντιμετωπίζουν, ψυχιατρικά περιστατικά με σωματικά προβλήματα.

Μία λύση στο πρόβλημα της παραπομπής ψυχιατρικών περιστατικών από τα Ψ.Ν. στους Ψ.Τ.Γ.Ν., θα μπορούσε να δοθεί από πλευράς Ε.Κ.Α.Β. Ο αποτελεσματικότερος συντονισμός του Ε.Κ.Α.Β., σε σχέση με την ισοκατανομή των περιστατικών, θα μπορούσε να λύσει το πρόβλημα.

Επίσης να ξεκινήσουν το ταχύτερο δυνατό προγράμματα εκπαίδευσης στη διοίκηση-διαχείριση των ψυχιατρικών κλινικών.

Τέλος, για να υπάρξει ο κατάλληλος σχεδιασμός, συντονισμός και η επιτυχής έκβαση των διαφόρων προσπαθειών και προγραμμάτων που αφορούν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, πρέπει να προταθεί στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας:

1. Η συσταση ειδικής Γραμματείας Ψυχικής Υγείας στο Υ.Υ., κατά το πρότυπο και άλλων χωρών, που εδώ και πολύ καιρό έχουν ιδρύσει παρόμοιες δομές στα Υπουργεία τους (μερικές χώρες έχουν και Υφυπουργό Ψυχικής Υγείας).

2. Η πλαισίωση της Γραμματείας Ψυχικής Υγείας και με επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε part-time βάση, χωρίς να επιβαρύνουν σημαντικά τον προϋπολογισμό της Γραμματείας Ψυχικής Υγείας.

3. Η άμεση ενίσχυση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, ώστε άρτια στελεχωμένη να μπορεί να διευκολύνει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τη Γραμματεία Ψυχικής Υγείας στο πολύπλοκο και δύσκολο έργο της.

4. Η άμεση νομοθετική ρύθμιση για την επαναλειτουργία της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, ως συμβουλευτικό όργανο του Υπουργού σε θέματα Ψυχικής Υγείας.

5. Η δημιουργία εκ νέου Μονάδας Παρακολούθησης και Αξιολόγησης της πορείας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, για να γίνουν, δυνατές όταν και όπου χρειάζονται διορθωτικές παρεμβάσεις, τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην υλοποίηση των προγραμμάτων για την μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε ότι η μονάδα Παρακολούθησης και Αξιολόγησης θα πρέπει, να ανήκει σε ένα φορέα ο οποίος δε θα υλοποιηθεί ή δε θα κληθεί να υλοποιήσει προγράμματα ψυχιατρικών υπηρεσιών(2).

Ο λόγος είναι ότι όσο η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση βρίσκεται σε εξέλιξη, κανένας από τους φορείς που υλοποιούν ψυχιατρικά προγράμματα δεν μπορεί να εγγυηθεί την αντικειμενική ουδετερότητα, καθώς ο ίδιος είναι μέρος αυτής της προσπάθειας και συνεπώς αναπόφευκτα επηρεάζεται από τα τεκταινόμενα.

Σαν επίλογο θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο θεσμός των Ψ.Τ.Γ.Ν. στη χώρα μας έχει ακόμη πολλά προβλήματα να αντιμετωπίσει σε διάφορα επίπεδα σχεδιασμού, πολιτικής

βούλησης, διοίκησης, οικονομικής πολιτικής κ.α. Παρ' όλα αυτά όμως θα μπορούσαμε
μα πούμε:α) ότι έχουν κάνει σημαντικά βήματα ώστε να γίνει αντιληπτό στην
κοινότητα που ζούμε η αναγκαιότητα της ύπαρξής τους αλλά και β)έχουν προσφέρει
πολύτιμο έργο στην κοινωνίας μας μέχρι τώρα.

(1): ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ Σελ 425-426

**(2): Γ.Τυχόπουλος Διευθυντής Ψυχίατρος (Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου), Γ.Καπράλος,
Φ.Διαμαντοπούλου, Ψυχολόγου.**

Παράρτημα



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομαι τον ακόλουθο νόμο που φέρει η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

Μέριμνα του κράτους

1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των καταλλήλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών.

2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Άρθρο 2

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η Χώρα διαίρεται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται εκάστοτε εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία των υπηρεσιών τους.

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περικυβέρνησης και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντιστοιχού Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.) με τον αναπληρωτή του. Ως εισηγητής ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.). Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 66 του νόμου αυτού. Κατά την πρώτη προκήρυξη των θέσεων λόγω μη υπάρξεως βαθμίδων διευθυντή ή επιμελητή Α' του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, ορίζονται αντί του διευθυντή ή επιμελητή Α' φαρμακοποιού, αντίστοιχα και με την ίδια διαδικασία, φαρμακοποιοί που υπηρετούν σε νοσοκομεία, με άδεια άσκησης επαγγέλματος τουλάχιστον επί μία δεκαετία

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με έδρα την Αθήνα. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών αποτελείται από:

α) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου, στον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με τον νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. των φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με κληρο, από το σύνολο των εκπροσώπων που προτείνουν τα φαρμακευτικά τμήματα των Α.Ε.Ι. της Χώρας, με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.)

Ως εισηγητής στο συμβούλιο ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, με δεκαπενταετή (15ετή) τουλάχιστον άσκηση του επαγγέλματος. Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4, 5 και 6, του άρθρου 67 του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91 Σκοποί και αρχές

1. Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92 Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι

υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας.

2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα του κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών

και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την εμπέλεια του προσώπου του ή ο επιτρόπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε περίπτωση περιπτώση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

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

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

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε καταλληλή μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή εισαγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται άμεσα μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερωσει, και από το συνοδό του ασθενή.

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

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

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκουσίας δικαιοδοσίας, αν κοινεί ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυ-

χιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά πρόταση επίκουρου τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

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

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97 **Ένδικο μέσο**

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

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

Άρθρο 98 **Συνθήκες νοσηλείας**

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

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

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

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

Άρθρο 99 **Διακοπή-Διάρκεια-Αήξη ακούσιας νοσηλείας**

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95.

του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

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

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

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

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθενείας

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

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2'

Αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Άρθρο 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας και στο Ε.Κ.Α.Β μέσα σε τρία (3) χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επισκεπτών, μαιών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με προταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμι-

ζονται όλα τα θέματα, που αφορούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 103

Θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσοι φέρουν τίτλο και άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προϊστανται μαιές και επισκέπτες αντιστοίχως.

2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που δημοσιοποιούνται βάσει των ν. 1476/1984, 1540/1985, 1579/1985 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίες υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσιοποίησή του, ως και από μαιές και επισκέπτες στα μαιευτικά τμήματα ή τμήματα κοινωνικής ιατρικής αντιστοίχως. Κατά την πρώτη πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών των ΤΕ, που δεν πληρώνονται λόγω μη προσλεύσεως υποψηφίων δύναται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

Άρθρο 104

Νοσηλευτική ειδικότητα μαιών

Νοσηλευτική ειδικότητα κατά τις διατάξεις του ν. 1579/1985 μπορεί να αποκοτούν και μαιές, που κατέχουν οργανική θέση νοσηλεύτριας επί οκτώ (8) τουλάχιστον χρόνια σε κρατικά νοσηλευτήρια.

Άρθρο 105

Ειδική ετήσια άδεια νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικό επίδομα

1. Σε νοσηλευτές, μαιές, βοηθούς νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία Ι.Κ.Α., όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χορηγείται επαπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

2. Οι προϋποθέσεις για την πρόσθετη ειδική άδεια, το ύψος και ο χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού επιδόματος και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής της προηγούμενης παραγράφου, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής οργάνωσης της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συνιστάται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αυτοτελή υπηρεσία-προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συνιστάται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δ) δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συναμείει κατ'ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλεύτες με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελευθέρως ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και αμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπάλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ. αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογο εφαρμογή της διάταξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997. Για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκρισή τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδίων

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετρωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπαγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 ή του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχιατρική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊσομετροποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετησίως εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδίων και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2. εδ. β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδίων και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Α Θ Η Ν Α
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυροῦναι καὶ ἐκδίδωμεν τὸν κατωτέρω ὑπὸ τῆς Βουλῆς ψηφισθέντα νόμον:

Ἄρθρο 1.

Γενικὲς ἀρχές.

1. Τὸ κράτος ἔχει τὴν εὐθύνη γιὰ τὴν παροχὴν υπηρεσιῶν υγείας στὸ σύνολο τῶν πολιτῶν.

2. Οἱ υπηρεσίαι υγείας παρέχονται ἰσότιμα σὲ κάθε πολίτη, ανεξάρτητα ἀπὸ τὴν οἰκονομικὴ, κοινωνικὴ καὶ επαγγελματικὴ του κατάσταση, μὲς καὶ ἐνιαίῳ καὶ ἰσποικνωμένῳ εὐθνικῷ σύστημα υγείας, ποὺ ὁργανώνεται σύμφωνα με τὴς διατάξεις τοῦ νόμου αὐτοῦ.

Ἄρθρο 2.

Υγειονομικὲς περιφέρειαι.

1. Ἡ Χώρα διαίρεται σὲ υγειονομικὲς περιφέρειαι.

2. Με προεδρικό διάταγμα, ποὺ ἐκδίδεται με πρόταση τοῦ Ὑπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας, μετὰ ἀπὸ γνώμη τοῦ κεντρικοῦ συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ὀρίζονται ὁ ἀριθμὸς τῶν υγειονομικῶν περιφερειῶν, τὰ ὄρια καὶ ἡ ἔδρα τοῦς.

Ἄρθρο 3.

Περιφερειακὰ συμβούλια υγείας.

1. Στὴν ἔδρα κάθε υγειονομικῆς περιφέρειας συσταται περιφερειακὸ συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).

2. Τὰ ΠΕ.Σ.Υ. εἶναι ὄργανα α) γνωμοδοτικὰ σὲ θέματα προγραμματισμοῦ β) ἐποπτείας καὶ ἐλέγχου τοῦ συστήματος παροχῆς υπηρεσιῶν υγείας στὴν περιφέρειά τοῦς καὶ γ) παρακολούθησης τῆς λειτουργικῆς ἀπόδοσης τοῦ συστήματος σὲ περιφερειακὸ ἐπίπεδο καὶ τῆς εφαρμογῆς προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τὸν εθνικὸ προγραμματικὸ καὶ τὸ γενικὸ συντονισμὸ τοῦ ΚΕ.Σ.Υ.

3. Τὰ ΠΕ.Σ.Υ. στὸ πλαίσιο τῶν ἀρμοδιοτήτων τοῦς τῆς προηγουμένης παραγράφου γνωμοδοτοῦν καὶ εισηγούνται στὸ ΚΕ.Σ.Υ. με δική τοῦς πρωτοβουλία ἢ ὕστερα ἀπὸ σχετικὸ ἐρώτημα.

4. Οἱ πρόεδροι τῶν ΠΕ.Σ.Υ. ἢ οἱ νόμιμοι ἀντικληρωτὰς τοῦς μετέχουν στὴν ὀλομέλεια τοῦ ΚΕ.Σ.Υ., ἔχουν ὅμως δικιωμα ψήφου μόνο σὲ θέματα ποὺ ἀφοροῦν τὴν περιφέρειά τοῦς.

5. Τὰ νομαρχιακὰ συμβούλια ἐκφράζουν γνώμη στὰ ΠΕ.Σ.Υ. γιὰ θέματα παροχῆς υπηρεσιῶν υγείας στὸ νομὸ τοῦς.

Ἄρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — ὄργανα — ἐπιτροπὴ ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τὰ ΠΕ.Σ.Υ. ἀποτελοῦνται ἀπὸ τὰ παρακάτω μέλη:
α) Δύο ἐκπρόσωποι τῶν ἱατρικῶν συλλόγων τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὸν πανελλήνιο ἱατρικὸ σύλλογο, μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν ἱατρικῶν συλλόγων τῆς περιφέρειας.

β) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν ὀδοντιατρικῶν συλλόγων τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας, ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὴν ἐλληνικὴ ὀδοντιατρικὴ ἑταιρεία, μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν ὀδοντιατρικῶν συλλόγων τῆς περιφέρειας.

γ) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν φαρμακευτικῶν συλλόγων τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας, ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὸν πανελλήνιο φαρμακευτικὸ σύλλογο, μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν φαρμακευτικῶν συλλόγων τῆς περιφέρειας.

δ) Ἀπὸ ἓνα ἐκπρόσωπο τοῦ διδακτικοῦ ἐπιστημονικοῦ προσωπικοῦ (Δ.Ε.Π.) τῶν ἱατρικῶν, ὀδοντιατρικῶν καὶ φαρμακευτικῶν τμημάτων τῶν Α.Ε.Ι. ποὺ λειτουργοῦν στὴν υγειονομικὴ περιφέρεια, ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὸ διοικητικὸ συμβούλιο τοῦ ἀντίστοιχου τμήματος.

ε) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν συλλόγων νοσηλευτικῶν προσωπικῶν τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὴν ἐνταξια δευτεροβάθμια πανελλήνια ὁργάνωση νοσηλευτικῶν προσωπικῶν, μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν ἀντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων ποὺ ἀνήκουν σ' αὐτή. Ἄν ἔιν ὑπάρχει ἐνταξια δευτεροβάθμια ὁργάνωση, ὀρίζεται ἀπὸ τὸν Ὑπουργὸ Υγείας καὶ Πρόνοιας, μετὰ ἀπὸ γνώμη τοῦ ΚΕ.Σ.Υ., ἀπὸ υποψήφιους ποὺ προτείνονται ἓνας ἀπὸ κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστικὴ ὁργάνωση.

στ) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῆς τοπικῆς ἀποδιοίκησης τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὴν κεντρικὴ ἐνώση δήμων καὶ κοινοτήτων τῆς Ἑλλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν τοπικῶν ἐνώσεων δήμων καὶ κοινοτήτων τῆς Ἑλλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) τῆς περιφέρειας.

ζ) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν ἐργατικῶν κέντρων τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας, ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὴν Γ.Σ.Ε.Ε. μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν ἐργατικῶν κέντρων τῆς περιφέρειας.

η) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν συνδικαλιστικῶν ἐπαγγελματικῶν ὁργανώσεων τῶν ἀγροτῶν τῆς υγειονομικῆς περιφέρειας ποὺ ὀρίζεται ἀπὸ τὴν οἰκία ἀνώτατης συνδικαλιστικῆς ἐπαγγελματικῆς ὁργάνωσης ἀγροτῶν, μετὰ ἀπὸ προτάσεις τῶν ἀντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Ἐναν ἐκπρόσωπο τῶν ἐπιχειρησιακῶν στοιχείων καὶ μέγιστη ἐπιπέδου, ποὺ ὑπηρετοῦν στὴν υγειονομικὴ περιφέρεια, ὁ οποίοις ἐλέγχεται μετὰξὺ ἐκπρόσωπων, ποὺ ὀρίζονται ἀπὸ τὴ ΔΟΠ, τὴν ΟΑΜΕ καὶ τὴν ΟΑΤΕ, μετὰ ἀπὸ πρόταση τῶν πρωτοβάθμιων ἀντίστοιχων ὁργανώσεων τῆς περιφέρειας.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ειδικότερα ο χρόνος υπηρεσίας του κέντρου υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β'.

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστούνται κατόπιν της διατάξεως του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σ' αυτό με την έναρξη λειτουργίας τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την ημερομηνία αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατανέμεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προϋπηρεσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πλέον έχουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθεστώς, που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που δεν τυρνετρούνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατώτερη αντίστοιχη θέση στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθεστώς που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:
α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

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

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

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και εκπαιδευτικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιες ή νυκτερινές).

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

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

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

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

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

Άρθρο 22.

Οικονομικός προγραμματισμός.

1. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

α) Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ερευνητικές ελέγχες παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2502/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάρχουν σ' αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοϊατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκαθίσταται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοϊατρικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής της προηγούμενης παραγράφου: α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και δημιουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει εντός πλάνου υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητάς και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην αύξηση του

Κανονισμός 815 / 84 της ΕΟΚ. για την ψυχοκοινωνική
αποκατάσταση.

Μ. Μαλλιώρα, Ψυχίατρος - Ειδικός Σύμβουλος Υπουργείου
Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Γ. Μπίκος, Αρχιτέκτων-Μηχανικός Ειδικός Συνεργάτης
Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Από το 1982 ξεκίνησε στην χώρα μας μία μεγάλη προσπάθεια για την αναμόρφωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Ο Νόμος 1397 / 83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που ψηφίστηκε το 1983 στην Ελληνική Βουλή έκφραζε την νέα πολιτική στον τομέα αυτό και περιέγραφε τον τρόπο οργάνωσης και τους όρους ανάπτυξης των απαραίτητων υπηρεσιών.

Ένας από τους βασικούς στόχους του ΕΣΥ είναι η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και είναι από τους σημαντικότερους τόσο για την Δημόσια Υγεία όσο και γενικότερα για την Κοινωνική Πολιτική στην χώρα μας.

Στην εισηγητική έκθεση της ισχύουσας νομοθεσίας περί υγείας αναφέρεται:

"Είναι κοινή αντίληψη ότι η ψυχιατρική περίθαλψη στον τόπο μας βρίσκεται σε απαράδεκτα χαμηλό επίπεδο. Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο ψυχικά άρρωστος αγγίζει τις περισσότερες φορές το όριο της ανάρρησης της αξιοπρέπειας του ίδιου του ανθρώπου και στην πιο στοιχειώδη μορφή της. Για την διαμόρφωση προϋποθέσεων αντιστροφής της απαράδεκτης αυτής κατάστασης απαιτείται ριζική αναδιάρθρωση στην οργάνωση του τομέα ψυχιατρικής περίθαλψης".

Αυτά ήταν τα πλαίσια μέσα στα οποία η Ευρωπαϊκή Κοινότητα πρότεινε ειδικά μέτρα υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα, συμπεριλαμβανομένης μιάς οικονομικής υποστήριξης μέχρι 60 εκατομμύρια ECU για ένα διάστημα πέντε ετών για την αναγνωρισμένη από κοινού με τις Ελληνικές αρχές επείγουσα προτεραιότητα να αναμορφωθεί το σύστημα της ιατρικής κοινωνικής και επαγγελματικής ποικιλότητας των ατόμων που βρίσκονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας μας.

Στις 26 Μαρτίου 1984 το Συμβούλιο των Υπουργών υιοθέτησε τον Κανονισμό Β15 που αναφέρεται στους παραπάνω στόχους. Η Κοινοτική βοήθεια καλύπτει το 55% της δημόσιας δαπάνης για :

την ανέγερση, διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές - διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματικής τους κατάρτιση και αποκατάσταση.

τις περιόδους πρακτικής εκπαίδευσης του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στους παραπάνω στόχους.

τα πειραματικά προγράμματα που σκοπό έχουν την ανάδειξη αποτελεσματικών τρόπων επέμβασης.

Είναι γεγονός ότι η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί το κύριο αποτέλεσμα όλων των φάσεων της διαδικασίας αποκατάστασης οντας το κοινωνικό με το ιατρικό στοιχείο και διευκολύνει για κοινωνική αποδοχή του αρρώστου.

Εντός του πλαισίου του Κανονισμού εγκρίθηκαν μέχρι το 1987, 35 πειραματικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής επανένταξης

στην Υγειονομική Περιφέρεια της Αττικής, 22 προγράμματα στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια (περιοχή Θεσσαλονίκης) και 26 προγράμματα στην υπόλοιπη Ελλάδα. Οι προαναφερόμενες δραστηριότητες είνονται σε ένα ευρύ φάσμα τριτοβάθμιας περίθαλψης που περιλαμβάνει Νοσοκομεία Ημέρας, Ξενώνες, Οικοτροφεία, θετικές ομάδες, εργαστήρια πρό και επαγγελματικής κατάρτισης κ.λ.π.

Στο Ιατρείο Θεσσαλονίκης όπου λειτουργεί η πιο προχωρημένη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, παρακολουθούν το πρόγραμμα ημερήσιων ασθενών και έχουν δημιουργηθεί 4 κατοικίες ασθενών σε

περιοχές της πόλης με σύνολο 15 θέσεων. Επίσης 3 ασθενείς ξαναγύρισαν στην οικογένειά τους.-

Στα πλαίσια αυτά έχουν ήδη ξεκινήσει και προγράμματα ευαισθητοποίησης στην κοινότητα που πρόκειται στο μέλλον να συστηματοποιηθούν με την μορφή εκστρατείας για την ψυχική υγεία. Επίσης γίνεται η προετοιμασία για την δημιουργία ενός συντονιστικού οργάνου που θα έχει σαν αποστολή την παρακολούθηση των προγραμμάτων επαγγελματικής και κοινωνικής ένταξης και αποκατάστασης των μειονεκτούντων ατόμων όπως προβλέπεται κάθε φορά από την σχετική νομοθεσία και γενικότερα την αντιμετώπιση του προβλήματος των πασχόντων με μακροχρόνια προοπτική και σε εθνική κλίμακα.

Τέλος με την προοπτική της τριετούς παράτασης του Γιανονισμού ο ΟΑΕΔ προωθεί την δημιουργία και λειτουργία 36 κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχασθενών συνολικής δυναμικότητας 720 περίπου θέσεων.

Τα κέντρα αυτά, κατανομημένα στις υγειονομικές περιφέρειες σύμφωνα με τις ανάγκες των νέων μονάδων ψυχικής υγείας, αποτελούν την τελευταία βαθμίδα της διαδικασίας αποκατάστασης, και εντάσσονται σε οργανική διασύνδεση με τις υπόλοιπες μονάδες του Υπουργείου Υγείας, οι οποίες θα εξασφαλίζουν την απαραίτητη κλινική κάλυψη των εκπαιδευομένων (follow - up).

Οι συγγραφείς εκφράζουν τις ευχαριστίες τους στην ομάδα εργασίας των Κέντρων Υγείας και την Ιατρική Αντίληψη, χωρίς την βοήθεια των οποίων η παρούσα ανακοίνωση δεν θα μπορούσε να

Α Π Ο Φ Α Σ Η

"Πρόγραμμα Ψυχικής υγείας 1986"
(Κανονισμός 815/84 ΕΟΚ)

Η Ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας στην συνεδρίασή της της 14-3-1986 συζήτησε το πρόγραμμα ψυχικής υγείας 1986 στην βάση και του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ για κοινή χρηματοδότηση (Ελλάδας - ΕΟΚ) του πενταετούς προγράμματος ψυχικής υγείας.

Η Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. αφού έλαβε υπόψη της την σχετική εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής πάνω στην πρόταση της Επιτροπής Ψυχικής Υγείας αποφάσισε να εισηγηθεί τα εξής:

Τα προγράμματα που χρηματοδοτούνται και από την ΕΟΚ σύμφωνα με τον Κανονισμό 815/84 πρέπει

α) να αφορούν την ανέγερση, διαρρύθμιση και εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και κέντρων αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση

β) η οικονομική ενίσχυση για κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με την μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα, Θεσ/νίκη) όπου το Ευρωπαϊκό ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει.

Τα πλαίσια αυτά και επειδή στα προγράμματα των προηγούμενων ετών πήρξε ένταξη προγραμμάτων που βέβαια μπορεί να θεωρηθούν αναγκαίες προϋποθέσεις για να δημιουργηθούν συνθήκες αποασυλλοποίη-
σης και κοινωνικής επανένταξης των πασχόντων, είναι προφανές ότι ο εξής τα προγράμματα θα πρέπει κατά βάση να αφορούν τους βασί-
ους στόχους που προδιαγράφονται στον κανονισμό.

Το πρόγραμμα θα πρέπει να υπάγεται:

σε σαφή προσανατολισμός των επόμενων προγραμμάτων σε δραστηριότητες με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση και έμφαση στην κατάρτιση του προσωπικού και εκτίμηση συνολικών αναγκών κατάρτισης στην Ελλάδα ή σε άλλες χώρες.

Επιπλέον επιβάλλεται ο ευρύτερος εθνικός προγραμματισμός της ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα πλαίσια του ΕΣΥ ώστε στην περίπτωση αυτή να γίνει η εκτίμηση των υπηρεσιών...

ιδή η Επιτροπή Ψυχικής Υγείας δεν έχει κάνει πρόταση στο θέμα
ό η Ολομέλεια αποδέχεται την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτρο-
να επανέλθει το θέμα στην Επιτροπή Ψυχικής υγείας για γνώμοδό-
η.

το όμως δεν μπορεί να σημαίνει ότι δεν θα πρέπει να προχωρήσου-
στο πρόγραμμα του 1986 στην βάση του Κανονισμού της ΕΟΚ γιατί
χουν ανατρεπτικές προθεσμίες υποβολής των αιτήσεων στην Κοινό-
α.

λομέλεια πιστεύει ότι πρέπει να γίνει δεκτή κατ'αρχήν η πρόταση
επιτροπής ψυχικής υγείας με τις ακόλουθες όμως επισημάνσεις:
ίνεται μεγάλη έμφαση στους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκο-
μείων σε αντίθεση με τις προϋποθέσεις του κανονισμού.

εκτός τούτου κάποιες προτάσεις για δημιουργία ψυχιατρικών τομέ-
ων είναι αντίθετες και με την λογική της λειτουργίας των συγκρο-
τημάτων των νοσοκομείων. Έτσι π.χ. α) δεν είναι σωστό να δημι-
ουργηθεί ψυχιατρικός τομέας στην Παμμακάριστο την στιγμή που
χει ψυχιατρικό τομέα το νοσοκομείο Ν.Ιωνίας που ανήκει στο ίδιο
υγκρότημα και σε πολύ κοντινή απόσταση από αυτό

) δεν πρέπει να παραληφθεί ψυχιατρικός τομέας στο ΚΑΤ. Το νοσο-
κομείο μπορεί να θεωρηθεί υπερκορεσμένο. Στο ίδιο συγκρότημα έχει
υγκροτηθεί ψυχιατρικός τομέας στο Σιομανόγλειο. Οποσδήποτε όμως
το νοσοκομείο αυτό (ΚΑΤ) λόγω της ιδιαιτερότητάς του θα πρέπει
ι υπάρχει ψυχιατρική υπηρεσία για παροχή υπηρεσιών σε νοσηλευο-
ένους (περιπτώσεις κύρια ακρωτηριασμών, αναπηριών κλπ)

η δημιουργία ψυχιατρικού τομέα στο νοσοκομείο Ηρακλείου (με
ν σημερινή υποδομή) δεν εκτιμάται σαν υλοποιήσιμη

στην ίδια λογική πρέπει να αντιμετωπισθεί η πρόταση για τους
ιπούς ψυχιατρικούς τομείς.

ναι πολύ λίγες οι προτάσεις της επιτροπής ψυχικής υγείας για
ντρα ψυχικής υγείας που αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για
στοβάθμια φροντίδα. Θα πρέπει να προβλεφθεί η λειτουργία κέν-
ων ψυχικής υγείας. Οι προτάσεις για κέντρα ψυχικής υγείας σε
να και Θεσ/νίκη δεν μπορούν να είναι πάλι "πιλότοι". Θα πρέ-
να είναι ενταγμένοι στο ΕΣΥ.

οικοτροφεία και οι ξενώνες αποτελούν αναγκαία υποδομή για
κοινωνική επανένταξη.

σημαίνεται η αναγκαιότητα που και η επιτροπή εισηγείται για
ύνες εφήβων.

εύουμε ότι εξίσου αναγκαία είναι η δημιουργία ξενώνα για παι-
(που θα αντιμετωπίζει και πρόβλημα κακοποιημένων παιδιών).

την άρση της Εκτελεστικής Επιτροπής ο αριθμός των αιτησών

είων που προτείνονται στην Αθήνα κρίνεται υπερβολικός.

Αλλωστε έρχεται και σε σύγκρουση με την βασική κατεύθυνση του κα-
ρνιασμού. Έτσι αρκεί η πρόταση κατασκευής οικοτροφείου στην Αθή-
να (σελίδα 5).

Προτείνονται ακόμα στο ΚΘΨΠΑ και στο Αιγινήτειο).

Η πρόταση για οικοτροφείο στην Θεσ/νίκη θα πρέπει να αναφέρεται
μόνο στον Κεντρικό Τομέα της πόλεως. Προφανώς δεν μπορεί να είναι
απόλυτοι τα προγράμματα οικοτροφείων.

Στην πρόταση για λοιπές μονάδες στα ψυχιατρεία επισημαίνονται τα
σημεία:

Στο ΚΘΨΠΑ. Υπάρχει στο πρόγραμμα του 1985 μονάδα αποκατάστασης.
Θα πρέπει να λειτουργήσει μονάδα προεπαγγελματικής και επαγγελ-
ματικής εκπαίδευσης.

Στο Δρομοκαϊτειο ο Ξενώνας δεν μπορεί να είναι πρόγραμμα "πυλό-
τος".

Στο Αιγινήτειο. Ισχύει η γενική παρατήρηση για τα Οικοτροφεία
στην Αθήνα.

Στο ΨΙΜΠΘ θα πρέπει να δημιουργηθεί μονάδα επαγγελματικής εκ-
παίδευσης. (Μονάδα αποκατάστασης υπάρχει στο πρόγραμμα του 85).
Στην Κέρκυρα στο πρόγραμμα του 85 υπάρχει μονάδα αποκατάστασης
για το 86. Πιστεύουμε στην δημιουργία κέντρου προεπαγγελματι-
κής εκπαίδευσης.

γ) Η ίδια παρατήρηση ισχύει και για την Τρίπολη.

Στο πρόγραμμα για την Λέρο κατά την άποψη της Εκτελεστικής Επι-
τροπής δεν μπορεί να προταθούν νέες κτηριακές διαρρυθμίσεις.
Η προτεινόμενη μονάδα ψυχιατρικής περίθαλψης και παρακολούθησης σε
τοξικές περιοχές δεν μπορεί να είναι πυλότος. Θα πρέπει να είναι
εξαρτημένη σε ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου.

Η πρόταση για μη νέες υποτροφίες 86 έρχεται κατά την άποψη της Εκτε-
λεστικής Επιτροπής σε αντίθεση με την μεγάλη έλλειψη εξειδικευμένου
πληθυσμού δυναμικού, ειδικά για το λοιπό προσωπικό πλύν γιατρών
πρέπει οποσδήποτε να υπάρξει πρόβλεψη εκπαίδευσης.

Οι υποτροφίες κατά τα λοιπά ισχύουν τα όσα ορίζονται στην
απόφαση 1 της 19ης ολομ./3-12-84 του ΚΕ.Σ.Υ. όπου συγκροτήθηκε
η Επιτροπή επιλογής των υποψηφίων.

Όπως και σε καλιότερη απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. περιέχεται θα πρέπει
οποσδήποτε στα προγράμματα του επόμενου έτους να περιληφθεί πρό-
γραμμα για άτομα εξαρτημένα από τοξικές ουσίες ή αλκοόλ.

Ειδικά με την απογραφή μιας μέρας το ΚΕ.Σ.Υ. εκτιμά ότι πρέπει
γίνει δεκτή η εισήγηση της Επιτροπής ψυχικής υγείας, η οποία
θα πρέπει να εξειδικεύσει το ερωτηματολόγιο.

Η απογραφή μίας μέρας θα πρέπει να προχωρήσει με ταχύτατους ρυθμούς.

Γιά το ΚΕ.Σ.Υ.

Η Αντιπρόεδρος

Ιωάννα Πανοπούλου

Κοινοποίηση

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Υφυπουργού
3. Γραφείο κ. Γεν. Γραμματέας
4. Δ/νση Ιατρικής Αντίληψης
5. Δ/νση Σχέσεων Ελλάδας με ΕΟΚ

Βιβλιογραφία

1. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Α. Γιαννοπούλου, 1993
2. Γ. Πετριόλης, Διευθυντής
3. Ν.2071/1992 άρθρο 2
4. Ν.2716/1998 άρθρο 3
5. Δ. Σαραντίδης, (Ψυχίατρος Επιμελητής Ψ.Τ.Γ.Ν. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»). «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1983 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ Ε Σ Υ. ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ »
6. Ε. Τσεμπελίκος, Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Τ.Γ.Ν. «ΣΕΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ»
7. Δ.Βλυσίδης Διευθυντής Ψυχίατρος Ψ.Τ.Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ».
8. Ψυχιατρικά πεπραγμένα 1995. «Εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ψυχιατρικού τμήματος» σελ.31-32 συντονιστικό έργο Σ. Θεοδοροπούλου.
9. Σχέδιο κανονισμού λειτουργίας Ψ.Τ.Γ.Ν. του Ευαγγελισμού κεφ.Ιβ παράγραφος 2 Ε.Ι. συγγραφικό έργο Δ. Σαραντίδης.
10. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην χώρα μας –Το φάσμα των υπηρεσιών του Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου- Αθήνα 1994
11. Χρήστος Ζερβής «Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα».
12. «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και οι νέες δομές Ψυχιατρικής Φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα.
13. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία Τόμος 4^{ος} «Ψυχιατρική και Ψυχαναλυτική».

14. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία Τόμος 3^{ος} «Ο ενήλικας και το περιβάλλον του».
15. Φ.Ε.Κ. 123 Ν 2071/92. Για τον εκσυγχρονισμό της Ψ.Υ.
16. Φ.Ε.Κ. 96 Ν 2716/1999. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, άρθρα 1, 2, 3, 4.
17. Φ.Ε.Κ. 143 Ν 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας, άρθρο 21.
18. Κανονισμός Ε.Ο.Κ. 815/87. Για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
19. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 3, Ν^ο 4, 1984.
20. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 5, 1985.
21. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 9, 1986.
22. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 14, Ν^ο 15 1987.
23. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 25, Ν^ο 27 1989.
24. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 31, Ν^ο 32 1990.
25. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 36, 1991.
26. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 40 1992.
27. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 44 1993.
28. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 46 , Ν^ο 48 1994.
29. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 51 1995.
30. Τετράδια Ψυχιατρικής Ν^ο 54 1996.
31. «Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση». Εποπτεία Αθήνας ΜΑΔΙΑΝΟΣ, 1997.
32. «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση από την θεωρία στην πράξη. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, 1984-96». Περιοδικό Υγεία Ν^ο 15.