

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ

ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ
ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΜΕΡΕΝΤΙΤΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΚΛΩΝΑΡΗ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΚΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

«ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.2 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
1.2.1 ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ	9
1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	10
1.4.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	11
1.4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	13
1.4.3 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	16
1.4.4. ΕΠΙΛΗΨΙΑ	17
1.4.5. ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER	19
1.4.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	20
1.4.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	21
1.4.8 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	22
1.4.9. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	23
1.5. Η ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	28
2.1. ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	28
2.1.1. Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ	28
2.1.2. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	28
2.2.1. Η ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	30
2.2.2. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	31
2.2.3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.	33
2.2.4. ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΘΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ) ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ.	34
2.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	36
2.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	36
2.3.2. ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	38

2.3.3. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ZUSSMAN, 1975)	40
2.3.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	43
2.3.5. Η ΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	44
2.4. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	47
Η ΠΡΩΤΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ - ΤΟ «ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ» ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	47
3.1. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	47
3.2. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	48
3.3. ΤΟ «ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ» ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	49
3.4. Η ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟ 1990	51
3.5. ΟΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	56
Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	56
4.1. ΑΛΛΑΓΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ	56
4.2. ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	60
4.2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	60
4.3 ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΜΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	61
4.3.1 ΜΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	62

4.4.ΚΥΡΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	73
4.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	86
4.5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	87
4.5.2 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	89
4.5.3. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	90
4.5.4.ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	92
4.5.5 Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER	95
4.5.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	96
4.5.7.ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	100
5.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	100
5.2 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	101
5.3 Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000 - 2001)	101
5.4 Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2002- 2006)	103
5.5 Η "ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ" ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ» ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ	111
5.6 Το Οργανωτικό Σχήμα της "Μονάδας" - Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	120
6. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	138

7.1 ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ	138
7.1.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	138
7.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	140
7.2.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	142
7.2.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	142
7.2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ & ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ	143
7.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	144
7.3.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	144
7.3.2 ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	145
7.3.3. ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ	147
7.3.4. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε	147
7.3.5 Η ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ	149
7.3.6. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΑΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ	150
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	152
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	155
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	156

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί ανασκόπηση στα ζητήματα της Ψυχικής Υγείας και των πρόσφατων εξελίξεων στην αντίληψη, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επίσης και τα εμπόδια των εξελίξεων αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθιάνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών.

Δυστυχώς, στα περισσότερα μέρη του κόσμου, η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές δεν αντιμετωπίζονται με την ίδια σοβαρότητα όπως η σωματική υγεία. Αντιθέτως, σε μεγάλο βαθμό αγνοούνται και παραγνωρίζονται. Εν μέρει λόγω αυτού, ο κόσμος υφίσταται τις αυξανόμενες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών και ένα διευρυνόμενο "Χάσμα θεραπείας". Σήμερα, περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Εντούτοις, μόνο μία μικρή μειοψηφία λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα περισσότερα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εγκαταλείπονται στην τύχη τους και αντιμετωπίζουν αβοήτητα ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από ουσίες. Παγκοσμίως πολλοί άνθρωποι λόγω της ασθένειάς τους γίνονται στόχοι στιγματισμού και διακρίσεων.

Ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανό να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβανομένου υπόψη του γηράσκοντος πληθυσμού, των επιδεινούμενων κοινωνικών προβλημάτων και των κοινωνικών αναταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές ήδη αντιπροσωπεύουν τέσσερις από τις δέκα επικρατέστερες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως. Οι αυξανόμενες επιπτώσεις έχουν τεράστιο κόστος με όρους ανθρώπινης δυστυχίας, ανικανότητας και οικονομικής απώλειας.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της Δημόσιας Υγείας από νοσήματα (Global Burden of Disease), εντούτοις οι προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία, στην πλειοψηφία των χωρών, αποτελούν λιγότερο από το 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σχέση μεταξύ της συχνότητας των ασθενειών και των δαπανών γι' αυτές είναι σαφώς δυσανάλογη. Περισσότερο από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία και πάνω από το 30% δεν έχουν

προγράμματα ψυχικής υγείας. Πάνω από το 90% των χωρών δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, οι σχεδιασμοί στην υγεία συχνά δεν καλύπτουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές στο ίδιο επίπεδο με τις άλλες ασθένειες, δημιουργώντας σημαντικές οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Και έτσι η δυστυχία συνεχίζεται και οι δυσκολίες μεγαλώνουν.

Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να ανατραπεί. Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι "απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας", αλλά, "μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας". Τα τελευταία χρόνια ο ορισμός αυτός έχει διευκρινισθεί πληρέστερα από τις τεράστιες προόδους στις βιολογικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Αυτές με τη σειρά τους έχουν διευρύνει την κατανόηση μας για τις ψυχικές λειτουργίες και την βαθιά σχέση μεταξύ ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας. Από αυτή τη νέα κατανόηση αναδύεται η νέα ελπίδα.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες ασθένειες, ψυχικές και σωματικές, επηρεάζονται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, και κοινωνικών παραγόντων. Γνωρίζουμε ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν τη βάση τους στον εγκέφαλο. Γνωρίζουμε ότι προσβάλλουν ανθρώπους όλων των ηλικιών, σε όλες τις χώρες και ότι προκαλούν δυστυχία σε οικογένειες, κοινότητες και άτομα. Και γνωρίζουμε ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, μπορούν να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν με λογικό οικονομικό κόστος. Με βάση το σύνολο των γνώσεών μας, συμπεραίνουμε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν νέα ελπίδα να ζήσουν μια πλήρη και παραγωγική ζωή, ενταγμένοι στη κοινότητά τους.

Αυτή η εργασία παρουσιάζει πληροφορίες που αφορούν την τρέχουσα αντίληψη για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, το μέγεθος και τις επιπτώσεις τους, τις αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς και την ανάπτυξη πολιτικών και υπηρεσιών με στόχο την ψυχική υγεία.

Η εργασία διασαφηνίζει ότι οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως είναι και για τη σωματική τους υγεία. Ένα από τα μηνύματα-κλειδιά προς τις κυβερνήσεις είναι ότι τα άσυλα, όπου αυτά υπάρχουν ακόμη, πρέπει να κλείσουν και να αντικατασταθούν με φροντίδα βασισμένη σε κοινοτικές δομές και ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία. Ο καιρός που περιορίζαμε ανθρώπους με σοβαρές ψυχικές και

συμπεριφορικές διαταραχές σε ψυχιατρικά ιδρύματα πρέπει να παρέλθει ανεπιστρεπτί. Οι περισσότεροι άνθρωποι που νοσούν έχουν ήπιες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δεν έχουν καμιά σχέση με την βία. Πολύ μικρός αριθμός ασθενών με συγκεκριμένες σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζει έναν αυξημένο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς, αλλά οι οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα εκδήλωσης αυτής της βίας.

Οι κυβερνήσεις, που εποπτεύουν τα εθνικά συστήματα ψυχικής υγείας, πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται. Αυτή η εργασία προτείνει στρατηγικές, που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι χώρες, συμπεριλαμβανομένης της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.). Αυτή η προσέγγιση εφαρμόζεται επιτυχώς σε έναν αριθμό χωρών. Παρ' όλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου έχουμε ακόμη πολλά να επιτύχουμε.

1.2 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από σοφούς διάφορων πολιτισμών. Αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Από διαπολιτισμική άποψη, είναι σχεδόν αδύνατον να ορίσει πλήρως την ψυχική υγεία. Εντούτοις, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Ο όρος “mental health”, δηλαδή *πνευματική υγεία*, (και όχι ψυχική) που επικρατεί, είναι λανθασμένος. Σύμφωνα με τον κ. Γιαννουλάτο Π.,(διοικητής του ψυχιατρικού νοσοκομείου «ΔΑΦΝΙ»): «Η ψυχική υγεία περικλείει την σωματική, νοητική και πνευματική ευεξία ενώ το πνεύμα είναι ιδιότητα, δεν μπορεί να είναι άρρωστο. Αυτό που αρρωσταίνει είναι το μυαλό. Δεν μπορούμε να μιλάμε για πνευματική ασθένεια. Για να επιτευχθεί η ψυχική υγεία πρέπει να υπάρχει καλή λειτουργία όλων των παραπάνω.»

Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία, και πιο γενικά ψυχική λειτουργία, είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Τα τελευταία χρόνια, καινούργιες

πληροφορίες από τα πεδία της νευροεπιστήμης και της συμπεριφορικής ιατρικής έχουν προωθήσει δραματικά την κατανόησή μας για τις ψυχικές λειτουργίες. Γίνεται όλο και σαφέστερο ότι οι ψυχικές λειτουργίες έχουν το υπόστρωμά τους στη φυσιολογία, και διασυνδέονται ουσιαστικά με τις σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες και την κατάσταση της υγείας μας.

1.2.1 ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2001 εμφανίζεται σε μια συναρπαστική στιγμή για την ιστορία της νευροεπιστήμης. Αυτός είναι ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την ανατομία, τη φυσιολογία, την βιοχημεία και τη μοριακή βιολογία του νευρικού συστήματος, και ιδιαίτερα της σχέσης τους με τη συμπεριφορά και τη μάθηση. Οι θεαματικές πρόοδοι στην μοριακή βιολογία παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα των δομικών στοιχείων των νευρικών κυττάρων (νευρώνες). Αυτές οι πρόοδοι θα συνεχίσουν να παρέχουν μια ουσιαστική βάση για τη γενετική ανάλυση των ανθρώπινων νόσων και θα συνεισφέρουν σε νέες προσεγγίσεις για την ανακάλυψη θεραπειών.

Η κατανόηση της δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου έχει εξελιχθεί μέσα στα τελευταία 500 χρόνια. Καθώς η μοριακή επανάσταση ξετυλίγεται, εργαλεία όπως η νευροαπεικόνιση και η νευροφυσιολογία επιτρέπουν στους ερευνητές να δουν τον ζωντανό, αισθανόμενο, σκεπτόμενο ανθρώπινο εγκέφαλο εν δράσει. Η χρήση της γνωστικής νευροεπιστήμης, σε συνδυασμό με τις νευροαπεικονιστικές τεχνολογίες, καθιστά όλο και πιο δυνατό να καθοριστούν συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου που χρησιμοποιούνται για διαφορετικού τύπου σκέψεις και συναισθήματα.

Ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για τη μείξη γενετικών, μοριακών και βιοχημικών πληροφοριών με πληροφορίες από το περιβάλλον. Κατά τούτο λοιπόν ο εγκέφαλος είναι ένα εξαιρετικά σύνθετο όργανο. Μέσα στον εγκέφαλο υπάρχουν δύο τύποι κυττάρων, οι νευρώνες και η νευρογλοία. Οι νευρώνες είναι υπεύθυνοι για να στέλνουν και να λαμβάνουν νευρικά ερεθίσματα και σήματα. Η νευρογλοία παρέχει στους νευρώνες τροφή, προστασία και δομική υποστήριξη. Συνολικά υπάρχουν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια νευρώνες στον εγκέφαλο και συναποτελούν χιλιάδες διακριτούς τύπους. Καθένας από αυτούς τους νευρώνες επικοινωνεί με τους υπόλοιπους μέσω εξειδικευμένων δομών, που ονομάζονται συνάψεις. Περισσότερες από εκατό διαφορετικές εγκεφαλικές χημικές ουσίες, που ονομάζονται νευρομεταβιβαστές, επικοινωνούν δια μέσου αυτών των συνάψεων. Συνολικά, υπάρχουν

πιθανότατα περισσότερες από 100 τρισεκατομμύρια συνάψεις στον εγκέφαλο. Από κυκλώματα δημιουργημένα από εκατοντάδες ή χιλιάδες νευρώνες αναδύονται πολύπλοκες νοητικές και συμπεριφορικές διεργασίες.

1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς που καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μία εκτίμηση της έκτασης των διαφόρων τύπων αυτών των διαταραχών σε τέτοια περιβάλλοντα είναι χρήσιμη, λόγω της δυνατότητας αναγνώρισης ατόμων με διαταραχές σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης, ώστε να αντιμετωπίζεται η νόσος στο ίδιο περιβάλλον.

Επιδημιολογικές μελέτες σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν στηριχθεί στην αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών με χρήση ερωτηματολογίων διαλογής, ή με κλινικά κριτήρια από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ή με ψυχιατρική διαγνωστική συνέντευξη. Η διεθνής μελέτη που έγινε από τον ΠΟΥ σε 14 κέντρα υγείας σε όλον τον κόσμο (Ustun & Sartorius 1995, Goldberg & Lecrubier 1995) δείχνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό (περίπου 24%) του συνόλου των ασθενών, είχαν ψυχικές διαταραχές. Οι συνηθέστερες διαγνώσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η κατάθλιψη, το άγχος και οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών. Αυτές οι διαταραχές υπάρχουν είτε μόνες τους, είτε μαζί με μία ή περισσότερες σωματικές διαταραχές. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τον επιπολασμό των διαταραχών μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

1.4 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση

εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Συμπεριλαμβάνονται:

- οι καταθλιπτικές διαταραχές,
- οι διαταραχές από χρήση ουσιών,
- η σχιζοφρένεια, η επιληψία.
- η νόσος Alzheimer,
- η νοητική καθυστέρηση και
- οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Το ότι συμπεριλαμβάνεται η επιληψία χρήζει κάποιας εξήγησης. Η επιληψία είναι μία νευρολογική διαταραχή και κατατάσσεται, μαζί με άλλες νόσους του νευρικού συστήματος. Εντούτοις, η επιληψία εθεωρείτο ιστορικά ως ψυχική διαταραχή και αυτό ισχύει ακόμα σε πολλές κοινωνίες. Οι επιληπτικοί υφίστανται το στίγμα και παρουσιάζουν σοβαρή ανικανότητα εάν δεν λάβουν θεραπεία, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ψυχικά πάσχοντες. Με την επιληψία ασχολείται συχνά το προσωπικό της ψυχικής υγείας, λόγω της μεγάλης συχνότητας αυτής της διαταραχής και της σχετικής σπανιότητας εξειδικευμένων νευρολογικών υπηρεσιών, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπροσθέτως, πολλές χώρες έχουν νόμους που απαγορεύουν στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και επιληψία να αναλάβουν ορισμένες δημόσιες θέσεις.

1.4.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος και μειωμένη ενεργητικότητα. Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, αναίτια ενοχή, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης και διαταραχές του ύπνου και της όρεξης. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων. Αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι κοινά, ιδίως μετά από ατυχίες στη ζωή, η καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα συμπτώματα ξεπεράσουν ένα επίπεδο βαρύτητας και διαρκούν τουλάχιστον για δύο εβδομάδες. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι από ήπια ως και σοβαρή. Έχει συνήθως επεισοδιακή μορφή, αλλά μπορεί να είναι και υποτροπιάζουσα ή χρόνια. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες. Η GBD 2000 υπολογίζει τον εβδομαδιαίο επιπολασμό των μονοπολικών καταθλιπτικών

επεισοδίων σε 1,9% για τους άντρες και 3,2% για τις γυναίκες, ενώ θεωρείται ότι 5,8% των ανδρών και 9,5% των γυναικών θα έχουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε μία περίοδο 12 μηνών. Ο επιπολασμός ποικίλλει σε διάφορους πληθυσμούς.

Η μελέτη της GBD 2000 δείχνει επίσης ότι οι μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν τεράστια επιβάρυνση στην δημόσια υγεία και κατατάσσονται, από την άποψη αυτή, στην τέταρτη θέση μεταξύ όλων των νόσων. Ευθύνονται για το 4,4% του συνόλου των DALYs και για το 11,9% του συνόλου των ετών-ζωής με ανικανότητα, όπου και έχουν την πρώτη θέση. Στην ηλικιακή ομάδα 15-44 ετών προκαλούν το δεύτερο υψηλότερο βάρος, ευθυνόμενες για το 8,6% των DALYs. Αυτές οι εκτιμήσεις σαφώς αποδεικνύουν τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλεί η κατάθλιψη, το μέλλον όμως διαγράφεται ακόμα χειρότερο. Μέχρι το 2020, εάν συνεχιστούν οι παρούσες τάσεις δημογραφικών και επιδημιολογικών μεταβολών, η επιβάρυνση που προκαλείται από την κατάθλιψη θα φθάσει το 5,7% της συνολικής επιβάρυνσης των νόσων, και θα γίνει η δεύτερη κύρια αιτία των DALYs. Παγκοσμίως θα είναι δεύτερη μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια για τα DALYs και για τα δύο φύλα. Στις αναπτυγμένες περιφέρειες η κατάθλιψη θα φτάσει να είναι τότε η αιτία που προκαλεί τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία από οποιοδήποτε άλλο νόσημα.

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει τα άτομα σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους, παρόλο που είναι συχνότερη κατά τη μέση ηλικία. Διαγιγνώσκεται όμως όλο και συχνότερα κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης (Lewinsohn et al. 1993). Η κατάθλιψη είναι συνήθως υποτροπιάζουσα διαταραχή. Κάθε επεισόδιο διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια, με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Σε περίπου 20% των περιπτώσεων, όμως, η κατάθλιψη ακολουθεί μία χρόνια πορεία χωρίς ύφεση (Thornicroft & Sartorius 1993), ειδικά όταν δεν υπάρχει ικανή θεραπεία. Τα ποσοστά υποτροπής μετά από το πρώτο επεισόδιο, το οποίο θεραπεύθηκε με επιτυχία, είναι γύρω στο 35% εντός δύο ετών και περίπου 60% εντός 12 ετών. Οι υποτροπές είναι συχνότερες στους μεγαλύτερους των 45 ετών. Μία από τις ιδιαίτερα τραγικές καταλήξεις μίας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Γύρω στο 15 ως 20% των ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη αυτοκτονούν (Goodwin & Jamison 1990) αλλά τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα στις ήπιες (και πιο συχνές) καταθλίψεις. Παρόλα αυτά, η αυτοκτονία παραμένει μια συνήθης και αποφεύξιμη κατάληξη της σοβαρής κατάθλιψης.

Η διπολική συναισθηματική διαταραχή αναφέρεται σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, η οποία συνοδεύεται με επεισόδια μανίας που χαρακτηρίζονται από ανεβασμένη

διάθεση, αυξημένη δραστηριότητα, υπερβολική αυτοπεποίθηση και διαταραχή στη συγκέντρωση. Σύμφωνα με την GBD 2000, ο επιπολασμός της είναι γύρω στο 0,4%.

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή, που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση, και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη.

1.4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οι οποίες είναι επακόλουθα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών συμπεριλαμβάνουν διαταραχές που προκαλούνται από την χρήση οινοπνεύματος, οπιούχων, όπως το όπιο ή η ηρωίνη, παραγώγων κάνναβης, όπως η μαριχουάνα, ηρεμιστικών και υπνωτικών χαπιών, κοκαΐνης, άλλων διεγερτικών ουσιών, ψευδαισθησιογόνων, καπνού και πτητικών διαλυμάτων. Οι κλινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν τοξίκωση, επιβλαβή χρήση, εξάρτηση και ψυχωτικές διαταραχές. Η επιβλαβής χρήση διαγιγνώσκεται όταν έχει προκληθεί βλάβη στη σωματική ή ψυχική υγεία. Το σύνδρομο εξάρτησης δηλώνεται από έντονη επιθυμία για τη λήψη της ουσίας, δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης, στερητικό σύνδρομο, ανοχή, παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων, και επιμονή στη χρήση παρά τη βλάβη που υφίσταται ο χρήστης και το περιβάλλον του.

Αν και η χρήση των ουσιών (καθώς και οι σχετικές διαταραχές) ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή, ο καπνός και το οινοπνεύμα είναι οι ουσίες που χρησιμοποιούνται ευρύτερα σε όλο τον κόσμο και έχουν τα σοβαρότερα επακόλουθα στη δημόσια υγεία.

Η χρήση του καπνού είναι εξαιρετικά κοινή, κυρίως με τη μορφή τσιγάρου. Η παγκόσμια τράπεζα υπολογίζει ότι στις χώρες με υψηλό εισόδημα, το κόστος της φροντίδας των μακροχρόνιων συνεπειών του καπνού φτάνει το 6 έως 15,1 % του συνολικού ετήσιου κόστους για την υγεία (World Bank 1999).

Σήμερα περίπου 1 στους 3 ενήλικους, ή 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι καπνίζουν. Έως το 2025, ο αριθμός αναμένεται να ξεπεράσει το 1,6 δισεκατομμύρια. Εκτιμάται ότι στον καπνό οφείλονταν πάνω από τρία εκατομμύρια θάνατοι το 1990, που αυξήθηκαν σε τέσσερα εκατομμύρια το 1998. Εκτιμάται ότι οι θάνατοι οι οφειλόμενοι στον καπνό θα φθάσουν τα 8,4 εκατομμύρια το 2020 και τα 10 εκατομμύρια γύρω στο 2030. Αυτή η αύξηση όμως δεν θα είναι ομοιόμορφη: οι θάνατοι στις αναπτυγμένες περιοχές αναμένεται να αυξηθούν κατά 50%, από το 1,6 στα 2,4 εκατομμύρια, ενώ στην Ασία θα εκτιναχθούν από το 1,1 εκατομμύριο το

1990 στα 4,2 εκατομμύρια το 2020 (Murray & Lopez 1997).

Εκτός από τους κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη χρήσης του καπνού, υπάρχει σαφής εξάρτηση από τη νικοτίνη στην πλειοψηφία των χρόνιων καπνιστών. Η εξάρτηση εμποδίζει αυτά τα άτομα να εγκαταλείψουν τη χρήση καπνού.

Το οινόπνευμα είναι επίσης μία ουσία της οποίας γίνεται ευρεία χρήση στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Ο επιπολασμός έτους των διαταραχών λόγω χρήσης αλκοόλ (επιβλαβής χρήση και εξάρτηση) στους ενήλικους υπολογίζεται γύρω στο 1,7% παγκοσμίως, σύμφωνα με την ανάλυση της GBD 2000. Τα ποσοστά είναι 2,8% για τους άντρες και 0,5% για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός των διαταραχών λόγω της χρήσης οινοπνεύματος ποικίλλει ευρέως ανά περιοχή και φθάνει σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε μερικές μεσανατολικές χώρες, αλλά στο 5% στη Βόρειο Αμερική και σε τμήματα της Ανατολικής Ευρώπης.

Η χρήση οινοπνεύματος αυξάνεται ταχέως σε μερικές αναπτυσσόμενες περιοχές (Jernigan et al. 2000; Riley & Marshall 1999; WHO 1999) και αναμένεται κλιμάκωση των σχετικών προβλημάτων (WHIO 2000b). Επίσης, αυτόχθονες λαοί σε διάφορα σημεία του κόσμου κάνουν μεγαλύτερη χρήση, πράγμα που πρέπει να μας απασχολήσει σοβαρά.

Το οινόπνευμα κατέχει υψηλή θέση στην κλίμακα επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Η μελέτη GBD (Murray & Lopez 1996a) υπολογίζει ότι το οινόπνευμα ευθύνεται για το 1,5% του συνόλου των θανάτων και για το 3,5% του συνόλου των DALYs*. Στα ποσοστά αυτά συμπεριλαμβάνονται σωματικές διαταραχές (όπως η κίρρωση) και κακώσεις (όπως τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα), που οφείλονται στο οινόπνευμα.

Η κοινωνία επιβαρύνεται οικονομικά από το οινόπνευμα σε μεγάλο βαθμό. Μοιάζουν πιο πολλά για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του αλκοόλ σε σχέση με όσα κερδίζουν από αυτό.

Εκτός από τον καπνό και το οινόπνευμα, γίνεται κατάχρηση ενός μεγάλου αριθμού άλλων ουσιών, οι οποίες γενικά κατατάσσονται στις φαρμακευτικές ουσίες.

Αυτές συμπεριλαμβάνουν και τις παράνομες, όπως την ηρωίνη, την κοκαΐνη, και την κάνναβη. Ο επιπολασμός έτους της κατάχρησης και εξάρτησης αυτών φθάνει στο 0,4% έως 4%, αλλά ο τύπος των ουσιών των οποίων γίνεται χρήση ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή.

* DALYs: Disability Adjusted Life Years (Έτη Ζωής Προσαρμοσμένα στην Αναπηρία)

Η ανάλυση της GBD 2000 δείχνει ότι ο επιπολασμός μήνα των διαταραχών λόγω χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης είναι 0,25%. Οι ενέσιμες ουσίες δημιουργούν σημαντικούς κινδύνους μολύνσεων, συμπεριλαμβανομένης της ηπατίτιδας Β και C, και του HIV. Τα άτομα σε όλο τον κόσμο που κάνουν τέτοια χρήση παράνομων ουσιών, υπολογίζεται ότι είναι 5 εκατομμύρια.

Ο επιπολασμός της μόλυνσης με HIV μεταξύ όσων χρησιμοποιούν σύριγγες είναι 20-80% σε πολλές πόλεις. Η αυξανόμενη επίδραση αυτής της πρακτικής στην μετάδοση του HIV, έχει δημιουργήσει παντού στον κόσμο σοβαρή ανησυχία και ιδιαίτερα σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (UNAIDS 2000).

Η επιβάρυνση που προκαλείται από παράνομες ουσίες (ηρωίνη και κοκαΐνη) υπολογίζεται ότι είναι το 0,4% της συνολικής επιβάρυνσης από νοσήματα κατά την GBD 2000. Το οικονομικό κόστος της επιβλαβούς χρήσης ουσιών και της εξάρτησης έχει υπολογιστεί ότι είναι 90 δισεκατομμύρια δολάρια στις ΗΠΑ (Harwood et al 1998). Αυτοί οι υπολογισμοί επιβάρυνσης και κόστους δεν συνυπολογίζουν διάφορα αρνητικά κοινωνικά επακόλουθα της χρήσης των ουσιών. Η χρήση καπνού και αλκοόλ αρχίζει συνήθως σε νεαρή ηλικία και διευκολύνει τη χρήση άλλων ουσιών. Έτσι, συμβάλλουν έμμεσα και σε μεγάλο βαθμό στην επιβάρυνση που προκαλούν οι άλλες ουσίες και τα σχετικά με αυτές νοσήματα.

Συχνά τίθεται το ζήτημα εάν οι διαταραχές από χρήση ουσιών είναι πράγματι διαταραχές, ή εάν θα έπρεπε να θεωρηθούν αποκλίνουσα συμπεριφορά των ανθρώπων, οι οποίοι εσκεμμένα αυτοκαταστρέφονται. Αν και η απόφαση να πειραματιστεί κανείς με τη χρήση μίας ψυχοδραστικής ουσίας είναι συνήθως προσωπική απόφαση, η εξάρτηση που ακολουθεί την επαναλαμβανόμενη χρήση δεν είναι μία συνειδητή και μετά λόγου γνώσεως απόφαση του ατόμου, ούτε το αποτέλεσμα ηθικού ελλείμματος εκ μέρους του, αλλά το αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου συνδυασμού γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι πολύ δύσκολο να διακρίνει κανείς πότε ακριβώς το άτομο γίνεται εξαρτημένο από μία ουσία (αδιάφορο αν αυτή είναι παράνομη ή όχι), και μπορούμε να πούμε, βάσει στοιχείων, ότι η εξάρτηση δεν είναι μία σαφώς οροθετημένη κατάσταση, αλλά ότι "συμβαίνει" σε κάποιο σημείο εντός ενός συνεχούς, που αρχίζει από τα πρώτα προβλήματα χωρίς σημαντική εξάρτηση και φθάνει στη σοβαρή εξάρτηση με σωματικά, ψυχικά και κοινωνικοοικονομικά επακόλουθα.

Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι γίνονται νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες σχετίζονται με τα βασικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης

από ουσίες, ή μάλλον τα προκαλούν. Τα κλινικά στοιχεία επίσης δείχνουν, ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να αντιμετωπίζεται τόσο ιατρικά, ως χρόνια ασθένεια όσο και ως κοινωνικό πρόβλημα (Leshner 1997; McLellan et al. 2000). Οι κοινές ρίζες της εξάρτησης από μία ποικιλία ουσιών και η μεγάλη συχνότητα πολλαπλής εξάρτησης, υποδεικνύουν ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια περίπλοκη ψυχική διαταραχή, με πιθανή βάση στη λειτουργία του εγκεφάλου.

1.4.3 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή διαταραχή, η οποία τυπικά αρχίζει στην ύστατη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες, που δίνουν σε έναν άνθρωπο την αίσθηση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και του αυτό-προσδιορισμού. Η συμπεριφορά μπορεί να είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της διαταραχής και να έχει δυσμενή κοινωνικά επακόλουθα. Ακλόνητη πίστη σε ψευδείς, αβάσιμες ιδέες ("παραλήρημα"), είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής.

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο, και μπορεί να υπάρχει πλήρους ανάρρωση στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Μπορεί, όμως, να ακολουθήσει μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια, αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό των τροφίμων των ψυχιατρείων στο παρελθόν, όπως και σήμερα, όπου ακόμα υπάρχουν τέτοια ιδρύματα. Οι σύγχρονοι πρόοδοι στην φαρμακευτική θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μπορούν να αντιμετωπίσουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, με πληρότητα και διάρκεια, σχεδόν τους μισούς από όσους αρχικά εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή.

Η συχνότητα της σχιζοφρένειας είναι περίπου ίδια σε άντρες και γυναίκες, αλλά εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία στις γυναίκες, οι οποίες επίσης έχουν καλύτερη πορεία και αποκατάσταση.

Η GBD 2000 αναφέρει ότι ο επιπολασμός έτους για την σχιζοφρένεια είναι 0,4%, η δε νόσος προκαλεί μεγάλο βαθμό ανικανότητας. Μία πρόσφατη μελέτη σε 14 χώρες για την

ανικανότητα που σχετίζεται με σωματικές και ψυχικές καταστάσεις έδειξε ότι οι ψυχωτικές καταστάσεις κατέχουν την τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό, πιο δυσμενή ακόμη και από την παραπληγία ή την τύφλωση (Ustun et al. 1999).

Στην μελέτη της GBD, η σχιζοφρένεια ευθυνόταν για το 1,1 % του συνόλου των DALYs και για το 2,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η σχιζοφρένεια επιβαρύνει επίσης την κοινωνία οικονομικά. Υπολογίζεται ότι το 1991, το άμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν 19 δισεκατομμύρια δολάρια και 46 δισεκατομμύρια λόγω απολεσθείσας παραγωγικότητας.

Ακόμη και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα εξαφανισθούν, κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμένουν. Σε αυτά περιλαμβάνονται: έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και εργασία, κοινωνική ανεπάρκεια, και ανικανότητα εμπλοκής σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής. Προκαλούν επίσης μεγάλο βάρος στις οικογένειες (Pai & Kaptur 1982). Έχει επανειλημμένως βρεθεί ότι η σχιζοφρένεια ακολουθεί λιγότερο σοβαρή πορεία στις αναπτυσσόμενες χώρες (Kithara & Wig 1978; Tara & Eaton 1996). Για παράδειγμα, σε μια από τις διεθνείς μελέτες με στοιχεία από διάφορες περιοχές, το ποσοστό των ασθενών με πλήρη ύφεση στα 2 έτη ήταν 63% στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ ήταν μόλις 37% στις αναπτυγμένες (Jablensky et al. 1992). Αν και έχει επιχειρηθεί η ερμηνεία αυτής της καλύτερης πρόγνωσης ως βασισμένη στην ισχυρότερη οικογενειακή υποστήριξη και στις λιγότερες πιέσεις που δέχονται οι ασθενείς, ο ακριβής λόγος των διαφορών δεν είναι απόλυτα σαφής.

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειράονται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε, ότι το 30% των ασθενών με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (Radothsky et al. 1999). Περίπου το 10% αυτοκτονούν (Caldwell & Gottesman 1990). Παγκοσμίως, η σχιζοφρένεια μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς 10 έτη κατά μέσο όρο.

1.4.4. ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η επιληψία είναι η κοινότερη νευρολογική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό. Χαρα-

κτηρίζεται από υποτροπιάζουσες κρίσεις, που προκαλούνται από ξαφνική υπερβολική ηλεκτρική δραστηριότητα σε μέρος ή όλο τον εγκέφαλο. Η πλειονότητα των ατόμων με επιληψία δεν έχουν εμφανή δομική ανωμαλία στον εγκέφαλο, εκτός από τις ηλεκτρικές εκφορτίσεις. Όμως, ένα ποσοστό ατόμων με αυτή την διαταραχή μπορεί να έχει συνοδό εγκεφαλική βλάβη, η οποία μπορεί να προκαλεί άλλες σωματικές δυσλειτουργίες, όπως σπαστικότητα ή νοητική καθυστέρηση.

Τα αίτια της επιληψίας συμπεριλαμβάνουν: γενετική προδιάθεση, εγκεφαλική βλάβη λόγω επιπλοκών κατά τον τοκετό, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τοξική δράση και όγκους. Η κυστικέρκωση, η σχιστοσωμίαση, η τοξοπλάσμωση, η ελονοσία και η φυματιώδης και ιογενής εγκεφαλίτις είναι μερικά από τα λοιμώδη αίτια της επιληψίας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Senanayake & Rotjan 1993). Η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων ποικίλει από μερικές κάθε μέρα έως μία φορά κάθε λίγους μήνες. Η εκδήλωση της επιληψίας εξαρτάται από τις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται. Συνήθως, το άτομο υφίσταται ξαφνικά απώλεια συνείδησης και μπορεί να κάνει σπασμωδικές κινήσεις. Μπορεί να τραυματιστεί από πτώση κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Η GBD 2000 υπολογίζει ότι περίπου 37 εκατομμύρια άτομα παγκόσμια υποφέρουν από πρωτοπαθή επιληψία. Όταν προστεθεί η επιληψία που προκαλείται από άλλες ασθένειες ή ατύχημα, ο συνολικός αριθμός των πασχόντων ανεβαίνει στα 50 εκατομμύρια. Υπολογίζεται ότι άνω του 80% αυτών, ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η επιληψία προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στις κοινότητες, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου μπορεί να παραμένει εν πολλοίς αθεράπευτη. Η GBD 2000 υπολογίζει τη συνολική επιβάρυνση που προκαλείται από την επιληψία στο 0,5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης από νόσους. Εκτός από την σωματική και ψυχική ανικανότητα, η επιληψία έχει επιπρόσθετα σοβαρά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, που βαρύνουν το άτομο και την οικογένεια. Το στίγμα που ακολουθεί την επιληψία εμποδίζει αυτά τα άτομα να συμμετέχουν σε ομαλές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του γάμου, της εργασίας και των σπορ.

Η επιληψία τυπικά εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και μπορεί, ενίοτε, να έχει χρόνια πορεία. Το ποσοστό αυτόματης ίασης είναι σημαντικό και πολλοί από αυτούς που, έχουν διαγνωστεί ως έχοντες επιληψία, είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μετά τριετία.

1.4.5. ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Η άνοια της νόσου Alzheimer κατατάσσεται ως ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή στο ICD-10^{*}.

Χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, όπως μνήμης, σκέψης, αντίληψης, ικανότητας για υπολογισμούς, γλώσσας, ικανότητας μάθησης και κρίσης. Η άνοια διαγιγνώσκεται, όταν η έκπτωση φθάνει σε σημείο, ώστε να βλάπτονται οι προσωπικές καθημερινές δραστηριότητες. Η νόσος Alzheimer έχει σταδιακή έναρξη, με βραδεία επιδείνωση. Αυτή η ασθένεια πρέπει να διαφοροποιηθεί σαφώς από την φυσιολογική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών λόγω ηλικίας. Η φυσιολογική έκπτωση είναι πολύ μικρότερη, πολύ πιο σταδιακή και προκαλεί μικρότερη αναπηρία. Η νόσος Alzheimer συχνά αρχίζει μετά τα 65 έτη, αλλά ενίοτε και νωρίτερα. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, η επίπτωση αυξάνεται ταχέως (αδρά, διπλασιάζεται κάθε 5 έτη).

Αυτό έχει προφανή επακόλουθα ως προς τον συνολικό αριθμό των ατόμων με αυτή τη διαταραχή, καθώς το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού μεγαλώνει. Η επίπτωση και ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer έχουν μελετηθεί πολύ.

Τα δείγματα πληθυσμού συνήθως αποτελούνται από ανθρώπους άνω των 65 ετών, αν και μερικές μελέτες συμπεριέλαβαν νεώτερους πληθυσμούς, ιδίως σε χώρες όπου το προσδόκιμο ζωής είναι μικρότερο (π. Χ. στην Ινδία).

Το μεγάλο εύρος του επιπολασμού (1-5%), εν μέρει εξηγείται από τις διάφορες ηλικίες των δειγμάτων και τα διαγνωστικά κριτήρια την GBD 2000, η άνοια Alzheimer και οι άλλες άνοιες έχουν γενικό επιπολασμό μηνός 0,6%. Η συχνότητα μεταξύ των μεγαλύτερων των 60 ετών είναι περίπου 5% για τους άντρες και 6% για τις γυναίκες. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν διαφορά επίπτωσης λόγω φύλου, αλλά υπάρχουν περισσότερες γυναίκες με τη νόσο Alzheimer, διότι είναι μακροβιότερες.

^{*}ICD-10: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση ασθενειών και σχετικών προβλημάτων υγείας)

Το ακριβές αίτιο της νόσου Alzheimer παραμένει άγνωστο, αν και έχει προταθεί ένας αριθμός παραγόντων. Αυτοί, περιλαμβάνουν διαταραχές του μεταβολισμού και ρύθμισης της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς, άλλων πρωτεϊνών που ανευρίσκονται στις αλλοιώσεις που προκαλεί στον εγκέφαλο η άνοια, καθώς και διαταραχές του μεταβολισμού του ψευδαργύρου και αργιλίου (Drouet et al. 2000, Cuajungco & Lees 1997).

Η GBD2000, υπολογίζει τα DALYs που οφείλονται σε άνοιες στο 0,84% και τα έτη-ζωής με ανικανότητα στο 2,0%. Λόγω των γηρασκόντων πληθυσμών, ιδίως στις εκβιομηχανισμένες περιφέρειες, αυτό το ποσοστό είναι πιθανόν να αυξηθεί ταχέως τα επόμενα 20 έτη.

Το κόστος της νόσου Alzheimer είναι ήδη μεγάλο για την κοινωνία (Rice et al. 1993), και θα συνεχίσει να αυξάνεται (Brooktheyer & Gray 2000). Το άμεσο και συνολικό κόστος της διαταραχής στις ΗΠΑ για το έτος 2000 υπολογίστηκε στα 536 εκατομμύρια και 1,75 δισεκατομμύρια δολάρια αντιστοίχως.

1.4.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Μπορεί να υπάρχει μόνη της, ή και με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Αν και το μειωμένο επίπεδο νοητικής λειτουργίας είναι το χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, η διάγνωση τίθεται μόνο εάν συνυπάρχει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στις καθημερινές απαιτήσεις του ομαλού κοινωνικού περιβάλλοντος. Η νοητική καθυστέρηση μπορεί να είναι ελαφριά (Νοητικό Πηλίκο 50-69), μέτρια (Νοητικό Πηλίκο 35-49), σοβαρή (Νοητικό Πηλίκο 20-34), και βαριά (Νοητικό Πηλίκο κάτω του 20).

Η εκτίμηση του επιπολασμού ποικίλλει σημαντικά, λόγω διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων και μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, καθώς και στις ηλικιακές διαφορές των δειγμάτων. Ο γενικός επιπολασμός της νοητικής καθυστέρησης πιστεύεται ότι είναι μεταξύ 1 % και 3%, με το ποσοστό της μέτριας, σοβαρής και βαριάς καθυστέρησης στο 0,3%. Είναι συχνότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω των υψηλότερων πιθανοτήτων τραυματισμού και άνοιας κατά τον τοκετό, και εγκεφαλικών μολύνσεων κατά την νηπιακή

ηλικία. Ένα σύνηθες αίτιο νοητικής καθυστέρησης είναι η ενδημική ανεπάρκεια του ιωδίου, που οδηγεί σε κρετινισμό (Sankar et al. 1998). Η ανεπάρκεια του ιωδίου, η οποία μπορεί να προληφθεί, αποτελεί το κύριο αίτιο εγκεφαλικής βλάβης και νοητικής καθυστέρησης παγκοσμίως (Delange 2000).

Η νοητική καθυστέρηση επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Η πιο σοβαρή απαιτεί βοήθεια στην καθημερινότητα και στην αυτοεξυπηρέτηση. Δεν υπάρχουν εκτιμήσεις της συνολικής επιβάρυνσης που προκαλείται, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι είναι υπολογίσιμο και ότι στις περισσότερες περιπτώσεις συνεχίζεται δια βίου.

1.4.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αντίθετα απ' ό,τι πιστεύει ο κόσμος, οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι κοινές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Δεν δίδεται αρκετή προσοχή σε αυτή την περιοχή της ψυχικής υγείας. Σε μια πρόσφατη έκθεση, ο Γενικός Αρχίατρος της Διεύθυνσης Υγείας των ΗΠΑ (The Surgeon General of the United States) (DHHS 2001) έχει αναφέρει, ότι οι ΗΠΑ αντιμετωπίζουν κρίση όσο αφορά την ψυχική υγεία των νηπίων, παιδιών και εφήβων. Κατά την έκθεση, ένας στους δέκα νέους ανθρώπους υποφέρει από κάποια ψυχική ασθένεια που να προκαλεί κάποιον βαθμό λειτουργικής έκπτωσης, αλλά ούτε ένας στους πέντε δεν λαμβάνει την απαιτούμενη θεραπεία. Σε μεγάλο μέρος του αναπτυσσόμενου κόσμου, η κατάσταση είναι, κατά πάσα πιθανότητα, ακόμα χειρότερη.

Το ICD-10 προσδιορίζει δύο ευρείες κατηγορίες που αναφέρονται ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία: διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης και συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από ατέλειες ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη ειδικών λειτουργιών όπως του λόγου και της γλώσσας (δυσλεξίες), ή συνολικά της ανάπτυξης (Π.Χ. αυτισμός). Η πορεία αυτών των διαταραχών είναι σταθερή, χωρίς ύφεση ή υποτροπές, αν και οι περισσότερες τείνουν να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η ευρεία ομάδα των δυσλεξιών είναι διαταραχές στην ανάγνωση και τη γραφή. Ο επιπολασμός τους είναι ακόμα αβέβαιος, αλλά ίσως είναι γύρω στο 4% του σχολικού πληθυσμού (Spragna et al. 2000). Στη δεύτερη κατηγορία, τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριλαμβάνονται οι υπερκινητικές διαταραχές, οι διαταραχές της ελλειμματικής προσοχής και υπερδραστηριότητας, οι διαταραχές διαγωγής και οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του

συναισθήματος της παιδικής ηλικίας. Επιπροσθέτως, πολλές διαταραχές που είναι συνηθέστερες μεταξύ ενηλίκων μπορεί να αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία. Παράδειγμα είναι η κατάθλιψη, η οποία όλο και περισσότερο διαγιγνώσκεται στα παιδιά.

Ο γενικός επιπολασμός των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών στα παιδιά, έχει γίνει αντικείμενο αρκετών μελετών σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Αν και ο επιπολασμός ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ερευνών, φαίνεται ότι το 10-20% του συνόλου των παιδιών έχουν ένα ή περισσότερα ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Μια σημείωση θα πρέπει να γίνει ώστε να μην παρερμηνευτούν αυτές οι υψηλές εκτιμήσεις νοσηρότητας μεταξύ παιδιών και εφήβων. Σε αυτές τις ηλικίες συντελείται η ανάπτυξη και έτσι πολλές φορές είναι δύσκολο να καθοριστούν τα όρια μεταξύ φαινομένων που είναι μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης και των διαταραχών. Επίσης, πολλές μελέτες έκαναν χρήση ερωτηματολογίων για την συμπεριφορά (2001),(Epiethilologicol study of child), τα οποία συμπλήρωναν γονείς και δάσκαλοι ώστε να ανιχνευθούν οι ασθένειες. Αυτές οι πληροφορίες, αν και χρήσιμες ώστε να αναγνωριστούν περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, δεν καταλήγουν πάντα σε μια τελική διάγνωση.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας επιβαρύνουν πολύ την κοινωνία και με ανθρώπινους και με οικονομικούς όρους. Το σύνολο της επιβάρυνσης από αυτά τα νοσήματα δεν έχει υπολογιστεί, πράγμα που θα ήταν δύσκολο να γίνει, αφού πολλές από αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι πρόδρομοι άλλων, πολύ σοβαρότερων αργότερα.

1.4.8 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Είναι σύνηθες να συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές σε ένα άτομο. Αυτό προσομοιάζει στις σωματικές διαταραχές, όπου επίσης η συχνότητα συνύπαρξης περισσότερων διαταραχών είναι μεγαλύτερη από την τυχαίως αναμενόμενη. Στις προχωρημένες ηλικίες είναι ακόμα συνηθέστερο, οπότε ένας αριθμός σωματικών και ψυχικών διαταραχών συνυπάρχουν. Τα προβλήματα σωματικής υγείας δεν συμβαδίζουν απλώς με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, αλλά μπορεί να συσχετίζονται με την έναρξη και επιμονή της κατάθλιψης (Geerlings et al. 2000).

Μία από τις μεθοδολογικά έγκυρες μελέτες που έγινε στις ΗΠΑ (Kessler et al. 1994)

σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της χώρας, έδειξε ότι υπήρχε συννοσηρότητα στο 79% των πασχόντων. Με άλλα λόγια, μόνο το 21% των ασθενών είχε μία και μόνη ψυχική διαταραχή. Περισσότερες από τις μισές διαταραχές κατά την διάρκεια της ζωής, αφορούσαν το 14% μόνο του πληθυσμού. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν σε μελέτες για άλλες χώρες, αν και δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Αυτή η συννοσηρότητα ανευρίσκεται σε πάνω από τα μισά άτομα που έχουν αυτές τις διαταραχές (Zimmerman et al. 2000). Μία άλλη κοινή κατάσταση, είναι η παρουσία ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με χρήση ουσιών και την εξάρτηση. Μεταξύ αυτών που καταφεύγουν στις υπηρεσίες λόγω χρήσης οινόπνευματος και ναρκωτικών, το 30% έως το 90% έχουν διπλή διαταραχή (Gossop et al. 1998). Το ποσοστό διαταραχών λόγω χρήσης οινόπνευματος είναι επίσης υψηλό μεταξύ αυτών που προσφεύγουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (65% κατά τον Rachliesel et al. 1999). Οι διαταραχές λόγω χρήσης οινόπνευματος είναι επίσης συνήθεις (12-50%) μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια.

Η ύπαρξη σημαντικής συννοσηρότητας έχει σοβαρά επακόλουθα όσον αφορά την διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των πασχόντων. Αυξάνει επίσης αναλόγως ο βαθμός ανικανότητας των πασχόντων ατόμων και οι επιπτώσεις στην οικογένεια.

1.4.9. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας εκούσιας αυτοκαταστροφικής πράξης που την εκτελεί ένα άτομο το οποίο συνειδητοποιεί και γνωρίζει πλήρως την θανάσιμη κατάληξή της. Η αυτοκτονία είναι τώρα ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στον μέσο όρο 53 χωρών, για τις οποίες έχουμε πλήρη δεδομένα, ο προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης αυτοκτονιών ήταν 15,1 ανά 100.000 το 1996. Ο δείκτης στους άντρες ήταν 24,0 ανά 100.000 και στις γυναίκες 6,8 ανά 100.000. Οι αυτοκτονικοί δείκτες είναι σχεδόν παντού υψηλότεροι μεταξύ αντρών σε σύγκριση με τις γυναίκες, κατά μια συνολική σχέση 3,5 προς 1.

Τα τελευταία 30 έτη, σε 39 χώρες απ' όπου έχουμε πλήρη στοιχεία για την περίοδο 1970-1996, τα ποσοστά φαίνεται να έχουν παραμείνει αρκετά σταθερά, αλλά τα σημερινά συνολικά ποσοστά κρύβουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα φύλα, τις ηλικιακές ομάδες, τη γεωγραφική κατανομή και τις μακροπρόθεσμες τάσεις.

Γεωγραφικά, οι μεταβολές των δεικτών αυτοκτονίας ποικίλλουν σημαντικά. Οι τάσεις

στις πολυπληθείς χώρες του κόσμου - με πληθυσμό άνω των 100 εκατομμυρίων - είναι πιθανότερο να δίνουν έγκυρα στοιχεία για την θνησιμότητα από αυτοκτονία. Υπάρχουν στοιχεία για επτά από τις έντεκα αυτές χώρες, για τα τελευταία 15 έτη. Οι τάσεις κυμαίνονται από σχεδόν 62% αύξηση στο Μεξικό μέχρι 17% μείωση στην Κίνα, και με τις ΗΠΑ και τη Ρωσική Ομοσπονδία να κινούνται αντίθετα με 5,3% η κάθε μία. Δύο σχόλια είναι αναγκαία: πρώτον, μόνο το μέγεθος των πληθυσμών τους, τοποθετεί αυτές τις χώρες στην ίδια κατηγορία, αφού κατά τα άλλα διαφέρουν πολύ. Δεύτερον, το μέγεθος των αλλαγών δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό μέγεθος των ποσοστών σε αυτές τις χώρες. Τα ποσοστά για το πιο πρόσφατο έτος που έχουμε δεδομένα κυμαίνονται από 3,4 ανά 100.000 στο Μεξικό στο 14,0 ανά 100.000 στην Κίνα και 34,0 ανά 100.000 στη Ρωσική Ομοσπονδία.

1.5. Η ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ

Η νομική κατοχύρωση του συστήματος ψυχικής υγείας εγκαινιάστηκε το 1983¹ στη χώρα μας, οπότε και προωθήθηκε ουσιαστικά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με βασική επιδίωξη την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών και την παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας. Οι κύριες διαστάσεις του συστήματος τυποποιούνται όμως μόλις το 1999 με την υιοθέτηση του Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις».

Σύμφωνα με το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν 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 αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Εντάσσονται επομένως σε μια νέα προσέγγιση των παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας που αναμφισβήτητα συμβάλλει στον περιορισμό της ιδρυματοποίησης και στην ενίσχυση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ενδιαφερομένων.

Από οργανωτική άποψη, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προωθούνται μέσω των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που λειτουργούν στο πλαίσιο των Τομέων Ψυχικής Υγείας¹. Οι Μ.Ψ.Υ. τυποποιούνται σύμφωνα με την ακόλουθη διάρθρωση:

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας³
- Τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα⁴
- Τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία⁵
- Τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία⁶
- Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας⁷
- Τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων⁸
- Οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παίδων και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την Ψυχική Υγεία⁹
- Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία¹⁰
- Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης¹¹
- Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης¹²
- Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης¹³
- Οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης¹⁴
- Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης¹⁵

Η παροχή υπηρεσιών στο πεδίο της Ψυχικής Υγείας δεν περιορίζεται μόνο στο επίπεδο των φορέων του δημοσίου τομέα: Μονάδες Ψυχικής Υγείας επιτρέπεται να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν τόσο από κερδοσκοπικούς φορείς όσο και από φορείς του εθελοντικού τομέα. Όμως το πεδίο παρεμβάσεων των ιδιωτικών και εθελοντικών φορέων περιορίζεται στη λειτουργία συγκεκριμένων μονάδων¹⁶. Έτσι, οι φορείς αυτοί μπορούν να ιδρύουν αποκλειστικά Κέντρα Ημέρας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης και Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης. Πρέπει μάλιστα να επισημανθεί ότι τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα μπορούν να λειτουργούν και Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Από την άλλη πλευρά, οι φορείς του δημόσιου τομέα μπορούν να παρέχουν οποιαδήποτε υπηρεσία στο πλαίσιο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Ρητώς μάλιστα προβλέπεται ότι η χρήση των όρων «Κέντρα Ψυχικής Υγείας», «Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα», «Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία», «Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία», «Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον», «Φιλοξενούσες Οικογένειες»,

«Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης» σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Η ενεργοποίηση των φορέων του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα στο πεδίο της ψυχικής υγείας προϋποθέτει τη χορήγηση άδειας και λειτουργίας, οι οποίες εκδίδονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας¹⁷.

Η σχετική νομολογία παρατίθεται στο τέλος του παρόντος μέρους.

1. Βλ. άρθρο 21 Ν. 1397/83.

2. Το άρθρο 3§1 Ν. 2716/99 ορίζει ότι «οι υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας».

3. Βλ. άρθρο 5§1 Ν. 2716/99

4. Βλ. άρθρο 5§1 Ν. 2716/99.

5. Βλ. άρθρο 5§1 Ν. 2716/99.

6. Βλ. άρθρο 5§1 Ν. 2716/99.

7. Πρόκειται για μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Βλ. σχετικά άρθρο 7§2 Ν. 2716/99.

8. Βλ. άρθρο 4§1 Ν. 2716/99.

9. Βλ. άρθρο 4§1 Ν. 2716/99.

10. Βλ. άρθρο 4§1 Ν. 2716/99.

11. Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης-λειτουργούν με τη μορφή Κέντρων Ημέρας, Νοσοκομείων Ημέρας και κέντρων Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Βλ. σχετικά άρθρο 8 Ν. 2716/99.

12. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης λειτουργούν με τη μορφή Οικοτροφείων, Ξενώνων και Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Επίσης, σχετικές υπηρεσίες παρέχονται στο πλαίσιο του προγράμματος των Φιλοξενούμενων Οικογενειών. Βλ. σχετικά τις διατάξεις του άρθρου 9 Ν. 2716/99, όπως εξειδικεύθηκαν με την υπ' αρ. Α3α/οικ.876116.5.2000 Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας & Πρόνοιας (ΦΕΚ Β'661).

13. Τα Κέντρα αυτά λειτουργούν ως Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης, Κέντρα Κοινωνικής Επανεπίταξης για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής

Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για Ενήλικες και Εφήβους. Βλ. σχετικά άρθρο 10§1 Ν. 2716/99.

14. Οι Ειδικές Μονάδες λειτουργούν με τη μορφή Προστατευμένων Εργαστηρίων και Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας 15 ετών και άνω που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές και αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Βλ. σχετικά άρθρο 10§2 Ν. 2716/99.

15. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που έχουν, εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Η λειτουργία τους αποβλέπει στην κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα μέσω της ανάπτυξης αυτόνομων εμπορικών δραστηριοτήτων. Βλ. σχετικά άρθρο 12§1 Ν.2716/99.

16. Σύμφωνα με το άρθρο 11§1 Ν. 2716/99, επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του Π.Δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά για συγκεκριμένες υπηρεσίες.

17. Για τις σχετικές διαδικασίες βλ. άρθρο 11§2-4 Ν.2716/99, όπως εξειδικεύθηκε με την υπ' αρ. Υ5β/οικ. 1962/29.9.2000 Απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ Β' 1268), η οποία ορίζει ότι: *«Για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης κάθε Μονάδας Ψυχικής Υγείας των αναφερομένων στο άρθρο 11 παρ. 1 του Ν. 2716/99 Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα απαιτείται αίτηση του ενδιαφερομένου φορέα για κάθε προτεινόμενη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, η οποία συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά του άρθρου 4 της παρούσας. Η πλήρης αίτηση υποβάλλεται στη Δ/νση Ψυχικής Υγείας της περιοχής λειτουργίας της προτεινόμενης Μονάδας».*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

2.1.1. Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Οι ψυχωτικοί άρρωστοι επειδή παραμένουν στο άσυλο για μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να «θεραπευθούν» από την ψυχωτική διεργασία, χάνουν βαθμιαία τη λειτουργικότητά τους όση τους έχει απομείνει από την πορεία της αρρώστιας. Ο άρρωστος είναι κλεισμένος, αδιαφοροποίητος και έτσι ενισχύεται η ψυχωτική του ομογενοποίηση, η έλλειψη δηλαδή της διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους. Η αντίφαση έγκειται ότι στο ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ψύχωσης (Goffman 1961).

2.1.2. Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στη θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου. Εκ των πραγμάτων βιώνουν την ψυχωτική διάχυση στο προσωπικό τους επίπεδο, δηλαδή μια ψυχωτική «κένωση» από τα ψυχονοητικά τους περιεχόμενα, με αποτέλεσμα να μην «κρατούν» τίποτα το καλό και το δημιουργικό. Οι εργαζόμενοι έχουν επίσης ένα συναίσθημα εισβολής με την προβλητική ταύτιση, όπως λέει ο Hochman (1982), κάτι δηλαδή που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με «μόλυνση» από την τρέλα.

Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται:

- μέσα από φοβικές άμυνες (ο φόβος για τον ίδιο τον νοσηλευόμενο) ,
- μέσα από τελετουργικές λειτουργίες (άσπρες μπλούζες, ειδικοί χώροι φαγητού κλπ.),
- μέσα από κοινωνικό ακτιβισμό, μια «υπομανία» των θεραπειών,
- μέσα από τη διάσπαση του θεραπευτικού χώρου του ασύλου,

- μέσα από την πρακτική της αναγκαστικής προσαρμογής σε ένα προκατασκευασμένο «εκμαγείο» (Hochman 1982),
- μέσα από την «αυτάρκειά» του και τη δημιουργία κλειστών και αυτόνομων ομάδων, συνήθως ανταγωνιστικών,
- μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους αρρώστους. Αντίθετα ένα ίδρυμα με ελλείψεις προσφέρει την εμπειρία, ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις με δημιουργικότητα και φαντασία. Η έλλειψη υλικών πόρων δεν σημαίνει εγκατάλειψη του αρρώστου.

Ο χρόνος στο ίδρυμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας ιδρυματισμού. Ο ιδρυματικός χρόνος στο χώρο του ασύλου είναι δύο ειδών : ο χρόνος του εγκλειστού αρρώστου, χωρίς όρια , ακαθόριστος, και ο χρόνος (διοικητικά καθορισμένος) του θεραπευτή που πρέπει να έχει θεραπευτικά όρια. Ο στόχος του θεραπευτή, για να προλάβει τον ιδρυματισμό του και τον ιδρυματισμό των αρρώστων, είναι να διαφοροποιήσει τον ασυλιακό από το θεραπευτικό χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή επιτυγχάνεται με τη δόμηση του χρόνου του αρρώστου σε μια σειρά θεραπευτικών δραστηριοτήτων ποικίλου φάσματος. Βέβαια η διάρθρωση του χρόνου των εγκλειστών δεν είναι αρκετή ώστε να προλάβει τον ιδρυματισμό, αποτελεί ωστόσο το βασικό άξονα στον οποίο κινούνται και άλλοι παράγοντες.

Η πρόληψη του ιδρυματισμού του προσωπικού επιτυγχάνεται με μια καθορισμένη λειτουργία του ιδρύματος, η οποία ευνοεί τη δημιουργική αυτονομία των θεραπειών έτσι οι θεραπευτές με τη σειρά τους είναι σε θέση να ενισχύουν τον άρρωστο να γίνει αυτόνομος και δημιουργικός, με την τροποποίηση των ψυχοπαθολογικών δομικών στοιχείων της σκέψης κ.λ.π., προς την ομαλοποίηση, ώστε οι νοητικές του λειτουργίες να αποβαίνουν πηγή ευχαρίστησης.

Στην Ελληνική πραγματικότητα η θεωρία έρχεται αντιμέτωπη με την πράξη. Σύμφωνα με τον κ. Βρέντα Π. (διοικητής του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως): « Η σχέση προσωπικού και ψυχικά ασθενή είναι η χειρίστη. Το προσωπικό νοιώθει ότι έχει δικαιώματα πάνω στον ασθενή με αποτέλεσμα την κακοποίηση τους ,σεξουαλική και σωματική. Η συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στον ψυχικά ασθενή είναι απαράδεκτη. Δεν γίνεται καμία προσπάθεια εξειδίκευσης ή ενημέρωσης του προσωπικού.

Το ψυχιατρείο λειτουργεί ως δεξαμενή πολιτικών συμφερόντων, με αποτέλεσμα τον διορισμό ατόμων ακατάλληλα για νοσηλευτικό προσωπικό.»

Την άποψη αυτή συµµερίζεται και ο κ. Γιαννουλάτος ο οποίος αναφέρει: «Υπάρχουν τριών ειδών ψυχίατροι : α) οι ιδεολόγοι, β) αυτοί που φοβούνται το αίµα και ,γ) αυτοί που έχουν κάποιο δικό τους συγγενικό πρόσωπο. Μόνο το 30% διοικεί σωστά. Από αυτούς οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν την σηµασία της «οµάδας».Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκοµείου Αττικής «Δαφνί», οι 850 στους 1800 περίπου παίρνουν ψυχοφάρµακα. Οι ίδιοι νιώθουν ότι εργάζονται σε β' κατηγορίας νοσοκοµείο. Δεν αποδέχονται το χώρο εργασίας τους. Γίνεται προσπάθεια να καταργηθεί αυτό το στερεότυπο µέσω των επιµορφωτικών προγραµµάτων στο εξωτερικό. Για την οµάδα των εργοθεραπευτών ,κοινωνικών λειτουργών κ.τ.λ. ,ενώ υπάρχουν εξειδικευµένες σχολές πάνω στην ψυχική υγεία ,οι ίδιοι δεν δέχονται να εργαστούν σε δηµόσιο ψυχιατρείο λόγω ανεπαρκούς µισθού και πολλών ωρών εργασίας.».

2.2. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ (deinstitutionalization)

2.2.1. Η ΙΔΕΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Δύο βασικές ιδεολογικές προσεγγίσεις του αποϊδρυµατισµού έχουν καταγραφεί στις διάφορες χώρες όπου αναπτύχθηκε το οµώνυµο κίνηµα. Η ιδεολογία του *παραδοσιακού ιατροκεντρισµού* που διέπει τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόµενου, και η *ιδεολογία της χειραφέτησης*.

Σύµφωνα µε τον Rotelli (1989), ο αποϊδρυµατισµός των ψυχιατρικών θεσµών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυµατισµού του ίδιου του άσυλου. Οι ψυχιατρικοί θεσµοί περικλείουν την παραδοσιακή ιατροκεντρική λογική της σχέσης «άρρωστος (νοσηλευόµενος) - υγιής (θεραπευτής ή συγγενής ή οποιοσδήποτε τρίτος)».

Η ιδεολογία της χειραφέτησης θέτει την προϋπόθεση της υπονόµευσης και ανατροπής της παραδοσιακής ψυχιατρικής λογικής µε τη χειραφέτηση του ψυχιατρικού χώρου. Απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη ενός διαφορετικού τύπου σχέσεων µεταξύ θεραπευόµενων και θεραπευτών µέσα στα πλαίσια της πραγµατικότητας σχέσης υγείας - αρρώστιας, όπου θεραπευόµενοι (υποκείµενα) και θεραπευτές λειτουργούν χωρίς διαχωριστικά όρια µεταξύ «τρέλας» και «υγείας», αφού και οι δύο αυτές έννοιες είναι ρευστές, µεταβλητές καταστάσεις. Η τοποθέτηση αξεπέραστων ορίων µεταξύ των λεγόµενων «υγιών» και των λεγόµενων

«τρελών» διαιώνίζει τον τεχνητό ιδρυματισμό με τους μηχανισμούς του στιγματισμού, της ετικετοποίησης, της απαισιοδοξίας (τίποτα δεν γίνεται) και της παραίτησης από κάθε αλλαγή.

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα εγκλειστών για μακρά διαστήματα που, μετά από τη συμμετοχή τους σε ειδικά προγράμματα αποκατάστασης, λειτούργησαν ως φυσιολογικά άτομα μέσα στην κοινότητα.

Η *ομαλοποίηση* (normalization) της ζωής ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην κοινότητα απαιτεί την ομαλοποίηση των ιδεών και των σχέσεων. Η κουλτούρα της αυτάρκειας, κατά τον Rotelli, διαιώνίζει την ύπαρξη των ασύλων, δηλαδή την ύπαρξη δομών περιχαρακωμένων ή νησίδων εξορίας εγκλειστών, συμβολικών ή ουσιαστικών, που εμφανίζουν αυτάρκεια οικονομική, «πολιτική» και ιδεολογική. Η κουλτούρα της αυτάρκειας ενυπάρχει και στους μη εγκλειστούς.

Σύμφωνα με τον Dell Aqua, ψυχίατρο της ιστορικής ομάδας Basaglia, «ο Αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του Ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητήσουμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε "ο άρρωστός μου", "ο γιατρός μου", ακόμη και αν εργαζόμαστε στην κοινότητα».

2.2.2. Ο ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών αρρώστων, από τους οποίους το 50% έως 70% ήταν χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι, έκανε ορατή την ύπαρξή τους μέσα στην κοινότητα.

Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. στο τέλος της δεκαετίας του 1970 υπολογίζεται ότι 1.7 έως 2.4 εκατομμύρια ενήλικες υπέφεραν από τις επιπτώσεις σοβαρής ψυχιατρικής νόσου, η οποία είχε χρόνια πορεία και που στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν κάποια σχιζοφρενικού τύπου ψύχωση (U.S.P.H.S. 1980).

Ένας αριθμός ερευνών στις Η.Π.Α. και Μ. Βρετανία κατά τη δεκαετία του 1960, γύρω από την επάνοδο των αρρώστων στην κοινότητα, απέδειξε ότι ένα ποσοστό ψυχιατρικών αρρώστων μεγαλύτερο από το 6.5% επιστρέφει στην οικογένειά του (Freeman & Simmons 1963' Lamb 1968' Sanders και συν. 1967' Silverstein 1968' Michaux και συν. 1969' Davis και

συν. 1974' Brown και συν. 1966).

Γενικά το 35-40% των αρρώστων επιστρέφουν στη συζυγική οικογένεια, το 35-40% στη γονική οικογένεια ή σε άλλους συγγενείς, ενώ το 20-25% ζει μόνο ή σε ξενώνες και οικοτροφεία.

Σύμφωνα με την έρευνα που κάναμε, η ελληνική πραγματικότητα είναι πιο σκληρή. Η αποδοχή του ψυχικά ασθενή από την ελληνική κοινωνία είναι ανύπαρκτη. Σύμφωνα με την γνώμη του κ. Βρέντα (διευθυντής του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τρίπολης), η οικογένεια δεν αποδέχεται τον ψυχικά ασθενή αλλά ζητάει και τον εγκλεισμό του. Ο κ. Γιαννουλάτος προσθέτει πως η αποδοχή από την οικογένεια δεν είναι επιθυμητή. Τονίζει πως το 40% των οικογενειών των ψυχικά ασθενών, χρίζει ψυχικής βοήθειας. Οπότε όχι απλά δεν πρέπει να έρθουν σε επαφή αλλά επιβάλλεται η πλήρης απομάκρυνσή τους.

Από τις έρευνες αυτές, που όλες είχαν ως στόχο την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων ψυχωτικών αρρώστων στην κοινότητα, προέκυψαν ορισμένα γενικά κοινά συμπεράσματα: 1) Οι περισσότεροι χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι αν και φαίνεται ότι λειτουργούν, στην πραγματικότητα ζουν περιθωριακά. 2) Η επαρκής και συνεχής παροχή υπηρεσιών στα Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην επανένταξη σχετίζεται άμεσα με το προηγούμενο δεδομένο. 3) Η αποδοχή ή όχι του αρρώστου από την οικογένεια και την κοινότητα είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραμονή του χρόνιου ψυχωτικού έξω από το άσυλο. 4) Η προ-νοσηρά κατάσταση του χρόνιου ψυχωτικού από την άποψη εκπαίδευσης, επαγγέλματος, απασχόλησης ή οικογενειακής κατάστασης, δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόγνωση για επανεισαγωγή στο άσυλο. όσο η κατάστασή του από πλευράς κοινωνικής λειτουργικότητας από τη στιγμή της έναρξης της νόσου μέχρι την εγκατάστασή του στην κοινότητα. 5) Η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής σε δόσεις συντήρησης προλαμβάνει τις τυχόν υποτροπές σε σημαντικό ποσοστό. 6) Απαραίτητη είναι η ανοχή των αρρώστων σε ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής, όπως επίσης και 7) η αποδοχή της πραγματικότητας από τον άρρωστο, ότι δηλαδή αντιμετωπίζει δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή και αγωνίζεται να τις υπερνικήσει. Γενικά η θεραπευτική προσέγγιση των χρόνιων σχιζοφρενών αρρώστων πρέπει να είναι πολυσταδιακή, ολιστική αλλά και εκλεκτική σύμφωνα με τις ανάγκες του στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του (Serban 1980).

Επίσης πρέπει να προσαρμόζεται στην πραγματικότητα της κάθε χώρας. Για παράδειγμα στην Ελλάδα πρέπει να δοθεί έμφαση στο πρόβλημα του κοινωνικού

στιγματισμού που είναι έντονο.

2.2.3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.

Μια σειρά εκθέσεων -αποτέλεσμα ερευνών- έχουν καταδείξει την ανάγκη για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων από τα ψυχιατρεία της χώρας (ΚΕΠΕ 1979' Στεφανής, Μανδιανός 1980')

Όπως έχει αναφερθεί, ένα ποσοστό που φθάνει σχεδόν το 50% των νοσηλευομένων στα κρατικά ψυχιατρεία, πλην εκείνου της Λέρου του οποίου ο πληθυσμός είναι ολοκληρωτικά μακράς παραμονής, παραμένει στο ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Από τον πίνακα 2.1, προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να έχει εξέλθει από τα αντίστοιχα ψυχιατρεία, αφού κατά την άποψη των γιατρών τους είναι ελεύθεροι μείζονος ψυχοπαθολογίας - με την προϋπόθεση βέβαια της ύπαρξης κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) αφού οι περισσότεροι από τους τροφίμους των ψυχιατρείων έχουν εγκαταλειφθεί από τους συγγενείς τους. Σημαντική είναι η αναφορά του κ. Γιαννουλάτου, ο οποίος τόνισε πως: «Μόλις το 8% των ασθενών που πηγαίνουν στο ψυχιατρείο χρειάζονται εγκλεισμό ,όχι όλοι οι ψυχικά ασθενείς. Υπάρχουν και άλλες ομάδες που χρήζουν ψυχικής βοήθειας π.χ. ναρκομανείς, αλκοολικοί. Έτσι θα επιτευχθεί η αποφυγή λειτουργίας **ψυχιατρικοποίησης των πάντων.**»

Πίνακας 2.1 Χρόνια άρρωστοι στα κρατικά ψυχιατρεία που πρέπει να αποϊδρυματιστούν (1992)

Ίδρυμα\ψυχιατρικά νοσοκομεία	Αρ. κρεβατιών	Χρόνιοι Άρρωστοι μακράς παραμονής	Χρόνιοι Άρρωστοι που πρέπει να αποϊδρυματιστούν
Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής	1800	540	400
Δρομοκαϊτειο	713	570	200
Θεσσαλονίκης	822	493	200
Πέτρας Ολύμπου	355	355	80
Τρίπολης	416	250	80
Χανίων	369	250	150
Κέρκυρας	413	390	80
Λέρου	820	790	80
Σύνολο	5708	3738	1270

Πηγή:Μαδιανος,Εconoμoυ(1989).Αναθεωρημένη με στοιχεία του 1992.

2.2.4. ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΘΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ) ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ.

Όπως είναι γνωστό, οι συγκεκριμένοι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες ενίσχυσαν τα Άσυλα με την εγκατάλειψη και τον εγκλεισμό χιλιάδων ανεπιθύμητων. Είναι συγκεκριμένοι οι παράγοντες που παίζουν θετικό ή αρνητικό ρόλο στη διαδικασία του Αποϊδρυματισμού των χρόνια αρρώστων. Στον πίνακα 2.2. παρουσιάζονται δέκα κοινωνικοί, δημογραφικοί, οικονομικοί κ.ά. παράγοντες, από τους οποίους οι τυχόν αλλαγές τους σημαίνουν θετικό (οι πέντε από αυτούς) ή αρνητικό αποτέλεσμα (Dooley και Catalano 1980' Μαδιανος 1989).

Πίνακας 2.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική αλλαγή και τον αποϊδρυματισμό χρόνιων ψυχασθενών (1992)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΛΛΑΓΗ +/-	
1.Ποσοστά υπερηλικών	ΑΥΞΗΣΗ	+
2.Αριθμός μελών ανά οικογένεια	ΜΕΙΩΣΗ	-
3. διαζύγια	ΑΥΞΗΣΗ	+
4.αστισμός/κοινωνική αποργάνωση	ΑΥΞΗΣΗ	+
5. αναλφαβητισμός	ΜΕΙΩΣΗ	-
6.κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη	ΑΥΞΗΣΗ	+
7. ανεργία	ΑΥΞΗΣΗ	+
8.οικονομική ευημερία	ΑΥΞΗΣΗ	+
9.ασφαλιστική κάλυψη	ΑΥΞΗΣΗ	+
10.ανάπτυξηψυχιατρικών υπηρεσιών	ΑΥΞΗΣΗ	+

Πηγή: Madianos (1989)

Η Ελλάδα από το 1951 έως το 1981 βρισκόταν σε μια κοινωνική μεταβατική περίοδο που αναδεικνύεται μέσα από τη διαχρονικότητα ορισμένων δεικτών (Πίνακας 2.3). Από τη μελέτη αυτών των δεικτών μάλλον εμφανίζοταν μία αρνητική εικόνα για μια επιτυχή διαδικασία του αποϊδρυματισμού στη χώρα μας, κάτι που πρέπει να συνυπολογίζεται μεταξύ των άλλων παραγόντων για μια επιτυχή οργάνωση του αποϊδρυματισμού (Madianos 1989).

Πίνακας 2.3. Κοινωνικοί δημογραφικοί παράγοντες (1951-1981) ως αποτέλεσμα κοινωνικής αλλαγής στην Ελλάδα

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	1951	1981
1.Ποσοστά υπερηλίκων	8%	13%
2. Αριθμός μελών ανά οικογένεια	4,11	3,20
3.αστισμός	37,3%	58,1%
4.διαζύγια	2.804	8.672
5. αναλφαβητισμός	17,9%	8,6%
6. % ποσοστό νοικοκυριών σε επίπεδα φτώχειας		Αστ. 33,6 Ημιαστ. 12 Αγροτ. 54
7.οικονομική ανάπτυξη Α.Ε.Π.	3,7%	1,5%
Β.Π.	3,3%	1,5%
Πληθωρισμός	12%	16%
8.ιατρική κάλυψη	75%	85%
9.ασφαλιστική κάλυψη	85%	99%

Πηγή: Madianos (1989)

2.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

2.3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Αποκατάσταση είναι μια δυναμική διαδικασία μέσα από τη συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει στόχο να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φθάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία (Π.Ο.Υ. 1981).

Με τον όρο «αποκατάσταση» εννοούμε όλα τα μέσα που σχεδιάζονται για να προετοιμάσουν τα ψυχικά ή σωματικά ανάπηρα άτομα να διεκδικήσουν μια φυσιολογική θέση

στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων τους ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται ως μια συνεχής διαδικασία που αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση της νόσου ή του τραύματος και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Στη διαδικασία αυτή η ενεργητική και συνεχής συμμετοχή του ατόμου θεωρείται πρωταρχικής σημασίας (ορισμός που δόθηκε από το συμβούλιο Ευρώπης 1958).

Κατά τους Wing, Bennett και Denham (1964), «αποκατάσταση είναι κάθε δραστηριότητα που έχει ως στόχο την πρόληψη ή μείωση των δευτερογενών επιπτώσεων ή των αναπτυσσόμενων αναπληρωματικών μηχανισμών για τις πρωτογενείς και δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου που δεν επιδέχονται μείωση». Είναι εμφανές ότι ο ορισμός αυτός έχει ψυχιατρική κατεύθυνση.

Ένας ορισμός της *Ψυχιατρικής Αποκατάστασης* (Ψ.Α.) που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της Βοστώνης των Η.Π.Α. είναι ο εξής: Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεγαστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς (Anthony et al. 1988, 1983). Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση (Μαδιανός 1990).

Τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση» (psychosocial rehabilitation) που αφορά οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων (Μαδιανός 1985). Συγγενής όρος είναι η «κοινωνική θεραπεία» ή «κοινωνιοθεραπεία» (Μαδιανός 1990).

Ο όρος Κοινωνική θεραπεία ή κοινωνιοθεραπεία (sociotherapy), σύμφωνα με τον David Clark (1974), ανάγεται στο 18^ο αιώνα και στις προσπάθειες των διαφωτιστών-ανθρωπιστών Pinci, Tuke, Dix, Connolly, Bell και άλλων για την «απελευθέρωση» των «φρενοβλαβών». Ο Clark θεωρεί ως κοινωνική θεραπεία οτιδήποτε περιλαμβάνει τις τρεις λέξεις «δραστηριότητα, ελευθερία και υπευθυνότητα».

Σύμφωνα με τον Edelson (1970), η κοινωνιοθεραπεία έχει ως έργο της την αντίληψη και επίδραση του κοινωνικού συστήματος στον άρρωστο, καθώς και τους στόχους, τα μέσα ή τα εμπόδια για την ενσωμάτωσή του.

Σύμφωνα με τους Hogarty, Goldberg, Schooler και Ulriph (1974), με τον όρο «κοινωνιοθεραπεία» εννοείται η εντατική κοινωνική εργασία και εργοθεραπεία.

Ο όρος *κοινωνιοθεραπεία* έχει χρησιμοποιηθεί για να τονίσει την ανάπτυξη κοινωνικών μεθόδων αποκατάστασης μέσα στο ψυχιατρείο και είναι ένας όρος της δεκαετίας του 1970.

2.3.2. ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι τεχνικές της αποκατάστασης εφαρμόζονται: α) *σ' όλες τις ηλικίες* (από τη βρεφική μέχρι και τη γεροντική), β) σε ένα *ευρύ φάσμα νόσων* του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού, του αγγειακού, του κεντρικού νευρικού συστήματος και των ψυχικών νόσων κυρίως μέσα από το φάσμα των σχιζοφρενικών ψυχώσεων, των διαταραχών της συμπεριφοράς κατά την εφηβεία, των νόσων εξάρτησης (αλκοολισμός, εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες), γ) ανεξάρτητα αν η *αναπηρία είναι μόνιμη ή περιστασιακή*.

Συγκεκριμένα στον τομέα των ψυχικών νόσων, οι σχιζοφρενικές διαταραχές είναι η ομάδα εκείνη των ψυχικών παθήσεων όπου υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για την εφαρμογή των μεθόδων της αποκατάστασης. Στον πίνακα 2.4 περιγράφονται οκτώ κλινικές οντότητες που παρουσιάζουν την ανάγκη για αποκαταστασιακές δραστηριότητες και που καλύπτουν όλο το φάσμα των ηλικιών, καθώς και μια φυσιολογική κατάσταση το γήρας, που όμως είναι δυνατόν να συνυπάρχει με μίνιμουμ προβλήματα υγείας. Οι εφαρμογές της αποκατάστασης είναι ανάλογες με το είδος, την ένταση και την ποιότητα των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ή καταστάσεων.

Πίνακες 2.4(A-B) Κλινικές οντότητες που παρουσιάζουν την ανάγκη για αποκαταστασιακές δραστηριότητες.

Α) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	Χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, παρορμητικότητα, διαταραχές στην προσοχή, επιθετικότητα, παθητικότητα, απόσυρση, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αμφιθυμία, συμβιωτική σχέση.
Συναισθηματικές ψυχώσεις	Αυτοκαταστροφικές τάσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραχή του συναισθήματος, εγκατάλειψη του εαυτού.
Εξαρτήσεις από αλκοόλ. Εξαρτήσεις από ουσίες (κυρίως ηρωίνη)	Στερητικά συμπτώματα, ανάγκη καθημερινής χρήσης αλκοόλ ή ουσιών, έκπτωση κοινωνικής/επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής στα παιδιά και εφήβους	Απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα.
Διαταραχή της διαγωγής στα παιδιά και εφήβους	Επιθετικότητα ή όχι, φυγές από το σπίτι, κλοπές, κοινωνικότητα ή όχι, ψέματα, όχι συναισθηματικές σχέσεις.
Διανοητική καθυστέρηση (Ελαφρά Δ.Π. 50-70, Μέτρια 39-40)	Γενική διανοητική λειτουργία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο. Έκπτωση στην προσαρμοστική συμπεριφορά.
Βρεφονηπιακός αυτισμός	Έλλειψη απαντητικότητας του ατόμου προς άλλα άτομα, ελλείμματα στην ανάπτυξη του λόγου, αλλόκοτες αντιδράσεις.
Γεροντικές και Προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	Διαταραχές αντίληψης, κρίσης, ομιλίας, ύπνου, έκπτωση μνήμης-προσανατολισμού, μεταβολή προσωπικότητας, καταθλιπτικό συναίσθημα.
Φυσιολογικό γήρας	Ελαφρές διαταραχές μνήμης, προσανατολισμού, ύπνου, μοναξιά, συνταξιοδότηση, σωματικές χρόνιες αρρώστιες.
Β) ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΣΤΟΧΟΙ
Ατομική εργοθεραπεία, κοινωνική αποκατάσταση (Κοινωνική Λέσχη) - Προεπαγγελματική - Επαγγελματική αποκατάσταση.	Έλεγχος παρορμητικής συμπεριφοράς, αυτοεξυπηρέτηση, προσωπική υγιεινή, ανεξαρτητοποίηση, κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική κατάρτιση.
Ατομική εργοθεραπεία, Ομαδικές δραστηριότητες - Κοινωνικές δραστηριότητες (Κοινωνική Λέσχη).	Απενοχοποίηση, ενίσχυση αισθήματος προσωπ. ασφάλειας, ενθάρρυνση προσωπικής εμφάνισης, αυτοεξυπηρέτησης.
Ειδικά προγράμματα Θεραπευτικών Κοινοτήτων, Σωματική και Ψυχολογική απεξάρτηση.	Απελευθέρωση από την εξάρτηση Κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική αποκατάσταση.
Ειδικές Εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, παιδαγωγική ή παιγνιοθεραπεία.	Έλεγχος κινητικότητας - παρορμητικότητας και προσοχής.
Προγράμματα με συμπεριφορικό υπόβαθρο - Κοινωνική Εκπαίδευση Επαγγελματική Αποκατάσταση.	Βελτίωση – έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικοποίηση, κοινωνική ένταξη, επαγγελματική εκπαίδευση.
Θεραπευτική - Ατομική Εργοθεραπεία (Αγωγή κινητικότητας: σωματογνωσία δραστηριότητες με ρυθμό και μουσική δραστηριότητες αγωγής λεπτών κινήσεων) , Εργοθεραπεία Εκπαιδευτική(Προστατευμένη εργασία),Κοινωνιοθεραπεία (Κοινωνική Λέσχη).	Αυτοεξυπηρέτηση, προσωπική υγιεινή, κοινωνική εκπαίδευση, επαγγελματική εκπαίδευση, προστατευμένη εργασία.
Παιδαγωγικά παιχνίδια, ειδικό περιβάλλον, απτικά ερεθίσματα, λογοθεραπεία, αγωγή κινητικότητας.	Έλεγχος σφιγκτήρων, αποκατάσταση επαφής με περιβάλλον (αισθητηριακή αποκατάσταση)

Εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, φυσική θεραπεία (κινησιοθεραπεία), ενίσχυση διατήρησης προσωπικής και οικιακής υγιεινής.

Ερεθίσματα αισθητηριακά και προσανατολισμού. Προσαρμογές στο χώρο διαμονής, καλή σωματική υγεία.

Πηγή: Madianos (1989)

2.3.3. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ZUSSMAN, 1975)

Όπως η Κοινωνική ψυχιατρική έτσι και η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση διέπεται από οκτώ βασικές αρχές.

- 1) Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς. Είναι γνωστό από την κλινική εμπειρία ότι ακόμη και ένα σοβαρά ψυχικά διαταραγμένο άτομο μπορεί ως ένα βαθμό να φροντίζει τον εαυτό του σε βασικά θέματα για την επιβίωσή του. Είναι σοβαρό λάθος να θεωρείται ένα άτομο που υπολειτουργεί σε έναν τομέα, ότι υπολειτουργεί και στους άλλους τομείς.
- 2) Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις. Το μόνο πρόβλημα είναι ο χρόνος που απαιτείται για να αποκτηθούν αυτές οι νέες ικανότητες.
- 3) Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων στο περιβάλλον και στην κοινότητα. Είναι εμφανές ότι η αρχή αυτή βασίζεται στις έννοιες των θετικών ή αρνητικών ενισχύσεων όπως αυτές θεμελιώθηκαν από τον B. F. Skinner.
- 4) Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό. Η επιδίωξη των ψυχοθεραπευτών και εργοθεραπευτών να βοηθήσουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να δρα «φυσιολογικά», αντανακλά τα κοινωνικά στοιχεία που οριοθετούν την συμπεριφορά.
- 5) Η επιδίωξη της ψυχιατρικής αποκατάστασης ως διαδικασίας για την επανένταξη είναι να προσφέρει συνθήκες στο άτομο όμοιες με εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές. Εδώ καταγράφεται και το μειονέκτημα των ψυχιατρείων να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα παρόμοια με τις κοινωνικές συνθήκες που θα ζήσει ο ασθενής

έξω στην κοινότητα.

6) Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού που το άτομο είναι δεμένο με την ομάδα και του βαθμού στον οποίο εκείνη το επηρεάζει

7) Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να αποφεύγεται η ενίσχυση των παθολογικών συμπεριφορών γι' αυτό στην ομάδα της ψυχιατρικής αποκατάστασης συμμετέχουν και άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο. η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να αποτελεί σημείο ενίσχυσης της φυσιολογικής συμπεριφοράς των ψυχωτικών μελών.

8) Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης πάντοτε ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία στους τρεις βασικούς τομείς (εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες) (Πίνακας 2.5.).

Οι οκτώ αυτές βασικές αρχές, όπως έχουν περιγραφεί από τον Zussman (1975), είναι απόσταγμα των πρώτων αποκαταστασιακών εμπειριών των δεκαετιών 1960 και 1970. Πρόσφατα οι Antony, Cohen και Farkas. (1990), περιέγραψαν εννέα επίσης βασικές αρχές, προϊόντα της τεράστιας εμπειρίας τους στον τομέα της θεωρίας και πρακτικής της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στις Η.Π.Α. (Πίνακας 2.6).

Πίνακας 2.5. Ιεράρχηση της διαδικασίας της αποκατάστασης

<u>Εργασία</u>	<u>Στέγαση</u>	<u>Κοινωνικές δραστηριότητες</u>
Ατομική ανάθεση έργου	Παραμονή σε κλειστό θάλαμο	Ο άρρωστος παραμένει μόνος
Ανάθεση έργου μέσα στο θάλαμο νοσηλείας	Παραμονή σε ανοικτό θάλαμο	Ο άρρωστος συναναστρέφεται με τους άλλους νοσηλευόμενους
Εργασία μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου	Παραμονή σε τμήμα που λειτουργεί ως θεραπευτική κοινότητα	Θεραπευτική κοινότητα

Εργασία στο προστατευμένο εργαστήριο	Διαμονή σε ξενώνα	Κοινωνικές δραστηριότητες έξω από το νοσοκομείο
Εργασία σε πλαίσια συνεργατικής	Διαμονή σε ομαδική στέγαση	Συμμετοχή στην Κοινωνική Λέσχη
Τοποθέτηση σε εργασία από ειδική υπηρεσία	Διαμονή σε εποπτευμένο διαμέρισμα	Κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες
Απασχόληση σε κανονικά εργασιακά πλαίσια	Διαμονή σε κανονικό διαμέρισμα	

Πηγή: Zussman (1975)

Πίνακας 2.6. Οι βασικές αρχές της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης των Anthony, Farkas και Cohen (1990)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο πρωταρχικός στόχος είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου. 2. Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι εκλεκτική ως προς τις τεχνικές της. 3. Το όφελος από την αποκατάσταση αφορά τη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου με έμφαση στην αντίληψη της πραγματικότητας και όχι των ενδοψυχικών παραγόντων. 4. Ένας κύριος στόχος είναι η βελτίωση του επαγγελματικού αποτελέσματος των ατόμων. 5. Η ΕΛΠΙΔΑ αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία της αποκατάστασης. 6. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία είναι επιθυμητή. 7. Οι δύο βασικές παρεμβάσεις της αποκατάστασης είναι η ανάμιξη των δεξιοτήτων (skills) του ατόμου και η ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης 8. Η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία είναι αναγκαία αλλά σπανίως επαρκεί από μόνη της για την αποκαταστασιακή παρέμβαση. 9. Η εξάρτηση από περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών αποκατάστασης είναι ως πρώτο βήμα κάτι το φυσιολογικό και είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο σε μία προοδευτική αύξηση της λειτουργικότητάς του, ώστε να είναι ανεξάρτητο.

Πηγή: Anthony, Cohen, Farkas (1990) (Τροποποιημένος)

Οι αξίες (values) στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Οι Farkas και Anthony (1989) περιέγραψαν πρόσφατα οκτώ βασικές αξίες (values), που αποτελούν την ουσία του τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, και έδωσαν τον αντίστοιχο ορισμό τους. Η διευκρίνιση των βασικών αυτών αξιών και ο καθορισμός τους διευκολύνει την επιστημονική επικοινωνία και την τυποποίηση των μεθόδων εκτίμησης και αξιολόγησης.

Οι αξίες στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

- Λειτουργικότητα:** Η αποδοτικότητα του ατόμου σε καθημερινές δραστηριότητες.
- Επιτυχία:** Η επίτευξη των απαιτήσεων.
- Ικανοποίηση:** Το συναίσθημα ευτυχίας του πελάτη.
- Περιβαλλοντική εξειδίκευση:** Η στόχευση στο συγκεκριμένο περιβαλλοντικό περιεχόμενο.
- Επιλογή:** Η επικέντρωση σε περιεχόμενο καθορισμένων στόχων.
- Προσανατολισμός προς το αποτέλεσμα:** Επικέντρωση στην αξιολόγηση των επιπτώσεων της αποκατάστασης.
- Υποστήριξη:** Επικέντρωση στην παροχή βοήθειας όσο αυτή χρειάζεται
- Δυναμικό ανάπτυξης:** Η επικέντρωση στη βελτίωση της λειτουργικότητας του πελάτη.

Πηγή: Farkas, Anthony (1989)

2.3.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων. Αυτοί είναι οι: 1) κλινικοί παράγοντες, όπως η επίπτωση της ίδιας αρρώστιας, η προϋπάρχουσα γενική λειτουργικότητα του ατόμου, η προνοσηρή προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση. 2) οικογενειακοί, κοινωνικοί/πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το φτωχό

κοινωνικό/πολιτιστικό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνική τάξη και 3) οι διαδικασίες της εφαρμογής της αποκατάστασης (Anthony 1980).

Ειδικότερα στους κλινικούς παράγοντες πρέπει να επισημανθεί η προνοσηρή προσωπικότητα - Π.χ., τυχόν κοινωνικά στοιχεία επιδρούν αρνητικά στους μαθησιακούς μηχανισμούς νέων κοινωνικών δεξιοτήτων.

2.3.5. Η ΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Τα μέλη της ομάδας της αποκατάστασης είναι οι κλινικοί (ψυχολόγοι, νοσηλευτές, ψυχίατροι) και μέλη που κύριο έργο τους είναι η αποκατάσταση, δηλαδή εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματικοί σύμβουλοι και ειδικοί θεραπευτές καθώς και άλλοι επαγγελματίες (μουσικοί, ζωγράφοι, εθελοντές) (Tsirga et al. 1986' Κωστάκη 1986' Hunter 1987' Ανδρουλάκη 1987).

Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή* σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι τριπλός: 1) να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του ψυχωτικού αρρώστου μέσα από τις εργοθεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την κοινότητα, 2) να αποτελέσει το σύνδεσμο μεταξύ αρρώστου και της ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και γενικότερες θεραπευτικές πληροφορίες και 3) να εργαστεί αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και την έρευνα των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο εργοθεραπευτής συμμετέχει σε όλα τα στάδια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μέχρι την τελική κοινωνική αποκατάσταση ή την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος.

Το θεραπευτικό έργο συνίσταται από την προσπάθεια του εργοθεραπευτή για δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας με τον άρρωστο, την εκμάθηση των δραστηριοτήτων, την καθοδήγηση, 'τη διευκόλυνση της ολοκλήρωσης του έργου του, την ενίσχυση της ομαλοποίησης (normalization) με την περιποίηση της προσωπικής εμφάνισης και υγιεινής, καθώς και με τη δημιουργία αισθήματος αισιοδοξίας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας αλλά και ορίων.

* Στον όρο «εργοθεραπευτής» περιλαμβάνουμε και κάθε ειδικό θεραπευτή, Π.χ. θεραπευτή τέχνης, μουσικής, χορού, κίνησης κλπ.

Η θεραπευτική εργασία περιλαμβάνει και τη συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου με την ενίσχυση του εγώ αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών του, ο δε θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για ταύτιση.

Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις κατευθύνσεις της ομάδας είναι: 1) ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες, 2) η αμοιβαία ισότιμη συνεργασία, 3) η αισιοδοξία, 4) η εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος του ατόμου-πελάτη, 5) η θεώρηση της σημασίας της οικογένειας και της κοινότητας ως υποστηρικτικών συστημάτων, 6) ο σχεδιασμός πάντοτε εναλλακτικών προτάσεων, λύσεων, 7) ο σχεδιασμός μίνιμουμ ρεαλιστικών στόχων, 8) η διακριτικότητα, 9) η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη και των θετικών στοιχείων του, 10) η ενημέρωση, υποστήριξη της οικογένειας, ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, 11) η διερεύνηση των εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.

Τέλος, η ίδια η ομάδα αποτελεί πρότυπο για τον ψυχωτικό εκπαιδευόμενο και συγκεκριμένα ένα πρότυπο πραγματικότητας (Αντωνάκης και συν. 1980).

Οι δραστηριότητες της ομάδας στη διάρκεια της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αφορούν τη *διαγνωστική εργασία, τον προγραμματισμό και τις παρεμβάσεις* (Anthony et al. 1990).

2.4. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όπως στους τομείς της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, έτσι και στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προκύπτουν θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν το άτομο που συμμετέχει στην αποκατάσταση, την οικογένεια και τον εργοδότη του.

Ο άξονας από τον οποίο διαρθρώνονται οι αρχές και οι κανόνες της αποκαταστασιακής ηθικής είναι εκείνος των αρχών της ιατρικής :

Βασικές αρχές ιατρικής ηθικής

1. Αρχή της Αυτονομίας (autonomy)
 2. Αρχή της Ωφέλειας (beneficence)
 3. Αρχή της Μη Βλάβης (non Malfesance)
 4. Αρχή της Δικαιοσύνης Justice)
- Πηγή: Beauchamp and Childress (1983)

Κάθε ιατρική διαδικασία πρέπει να τείνει στη διατήρηση του απόρρητου της φύσης και της λειτουργικότητας του αρρώστου ατόμου, να το ωφελεί, να μην του προκαλεί βλάβες και να μην προσβάλλει το περί δικαίου αίσθημα.

Οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν κάθε αποκαταστασιακό χειρισμό είναι: 1) η προαγωγή της αυτονομίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, 2) η εξατομίκευση των αναγκών κάθε ατόμου, 3) η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, 4) η καθαρότητα της επικοινωνίας.

Η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται με ειλικρίνεια για την πρόοδο ή τα προβλήματα του μέλους της στον τομέα της αποκατάστασης που εκείνο συμμετέχει. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει υπεύθυνα στο αποκαταστασιακό έργο, κατά το μέγεθος του δυνατού αλλά ουσιαστικού.

Η περίπτωση του εργοδότη (ατόμου ή εταιρείας) έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Με βάση τη νομοθεσία (Ν. 1648/1986) ο εργοδότης γνωρίζει ότι προσλαμβάνει ένα άτομο με ειδικές ανάγκες, αφού ο μισθός της θέσης του επιδοτείται. Στην πληροφόρηση αυτή πρέπει να τεθούν όρια και να ενημερώνεται μόνο έως το σημείο που θα διασφαλίζεται η ασφαλής και απρόσκοπτη εργασία του ατόμου. Π.χ. να πληροφορηθεί το γεγονός ότι παίρνει κάποια ψυχοφάρμακα (όχι ποια ψυχοφάρμακα παίρνει).

Το πρόβλημα του αποϊδρυματισμού εγείρει το ηθικό θέμα της νέας «εκρίζωσης» των νοσηλευόμενων. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η γνώμη τους ή να αποφασίζει ο διοικητικός μηχανισμός; Τι θεωρεί ο άρρωστος σωστό για την κοινοτική του επανένταξη, τι πιστεύει ο επαγγελματίας της ψυχικής υγείας ότι πρέπει να γίνει και τι είναι καλό για τον άρρωστο;

Τα ηθικά αυτά διλήμματα υπεισέρχονται στο σχεδιασμό και την οργάνωση των προγραμμάτων αποϊδρυματισμού και αποκατάστασης με κύριο άξονα τις παραπάνω βασικές αρχές, προσθέτοντας επίσης και τον κλινικό παράγοντα, δηλαδή το κατά πόσον η κατάσταση του αρρώστου επιτρέπει μια πληρέστερη αναγνώριση και ιεράρχηση των αναγκών του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΡΩΤΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ - ΤΟ «ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ» ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.1. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Αρκετές εργασίες έχουν αποδείξει ότι μόνο ένα 10% περίπου του πληθυσμού των ψυχικά αρρώστων έχουν ανάγκη εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως είναι τα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, οι συνεργατικές επιχειρήσεις, τα προστατευμένα διαμερίσματα (Wing, Olsen 1979, Falloon 1986). Το 20% του πληθυσμού καλύπτεται από τις υπηρεσίες κοινοτικού Τύπου (Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής) που προσφέρουν τη δυνατότητα στα άτομα αυτά να παραμένουν σε ικανοποιητική κατάσταση στην κοινότητά τους. Τέλος οι ανάγκες της μεγάλης πλειοψηφίας του πληθυσμού (70%) καλύπτονται από την εργασία τους ή τη συνταξιοδότησή τους ή τα υποστηρικτικά συστήματα της οικογένειας και της κοινότητας.

Σχήμα 1

Σχήμα 1. Οι ανάγκες των χρόνιων ψυχικά αρρώστων για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

ΠΡΩΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: Εργάζεται ή συνταξιοδοτείται ή υποστηρίζεται από το φυσικό υποστηρικτικό σύστημα καλύπτει το 70% του πληθυσμού.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: Ικανοποιεί τις ανάγκες του από τις τοπικές Κοινωνικές Ψυχιατρικές Υπηρεσίες καλύπτει το 20% του πληθυσμού

ΤΡΙΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: Χρειάζεται ειδικές υπηρεσίες αποκατάστασης καλύπτει το 10% του πληθυσμού

Αν και η θεωρία είναι ιδεατή η πράξη έρχεται αντιμέτωπη στην Ελληνική πραγματικότητα.

3.2. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών αποκατάστασης στη χώρα μας είναι ένα πρόσφατο φαινόμενο, που δεν έχει ιστορία μεγαλύτερη από είκοσι χρόνια. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στην Ελλάδα μέχρι το 1980 δεν υπήρχαν ειδικές υπηρεσίες αποκατάστασης (Μαδιανός, Οικονόμου 1990' Μπαϊρακτάρης 1984).

Υπήρχαν κάποιες ελάχιστες εξαιρέσεις, με τη λειτουργία κυρίως προγραμμάτων ημερήσιας περιθαλψης και με ένα σύνολο 100 διαθέσιμων θέσεων, που όμως δεν κάλυπταν τις τεράστιες ανάγκες της χώρας μας για μια οργανωμένη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του πληθυσμού χρόνιων ψυχικά αρρώστων. Πρόκειται για έναν αριθμό που ανέρχεται στα 95.580 άτομα από τα οποία το 10%, δηλαδή 9.500 περίπου άτομα, έχουν ανάγκη ένταξης σε ειδικά προγράμματα.

Την 1-6-1984 κατετέθη από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ένα συνολικό πρόγραμμα για να χρηματοδοτηθεί από το Κοινωνικό Ταμείο της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84.

Ο Κανονισμός 815/84 με το άρθρο 1 πρόβλεπε ότι μεταξύ 1.1.1984 και 31.12.1988 θα δινόταν έκτακτη οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα για:

α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης.

β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό Κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Συνολικά κατατέθηκαν και εγκρίθηκαν, μεταξύ 1984-1988, 182 αιτήσεις για συγκεκριμένα προγράμματα, από τα οποία το Μάιο του 1990 το 36.8% είχε τελειώσει, το 45.6% συνεχιζόταν και το 7.6% δεν είχε ακόμη αρχίσει. Από τα προγράμματα αυτά τα 52 ήσαν πειραματικά, δηλαδή πρόβλεπαν την πειραματική λειτουργία μιας υπηρεσίας, ενώ τα υπόλοιπα ήταν κατασκευαστικά προγράμματα εκτός από 10 που ήταν προγράμματα κατάρτισης και υποτροφιών. Από το σύνολο των 52 πειραματικών, τα 42 ήταν προγράμματα με καθαρούς αποκαταστασιακούς στόχους (Μαδιανός, Υφαντόπουλος 1990).

3.3. ΤΟ «ΠΕΝΤΑΕΤΕΣ» ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στα πλαίσια του πενταετούς προγραμματισμού του τομέα ψυχικής υγείας κατά την πρώτη φάση (1984-1988) προγραμματίστηκαν 17 ξενώνες/ οικοτροφεία και 3 Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Πίνακας 3.1), Συνολικά προβλεπόταν η δημιουργία 49 οικοτροφείων/ ξενώνων κατά την Α και Β φάση του «πενταετούς».

Ο βαθμός (Α) της αποτελεσματικότητας της επίτευξης αυτών των στόχων του «πενταετούς» προγραμματισμού ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ανέρχεται για μεν τα Οικοτροφεία στο 29.4%, ενώ για τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης στο 100.0%.

Ο Ο.Α.Ε.Δ. με τη χρηματοδότηση του Κοινωνικού Ταμείου των Ε.Ε.Κ προγραμμάτισε επίσης για το διάστημα 1988-1991 36 Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης με ένα σύνολο 720 θέσεων (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 3.1. Το πενταετές πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (1984-1988)

Τύπος Υπηρεσίας	Α' ΦΑΣΗ (1984-1988)			Β' ΦΑΣΗ (1989-1993)			Σύνολο
	Αθήνα Πειραιάς	Θεσ/κη	Λοιπή χώρα	Αθήνα Πειραιάς	Θεσ/κη	Λοιπή χώρα	
Ξενώνες/ Οικοτροφεία	1	1	15	13	4	15	49
Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης	2	1	-	-	-	-	3

Πηγή: Μαδιανός, Υφαντόπουλος (1990)

Πίνακας 3.2. Προγραμματισμός (1988-1991) ίδρυσης Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης από τον ΟΑΕΔ και με τη χρηματοδότηση του Κανονισμού ΕΟΚ 815/84 Β

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ Ε.Ε.Ε.	ΘΕΣΕΙΣ
1. Αθήνα	10	200
2. Στερεά	1	20
3. Δυτική Ελλάδα/Κέρκυρα	3	60
4. Θεσσαλία	3	60
5. Θεσσαλονίκη / Κεντρική Μακεδονία	6	120
6. Δυτική Μακεδονία	1	20
7. Ανατολ. Μακεδονία	2	40
8. Θράκη	2	40
9. Νησιά Αιγαίου	2	40
10. Κρήτη	2	40
11. Κεντρική Ανατ. Πελοπόννησος	2	40
12. Κεντρική Δυτική Πελοπ./Πάτρα, Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά	2	40
ΣΥΝΟΛΟ	36	720

Πηγή: Μανδιανός, Υφαντόπουλος (1990)

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3.2., τα Εργαστήρια αυτά για άτομα με χρόνιες ψυχικές παθήσεις επρόκειτο να ιδρυθούν σ' όλες τις περιφέρειες της χώρας.

3.4. Η ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟ 1990

Για ολόκληρη τη χώρα διατίθενται άμεσα ή είναι προγραμματισμένες για τα επόμενα χρόνια 1984 θέσεις σε ενός ποικίλου φάσματος υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης .

Συγκεκριμένα λειτουργούν τρία προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο την εργοθεραπεία στα Ψ.Ν. Αττικής, Θεσσαλονίκης και Χανίων και 100 περίπου νοσηλεύομενους, 15 Κέντρα ή Νοσοκομεία Ημέρας με 443 θέσεις από τις οποίες οι 175 βρίσκονται στην ευρεία περιφέρεια της Αθήνας, και 20 Εργαστήρια Προ- και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον ΟΛΕΔ.

Τέλος, λειτουργούν ή έχουν προγραμματιστεί να λειτουργήσουν σύντομα προγράμματα κανονισμού 815/84, 33 συνεργατικές μονάδες, αστικού ή αγροτικού τύπου, και 44 ξενώνες/ οικοτροφεία με 522 θέσεις. Το 1990 από τους 44 αυτούς ξενώνες λειτουργούσαν 13 διαμερίσματα-ξενώνες στη Θεσσαλονίκη, τρεις ξενώνες στην Αθήνα και από ένας ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη, Κατερίνη και Λαμία.

Πίνακας 3.3. Διαθέσιμες θέσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης μεταξύ 1982 και 1989

Υγειονομικές Περιφέρειες	Διαθέσιμες θέσεις		Προγραμματισμός 1990-1991
	1982	1989	
1. Αθήνα/ Αττική	100	585	174
2. Κεντρική Στερεά		15	-
3. Ήπειρος, Κέρκυρα, Λευκάδα		40	-
4. Θεσσαλία		-	199
5. Κεντρική Μακεδονία – Θεσ/νίκη		192	-
6. Δυτική Μακεδονία		20	-
7. Ανατ. Μακεδονία		16	-
8. Θράκη		15	-
9. Νησιά Αιγαίου		45	-
10. Κρήτη		125	-
11. Κεντρική Ανατολ. Πελοπόννησος			

12. Πάτρα/Δυτική Πελοπόννησος	35	35
Σύνολο	100	1068

Από τον πίνακα 3.3 προκύπτει ότι το 1982 υπήρχαν 100 μόνο διαθέσιμες θέσεις, ενώ το 1989 οι θέσεις αυτές έφθασαν στις 1068, με προγραμματισμένες επίσης 423 θέσεις για το χρονικό διάστημα 1990-1991. Το 1993 οι διαθέσιμες θέσεις παντός τύπου αποκατάστασης φθάνουν τις 1984.

Η αναλογία ως προς τη γεωγραφική περιοχή προγραμμάτων σε 1000 υπολογιζόμενους χρόνιους ψυχικά αρρώστους δείχνει ότι:

Η Θεσσαλονίκη και κατά σειρά η Ευρεία Περιοχή Αθηνών εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αναλογία προγραμμάτων που ολοκληρώθηκαν ή βρίσκονται σε εξέλιξη από τη λοιπή χώρα σε 1000 υπολογιζόμενους χρόνιους ψυχικά αρρώστους.

Τέλος υπάρχουν συνολικά 420 θέσεις για αποκατάσταση εξαρτημένων ατόμων από ουσίες στην Αθήνα, Λάρισα και κυρίως στη Θεσσαλονίκη στα πλαίσια του θεσμού της Θεραπευτικής Κοινότητας.

Ως προς την πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης των χρόνιων ψυχικά αρρώστων, αυτή γίνεται κυρίως μέσα από τα γραφεία ανεύρεσης εργασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Το 1989, 2170 άτομα με σωματικές και ψυχικές αναπηρίες ζήτησαν δουλειά από αυτά τα γραφεία και από αυτά, τα 600 άτομα(27.6%) τοποθετήθηκαν στον ιδιωτικό τομέα.

Από τα στοιχεία αυτά δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε πόσα άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες βρήκαν εργασία αλλά από την αξιολόγηση του έργου του Εργαστηρίου Επαγγελματικής Αποκατάστασης προκύπτει ότι περίπου το 30% των αποφοίτων βρίσκουν εργασία, την οποία κρατούν για διάστημα 8-12 μηνών τουλάχιστον (Madianos et al. 1987).

3.5. ΟΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όπως έχει ήδη περιγραφεί (Μαδιανός, Οικονόμου 1990), 9.558 χρόνια ψυχικά άρρωστοι έχουν ανάγκη από ισάριθμες θέσεις αποκατάστασης. Οι άμεσα διατιθέμενες ανέρχονται στις 1.984 και το πηλίκο συμφωνίας ανέρχεται για το σύνολο της χώρας στο 0.20 (Πίνακας 3.4).

Πίνακας 3.4. Περιφερειακή κατανομή διαθέσιμων και απαιτούμενων θέσεων σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (1993)

Υγειονομικές Περιφέρειες	Αριθμός Απαιτούμενων Θέσεων	Αριθμός Διαθέσιμων Θέσεων	Πηλίκο Συμφωνίας*
1. Ευρεία Περιοχή Αθηνών	3.360	952	0.28
2. Κεντρική Στερεά	515	53	0.10
3. Ήπειρος, Κέρκυρα, Λευκάδα	405	124	0.30
4. Θεσσαλία	650	25	0.03
5. Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλονίκη	1.370	457	0.35
6. Δυτική Μακεδονία	260	-	-
7. Ανατολική Μακεδονία	400	-	-
8. Θράκη	440	38	0.10
9. Νησιά Αιγαίου	380	105	0.27
10. Κρήτη	450	145	0.33
11. Ανατολική Κεντρική Πελοπόννησος	515	15	0.03
12. Δυτ. Πελοπον., Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά	813	70	0.08
Σύνολο	9.558	1984	0.20

*Πηλίκo Συμφωνίας= Αρ. Διαθέσιμων Θέσεων/ Αρ. Απαιτούμενων Θέσεων

Ως προς τις ανάγκες της χώρας σε διαθέσιμες θέσεις ημερήσιας νοσηλείας (Day-care), αυτές ανέρχονται στις 1900 έναντι των 381 που διατίθενται αυτή τη στιγμή .

Οι αναγκαίες αυτές θέσεις υπολογίστηκαν με την αναλογία των 30 θέσεων ανά 100.000 πληθυσμό.

Η ολοκληρωμένη οργάνωση των Υπηρεσιών της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών της χώρας φαίνεται ότι πρέπει να περιλαμβάνει την ίδρυση 7.637 νέων θέσεων σε προγράμματα αποκατάστασης και 768 νέες θέσεις σε δομές εναλλακτικής στέγασης (οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα κ.λ.π.) (Μαδιανός, Οικονόμου 1990' Madianos et al. 1994).

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αρκετά νομοθετικά διατάγματα ρυθμίζουν τη διαδικασία εφαρμογής τύπων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη γενικότερη υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες (Κυριακάκης 1987). Τα κυριότερα διατάγματα είναι:

- Ο Ν. 861/79 για τη δαπάνη περίθαλψης των αναπήρων παιδιών από τους αντίστοιχους ασφαλιστικούς φορείς.

- Ο Ν. 963/79 «περί επαγγελματικής αποκατάστασης αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων».

- Ο Ν. 1000/79 που προβλέπει την πρόσληψη αναπήρων στο Δημόσιο κ.λ.π. (έναν ανά 100 θέσεις).

- Ο Ν. 12/75 που προσφέρει φορολογικές απαλλαγές και εκπτώσεις στο εισόδημα των αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 67%.

- Ο Ν. 1143/85 που ρυθμίζει τα της «ειδικής αγωγής».

-Μια σειρά επίσης Νομοθετικών Διαταγμάτων και Προεδρικών Διαταγμάτων ρυθμίζουν ειδικότερες διαδικασίες για την ειδική εκπαίδευση.

- Ο σχετικά πρόσφατος, αλλά τόσο αντιφατικός, νόμος 1648/1986 καταργεί το νόμο 963/79 και ρυθμίζει τα της αποκατάστασης «των μειονεκτούντων προσώπων». Τα βασικά σημεία στα οποία ο παραπάνω νόμος παρουσιάζει σοβαρές αντιφάσεις είναι η απουσία

πρόβλεψης ύπαρξης ειδικής επιτροπής αξιολόγησης ανά υγειονομική περιφέρεια, η ύπαρξη του ποσοστού 3% για όλες τις κατηγορίες αναπήρων στους οποίους περιλαμβάνεται και το ποσοστό των ψυχικά αναπήρων, η απώλεια των δικαιωμάτων προστασίας μετά από ανάκληση για δύο φορές της τοποθέτησής τους, το δικαίωμα κάθε εργοδότη να ζητήσει οποτεδήποτε την αντικατάσταση του εργαζόμενου ανάπηρου για υπαίτια ή ανυπαίτια ακαταλληλότητα.

- Ο Νόμος 1729/1987 και οι νεότερες τροποποιήσεις του (Ν. 2161/1993) για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, της προστασίας των νέων Κ.λ.π. περιέχει διατάξεις για την αποκατάσταση των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων.

- Τέλος ο Ν. 1836/1989 που ρυθμίζει την απασχόληση και την επαγγελματική κατάρτιση, το συντονισμό και την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Όλη η σχετική νομοθεσία παρατίθεται στο παράρτημα του παρόντος μέρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. ΑΛΛΑΓΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η περίθαλψη των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές πάντοτε αντικατόπτριζε τον τρόπο με τον οποίο οι κυριαρχούσες κοινωνικές αξίες θεωρούσαν τις ψυχικές νόσους. Διαμέσου των αιώνων, οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές αντιμετώπιζονταν με διάφορους τρόπους. Τους έδιναν ξεχωριστή θέση σε κοινωνίες όπου πίστευαν ότι μιλούσαν στους θεούς και στους νεκρούς. Το Μεσαίωνα, στην Ευρώπη και αλλού, τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν στην πυρά. Τους κλείδωναν σε μεγάλα ιδρύματα. Γίνονταν αντικείμενα έρευνας για την επιστήμη. Και τέλος, περιθάλπονταν και ενσωματώνονταν στις κοινότητες που ανήκαν.

Στην Ευρώπη, υπήρξαν διάφορες τάσεις κατά το 19^ο αιώνα. Αφενός, οι ψυχικές ασθένειες έγιναν αντικείμενο επιστημονικής έρευνας - η ψυχιατρική αναπτύχθηκε ως ιατρικός κλάδος και οι ψυχικά ασθενείς θεωρούντο ασθενείς με ιατρικό πρόβλημα. Αφετέρου, οι ανθρώπινες ψυχικές διαταραχές, όπως και άλλοι με πολλές άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν και περιοριζονταν σε μεγάλα ιδρύματα, τα κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα παλαιότερα. Αυτές οι τάσεις διαδόθηκαν και στις άλλες ηπείρους.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, μια αλλαγή προσέγγισης άρχισε, κυρίως λόγω τριών ανεξαρτήτων παραγόντων.

Η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους, με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως με τα νευροληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά, όπως και με την ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Η κίνηση υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έγινε ένα πραγματικά παγκόσμιο φαινόμενο υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών, και η δημοκρατία ενδυναμώθηκε παγκοσμίως, αν και όχι ομοιόμορφα παντού (Merkel 1993).

Κοινωνικά και ψυχικά στοιχεία ενσωματώθηκαν σταθερά στον ορισμό της υγείας του

νεοϊδρυόμενου ΠΟΥ το 1948.

Αυτά τα επιστημονικά και κοινωνικοπολιτικά συμβάντα, συνέβαλαν ώστε να μετατεθεί το κέντρο βάρους της φροντίδας από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία σε σύντομο χρόνο έγιναν καταπιεστικά και οπισθοδρομικά, σε μία πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα μέσα στην κοινότητα.

Η αποτυχία των ασύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης ασθενών, από τη γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και του προσωπικού, από την κακή παρακολούθηση των ασθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση, την κατασπατάληση πόρων.

Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία σε όλο τον κόσμο είναι κακές, και οδηγούν σε καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και χρονιότητα. Με απόλυτους όρους, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί, ότι οι συνθήκες στα νοσοκομεία των ανεπτυγμένων χωρών είναι καλύτερες από τις συνθήκες ζωής σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Όμως, αν συγκρίνουμε τις συνθήκες ζωής σε μία κοινότητα με εκείνες ενός ψυχιατρείου στην ίδια κοινότητα, δικαιούμαστε να πούμε ότι οι συνθήκες στο ψυχιατρείο είναι κακές.

Αντιθέτως, η φροντίδα στην κοινότητα ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινοτική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διεργασία, που δεν έχει αρχίσει ακόμα σε πολλές περιοχές και χώρες, έχει στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι μερικές από τις προστατευτικές λειτουργίες του ασύλου υπάρχουν ολοκληρωμένες στην κοινότητα, και αφετέρου να ξεριζώσει τις αρνητικές πλευρές αυτών των ιδρυμάτων. Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις, και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα.
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα.
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου.
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για, κατ' οίκον θεραπεία.

- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών, και εξυπηρέτηση των αναγκών τους.
- Νομοθεσία υποστηρικτική των παραπάνω.

Τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων, μαζί με την ιδρυματοποίηση - την μονιμοποίηση της ανικανότητας, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης της ιδρυματικής φροντίδας - οδήγησε στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης.

Ενώ η αποϊδρυματοποίηση είναι ένα σημαντικό μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δεν συνεπάγεται και την κατάργηση των νοσοκομείων. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μία σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός στέρεου δικτύου εναλλακτικών λύσεων στο κοινοτικό επίπεδο. Το κλείσιμο των νοσοκομείων χωρίς εναλλακτικές διεξόδους προς τις κοινοτικές δομές είναι το ίδιο επικίνδυνο, όσο και το να δημιουργηθούν (κοινοτικές δομές χωρίς να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Και τα δύο πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα και συντονισμένα. Μία σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

-Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών

- Έξοδος χρόνιων ιδρυματοποιημένων ασθενών, αφού έχουν προετοιμαστεί επαρκώς, και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες.

- Ίδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς.

Η αποϊδρυματοποίηση δεν είναι πάντα επιτυχής, και η κοινοτική περίθαλψη αντιμετωπίζει ακόμα λειτουργικά προβλήματα. Μεταξύ άλλων, ένας λόγος που δεν υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, είναι και το ότι οι κυβερνήσεις δεν έχουν επαναπροωθήσει τους πόρους, που εξοικονόμησαν μετά το κλείσιμο των νοσοκομείων, στην κοινοτική περίθαλψη. Το προσωπικό δεν προετοιμάστηκε αρκετά, ώστε να δεχτεί τον νέο του ρόλο. Και το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό, με επακόλουθο τις αρνητικές αντιδράσεις του κοινού έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες, πολλοί άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές ασθένειες καταλήγουν στη φυλακή ή άστεγοι

Παρακολουθώντας την τάση για μετακίνηση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το νοσοκομείο προς την κοινότητα, βαθιές πολιτικές αλλαγές έχουν γίνει σε μερικές Χώρες. Για παράδειγμα, ο Νόμος 180, που θεσπίστηκε στην Ιταλία το 1978 και έκλεισε όλα τα ψυχιατρεία, μορφοποίησε και επιτάχυνε μία προϋπάρχουσα τάση για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων. Ο νόμος ανέφερε ,ότι δεν θα εισάγονται νέοι ασθενείς στα μεγάλα κρατικά

ψυχιατρεία, ούτε θα υπάρξουν επανεισαγωγές. Δεν θα ανεγερθούν καινούργια ψυχιατρεία. Τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων δεν θα υπερβαίνουν τις 15 κλίνες και θα πρέπει να συνδέονται με κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες, με προσωπικό που προήλθε από το προϋπάρχον στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν υποχρέωση να εξυπηρετούν μία ορισμένη περιοχή, που αποτελεί τον τομέα ευθύνης τους. Ο Νόμος 180 είχε επιπτώσεις πολύ πέραν των ιταλικών συνόρων.

ΣΤΕΓΑΣΗ

Η στέγαση, εκτός τού ότι είναι ένα βασικό δικαίωμα, είναι σε πολλά μέρη ένας βασικός περιοριστικός παράγοντας της αποϊδρυματοποίησης και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όλοι χρειάζονται αξιοπρεπή- στέγη. Η ανάγκη ψυχιατρικών κλινών για τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές δεν αμφισβητείται από κανέναν.

Ορισμένες ψυχικές διαταραχές καθιστούν την νοσηλεία αναπόφευκτη σε δύο περιπτώσεις: πρώτον, στην οξεία φάση, και δεύτερον, κατά την ανάρρωση ή το χρόνιο, μη αναστρέψιμο στάδιο μερικών διαταραχών. Η εμπειρία πολλών χωρών στην Ασία, Ευρώπη και Αμερική έχει δείξει ότι, στην πρώτη περίπτωση, ένα κρεβάτι σε γενικό νοσοκομείο είναι η καλύτερη λύση. Στην δεύτερη περίπτωση, δομές στην κοινότητα που παρέχουν στέγη αντικαθιστούν με επιτυχία τα παλιά άσυλα. Πάντα θα υπάρχει η ανάγκη, σε μερικές περιπτώσεις, για βραχείες νοσηλείες σε γενικά νοσοκομεία. Μια μικρότερη ομάδα ασθενών θα χρειάζεται άλλες στεγαστικές λύσεις. Όλα αυτά είναι μη αντιφατικά στοιχεία της ολοκληρωμένης περίθαλψης, και εμπíπτουν πλήρως στην στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Εκτός από τα παραπάνω παραδείγματα, ενδιαφέροντα πειράματα στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνουν χώρα στην Μποτσουάνα, στη Βραζιλία, στην Ελλάδα, στην Ινδία, στο Ιράν, στη Μαλαισία, στο Μάλι, στο Μεξικό, στο Πακιστάν, στη Σενεγάλη, στη Νότια Αφρική, στην Ισπανία, στη Σρι Λάνκα και στην Τυνησία (Thohit 1999; Thubbashar 1999; WHO 1997b). Σε αυτές τις χώρες, η προσέγγιση προσανατολίζεται κυρίως προς τις επαγγελματικές δραστηριότητες και την κοινοτική κοινωνική στήριξη. Είναι γεγονός ότι πολύ συχνά, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν ασχολείται με τη στέγαση, επειδή απλώς δεν υπάρχει διαθέσιμη στέγη. Έτσι, οι ασθενείς με σοβαρές διαταραχές που χρειάζονται ένα καταφύγιο, δεν έχουν άλλη επιλογή παρά την ιδρυματοποίηση. Οι υπάρχουσες στρατηγικές στέγασης είναι υπερβολικά δαπανηρές για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, επομένως πρέπει να

βρεθούν καινοτόμες λύσεις.

4.2. ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

4.2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η διαδικασία εφαρμογής της μεθοδολογίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνει τη διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση (Farkas και Anthony 1989).

Σύμφωνα με τους Farkas και Anthony (1989), η διάγνωση στην αποκατάσταση είναι συνώνυμη με τους όρους εκτίμηση και αξιολόγηση. Εκτιμώνται δηλαδή οι δεξιότητες (επίπεδα), η οργανωτικότητα στους στόχους, η ανταπόκριση στις απαιτήσεις άλλων, η προσαρμοστικότητα και η αποδοτικότητα και αξιολογούνται οι πόροι ως προς την ικανότητα του ατόμου να τους εκμεταλλευθεί καθώς και η διαθεσιμότητά τους. Η αποκαταστασιακή διάγνωση είναι μια αντίστοιχη διαδικασία με εκείνη της ψυχιατρικής διαγνωστικής.

Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο «συνεχές» που αρχίζει με τη διάγνωση-αξιολόγηση -αρχική εκτίμηση του προβλήματος κατά το χρόνο της παραπομπής του πελάτη και λήγει με την τοποθέτησή του σε εργασία.

Οι στόχοι συνήθως είναι *μικροπρόθεσμοι και άμεσοι, μέσο- και μακροπρόθεσμοι* με ιεραρχημένη δομή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συνολικά έξι στάδια, δηλαδή την αρχική εκτίμηση των επιδεξιοτήτων που υπάρχουν, το σχεδιασμό των στόχων, την πραγματοποίηση των στόχων, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου (Μαδιανός 1985' Anthony 1980' Anthony 1977).

Η παράλειψη ενός σταδίου είναι αδύνατη γιατί το ένα στάδιο είναι άμεση συνέχεια του προηγούμενου. Για την εκτίμηση-αξιολόγηση των επιδεξιοτήτων έχει αναπτυχθεί ειδική ερευνητική μεθοδολογία σε αντικειμενικές μετρήσεις με τη χρήση κλιμάκων και άλλων τεχνικών οργάνων (χρονομετρήσεις, τεστ, παρατηρήσεις κ.λ.π.). Οι εκτιμήσεις είναι συνεχείς και επαναλαμβάνονται κάθε 3 ή 4 εβδομάδες, ενώ παράλληλα λαμβάνονται πληροφορίες για τη διαμονή του ατόμου μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο ή στην κοινότητα, οι οποίες συνδυαζόμενες προσφέρουν πληρέστερη εικόνα του επιπέδου λειτουργικότητας του αρρώστου.

Οι φάσεις της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διακρίνονται στη *μεταβατική φάση* με τη μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο Ημέρας ή στο Κέντρο Ημέρας (Day Care Center) , όπου ο πυρήνας της αποκατάστασης είναι η ψυχιατρική εργοθεραπεία και οι ομαδικές διεργασίες, και στην *κύρια φάση* της αποκατάστασης.

Στην *κύρια φάση* της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης περιλαμβάνονται:

1) η *κοινωνική αποκατάσταση* (έξω από το ψυχιατρείο στην κοινότητα) με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών - π.χ. Κοινωνικής Λέσχης, όπου εφαρμόζονται ομαδικές διεργασίες ή θεραπεία με χορό, μουσική ή τέχνες που παίζουν σημαντικό ρόλο - και τις εναλλακτικές στεγαστικές λύσεις στη διαμονή (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα, θετή οικογένεια).

2) η *επαγγελματική αποκατάσταση* (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία).

4.3 ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΜΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ως μεταβατική φάση θεωρείται η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το Ψυχιατρείο ή την Κλινική μέχρι και την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής του. Ο χρόνος αυτός μπορεί να καλύπτεται με τη μορφή της μερικής νοσηλείας, ημερήσιας ή νυχτερινής, σε ειδική υπηρεσία, το Νοσοκομείο Ημέρας ή Νύχτας (Day Hospital), ή το Κέντρο Ημέρας (Day Care Center)¹ (Bierer 1955, 1957 Harris 1957' Krammer 1962' Bennett 1969, 1972).

1. Ως διάκριση μεταξύ ενός Νοσοκομείου Ημέρας και ενός Ημερήσιου Κέντρου θεωρείται η ολιγομελής σύνθεση του δεύτερου και η σύνδεσή του με κ.κ.ψ.υ. αλλά κυρίως ο βαθμός των προσδοκιών που είναι υψηλός για τα μέλη του Ν.Η.

4.3.1 ΜΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Όπως έχει αναφερθεί (Μαδιανός 1989), η δημιουργία του πρώτου Νοσοκομείου Ημέρας ανάγεται στα 1933, στην πρώην ΕΣΣΔ, από τον Dzhaqaron που εργαζόταν στο Πρώτο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Μόσχας. Στη μονάδα αυτή νοσηλεύθηκαν 1225 άρρωστοι, κυρίως ψυχωτικοί, για ένα διάστημα τεσσάρων ετών με μέση διάρκεια παραμονής δύο μήνες - περίπου 300 άρρωστοι το χρόνο αριθμός μάλλον μεγάλος σύμφωνα με τα σημερινά πρότυπα.

Η βάση της θεραπευτικής παρέμβασης ήταν η εργοθεραπεία. Στο Μόντρεαλ του Καναδά, το 1946, δημιουργήθηκε το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας από τον Cameron, ενώ δύο χρόνια αργότερα λειτούργησε από τον J. Bierer το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στην Αγγλία, τον ίδιο χρόνο άρχισε να δέχεται τους πρώτους ψυχωτικούς αρρώστους το Νοσοκομείο Ημέρας στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Yale στις ΗΠΑ. Σήμερα η λειτουργία Νοσοκομείων ή Κέντρων Ημέρας είναι αναπόσπαστη από ένα ολοκληρωμένο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών, Στη χώρα μας η ανάπτυξη Νοσοκομείων Ημέρας υστερεί σημαντικά, αφού εκτός από μια πρόσφατη περίπτωση - εκείνης του Ψυχιατρείου της Θεσσαλονίκης (1988) - σε κανένα άλλο Δημόσιο Ψυχιατρείο δεν λειτουργεί Νοσοκομείο Ημέρας.

Ιστορικά, το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας λειτούργησε το 1978 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Μαντωνάκης 1975' Μαντωνάκης, Τζέμος 1983), ενώ από το 1971 έχει οργανωθεί και λειτουργεί το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης (Λυμπεράκης, Δημητρίου 1982). Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής λειτουργεί ένα παρόμοιο πρόγραμμα από το 1984.

Περισσότερα στοιχεία για την περιφερειακή οργάνωση της ημερήσιας περίθαλψης στην Ελλάδα αναφέρονται παρακάτω. Η δομή και η λειτουργία της ημερήσιας περίθαλψης διακρίνεται από τον τύπο του ίδιου του συστήματος της περίθαλψης σε :Νοσοκομεία Ημέρας μέσα στα Κρατικά Ψυχιατρεία και σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Ημέρας σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα εντατικής περίθαλψης, όπως σε Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, σε Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής ή σε Κλινικές (Εξωτερικά Ιατρεία) θεραπευτικής παρακολούθησης. Αντίθετα, είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που Νοσοκομεία Ημέρας λειτουργούν αυτόνομα έξω από ένα σύστημα υπηρεσιών.

Σε όλες τις περιπτώσεις οι θεραπευτικοί στόχοι είναι ίδιοι, δηλαδή: 1) η θεραπευτική ολοκλήρωση της μεταβατικής φάσης της ζωής του αρρώστου από την ψυχοπαθολογική

κατάσταση στη φυσιολογική ζωή στην κοινότητα και 2) η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας για την προσαρμογή των αρρώστων στην κοινότητα μετά από μια νοσηλεία, και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής και επανεισαγωγής. Κατά ορισμένους υπάρχει και ένας άλλος στόχος: η αποφυγή της εισαγωγής στο Ψυχιατρείο με τη βοήθεια των υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου Ημέρας. Ο στόχος αυτός πολλές φορές επιτυγχάνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις (Carmichael 1960).

Το προσωπικό στην ημερήσια περίθαλψη εργάζεται με την μορφή της ομάδας (team-work) (Μαδιανός 1989), στην οποία αντιπροσωπεύονται τα βασικά επαγγέλματα της ψυχικής υγείας με μια υπεραντιπροσώπηση των εργοθεραπευτών και ειδικών θεραπειών (τέχνης, μουσικής, κίνησης κ.λ.π.) που μπορεί και να είναι μη μόνιμο προσωπικό.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τη συνήθη θεραπευτική διαδικασία (φαρμακοθεραπεία, ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία, συνάντηση του προσωπικού και των μελών του προγράμματος), και τις θεραπευτικές δραστηριότητες (ομάδες εργοθεραπείας, συζήτησης, γυμναστικής και χαλάρωσης, μουσικής, ποίησης, παιχνιδιών, μαγειρικής κ.ά.).

Οι δραστηριότητες αυτές τελούνται μέσα στο χώρο του προγράμματος της ημερήσιας νοσηλείας. Άλλες δραστηριότητες (επισκέψεις σε μουσεία, εκδρομές, περίπατοι κ.λ.π.) γίνονται έξω από τον κύριο χώρο της μερικής νοσηλείας.

Η επιλογή των αρρώστων για το πρόγραμμα γίνεται με βασικό κριτήριο την τήρηση, εκ μέρους των, των κανονισμών του. Από πλευράς ψυχοπαθολογίας αποκλείονται οι διεγερτικοί άρρωστοι (με ιστορικό συχνών διεγέρσεων) και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

Από διαγνωστικής πλευράς η συνηθέστερη νοσολογική οντότητα είναι οι "σχιζοφρενικές ψυχώσεις" και ακολουθούν οι "συναισθηματικές ψυχώσεις", ενώ λιγότερο συχνές είναι οι νευρώσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Η διάρκεια της παραμονής ποικίλλει αλλά από πολλές μελέτες αξιολόγησης προγραμμάτων ημερήσιας περίθαλψης φαίνεται ότι η πλειοψηφία των αρρώστων παραμένει κατά μέσο όρο λιγότερο από 4 μήνες.

Τέλος, δύο είναι τα βασικά συστατικά της ημερήσιας περίθαλψης: α) η απαραίτητη θεραπευτική ατμόσφαιρα και β) η ψυχιατρική εργοθεραπεία.

A. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε είδους αποκαταστασιακές δραστηριότητες είναι η

δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας ή περιβάλλοντος. Με τον όρο αυτό εννοείται ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθεί το άγχος τους και η τυχόν ανασφάλειά τους. Ταυτόχρονα αναπτύσσεται το αίσθημα της ομαδικότητας, της ανοχής προς τους άλλους και του σεβασμού των αναγκών τους, ενώ ενισχύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και η συμμετοχή στο ομαδικό πνεύμα. Όλα αυτά κατευθύνονται προς την επίτευξη του κύριου θεραπευτικού στόχου, που είναι να μπορέσει ο νοσηλευόμενος να διαχωρίσει και να διακρίνει το ρόλο που έχει μέσα στο ίδρυμα από το ρόλο που προγραμματίζει να έχει μετά την έξοδό του από αυτό,

Ιδιαίτερα θέματα που πρέπει να επισημαίνονται είναι οι συνειδητές και ασυνειδήτες διαθέσεις ή ανάγκες για εξάρτηση των χρόνιων αρρώστων, οι οποίες πρέπει να τροποποιούνται μέσα από θεραπευτικές τεχνικές σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν αντιδράσεις και περιπλοκές. Στο θεραπευτικό περιβάλλον εμφανίζονται φαινόμενα που παρατηρούνται στις διεργασίες ομάδας (group process).

Από πλευράς του προσωπικού δημιουργείται:

- 1) Ένα επίπεδο αποδοχής του αρρώστου ως ατόμου το οποίο έχει δικαιώματα και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν με την παροχή των αναγκαίων ψυχοθεραπευτικών ευκαιριών, ώστε ο άρρωστος να νιώθει ότι ανήκει στην ομάδα, ότι συμμετέχει ισότιμα σε αυτήν και ότι μπορεί να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του.
- 2) Ένα επίπεδο ανεκτικότητας προς το επίπεδο λειτουργικότητας και ρυθμού του αρρώστου, καθώς και προς τα τυχόν προβλήματα στην ψυχοπαθολογία και την προσωπικότητά του.
- 3) Ένα επίπεδο δοτικότητας. Το σημείο αυτό αποτελεί ίσως και την ιδεολογική ιδιαιτερότητα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής του Ιταλικού πειράματος: η έμφαση στη δοτικότητα απέναντι στον άρρωστο μέσα στην υπηρεσία δημιουργεί μια κατάλληλη ατμόσφαιρα (setting diffus). Σύμφωνα με τον Tranchina (Louzoun και Stylianidis 1987), διάχυση του θεραπευτικού πλαισίου (setting diffus) θεωρείται ο χώρος όπου αναπτύσσονται οι σχέσεις μεταξύ των ρυθμών και του τρόπου συμπεριφοράς ενός αρρώστου και της πιθανότητας για μια θεραπευτική παρέμβαση.
- 4) Ένα συμβολικό επίπεδο με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων (θεραπευτής-πατέρας, ομάδα-οικογένεια). Η δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος έχει την πιο αντιπροσωπευτική παρουσία στη θεραπευτική κοινότητα (therapeutic community).

A.1. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Είναι ένα πρότυπο θεραπευτικής προσέγγισης, με αρχική εφαρμογή τους ψυχιατρικούς θαλάμους, το οποίο προσφέρει ένα αποτελεσματικό περιβάλλον για την αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων μέσα από τον εκκοινωνισμό και την αποκατάσταση (Μάνος 1980).

Ο όρος «Θεραπευτική Κοινότητα» χρησιμοποιήθηκε από τον T. F. Main, ο οποίος εργαζόταν στο Νοσοκομείο Northfield του Birmingham το 1944. Εκεί μια ομάδα από ψυχιάτρους και ψυχαναλυτές εφάρμοσε αυτή την τεχνική σε μια ομάδα νοσηλευόμενων ψυχονευρωτικών πρώην στρατιωτών.

Ο Maxwell Jones θεωρείται ο πρωτοπόρος στην έμπνευση και οργάνωση της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου στη Μ. Βρετανία. Κατ' αυτόν η Θεραπευτική Κοινότητα προσπαθεί να αυξήσει όσο είναι δυνατό τα δυναμικά των αρρώστων και του προσωπικού.

Κατά τον Rappaport (1960), τέσσερις είναι οι βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία μιας θεραπευτικής κοινότητας:

- 1) Η αρχή του εκδημοκρατισμού (democratization)
- 2) Η αρχή της ανεκτικότητας (permissiveness)
- 3) Η αρχή του κοινοτισμού (communalism) και
- 4) Η αρχή της αντιπαράθεσης με την πραγματικότητα (reality confrontation)

Στη Θεραπευτική Κοινότητα περιλαμβάνονται ως μέλη το προσωπικό, οι νοσηλευόμενοι και οι συγγενείς τους σε ποικίλου βαθμού εμπλοκή - διοικητική και συναισθηματική. Δίνεται έμφαση στην επικοινωνία, ώστε να γίνεται ελεύθερα μεταξύ του προσωπικού και των νοσηλευόμενων καθώς και ανάμεσα στους ασθενείς.

Στη Θεραπευτική Κοινότητα οι ρόλοι και οι σχέσεις επανεξετάζονται και συζητούνται συχνά. Ο στόχος είναι να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των ρόλων του κάθε μέλους, να ενισχυθεί η κατανόησή τους από την κοινότητα και να αυξηθεί το επίπεδο ευελιξίας των ρόλων και της συμπεριφοράς που απορρέει από αυτούς.

Ο ρόλος του «ηγέτη» της Θεραπευτικής Κοινότητας διαφέρει από εκείνον κάποιας κοινωνικής ομάδας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ρόλος του ηγέτη στην προκειμένη

περίπτωση είναι περιορισμένος αφού οι αποφάσεις λαμβάνονται με ομαδική συναίνεση. Οι δυσκολίες αναδύονται όταν συμβαίνει ο «αρχηγός» της Θεραπευτικής Κοινότητας να είναι συγχρόνως και διευθυντής του ιδρύματος.

Μια από τις βασικές καταστάσεις στη Θεραπευτική Κοινότητα είναι το φαινόμενο της κρίσης. Κατά τον M. Jones υπάρχουν έξι επιλογές για να λυθεί η κρίση: 1) η κατά πρόσωπο αντιπαράθεση, 2) η χρονική μετάθεση για την επόμενη μέρα της λύσης της κρίσης, 3) η ουδετερότητα του «αρχηγού», 4) η ανοιχτή επικοινωνία γύρω από τα συναισθήματα των μελών της Θεραπευτικής Κοινότητας, 5) ο έλεγχος του επιπέδου των συναισθημάτων, που στην περίπτωση που το επίπεδό τους είναι υψηλό αναβάλλεται η λύση της κρίσης, 6) η προετοιμασία των μελών για να λυθεί η κρίση.

Έχουν διαμορφωθεί τρία πρότυπα θεραπευτικών κοινοτήτων: το πρότυπο της επανεκπαίδευσης (reductive model), το πρότυπο του επανεκκοινωνισμού (remobilizing model) και το πρότυπο της επαναδόμησης (reconstructive model) που είναι το ψυχοθεραπευτικό πρότυπο.

Η Θεραπευτική Κοινότητα με ψυχικά αρρώστους ως μέλη, εφαρμόζεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική και ιδιαίτερα στο χώρο της Ημερήσιας Περίθαλψης (Day Care Centers) και των Μονάδων Αποκατάστασης. Και στις δύο περιπτώσεις ο αριθμός των μελών κυμαίνεται από 12-15 έως 30-50 άτομα. Ο κύριος στόχος της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι η ευδωση της επικοινωνίας των μελών.

Στη χώρα μας οι βασικές αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας έχουν εφαρμοστεί σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων) καθώς και σε μερικά ανοιχτά Κέντρα (Νοσοκομείο Ημέρας Αιγινητείου, Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, Μονάδα Αποκατάστασης Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής).

A.2.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Η Θεραπευτική Κοινότητα έχει ευρύτατη εφαρμογή στην περίπτωση της θεραπευτικής απεξάρτησης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες χωρίς οπιούχα. Η όλη προσπάθεια ξεκίνησε το 1964 στις Η.Π.Α από τον David Deitch. Ο Deitch, χρήστης ο ίδιος ηρωίνης, αφού θεραπεύθηκε παραμένοντας για δύο χρόνια στην κοινοβιακή ομάδα Synanon, ίδρυσε τη Θεραπευτική Κοινότητα Day-Top στη Νέα Υόρκη' εκεί εφάρμοξε νέες θεραπευτικές τεχνικές και τροποποίησε κάποιες τεχνικές της ομάδας Synanon.

Παράδειγμα Θεραπευτικής Κοινότητας στην Ελλάδα είναι οι υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α., όπως Π.χ η Κοινότητα «Ιθάκη», και άλλες για εξαρτημένα άτομα οι οποίες λειτουργούν με συγκεκριμένο πρότυπο (Ζαφειρίδης 1986). Την προσέγγιση της Θεραπευτικής Κοινότητας ακολουθεί και το θεραπευτικό πρόγραμμα στο «18 άνω» περίπτερο στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αλικής καθώς και οι παρεμφερείς υπηρεσίες του στην πόλη της Αθήνας.

Β. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Όπως έχει ήδη τονιστεί, η ψυχιατρική εργοθεραπεία αποτελεί τη βασική θεραπευτική αποκαταστασιακή παρέμβαση στη μεταβατική φάση της αποκατάστασης (Wing, Morris 1981' Shepherd 1984). Η ψυχιατρική εργοθεραπεία είναι η πρώτη παρέμβαση σ' ένα ψυχικά άρρωστο άτομο το οποίο προγραμματίζεται να βγει από το Ίδρυμα. Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες αποτελούν συνέχεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης (Bennett 1970' Wilson 1987).

Η εργοθεραπεία είναι το μέσο μέσα από το οποίο θα γίνει η πρώτη προσπάθεια για αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου. Ένας ευρύς ορισμός της εργοθεραπείας είναι εκείνος της Αμερικανικής Εταιρείας Εργοθεραπείας το 1974: *Εργοθεραπεία είναι η εφαρμογή κάθε δραστηριότητας στην οποία το άτομο ασκείται για αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων λειτουργικότητας, η οποία έχει μειωθεί λόγω σωματικής αρρώστιας, τραύματος ή ψυχικής αρρώστιας συγγενών ή αναπτυξιακών ανικανοτήτων ή του γήρατος, με στόχο να επιτευχθεί η μέγιστη λειτουργικότητα και η πρόληψη των επιπτώσεων της αναπηρίας.*

Ειδικές εργοθεραπευτικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αισθητικοκινητικές δραστηριότητες ή χρήση εργαλείων προσαρμοσμένων, θεραπευτικές δραστηριότητες που αυξάνουν τη λειτουργικότητα, προεπαγγελματική αξιολόγηση και εκπαίδευση, συμβουλευτική γύρω από την προσαρμογή του φυσικού περιβάλλοντος για τις ανάγκες του ατόμου. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται σε άτομα ή ομάδες ατόμων μέσα από κοινωνικά υγειονομικά ή εκπαιδευτικά συστήματα.

Σύμφωνα με τον ορισμό, η «Ψυχιατρική Εργοθεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας με την οποία ο ψυχικά άρρωστος ή το άτομο με ειδικές ανάγκες ενθαρρύνεται να πραγματοποιεί χρήσιμους στόχους (tasks) με σκοπό να μάθει ή να επαναποκτήσει ικανότητες και λειτουργίες βασικές για την προσαρμογή και λειτουργικότητά του στο ατομικό, εργασιακό και κοινωνικό

επίπεδο».

Η εργοθεραπεία μπορεί να ασκείται ατομικά ή ομαδικά, μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο (Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, Ειδικά Κέντρα Αποκατάστασης, Ειδικά Σχολεία, Κέντρα Ημέρας κ.ά.). Η πολυδύναμη εργοθεραπεία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχικά αρρώστων το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής αποκατάστασης.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η εργοθεραπεία μέσα από τις ποικίλες δραστηριότητες (activities) βοηθά το άτομο σε πρώτο στάδιο να ικανοποιεί τις ανάγκες για εξάρτηση, επιθετικότητα, παλινδρομική συμπεριφορά και συμβολισμούς, ενώ σε δεύτερο στάδιο το βοηθά να αναπτύσσει την αισθητηριακή του αντιληπτικότητα, να συντονίζει τις κινητικές και νοητικές λειτουργίες, να αναπτύσσει τα όρια και την προσωπική ανεξαρτησία του εγώ, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και πρωτοβουλίες.

Έτσι το άτομο φθάνει στο επίπεδο της αυτοεξυπηρέτησης (προσωπική εμφάνιση, υγιεινή, περιποίηση του νοικοκυριού) και αργότερα στην ανεξαρτητοποίηση, όπου οι επιπτώσεις της αρρώστιας ελαχιστοποιούνται, και στη φάση της ανάπτυξης επαγγελματικών δεξιοτήτων. Μια λεπτομερής ανάλυση των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων παρουσιάζεται στο επόμενο εδάφιο.

B.1. ΟΙ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Με τον όρο «εργοθεραπευτικές δραστηριότητες» εννοούμε κάθε προγραμματισμένη δραστηριότητα που ασκεί το άτομο σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ή σε έναν άλλο χώρο (π.χ., στο σπίτι του), δραστηριότητα που κρίνεται ως απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του, προσωπικών και λειτουργικών (Bennett 1970' Warren 1984' Wilson 1987). Οι δραστηριότητες έχουν θεραπευτικό και διαγνωστικό χαρακτήρα, αφού προσφέρουν κλινικές και άλλες πληροφορίες για την κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια εκτέλεσής τους, καλύπτουν δε τις ανάγκες ενός ευρέως φάσματος διαγνωστικών νοσολογικών οντοτήτων.

Ο θεραπευτικός χαρακτήρας επιτυγχάνεται μέσα από τους μηχανισμούς μάθησης νέων δεξιοτήτων ή βελτίωσης προηγούμενων, με την ανάπτυξη από το άτομο θετικών συναισθημάτων και αξιών απέναντι στον εαυτό, την ωρίμανση του εγώ και την απόκτηση εμπιστοσύνης στις ικανότητές του για συμμετοχή και ολοκλήρωση των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων. Η θεραπευτική ιδιότητα των δραστηριοτήτων συμπληρώνεται από την

ανάπτυξη της επικοινωνίας και έκφρασης των συναισθημάτων, μέσα από τη δημιουργική εργασία, με την ικανοποίηση των υλικών αναγκών - π.χ., με τη χορήγηση επιδομάτων ή άλλων βοηθημάτων - με τη σωματική δραστηριότητα και γενικότερα με την άσκηση, που είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στους χρόνιους ψυχικά αρρώστους. Η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας συνεργασίας, αισιοδοξίας, ασφάλειας και ρεαλιστικών συνθηκών προάγει επίσης τους θεραπευτικούς στόχους.

Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες διακρίνονται σε εκείνες που ικανοποιούν βασικές ανάγκες με ένα συμβολικό χαρακτήρα και σε εκείνες που ενισχύουν την ανάπτυξη του ατόμου (Tiffany 1978. Πανουή 1979).

Σύμφωνα με τη δυναμική θεώρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες πρέπει να στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών των σταδίων της πρώιμης ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (στοματικό και πρωκτικό στάδιο) ανάλογα με το βαθμό της παλινδρόμησης του αρρώστου κατά την πρώτη φάση της αποκατάστασης έτσι κάθε δραστηριότητα πρέπει να έχει επίκεντρο το αντίστοιχο ανατομικό όργανο (π. χ., το στόμα - με συνεστιάσεις, χρήση πνευστών μουσικών οργάνων, τραγούδι, ομαδικές συζητήσεις - ή π.χ. τη χρησιμοποίηση υλικών ως υποκατάστατων της πρωκτικής λειτουργίας - πηλός, μιογιές, κηπουρική, συλλογές διαφόρων αντικειμένων κ.λ.π.) ώστε να ικανοποιεί το αντίστοιχο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου (Πανουή 1979). Παράλληλα, κατά την πρώτη φάση των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων πρέπει να ικανοποιούνται οι ανάγκες για εξάρτηση. Οι δραστηριότητες που στοχεύουν στη γενικότερη ανάπτυξη του αρρώστου είναι εκείνες που σχετίζονται με την αισθητηριακή αντιληπτικότητα και τον οπτικοκινητικό συντονισμό (ρυθμική, χορευτικές κινήσεις, γυμναστικές ασκήσεις, γεωγραφικές συνθέσεις και σχέδια). Οι δραστηριότητες που έχουν στόχο την ανάπτυξη του εγώ και της ταυτότητας του ατόμου (προσωπική εμφάνιση), τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών (με τη χρήση του ξύλου, του πηλού ή και άλλων «σκληρών» υλικών) και τη δυνατότητα ελέγχου (με την καθορισμένη συναρμολόγηση υλικών ή το κόψιμο υλικών σε καθορισμένα σχέδια) αποτελούν δραστηριότητες που προσφέρουν συνθήκες πραγματιστικές και περιορίζουν τα ψυχωτικά στοιχεία της συμπεριφοράς του ατόμου. Ακόμη υπάρχουν οι δραστηριότητες που στοχεύουν στην προαγωγή της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων στα πλαίσια της ομαδικής συνεργασίας ή των κοινωνικών ψυχαγωγικών εκδηλώσεων συνεργασίας, ιδιαίτερα όταν είναι γνωστό ότι κάθε συγκεκριμένη εργοθεραπεία είναι έτσι διαρθρωμένη. Ως εργοθεραπευτικές δραστηριότητες θεωρούνται επίσης οι

δραστηριότητες του ατόμου στα πλαίσια των γραφικών τεχνών (σχέδιο, ζωγραφική, κολάζ) , της γλυπτικής, της μουσικής (ακρόαση μουσικής, τραγούδι, παίξιμο μουσικών οργάνων, σύνθεση), της λογοτεχνίας (διάβασμα, γράψιμο, δημοσιογραφία), της θεραπευτικής δραματικής τέχνης (λεκτικές ή εξωλεκτικές θεατρικές ασκήσεις, μιμήσεις, αυτοσχεδιασμοί, παιχνίδια που προάγουν την πραγματικότητα, την αντίληψη του εγώ και την ύπαρξη των άλλων).

Στην παραπάνω κατηγορία έχουν αναπτυχθεί το *κοινωνιόδραμα* και το *ψυχόδραμα* (Jennings 1975, 1975' Langley και Langley 1983). Το πρώτο περιλαμβάνει την ερμηνεία από το άτομο πραγματικών ρόλων (role-playing) και τη διαμόρφωση σεναρίων με στόχο την αναπαράσταση κοινωνικών γεγονότων ή καταστάσεων, ώστε το άτομο ή τα άτομα να αντιληφθούν τι κρύβεται πίσω από αυτές. Το δεύτερο είναι μια τεχνική που διαμορφώθηκε από τον Moreno «για να διερευνηθούν τα δυναμικά και οι συγκρούσεις του ατόμου». Το άτομο εκδραματίζει τις συγκρούσεις ή τα προβλήματα που αναφέρονται από τις σχέσεις του με τους άλλους, την οικογένεια ή το περιβάλλον. Το κοινωνιόδραμα και το θεραπευτικό θεατρικό παιχνίδι είναι δύο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι, στις οποίες συμμετέχουν χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι.

Η ικανοποίηση των αναγκών για ανεξαρτησία είναι εφικτή με την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων που προάγουν την προσωπική υγιεινή και εμφάνιση, την οικιακή οικονομική διαχείριση, τη μαγειρική, την καθαριότητα του χώρου διαμονής, τη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, τη χρήση του ελεύθερου χρόνου και τις εργασιακές ή επαγγελματικές δραστηριότητες.

Βασικές προϋποθέσεις για την επίτευξη όλων αυτών των στόχων είναι οι ανάλογες απαιτήσεις για την κλιμάκωση των δραστηριοτήτων, από τις πιο βραχύχρονες και απλές στις σύνθετες με ελεγχόμενο υλικό, και επαναλαμβανόμενες έως τις καλά οργανωμένες με καινούργιες ενέργειες και πρωτοβουλίες, με χειρισμό των αποτυχιών του αρρώστου, και τελική υπευθυνοποίησή του για το έργο που εκείνος παράγει.

Αντενδείξεις για ορισμένες δραστηριότητες υπάρχουν όταν συγκεκριμένα στοιχεία της ψυχοπαθολογίας έρχονται σε αντίθεση με μια δραστηριότητα - π.χ., ένας καταθλιπτικός άρρωστος με έντονο άγχος τοποθετείται σε μια δραστηριότητα για την οποία απαιτείται αυξημένη υπευθυνότητα στη λήψη, άμεσων πρωτοβουλιών; με αποτέλεσμα το άγχος του να αυξηθεί περισσότερο.

Οι δραστηριότητες τις οποίες ασκούν οι χρόνιοι σχιζοφρενείς άρρωστοι είναι

αντίστοιχες των επιπέδων της γνωσιακής και κοινωνιοσυναισθηματικής ανάπτυξης, της ανάπτυξης των ομαδικών δεξιοτήτων, της οπτικοκινητικής ανάπτυξης και της ανάπτυξης και του συντονισμού των αδρών κινήσεων (Bennett 1978).

Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες που αφορούν νήπια, παιδιά ή εφήβους είναι ποικίλες και εφαρμόζονται ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και παράλληλα με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις: ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία της οικογένειας ή συμβουλευτική. Για ορισμένες καταστάσεις - όπως είναι τα παιδιά με διαταραχή της προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, με διαταραχές της διαγωγής (αντικοινωνική /κοινωνική/ επιθετική ή όχι), ο βρεφονηπιακός αυτισμός, οι αναπτυξιακές διαταραχές, η διαταραχή της ταυτότητας, η σχιζοειδική διαταραχή - οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες εφαρμόζονται ευρύτατα ως διαγνωστικά και θεραπευτικά σχήματα (Barker 1969, Shaefer 1976, Tiffany 1978, Copeland et al. 1976).

Κεντρικός άξονας των δραστηριοτήτων είναι το παιχνίδι με ποικίλα αντικείμενα, απλά ή σύνθετα (κούκλες, ξύλα, πηλός, νερό κλπ., χαρτόνια και άλλα υλικά) (play therapy) ως μέσο έκφρασης επικοινωνίας και αντίληψης του εαυτού. Ως διαγνωστικό όργανο λαμβάνονται πληροφορίες για το διανοητικό επίπεδο του παιδιού, τις δεξιότητές του, την αισθητηριακή του απαρτίωση, τον κινητικό συντονισμό, την αντίληψή του για το σώμα του στο χώρο, τις εκφραστικές του δυνατότητες και τη συναισθηματική του συμπεριφορά (ευερεθιστότητα, επιθετικότητα ή παθητικότητα), την κοινωνικότητα ή αντικοινωνικότητα, την υπερκινητικότητα ή τις στερεότυπες κινήσεις (Copeland et al. 1976).

Ο θεραπευτικός χαρακτήρας των δραστηριοτήτων επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της παθολογικής συμπεριφοράς ή των συμπτωμάτων που εμφανίζει το παιδί ή ο έφηβος. Αν δηλαδή το κύριο πρόβλημα είναι η ελάτωση της προσοχής, θα παρέχονται ειδικές ασκήσεις που θα ελέγχουν την κινητικότητα, την παρορμητικότητα και θα αυξάνουν το εύρος της διάρκειας της προσοχής του παιδιού. Στην περίπτωση του αυτιστικού παιδιού, δημιουργείται ειδικό θεραπευτικό περιβάλλον και ειδικά προγράμματα ενίσχυσης της κιναισθητικής αντιληπτικότητας με απτικά ερεθίσματα, κινησιοθεραπεία για την αύξηση της αντίληψης του σώματος, καθώς και παιδαγωγικό παιχνίδι με απλά υλικά (πηλός, νερό κλπ.), επαφή με μικρά ζώα, μουσικοθεραπεία και ρυθμική.

Στις διανοητικές καθυστερήσεις, εκτός από τα προγράμματα της ειδικής εκπαίδευσης, οι εφαρμογές των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων στοχεύουν σε συγκεκριμένους στόχους, όπως είναι η αύξηση της προσοχής, της αντίληψης του σώματος ως προς το χώρο και ως προς

τα ίδια τα μέλη του σώματός του. παιδιού, η αυτοεξυπηρέτηση και προσωπική υγιεινή του, ο κινητικός συντονισμός των αδρών κινήσεων του σώματος για τον οπτικό-κινητικό συντονισμό των λεπτών κινήσεων (ασκήσεις γεωγραφικής χρήσης απλών εργαλείων. κατασκευές κ.λ.π.). Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες για ορισμένες κατηγορίες διανοητικά καθυστερημένων παιδιών αποτελούν το πρώτο στάδιο της παραπέρα ειδικής επαγγελματικής τους κατάρτισης.

Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες έχουν σημαντική εφαρμογή σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις της τρίτης ηλικίας όπου εμφανίζεται έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές του ύπνου και μεταβολή της προσωπικότητας. Οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες εδώ έχουν *στόχο* την παροχή αισθητηριακών ερεθισμάτων, την αύξηση της προσοχής και μνήμης, την αύξηση των προσαρμοστικών μηχανισμών και της αυτοεξυπηρέτησης. Η ανάλυση των δραστηριοτήτων περιλαμβάνει τους τομείς της φύσης των υλικών, των τεμαχίων τους, την προετοιμασία τους, τις οδηγίες που προσφέρονται στον άρρωστο, το ποσοστό των ελέγχων, την προβλεπτικότητα για το αποτέλεσμα, το ποσοστό της προσπάθειας που απαιτείται για τη μάθηση, τις αποφάσεις, την προσοχή, τα κίνητρα και τη γενικότερη επικοινωνία.

Τα χαρακτηριστικά της κάθε δραστηριότητας πρέπει να περιέχουν τις λεπτές και αδρές κινήσεις, τη δύναμη, το ρυθμό της επανάληψης, το συντονισμό, την καθημερινότητα/ ενεργητικότητα και το κατά πόσο το άτομο επιδεικνύει δεξιότητες κατά την εκτέλεσή τους. Περιέχουν επίσης τα αισθητηριακά, αντιληπτικά, γνωστικά και κοινωνιοσυναισθηματικά στοιχεία της δραστηριότητας.

Σύμφωνα με την Wilson (1987), μια δραστηριότητα πρέπει να περιλαμβάνει κάθε πληροφορία γύρω από το είδος των υλικών που απαιτούνται, τα εργαλεία, το τελικό αποτέλεσμα, το χρόνο που απαιτήθηκε για να ολοκληρωθεί ο στόχος, το ομαδικό ή το ατομικό στοιχείο της δραστηριότητας και τα στάδια ολοκλήρωσής της.

Η αξιολόγηση των εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων πρέπει να περιλαμβάνει τρεις βασικούς τομείς: τη διαπροσωπική ψυχολογική λειτουργικότητα, τις γνωσιακές και τις κινητικές δεξιότητες (Tiffany 1978).

Στον πρώτο τομέα περιλαμβάνεται η ικανότητα του αρρώστου να αποφασίζει να μην παρουσιάζει μη παραγωγικές συμπεριφορές, *Π.χ.* στερεοτυπίες, να νοιάζεται για τις ανάγκες των άλλων, να συνεργάζεται σε ομαδικούς στόχους, να εκφράζει τα συναισθήματά του στην κατάλληλη στιγμή, να αρχίζει μια συζήτηση ή να ανταποκρίνεται σε μια συνομιλία, να κινείται χωρίς οδηγίες στο χώρο, να συμβιβάζεται ή να διαπραγματεύεται, να διαφωνεί χωρίς

επιθετικότητα, να θέλει να νικά χωρίς θυμό, να δέχεται την εξουσία αλλά και να διατυπώνει τη γνώμη του, να δέχεται το σώμα του έτσι όπως είναι, να έχει την κατάλληλη εμφάνιση ανάλογα με το ρόλο του στην ομάδα του, να αναγνωρίζει τις δικές του ανάγκες και συναισθήματα.

Ο τομέας των γνωσιακών δεξιοτήτων περιλαμβάνει το ρεαλιστικό προσανατολισμό του ατόμου, την ικανότητα να ακολουθεί τις κατευθύνσεις, το χρόνο αδιάσπαστης προσοχής, την ικανότητα να συγκεντρώνει τη σκέψη του, να ενθουμεί τις οδηγίες, να λύνει τα προβλήματα, να εμπλέκεται σε σύνθετες δραστηριότητες χωρίς ενίσχυση, να τις οργανώνει, να ανέχεται τις ματαιώσεις, να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις και τα συναισθήματά του.

Ο τομέας των κινητικών δεξιοτήτων για την αξιολόγησή του περιλαμβάνει την επάρκεια ή όχι του βαθμού κινητικής στάσης του σώματος, της αντοχής, της υπομονής, της ετοιμότητας και των αντανάκλαστικών, του συντονισμού ολικών κινήσεων, χεριών-ματιών, και της ισορροπίας μεταξύ αντίληψης και των λεπτών κινήσεων.

4.4.ΚΥΡΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

A. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (SOCIAL REHABILITATION)

Η κοινωνική αποκατάσταση αποτελεί το πρώτο στάδιο της κύριας φάσης της αποκατάστασης (μεσοπρόθεσμος στόχος). Ως φορείς περιλαμβάνονται η κοινωνική λέσχη, οι στεγαστικές εναλλακτικές υπηρεσίες (ξενώνας, οικοτροφείο, θετές οικογένειες, προστατευμένη διαμονή) και η κοινωνική πρόνοια - υποστηρικτικό σύστημα. Περισσότερα για το υποστηρικτικό κοινωνικό σύστημα έχουν ήδη αναφερθεί (Μαδιανός 1989).

A.1. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Κοινωνική Λέσχη: Η κοινωνική θεραπευτική λέσχη (social club) έχει ως στόχο την κοινωνικοποίηση-επανένταξη των μελών της στην κοινότητα μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο [θεραπεία με τη ζωγραφική ή μουσική ή το χορό, ομαδικές συζητήσεις (group discussion) ή

ομαδική ψυχοθεραπεία]. Οι δραστηριότητες ασκούνται μέσα και έξω από το χώρο της λέσχης.

Στεγαστικές εναλλακτικές λύσεις: (Πίνακας 3.3.) Βασικός στόχος τους είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων στο ψυχιατρείο, η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου.

Μετανοσοκομειακός Ξενώνας: (Half-way house). Ο χρόνος παραμονής στον ξενώνα είναι βραχύς (όχι μεγαλύτερος των 3 μηνών). Οι ξενώνες χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση διαμονής από άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες και τις διαγνωστικές κατηγορίες. Ο αριθμός των μελών στον ξενώνα δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, περιλαμβάνει δε σε 24ωρη βάση προσωπικό που είναι εκείνο υπεύθυνο για τη λειτουργία του. Οι ένοικοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση του κανονισμού λειτουργίας του ξενώνα (καθημερινές δραστηριότητες).

Οικοτροφείο: (Nursing home). Είναι μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνιοι ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή, στην κοινότητα.

Προστατευμένο διαμέρισμα: Πρόκειται για διαμέρισμα όπου διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα. Για τις υπηρεσίες εναλλακτικής στέγασης υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία (Landy, Greenblatt 1965. Λυμπεράκης 1982. Birley 1974. Wing et al. 1972. Ryan 1979, 1976. Olsen 1979. Leopoldt 1980. Wykes 1982. Mosher, Menn 1978. Hogan 1986).

Θετή οικογένεια: (Foster family). Ο θεσμός της θετής οικογένειας χρονολογείται από την εποχή του 16^{ου} αιώνα, τότε που στη φλαμανδική πόλη Geel οι ψυχικά άρρωστοι διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής. Ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια, ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου. Στην Ελλάδα η πρώτη πειραματική προσπάθεια έγινε από τον Ρασσιδάκη στη δεκαετία του '60.

Κοινωνική Πρόνοια: Το κράτος στις σύγχρονες κοινωνίες προβλέπει με νομοθετικές ρυθμίσεις την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών, έτσι ώστε και σε περίπτωση ψυχικής αρρώστιας να υπάρχει η οικονομική κάλυψή τους από τις επιπτώσεις της. Συγκεκριμένα προβλέπεται μια κάποια επιδότηση των οικογενειών τους, ή των εργοδοτών τους σε περίπτωση που προσλάβουν το άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα. Κατ' αυτό τον τρόπο απαλύνεται το οικονομικό βάρος που υπάρχει στην οικογένεια από το ψυχικά άρρωστο άτομο, ενώ γίνεται

ευκολότερη η πιθανότητα για την πρόσληψή του σε κάποια θέση εργασίας αφού αυτή η θέση σε μεγάλο ποσοστό επιδοτείται από το κράτος και όχι από τον εργοδότη.

A.2 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ (MODELS) ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Έχουν περιγραφεί 5-6 πρότυπα για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχωτικών αρρώστων. Το ερώτημα που τίθεται εντούτοις, είναι αν τα πρότυπα αυτά καλύπτουν όλες τις «περιπτώσεις» των αρρώστων, δεδομένου ότι υπάρχουν ποικίλες ανάγκες και διαφορετικές ψυχοπαθολογικές διαστάσεις (Saraceno 1993).

Έτσι έχουν διαμορφωθεί απόψεις που προσβεύουν ότι οι ανάγκες των αρρώστων καθορίζουν το πρότυπο της παρέμβασης και όχι το αντίστροφο. Η υπηρεσία της αποκατάστασης έχει μια φυσική ιστορία, μια ιστορικότητα στη διάρκεια της ύπαρξής της. Από την άλλη πλευρά η ψυχική αρρώστια έχει κι αυτή μια φυσική ιστορία. Η αντιπαράθεση της φυσικής ιστορίας της υπηρεσίας με τη φυσική ιστορία της ψυχικής αρρώστιας πρέπει να αποφεύγεται, έτσι ώστε η υπηρεσία να είναι εναρμονισμένη στο πλαίσιο των αναγκών του αρρώστου. Το πρότυπο πρέπει να ταιριάζει, να είναι κατάλληλο για τον άρρωστο, ώστε το πρότυπο να προσαρμόζεται στον άρρωστο και όχι ο άρρωστος στο πρότυπο. Η αντίθετη περίπτωση προκαλεί μια *παθολογία της υπηρεσίας*, με παράδειγμα τις περιπτώσεις υπερδραστηριότητας υπηρεσιών όπου εμφανίζεται υπερπροσφορά παροχής υπηρεσιών, που ίσως υποκρύπτει αμηχανία ή και αδυναμία. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει πριν από όποια διορθωτική αλλαγή της δομής της υπηρεσίας να γίνει η «διάγνωση» της παθολογίας της.

A.3. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ (SOCIAL SKILLS)

Μια σχετικά πρόσφατη διαδικασία στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης είναι η εκπαίδευση του ατόμου σε κοινωνικές δεξιότητες (social skills), ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες μιας φυσιολογικής ζωής (Trower, Bryant, Argyle 1978). Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι δυνατόν να γίνεται παράλληλα με την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια με στόχο την τροποποίηση της αρνητικής ατμόσφαιρας.

Οι κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν συναισθηματικές, γνωσιακές και κινητικές περιοχές της λειτουργικότητας (Lieberman 1988). Σύμφωνα με τους Trower, Bryant και Argyle (1978), οι τρεις βασικοί τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνουν τις αντιληπτικές δεξιό-

τητες (ή την ικανότητα για παρατήρηση), τις πρακτικές δεξιότητες και τις γνωσιακές δεξιότητες. Και οι τρεις αυτοί τομείς στην περίπτωση της χρόνιας διαδρομής μιας σχιζοφρενικής ψύχωσης εμφανίζουν μικρή ή μεγάλη έκπτωση, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να είναι ανεπαρκής στους τομείς αυτούς. Είναι επομένως βασική προϋπόθεση η αξιολόγηση αυτών των τομέων και η προσπάθεια να βελτιωθούν στην περίπτωση που βρεθούν ότι δεν επαρκούν.

Η εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων σε ψυχωτικούς αρρώστους έχει την τελευταία δεκαετία αναπτυχθεί κυρίως στις Η.Π.Α. και στη Μ. Βρετανία. Στη Μ. Βρετανία η εκπαίδευση αυτή βασίζεται στην προηγούμενη εργασία του Michael Argyle (Trower et al. 1978). Στις Η.Π.Α οι Goldstein και συν. (1973) εφαρμόζουν παρόμοιες τεχνικές και τις αποκαλούν «Δομημένη Μαθησιακή Θεραπεία». Οι άρρωστοι σχηματίζουν ομάδες των 8 έως 12 ατόμων με δύο θεραπευτές. Με τη χρήση βιντεοσκοπήσεων προσφέρονται σειρές κοινωνικών δεξιοτήτων και οι άρρωστοι καλούνται να μιμηθούν τους ρόλους που έχουν δει στο VIDEO. Οι θεραπευτές προσφέρουν ενισχύσεις, όπως επίσης αναθέτουν στον άρρωστο έργο για το σπίτι του. Το έργο του Lieberman και των συνεργατών του αποτελείται από αλληπάλληλες δομημένες φάσεις όπως αυτές παρουσιάζονται σχηματικά στο σχήμα 3.3.

Οι Falloon και συνεργάτες σχεδίασαν ένα πρόγραμμα που εστιάζεται σε πέντε τομείς: 1) την επίλυση ενός προβλήματος (γνωσιακές δεξιότητες), 2) την έκφραση θετικών συναισθημάτων σε ένα πρόσωπο που προσφέρει ευχαρίστηση, 3) την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων σε μια δυσάρεστη κατάσταση και την πιθανότητα πρόληψής της, 4) την έκφραση θετικών αιτημάτων και 5) την ενεργητική ακρόαση (Πίνακας 3.5). Ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης γίνεται στο σπίτι του εκπαιδευόμενου με τη συνεργασία κάποιου συγγενούς ή φίλου υπεύθυνου για την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης.

Όλα αυτά τα πρότυπα έχουν παρουσιάσει αποτελέσματα που ενισχύουν την άποψη ότι η "εκπαίδευση του χρόνιου σχιζοφρενικού αρρώστου στις λεγόμενες κοινωνικές δεξιότητες είναι αναγκαία προϋπόθεση για την επαγγελματική και κοινωνική του αποκατάσταση.

Περιορισμοί στην εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων. Όπως είναι φυσικό, είναι δυνατό να παρατηρούνται περιορισμοί στην εκπαιδευτική διαδικασία όταν: 1) το άτομο είναι σοβαρά διαταραγμένο από ψυχοπαθολογικής άποψης, 2) το άτομο δεν έχει κίνητρα, 3) το άτομο δεν αντέχει την εκπαιδευτική διαδικασία και 4) ο θεραπευτής δεν έχει εκπαιδευτεί σε συμπεριφορικές τεχνικές.

A.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Γενικά: Όπως έχει ήδη αναπτυχθεί στον παρόντα τόμο αλλά και αλλού (Μαδιανός 1989), η σημασία της οικογένειας είναι καίρια αφού όλες οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες πηγάζουν και καταλήγουν σ' αυτήν. Επομένως είναι αδύνατο η ίδια η οικογένεια να μείνει έξω από οποιαδήποτε παρέμβαση που στοχεύει στην κοινωνική αποκατάσταση του χρόνιου ψυχικά αρρώστου μέλους της. Στο σχήμα 3.4. παρουσιάζονται τρεις ομάδες παραγόντων: η κοινωνική και οικονομική σταθερότητα, η συναισθηματική σταθερότητα και το αναπτυγμένο κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα. Οι επαγγελματίες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης πρέπει να εκτιμούν αυτούς τους παράγοντες, και σε μερικούς από αυτούς πρέπει να μπορούν να παρέμβουν για να τους τροποποιήσουν προς όφελος του αρρώστου.

Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στην οικογένεια: Η συλλογιστική για τη θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, ένα μέλος της οποίας νοσεί από σχιζοφρενική Ψύχωση, βασίζεται στις έρευνες που απέδειξαν ότι ο παράγοντας αυτός της οικογένειας σχετίζεται με την πρόληψη των υποτροπών. Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση (psychoeducational intervention) συνδυάζεται με την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και αποτελεί τον πυρήνα της Κοινωνικής Αποκατάστασης του ψυχωσικού ατόμου.

Τρεις είναι οι βασικοί στόχοι:

- α. Να εκπαιδευτεί ο άρρωστος γύρω από τη στενή σχέση σχιζοφρένειας και stress και τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής.
- β. Να αυξηθεί η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων που έχουν σχέση με το περιβαλλοντικό stress.
- γ. Να εκπαιδευτεί η οικογένεια και ο άρρωστος σε στρατηγικές αντιμετώπισης παθολογικών επίμονων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας ή να αντιμετωπίσει το περιβαλλοντικό stress.

Για την ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση υπάρχουν κυρίως τέσσερα πρότυπα: Το πρότυπο του Goldstein και συνεργατών στο U.C.L.A., δηλαδή στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας στο Los Angeles, που κυρίως στοχεύει στη λύση της κρίσης' το πρότυπο του Leff και συν. στο Λονδίνο που επικεντρώνεται στους συγγενείς' το πρότυπο των Anderson, Hogarty και Reiss στο Πανεπιστήμιο του Pittsburgh και τέλος το πρότυπο του Falloon και συνεργατών στο Πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνιας.

Και τα τέσσερα πρότυπα περιλαμβάνουν εννέα βασικά σημεία: 1)Υποστήριξη στην οικογένεια' περιλαμβάνει διερεύνηση των οικογενειακών συναισθημάτων και στάσεων απέναντι στη σχιζοφρένεια, 2) έμφαση στη συνέχιση της φαρμακοθεραπείας, 3) πληροφόρηση για τη φύση και την πορεία της αρρώστιας, 4) έλεγχο των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, 5) πρόληψη της υποτροπής και επανεισαγωγής με την ενημέρωση της οικογένειας για την αναγνώριση πρόδρομων παθολογικών συμπτωμάτων, 6) παρέμβαση στην κρίση με μια ομάδα διάθεσης ψυχικής υγείας, 7) στρατηγικές μείωσης του stress, Π.χ. τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, 8) προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας γύρω από την κοινωνική λειτουργικότητα του αρρώστου και 9) παροχή θεραπευτικού συνεχούς. Τρία από τα τέσσερα πρότυπα- έχουν επηρεαστεί από τις μελέτες γύρω από την Οικογενειακή Συναισθηματική Έκφραση.

Β. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

(Vocational Rehabilitation)

Αποτελεί το μακροπρόθεσμο στόχο της πλήρους αποκατάστασης ενός ψυχικά αρρώστου μέσα από την έκθεσή του σε επαγγελματικού τύπου εργασιακά πλαίσια και προκαταρκτική εκπαίδευση σε διάφορες επαγγελματικές περιοχές για την ανάπτυξη ή απόκτηση νέων επαγγελματικών επιδεξιότητων , στον τομέα αυτό ανήκουν το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης, το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και η Προστατευμένη Εργασία σε διάφορα εργασιακά πλαίσια. Ο τομέας της επαγγελματικής αποκατάστασης παλιότερα είχε την ονομασία «Βιομηχανική Θεραπεία ή Αποκατάσταση» (Wing, Giddens 1959' Wing et al. 1964' Bennett 1970' Μιχαλακέας και συν. 1969' Bennett 1972, 1975, 1978a, 1978b' Bennett, Wing 1963, 1972' Bennett, Birley et al. 1972' Cooper 1980' Wansborough, Miles 1968' Watts 1978).

Βασική προϋπόθεση για την επαγγελματική αποκατάσταση είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός του ατόμου (Kline, Hoisington 1981' Krammer, Beidel 1982).

Β.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

Η διερεύνηση των κλίσεων και των δυνατοτήτων ενός ατόμου με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες για την επαγγελματική του αποκατάσταση γίνεται μέσα από τη διαδικασία του επαγγελματικού προσανατολισμού. Η διαδικασία αυτή γίνεται από τον ειδικό

επαγγελματικό σύμβουλο και αρχίζει με την πρώτη συνέντευξή του με το άτομο. Ο σύμβουλος συνεργάζεται με το Κέντρο Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης ή με άλλα ειδικά Ψυχολογικά εργαστήρια για τη διεξαγωγή ειδικών ψυχοτεχνικών δοκιμασιών (Anthony, Jansen 1984).

Ο επαγγελματικός σύμβουλος συνεργάζεται με τον εργοδότη του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί. Τον ενημερώνει για τις ικανότητες και για το πρόβλημα του ατόμου, χωρίς όμως να προχωρήσει σε διαγνωστικές λεπτομέρειες, ώστε ο εργοδότης να είναι γνώστης των τυχόν αναγκών του ατόμου. Η προετοιμασία του εργοδότη γίνεται σε συμβουλευτική βάση, διευκρινίζεται η ανάγκη της φαρμακοθεραπείας, ίσως της ελαστικότητας στο ωράριο κ.λπ. Ο επαγγελματικός σύμβουλος έχει μια μόνιμη επαφή με τον εργοδότη και συντονίζει την τυχόν ανάγκη για κάποιες ψυχιατρικές παρεμβάσεις σε περίπτωση ενός αρχικού σταδίου υποτροπών.

B.2. ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από όλων των ειδών τις διακρίσεις και από σεξουαλικές παρενοχλήσεις. Πρέπει να καθορίζονται οι αποδεκτές συνθήκες εργασίας και να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είτε αμέσως, είτε εμμέσως, μέσω προγραμμάτων στήριξης των εργαζομένων. Οι πολιτικές θα πρέπει να μεγιστοποιούν τις ευκαιρίες απασχόλησης για τον πληθυσμό συνολικά, και να προσπαθούν να διατηρήσουν τους εργαζομένους εντός του εργατικού δυναμικού, ιδίως λόγω της σχέσης μεταξύ της απώλειας της εργασίας και του αυξημένου κινδύνου ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυβερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην θέσπιση κινήτρων ώστε οι εργοδότες να προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και να επιβάλλουν πολιτική κατά των διακρίσεων. Σε μερικές χώρες οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να προσλαμβάνουν ένα ορισμένο ποσοστό ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εάν δεν το κάνουν, μπορεί να επιβληθεί πρόστιμο.

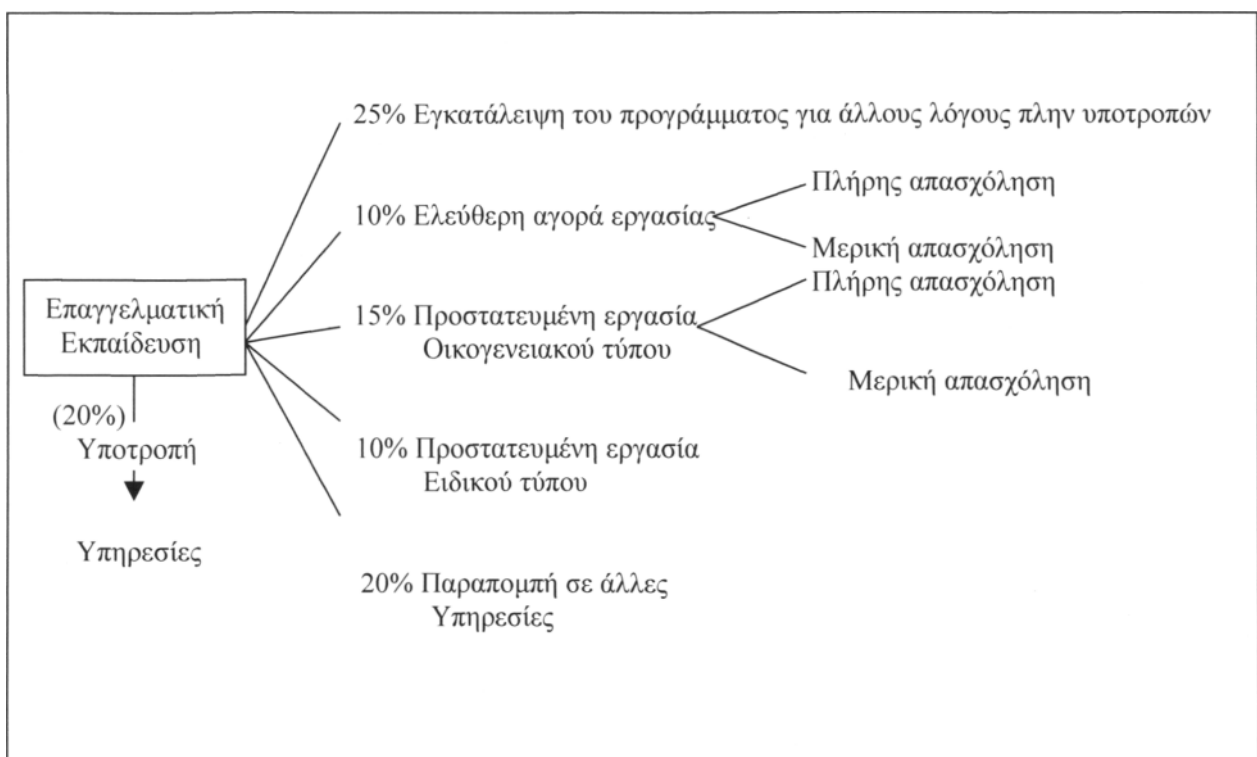
Η τοποθέτηση σε θέση εργασίας αποτελεί το τελικό στάδιο της επαγγελματικής αποκατάστασης (Σχήμα 4.1). Από τους 100 εκπαιδευόμενους ενός προγράμματος Επαγγελ-

ματικής Εκπαίδευσης με βάση τις μέχρι σήμερα εμπειρίες φαίνεται ότι μόνο ένα 10% περίπου τοποθετείται στην ελεύθερη αγορά εργασίας ενώ ένα 15% εργάζεται σε οικογενειακού τύπου επιχειρήσεις και ένα 10% παραπέμπεται σε «συνεργατικού» τύπου εργασιακά πλαίσια που όμως ακόμη λειτουργούν ως προστατευμένα εργαστήρια. Η τοποθέτηση σε εργασία γίνεται κυρίως μέσα από αυτοδύναμους μηχανισμούς του ατόμου ή από το Γραφείο Εύρεσης Εργασίας του Ο.Α.Ε.Δ.

Το Γραφείο Εύρεσης Εργασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες του Ο.Α.Ε.Δ. Αθηνών: Ιδρύθηκε το 1987. Στο προσωπικό του περιλαμβάνονται ένας ψυχολόγος (προϊστάμενος), ένας κοινωνικός λειτουργός, ένας επαγγελματικός σύμβουλος, ένας εσωτερικός και ένας εξωτερικός τοποθετητής. Μεταξύ 1987 και 1990 εγγράφηκαν 1500 άτομα με σωματικές αναπηρίες και από αυτά τοποθετήθηκαν 632 (42.1%) καθώς και 1195 άτομα με ψυχικές διαταραχές, από τα οποία 89 (7.4%) τοποθετήθηκαν σε εργασία σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1648/1986.

Στην πράξη όμως δεν ισχύει κάτι αντίστοιχο. Ο κοινωνικός στιγματισμός εμποδίζει την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχική ασθένεια.

ΣΧΗΜΑ 4.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



B.3 ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (PREVOCATIONAL REHABILITATION)

Βασικός στόχος της προεπαγγελματικής αποκατάστασης είναι ο έλεγχος, κυρίως από τον εργοθεραπευτή, των ικανοτήτων και επιδεξιότητων του ατόμου με το ειδικό πρόβλημα και η προσαρμογή του σε συνθήκες εργασίας (ωράριο, αμοιβή, παραγωγική εργασία) (Καρύδη 1984). Το άτομο χρησιμοποιεί μια ποικιλία υλικών, εργαλείων και μηχανημάτων, πολλά από τα οποία απαιτούν διαφορετικούς χειρισμούς. Οι δραστηριότητες έχουν χωριστεί στα επιμέρους στάδια από τα οποία αποτελούνται. Ελέγχεται έτσι η ικανότητα και αποδοτικότητα του ατόμου σε κάθε διαφορετικό στάδιο και τέλος σε συνθήκες εργασίας, ώστε σε παραπλήσιο τομέα ή να παραπεμφθεί στο Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης ή σε άλλες επαγγελματικές μονάδες. Βασικά κριτήρια για τη συμμετοχή του ατόμου σε προγράμματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης είναι η ηλικία (να μην υπερβαίνει τα 35 έως 40 χρόνια), ή ύφεση των ψυχωτικών συμπτωμάτων ή κάθε ψυχοπαθολογικής κατάστασης, το κίνητρο να συμμετέχει και ένα επίπεδο λειτουργικότητας που να του επιτρέπει την αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα μέλη που μετέχουν σε ένα πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, επειδή έχουν ακολουθήσει όλα ή μέρος από τα προηγούμενα στάδια της αποκατάστασης, συνήθως εμφανίζουν ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Ο χρόνος της εκπαίδευσης διαρκεί λίγους μήνες.

B.3.1 ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (VOCATIONAL REHABILITATION)

Ένα ποσοστό ατόμων που ακολούθησαν την προεπαγγελματική εκπαίδευση, αλλά δεν βρέθηκε ότι ήταν ικανά να απορροφηθούν από την ελεύθερη αγορά εργασίας, παραπέμπονται στο ΚΕ.Ε. όπου η εκπαίδευση επικεντρώνεται σε ένα επαγγελματικό αντικείμενο. Συνήθως ένα ΚΕ.Ε. περιλαμβάνει 2 ή 3 επαγγελματικά αντικείμενα. Η χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη (γύρω στους 12 έως 18 μήνες). Το μεγαλύτερο βάρος της εκπαίδευσης πέφτει στους ειδικούς εκπαιδευτικούς-τεχνίτες που εισάγουν τον εκπαιδευόμενο στα μυστικά του επαγγέλματος. Τα κριτήρια για την παρακολούθηση στο Κ.Ε.Ε. είναι τα ίδια με εκείνα που ήδη αναφέρθηκαν προηγουμένως, η λειτουργικότητα όμως των μελών είναι χαμηλότερη αφού τα άτομα, αυτά δεν μπόρεσαν να εργαστούν στην ελεύθερη αγορά και χρειάστηκαν ειδική παρατεταμένη επαγγελματική εκπαίδευση (Tomaras et al. 1984).

Το διάστημα της εκπαίδευσης διαιρείται: 1) στο προκαταρκτικό στάδιο κατά το οποίο το άτομο εξοικειώνεται με το αντικείμενο της εκπαίδευσής του (μαθαίνει τη χρήση των ειδικών εργαλείων κ.λ.π.) και 2) στο κύριο στάδιο της εκπαίδευσης όπου το άτομο εξειδικεύεται στην παραγωγική εργασία μέσα στα πλαίσια του εκπαιδευτικού του αντικειμένου. Η όλη εκπαιδευτική διαδικασία αξιολογείται συνεχώς, ώστε να ελέγχεται η πρόοδος της εκπαίδευσης για τυχόν τροποποιήσεις και βελτιώσεις (Τομαράς και συν, 1984' Τομαράς και συν. 1986' Madianos et al. 1987' Μαδιανός 1987),

Μετά το τέλος της εκπαιδευτικής περιόδου οι εκπαιδευόμενοι τοποθετούνται σε εργασίες παρόμοιες με εκείνες στις οποίες εκπαιδεύτηκαν ή, στην περίπτωση μιας κάποιας δυσκολίας για την προσαρμογή τους στο τυπικό εργασιακό πλαίσιο ή μιας μειωμένης αποδοτικότητας, προωθείται η λύση της προστατευμένης εργασίας (Anthony, Jansen 1984),

B.3.2 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόκειται για παραγωγική εργασία που επιχορηγείται, ενώ η αμοιβή του εργαζόμενου είναι ανάλογη με την παραγωγή του. Η προστατευμένη εργασία μπορεί να γίνεται στο σπίτι, στο Προστατευμένο Εργαστήριο ή ακόμη και μέσα στο Εργοστάσιο σε ειδικό τμήμα όπως γίνεται στη Μ. Βρετανία, Ολλανδία, τις Σκανδιναβικές χώρες, Ιταλία και αλλού (Eisenberg 1985' Hill 1987' Isbister et al. 1987).

B.3.3. ΤΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ (SHELTERED WORKSHOP)

Προσφέρει, ως χώρος, τη δυνατότητα για δουλειά σε άτομα που εμφανίζουν σοβαρά μειονεκτήματα στην αποδοτικότητά τους και δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί σε σύγκριση με άλλους συναδέλφους τους. Την ευθύνη του εργαστηρίου συνήθως έχει ο εργοθεραπευτής. Σε μερικές περιπτώσεις το εργαστήριο παίρνει τη μορφή *Συνεργατικής Επιχείρησης* με περισσότερο ανεξάρτητο χαρακτήρα.

B.3.4 ΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ (COOPERATIVES) Η ΤΑ ΛΕΓΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ (SOCIAL FIRMS)

Οι Συνεργατικές Επιχειρήσεις αποτελούν τον πλέον προωθημένο τύπο αυτόνομης ή

ημιαυτόνομης αποκατάστασης και επανένταξης του ατόμου με ειδικές ανάγκες. Η κατασκευή των προϊόντων πρέπει να είναι τυποποιημένη και ποιοτικά υψηλή, ώστε τα παραγόμενα προϊόντα να είναι ανταγωνιστικά προς εκείνα του ελεύθερου εμπορίου. Η αμοιβή γίνεται ανάλογα με το ποσοστό παραγωγής του προϊόντος και όχι σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων, εκτός αν υπάρχει άλλη συμφωνία. Συνήθως η όλη παραγωγή βασίζεται ή σε αυτόνομη κατασκευή προϊόντων ή συνήθως σε υπεργολαβίες ιδιωτικές ή κρατικές (εξειδίκευση στην κατασκευή επίπλων, χαρτικών, ρούχων, παιγνιδιών, χειροποίητων αντικειμένων λαϊκής τέχνης, ανταλλακτικών ή στη συναρμολόγηση υλικού, Π.χ η Philips στην Ολλανδία (συσκευασίες).

Είναι απαραίτητη η υπευθυνότητα των απασχολούμενων στο Προστατευμένο Εργαστήριο για την τήρηση των συμφωνιών, όπως η συνεχής εξασφάλιση παραγγελιών και υπεργολαβιών, ώστε να μην μείνει ποτέ το εργαστήριο χωρίς εργασιακό αντικείμενο.

Στο διεθνή χώρο υπάρχουν σημαντικά παραδείγματα οργάνωσης συστήματος συνεργατικών. Στην Ιταλία στις αρχές του 1980 υπήρχαν 50 συνεργατικές, 19 στο Βορρά, 23 στην Κεντρική Ιταλία και 8 στο Νότο. Οι 38 αναπτύχθηκαν μέσα στο 1978. Σε όλες τις συνεργατικές υπήρχαν 1420 μέλη, από τα οποία 127 μέλη παραμένουν σε ψυχιατρεία, 431 δεν πήγαν ποτέ σε Ψυχιατρείο και 431 ζουν στην κοινότητα, ενώ 208 είναι μέλη τα οποία δεν είχαν ποτέ ψυχική νόσο. Το εισόδημά τους κυμαίνεται γύρω στις 200.000 έως 500.000 λιρέτες (25.000 έως 60.000 δρχ. το μήνα).

Στη Βρετανία το Remploy λειτουργεί ως βιομηχανική μονάδα με 95 διαφορετικά παραρτήματα όπου απασχολούνται πάνω από 5000 άτομα. Το Remploy προμηθεύει με διάφορα είδη κρατικούς οργανισμούς της Βρετανίας. Οι συνθήκες εργασίας δεν διαφέρουν από εκείνες της ελεύθερης αγοράς εργασίας. Στη Σουηδία λειτουργεί η αλυσίδα των μονάδων Samhall για άτομα με ειδικές ανάγκες. Το 97% του εργατικού δυναμικού (25000 άτομα) των μονάδων απασχολείται με τη βιομηχανική παραγωγή σε 25 ξεχωριστές δραστηριότητες, κυρίως υπεργολαβίες. Το 1986/87 οι εξαγωγές των Samhall έφθασαν το ποσό των 300 εκατομμυρίων κορωνών.

Η συνεργατική-βιοτεχνική επιχείρηση είναι μια τυπική μικρή ή μεγάλη επιχείρηση. Βασικά στοιχεία επιτυχημένης επιχείρησης αποτελούν η σωστή διοικητική στελέχωση, οι διαθέσιμοι πόροι κεφαλαίου, η μελέτη της αγοράς, το χαμηλό κόστος διαχείρισης της επιχείρησης, ο προγραμματισμός και οι στρατηγικές των στόχων, ο έλεγχος και η αξιολόγηση, η ικανότητα των διαρθρωτικών παρεμβάσεων και τέλος ο ευχαριστημένος πελάτης. Στη χώρα

μας υπάρχουν ελάχιστα παραδείγματα συνεργατικών για άτομα με χρόνια ψυχικό νόσημα, με εξαίρεση στη Θεσσαλονίκη (Πρόγραμμα Επανεξέτασης του Ψυχιατρείου), στην Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής και Κ.Ε.Π. του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, στο Δρομοκαίτειο) και στο Ψυχιατρείο Χανίων.

B.3.5 Η ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αποτελεί την τελική και πιο λεπτή φάση όλης της διαδικασίας της αποκατάστασης. Εδώ η ευθύνη ανήκει κυρίως στον επαγγελματικό σύμβουλο, στον κοινωνικό λειτουργό και στον εργοθεραπευτή.

Είναι αναγκαίες ορισμένες λεπτές και προσεκτικές διαδικασίες πριν από την τοποθέτηση όπως: 1) η επιλογή των θέσεων εργασίας, 2) η ευαισθητοποίηση-προετοιμασία του εργοδότη και των μελλοντικών συναδέλφων του, 3) η ρύθμιση των γραφειοκρατικών διαδικασιών όπως είναι η επιδότηση του μισθού από το κράτος, ώστε το άτομο να γίνει δεκτό ως ισότιμο μέλος στη μικρή κοινότητα του εργοστασίου ή της επιχείρησης. Αρνητική επίπτωση στις τοποθετήσεις ατόμων με ειδικά προβλήματα έχει το υψηλό επίπεδο ανεργίας. Είναι βασική υποχρέωση της ομάδας αποκατάστασης να παρακολουθούν το εργαζόμενο άτομο, το οποίο επίσης μπορεί να συμμετέχει στην Κοινωνική Λέσχη ή σε κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Επίσης η ομάδα πρέπει να βρίσκεται σε τακτική επαφή με τους συναδέλφους ή τον εργοδότη ή τον προϊστάμενο του ατόμου που τοποθετήθηκε στη δουλειά για την πρόληψη τυχόν προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσουν δυσάρεστο κλίμα στις σχέσεις του ατόμου με το προσωπικό της επιχείρησης.

Επιτυχημένη πρέπει να θεωρείται η τοποθέτηση σε μια θέση εργασίας, όταν το άτομο υπερβαίνει το χρονικό διάστημα των έξι μηνών στη θέση αυτή. Παράλληλα πρέπει να προσθέσουμε ότι η ομάδα της αποκατάστασης συνεργάζεται με φορείς της Κοινότητας με στόχο την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων γύρω από το θέμα της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι:

- Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει τρεις άξονες που στοχεύουν: 1) στην ανάπτυξη του ατόμου, 2) στην κάλυψη των κοινωνικών και στεγαστικών του αναγκών με την παράλληλη ανάπτυξη δημιουργικών καθημερινών δραστηριοτήτων και 3) στην επαγγελματική αποκατάσταση, μερική ή πλήρη. Επομένως η εκπαίδευση του ατόμου κινείται επίσης σε τρεις άξονες, ώστε να καλυφθούν: οι ατομικές ανάγκες του ατόμου (στους τομείς της προσωπικής

υγιεινής, τροφής, στέγασης, ασφάλειας, οικονομίας, μετακινήσεων και χρήσης μέσων μεταφοράς), οι κοινωνικές ανάγκες (στους τομείς της χρήσης του ελεύθερου χρόνου και της ανάπτυξης σχέσεων με τα άλλα άτομα), και οι επαγγελματικές ανάγκες με την εκπαίδευση σε εξειδικευμένα επαγγελματικά αντικείμενα (Danley et al. 1991).

- Όλα αυτά γίνονται κατορθωτά με τις δραστηριότητες της εργοθεραπείας, που ενθαρρύνει τον ψυχικά άρρωστο να πραγματοποιεί χρήσιμους στόχους (tasks) με σκοπό να μάθει ή να επαναποκτήσει ικανότητες και λειτουργίες βασικές για την προσαρμογή και λειτουργικότητά του στο ατομικό εργασιακό επίπεδο.

- Οι κοινωνικές ανάγκες ειδικότερα καλύπτονται μέσα από τα προγράμματα στεγαστικών εναλλακτικών λύσεων (Ξενώνες, Προστατευμένα διαμερίσματα, Οικοτροφεία, Θετές οικογένειες και την Κοινωνική Θεραπευτική Λέσχη).

- Οι επαγγελματικές ανάγκες καλύπτονται από μη ειδικά προγράμματα που στοχεύουν όμως στην τήρηση του ωραρίου, στη συγκέντρωση κατά την ώρα της εργασίας, στη διατήρηση της εργασίας ή στο πώς να βρεθεί μια εργασία και στον έλεγχο των ικανοτήτων του ατόμου που γίνεται στα Κέντρα Προεπαγγελματικής Εργασίας, καθώς και στην ανάπτυξη μέσα από κέντρα Επαγγελματικής εκπαίδευσης ειδικών εκπαιδευτικών αντικειμένων, όπως κοπτικής, ραπτικής, ξυλουργικής, δέρματος κλπ. (Bond, Boyer 1987).

Μετά το τέλος της εκπαίδευσης το άτομο τοποθετείται είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας είτε σε κάποια προστατευμένη εργασία στο σπίτι είτε σε εργαστήριο ή εργοστάσιο ή, τέλος, σε συνεργατική επιχείρηση.

Γ. ΤΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η αρχιτεκτονική του χώρου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει καθορισμένες σταθερές και κανονισμούς' (D.H.S.S. 1972, 1975). Η μορφολειτουργική αρχιτεκτονική του χώρου στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση χρόνιων ψυχικά αρρώστων έχει ουσιαστική βαρύτητα στη γενικότερη αποτελεσματική λειτουργία των προγραμμάτων αυτών.

Βασικές αρχές για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα των χώρων είναι:

1. Η διασφάλιση της ασφάλειας των εργαζόμενων και των μελών των προγραμμάτων, Π.χ., με την αποφυγή της χρήσης επικίνδυνων δομικών υλικών ή κατασκευών.'
2. Η ενίσχυση της κοινωνικής επαφής των μελών του προγράμματος με την ύπαρξη χώρων

κοινής παραμονής.

3. Η άνετη και ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων εσωτερικών χώρων και του εξωτερικού περιβάλλοντος.

4. Ο φωτισμός με φυσικό φως και η δημιουργία οπτικών φυγών.

5. Να μην δημιουργούνται προβλήματα προσανατολισμού από το σχεδιασμό, ώστε το άτομο να εξοικειώνεται εύκολα με το περιβάλλον.

6. Ο χώρος να είναι οικείος από αισθητική και από λειτουργική πλευρά σε αντίθεση με τον ιδρυματικό χαρακτήρα της αρχιτεκτονικής των ψυχιατρείων.

7. Ο χρωματισμός να μη δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις.

8. Οι εξωτερικές επιφάνειες να δημιουργούν επίσης αίσθημα οικειότητας.

4.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. Αυτές αντιστοιχούν κατά προσέγγιση στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Leavel & Clark 1965).

Η πρόληψη (πρωτογενής πρόληψη) περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν μια ορισμένη νόσο ή ομάδα νόσων, ώστε να ανακοπούν τα αίτια πριν αγγίξουν το άτομο. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει μέτρα που αποσκοπούν στο να μη νοσήσει το άτομο.

Η θεραπεία (δευτερογενής πρόληψη) αναφέρεται σε μέτρα ώστε να ανακοπεί η νόσος που ήδη υπάρχει, να προληφθούν άλλες επιπλοκές και επακόλουθα, να περιοριστεί η ανικανότητα και να προληφθεί ο θάνατος.

Η αποκατάσταση (τριτογενής πρόληψη) λαμβάνει μέτρα που σκοπό έχουν τα άτομα με ανικανότητα να αποκατασταθούν στην πρότερη κατάσταση, ή να μεγιστοποιήσουν τις υπολειμματικές δυνατότητές τους. Γίνονται παρεμβάσεις στο ατομικό επίπεδο, αλλά και στο περιβάλλον τους.

Τα ακόλουθα παραδείγματα παρουσιάζουν ένα χάσμα αποτελεσματικών παρεμβάσεων, σημαντικών για τη δημόσια υγεία. Για μερικές από αυτές τις διαταραχές, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση είναι η προληπτική δράση, ενώ για άλλες η θεραπεία ή η απο-

κατάσταση αποτελεί την πιο αποδοτική προσέγγιση.

4.5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις που προτείνονται για πρωτοβάθμια πρόληψη της κατάθλιψης είναι αποτελεσματικές, παρά μόνο σε λίγες μεμονωμένες μελέτες. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μερικές ευπαθείς ομάδες, οι παρεμβάσεις που εστιάζουν σε συγκεκριμένα συμβάντα, και οι παρεμβάσεις με στόχο ευπαθείς οικογένειες και άτομα, όπως και επαρκείς εγκαταστάσεις για εξετάσεις και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ως μέρους της πρωτογενούς περίθαλψης για σωματική αναπηρία (Paykel 1994). Κάποιες από τις παρεμβάσεις που αφορούν την κατάθλιψη σε μητέρες, όπως προγράμματα αναγνώρισης, εκπαίδευσης και θεραπείας, έχουν δείξει ότι βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητες εκβάσεις στα παιδιά τους. Αυτά τα προγράμματα είναι δυνατόν να γίνονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από ιατρικούς επισκέπτες, για παράδειγμα, ή κοινοτικούς υγειονομικούς υπαλλήλους. Εντούτοις, δεν έχουν διαδοθεί ευρέως, μη εξαιρουμένων των αναπτυσσόμενων χωρών (Cooper & Murray 1998).

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη των υποτροπών, και τελικά, η πλήρης ύφεση. Σήμερα η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της κατάθλιψης στις περισσότερες περιπτώσεις περιλαμβάνει την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ψυχοθεραπεία, ή συνδυασμό αυτών των δύο.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλο το εύρος των καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια αντιδρούν σε ποσοστό 70%. Τα σοβαρά αντιδρούν σε μικρότερο ποσοστό, αλλά περισσότερο σε σύγκριση με αδρανές φάρμακο. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά), είναι το ίδιο αποτελεσματικά, αν και φθηνότερα, με τα νεώτερα: το κόστος των τρικυκλικών είναι περίπου 2 έως 3 δολάρια το μήνα σε πολλές αναπτυσσόμενες Χώρες. Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια, έχουν λιγότερες παρενέργειες και γίνονται ανεκτά από τους ασθενείς, αλλά δεν βρίσκονται εύκολα σε πολλές αναπτυσσόμενες Χώρες. Αυτά τα φάρμακα έχουν πλεονεκτήματα στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η οξεία φάση απαιτεί φαρμακευτική αγωγή 6 έως 9 εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ασθενείς εξετάζονται κάθε μία ή δύο εβδομάδες - και συχνότερα στα αρχικά στάδια - για έλεγχο συμπτωμάτων και παρενεργειών, προσαρμογή των δόσεων και υποστήριξη.

Η θεραπεία της οξείας φάσης, που έγινε είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία, πρέπει σχεδόν πάντα να συνεχίζεται για 6 μήνες τουλάχιστον. Οι ασθενείς παρακολουθούνται μια ή δύο φορές τον μήνα. Ο κύριος σκοπός αυτής της παρακολούθησης είναι η αποφυγή υποτροπής. Έτσι, μπορούν να μειωθούν τα ποσοστά υποτροπής από 40-60% στο 10-20%. Ο τελικός στόχος είναι η πλήρης ύφεση και η ανάρρωση. Υπάρχουν στοιχεία, αν και όχι ισχυρά, ότι η υποτροπή είναι λιγότερο συχνή μετά από γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μόνο.

Η φάση που ονομάζεται φαρμακοθεραπεία συντήρησης ή προφύλαξης, έχει σκοπό να προλάβει μελλοντική επανεμφάνιση διαταραχών της διάθεσης, και συνήθως συνιστάται σε άτομα με ιστορία τριών ή περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων, χρόνια κατάθλιψη, ή επίμονα συμπτώματα. Αυτή η φάση μπορεί να κρατήσει χρόνια και συνήθως απαιτεί επισκέψεις κάθε μήνα ή τρίμηνο.

Μερικοί προτιμούν την ψυχοθεραπεία ή την συμβουλευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Είκοσι χρόνια έρευνας δείχνουν ότι αρκετά είδη ψυχοθεραπείας, περιορισμένης χρονικά, είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο και τα φάρμακα στην ήπια έως μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη. Αυτές οι ειδικές θεραπείες της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνουν την γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία και την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, και δίνουν έμφαση στην ενεργητική συνεργασία και ενθάρρυνση του ασθενούς. Ένας αριθμός μελετών από το Αφγανιστάν, την Ινδία, το Πακιστάν, την Ολλανδία, τη Σριλάνκα, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, δείχνουν τη δυνατότητα της εκπαίδευσης γενικών ιατρών, ώστε να παρέχουν αυτού του τύπου την φροντίδα, καθώς και το ότι αυτή είναι οικονομικά συμφέρουσα (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al 2000; Bower et al. 2000).

Ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες, μόνο μια μειοψηφία των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη ζητούν να λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό εξηγείται εν μέρει λόγω των ίδιων των συμπτωμάτων. Αισθήματα αναξιότητας, ενοχής, και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Επιπλέον, οι πάσχοντες δεν είναι συνήθως σε θέση να εκτιμήσουν τα πλεονεκτήματα της & θεραπείας. Οι οικονομικές δυσκολίες και ο φόβος του στιγματισμού είναι, επίσης, αποτρεπτικοί παράγοντες. Εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς, και το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να μην αναγνωρίσει τα συμπτώματα ή να μη δώσει τη σωστή θεραπεία, διότι είτε δεν έχει χρόνο, είτε δεν έχει τα μέσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

4.5.2 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από το οινόπνευμα, πρέπει να προσεγγιστεί σε πληθυσμιακό επίπεδο λαμβάνοντας υπόψη τον ευρύτερο στόχο της πρόληψης και μείωσης προβλημάτων, που σχετίζονται με αυτή την εξάρτηση, (ατυχήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, τραυματισμοί, αυτοκτονίες, βία κλπ). Αυτή η προσέγγιση εξετάζεται στο κεφάλαιο 4. Οι πολιτισμικές αξίες και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζονται με χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του αλκοόλ, και η μείωση άλλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια και υπερβολική κατανάλωση.

Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος, η έγκαιρη παρέμβαση, η ψυχολογική στήριξη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ (συμπεριλαμβανομένου του στερητικού συνδρόμου κλπ), η ανάρρωση ώστε οι αντιστάσεις στην υποτροπή να αυξάνονται, η στήριξη της οικογένειας και η αποκατάσταση είναι οι κύριες στρατηγικές, που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του αλκοολισμού και την εξάρτηση.

Η επιδημιολογική έρευνα δείχνει ότι τα περισσότερα προβλήματα προκύπτουν μεταξύ αυτών που δεν είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό, όπως μεταξύ ατόμων που μεθούν και οδηγούν ή φέρονται ρισκίνδυνα, ή πίνουν πολύ, αλλά συνεχίζουν να εργάζονται ή να πηγαίνουν σχολείο και να διατηρούν τις σχέσεις τους και σχετικώς σταθερό τρόπο Ζωής. Από το σύνολο των ασθενών που πίνουν σε βαθμό επικίνδυνο και προσέρχονται σε κλινικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μόνο το 25% είναι εξαρτημένοι.

Οι βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια ποικιλία δραστηριοτήτων, που απευθύνονται σε ανθρώπους οι οποίοι κάνουν επιβλαβή χρήση αλκοόλ αλλά δεν είναι εξαρτημένοι. Είναι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης και σύντομης διάρκειας, που συνήθως διαρκούν 5-60 λεπτά. Έχουν εκπαιδευτικό και κινητοποιητικό χαρακτήρα, είναι σχεδιασμένες για να αντιμετωπίσουν την ειδική συμπεριφορά του πότη και εστιάζουν περισσότερο στην επανατροφοδότηση από την διαγνωστική αξιολόγηση, την εκπαίδευση, στην απόκτηση δεξιοτήτων, στην ενθάρρυνση και πρακτικές συμβουλές, παρά σε εντατική ψυχολογική ανάλυση, ή πιο περίπλοκες θεραπευτικές τεχνικές (Gomel et al.1995).

Η αποτελεσματικότητα των σύντομων αυτών παρεμβάσεων από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των πρώτων προβλημάτων λόγω κατανάλωσης

αλκοόλ, έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες (WHO 1996; Wilk et al.1997). Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ έως και 30%, για περιόδους 6-12 μηνών ,ή και περισσότερο. Οι μελέτες δείχνουν επίσης, ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι οικονομικά αποδοτικές (Gothel et al. 1995).

Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρότερη εξάρτηση, υπάρχουν αποτελεσματικές επιλογές και για εξωτερικούς και για εσωτερικούς ασθενείς, αν και σημαντικά φθηνότερες για τους πρώτους. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές ψυχολογικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές σε σύγκριση με την Θεραπεία από ειδικούς όπως: η γνωσιακή –συμπεριφορική θεραπεία, οι κινητοποιητικές συνεντεύξεις, και οι προσεγγίσεις του τύπου "Δώδεκα βήματα" (Twelve steps). Όταν συνυπάρχει κοινοτική ενίσχυση, όπως των Ανωνόμων Αλκοολικών (Α.Α.), κατά τη διάρκεια και μετά την ειδική θεραπεία, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα απ' ότι με τη θεραπεία μόνο. Η Θεραπεία των συζύγων και μελών της οικογένειας, ή απλώς η εμπλοκή τους, βοηθάει ώστε να αρχίσει η θεραπεία, αλλά και να μη διακοπεί.

Η αποτοξίνωση (η Θεραπεία του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου) εντός της κοινότητας είναι προτιμητέα, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή εξάρτηση, ιστορικό μετροπώδους παραλήρημα ή επιληπτικές κρίσεις, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ή προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες αποτοξίνωσης (Edwards et al. 1997). Η νοσηλεία σε νοσοκομείο συνίσταται για τους ασθενείς με συννοσηρότητα, ή για εκείνους που πάσχουν σοβαρά από ψυχιατρική άποψη. Ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές παρεμβάσεις βοηθούν επίσης την ανάρρωση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι κατασταλτικές θεραπείες έχουν αποτέλεσμα. Είναι απίθανο ότι μια τέτοια Θεραπεία θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα, είτε γίνεται μετά τον εγκλεισμό (με ή χωρίς δικαστική απόφαση), είτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (Heather 1995).

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ψυχολογική Θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά μερικά φάρμακα αποδεικνύονται αποτελεσματικά ως συμπλήρωμα της Θεραπείας, ώστε να μειωθεί το ποσοστό υποτροπών (NIDA 2000).

4.5.3. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες, πρέπει να αντιμετωπιστεί, από την άποψη του ευρύτερου στόχου της πρόληψης και μείωσης των προβλημάτων που

οφείλονται σε αυτή την εξάρτηση, σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι να μειώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προκαλείται ή σχετίζεται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, έως ότου οι ασθενείς επιτύχουν την απεξάρτηση. Οι σχετικές στρατηγικές περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση, τον προσδιορισμό και χειρισμό του κινδύνου μεταδοτικών νοσημάτων, όπως και άλλα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα, την σταθεροποίηση και συντήρηση με φαρμακοθεραπεία (για εξάρτηση από απιοειδή), συμβουλευτική θεραπεία, πρόσβαση στις υπηρεσίες, και ευκαιρίες για κοινωνική ενσωμάτωση.

Τα άτομα με εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες συχνά έχουν σύνθετες ανάγκες. Κινδυνεύουν από το HIV και άλλες μεταδοτικές με το αίμα νόσους, συννοσηρότητα σωματικών και ψυχικών διαταραχών, προβλήματα με πολλαπλές ψυχοδραστικές ουσίες, εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και προβλήματα με τις προσωπικές τους σχέσεις, το επάγγελμα και τη στέγη. Οι ανάγκες τους απαιτούν σύνδεση των επαγγελματιών της υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών, του εθελοντικού τομέα και του δικαστικού συστήματος.

Η από κοινού φροντίδα και ενοποίηση των υπηρεσιών, είναι καλό παράδειγμα σωστής τακτικής για την φροντίδα των εξαρτημένων αυτού του είδους. Οι γενικοί ιατροί μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν οξεία επεισόδια τοξίκωσης και στερητικού συνδρόμου και να παρέχουν σύντομη συμβουλευτική θεραπεία, εμβολιασμούς, έλεγχο για HIV, γυναικολογικό έλεγχο, συμβουλές για τον οικογενειακό προγραμματισμό ή και να παραπέμψουν αλλού.

Η συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες, είναι σημαντικά τμήματα της αποτελεσματικής θεραπείας της εξάρτησης, αφού ασχολούνται με την κινητοποίηση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής και δεξιοτήτων επίλυσης των γενικότερων προβλημάτων, ή προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ειδικότερα για τους εξαρτημένους από απιοειδή, οι φαρμακοθεραπείες υποκατάστασης είναι αποτελεσματική προσέλευση στην συμβουλευτική θεραπεία. Καθώς η πλειοψηφία των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες καπνίζουν, πρέπει να γίνεται συμβουλευτική θεραπεία με στόχο την διακοπή του καπνίσματος και θεραπείες υποκατάστασης με νικοτίνη. Οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν επίσης να συμπληρώσουν και να διευρύνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που παρέχουν οι ειδικοί.

Η αποτοξίνωση είναι το πρώτο μόνο στάδιο θεραπείας της εξάρτησης, και χωρίς άλλη παρέμβαση δεν σταματάει την χρήση ουσιών μακροπρόθεσμα. Πρέπει να υπάρχει μακροχρόνια φροντίδα και οι σύννοδες ψυχιατρικές διαταραχές πρέπει επίσης να θεραπεύονται,

ώστε να μειώνονται τα ποσοστά υποτροπών. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται τρεις μήνες θεραπείας κατ' ελάχιστο για να έχουν σημαντική βελτίωση.

Οι ενέσιμες παράνομες φαρμακευτικές ουσίες απειλούν τη δημόσια υγεία κατά έναν ιδιαίτερο τρόπο. Η από κοινού χρήση των συριγγών σχετίζεται με την μετάδοση μολυσματικών νόσων (ιδιαίτερα του HIV και της ηπατίτιδας Θ και C) και ευθύνεται για την εξάπλωση του HIV σε πολλές Χώρες, όπου είναι διαδεδομένη αυτή η χρήση.

Όσοι παίρνουν ναρκωτικά με ενέσεις και δεν αρχίζουν θεραπεία, έχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν από τον HIV από όσους αρχίζουν θεραπεία. Επομένως, οι υπηρεσίες Θα πρέπει να ελέγχουν αν υπάρχει HIV / AIDS, ηπατίτιδα Θ και C, φυματίωση, ή άλλη μολυσματική νόσος, και όπου είναι δυνατόν, να παρέχουν θεραπεία και να κάνουν συμβουλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν αυτές τις ανασφαλείς πρακτικές.

Η θεραπεία της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες είναι αποδοτική οικονομικά, αφού μειώνει τη χρήση (40-60%) και τα υγειονομικά και κοινωνικά επακόλουθα, όπως την μόλυνση με ΗΝ και την εγκληματικότητα. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής είναι συγκρίσιμη με τα ποσοστά επιτυχίας θεραπειών άλλων χρόνιων νόσων, όπως του διαβήτη, της υπέρτασης και του άσθματος (NIDA 2000). Έχει αποδειχθεί, ότι η θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρός τρόπος αντιμετώπιση από άλλους εναλλακτικούς τρόπους, όπως η μη θεραπεία των εξαρτημένων, ή η φυλάκισή τους. Στις Η.Π.Α., για παράδειγμα, ένα έτος συντηρητικής θεραπείας ενός ασθενή με μεθαδόνη κοστίζει 4.700 δολάρια, ενώ αντίστοιχα η φυλάκιση 1.800 δολάρια.

4.5.4.ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Πρωτογενής πρόληψη της σχιζοφρένειας δεν είναι δυνατή σήμερα. Εντούτοις, πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες επιχειρούν να αναπτύξουν μεθόδους, ώστε να διακρίνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια σε πολύ πρώιμο στάδιο, ή τα άτομα με υψηλό κίνδυνο νόσησης. Η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο θα αύξανε τις δυνατότητες έγκαιρων παρεμβάσεων, μειώνοντας πιθανώς τον κίνδυνο χρονιότητας και σοβαρών μονιμότερων βλαβών. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων πρέπει να κριθεί μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση (McGorry 2000).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία. Πρώτον, υπάρχουν

φάρμακα για τα συμπτώματα και την πρόληψη υποτροπών. Δεύτερον, η εκπαίδευση και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις επιπλοκές και βοηθούν επίσης στην πρόληψη υποτροπών. Τρίτον, η αποκατάσταση βοηθά τους ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα και να επαναλειτουργήσουν εκπαιδευτικά και επαγγελματικά. Η πρόκληση στην οργάνωση της φροντίδας των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συνίσταται στο να οδηγείται ο ασθενής απρόσκοπτα από την έγκαιρη διάγνωση στην θεραπεία και αποκατάσταση.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι να διαγιγνώσκεται η ασθένεια όσο το δυνατόν νωρίτερα, να γίνεται συμπτωματική αντιμετώπιση, να εκπαιδεύεται ο ασθενής και η οικογένεια, να διαφυλάσσεται η καλή πορεία του ασθενούς, να προλαμβάνονται οι υποτροπές και να ενσωματώνεται ο ασθενής στην κοινότητα ώστε να έχει μια ομαλή Ζωή. Υπάρχουν αδιαμφισβήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η θεραπεία μειώνει την διάρκεια και την χρονιότητα της ασθένειας, καθώς και τις υποτροπές.

Δύο κατηγορίες φαρμάκων χρησιμοποιούνται σήμερα στην Θεραπεία της σχιζοφρένειας: τα κλασικά αντιψυχωτικά (που παλαιότερα λέγονταν και νευροληπτικά) και τα νεότερα αντιψυχωτικά (που αναφέρονται ως αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς). Τα κλασικά αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτο χρησιμοποιήθηκαν πριν 50 χρόνια, και είναι αποτελεσματικά στην μείωση ή και εξαφάνιση συμπτωμάτων, όπως οι διαταραχές της σκέψης, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις. Μειώνουν επίσης τα συνωδά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως ην διέγερση, την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται εντός λίγων ημερών ή εβδομάδων στο 70% των ασθενών.

Εάν λαμβάνονται όπως πρέπει, αυτά τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές στο ήμισυ. Τα φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα είναι λιγότερο αποτελεσματικά ως προς συμπτώματα όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία των ιδεών. Τα φάρμακα πρώτης γενιάς είναι φτηνά και δεν κοστίζουν περισσότερο από 5 δολάρια ανά μήνα θεραπείας στις αναπτυσσόμενες Χώρες. Μερικά είναι και ενέσιμα παρατεταμένης δράσεως 1-4 εβδομάδων.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν, ώστε να ωφεληθούν οι πάσχοντες από τις ψυχοκοινωνικές μορφές Θεραπείας. Τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες και ευρύτερη δράση. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν, ότι τα νεότερα αντιψυχωτικά διαφέρουν αισθητά από τα παλαιότερα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αν και υπάρχουν διάφορες ως προς τις συνηθέστερες παρενέργειές τους.

Η μέση διάρκεια Θεραπείας είναι 3-6 μήνες. Η Θεραπεία συντήρησης διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος μετά το πρώτο επεισόδιο, 2-5 έτη μετά το δεύτερο επεισόδιο και δια ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ανταπόκριση στη Θεραπεία είναι θετικότερη, οι δόσεις μικρότερες, και η Θεραπεία συντομότερη. Στην όλη φροντίδα των ασθενών, η υποστήριξη της οικογένειας είναι σημαντικός παράγοντας. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας οικογενειακής εκπαίδευσης και υποστήριξης μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές από 50% σε λιγότερο από 10% (Leff & Garnble 1995; Dixon et al 2000; Pharaoh et al 2000).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ποικιλία μέτρων, που αρχίζουν από την βελτίωση της κοινωνικής επάρκειας και δικτυωμένη κοινωνική υποστήριξη, ως την οικογενειακή υποστήριξη. Κεντρική θέση σε όλα αυτά κατέχει η στήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων μέσω της ενημέρωσης της κοινής γνώμης και η ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας. Ο σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι η καθοδηγητική αρχή αυτής της στρατηγικής.

Σήμερα, λίγοι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρειάζονται μακρόχρονη ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία. Η συνήθης διάρκεια είναι μόνο 2-4 εβδομάδες, όταν υπάρχει ανάγκη, ενώ διαρκούσε για χρόνια πριν τις σύγχρονες θεραπείες. Η αποκατάσταση σε κέντρα ημέρας, προστατευόμενα εργαστήρια, και χώρους "ενδιάμεσης διαμονής" (halfway horns) βελτιώνει την ανάρρωση ασθενών με μακρόχρονη ασθένεια ή με υπολειμματικές αναπηρίες, όπως η έλλειψη κινητοποίησης, η κοινωνική απόσυρση και ο Βραδυψυχισμός.

Αποτελεσματικά μέσα για την πρόληψη της επιληψίας είναι η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, ο ασφαλής τοκετός, ο έλεγχος του πυρετού στα παιδιά, ο έλεγχος παρασιτικών και μολυσματικών νόσων και η πρόληψη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (π.χ. έλεγχος της πίεσης του αίματος και χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους).

Ο στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των κρίσεων με την πρόληψη τους για δύο τουλάχιστον έτη και η ενσωμάτωση των ατόμων με επιληψία στην εκπαίδευση και στην κοινότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και η σταθερή χορήγηση συντηρητικής φαρμακοθεραπείας είναι βασικά στοιχεία μιας θετικής εξέλιξης.

Στην επιληψία σχεδόν πάντα χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Πρόσφατες μελέτες και σε ανεπτυγμένες και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει, ότι έως και 70% των νεοδιαγνωσμένων παιδιών και ενηλίκων με επιληψία αντιμετωπίζονται επιτυχώς με αντιεπιληπτικά, ώστε να μην έχουν πλέον κρίσεις, υπό την προϋπόθεση να παίρνουν τα

φάρμακα τους τακτικά. Μετά από 2-5 έτη επιτυχούς αγωγής (παύση των κρίσεων), η αγωγή μπορεί να διακοπεί στο 60-70% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγωγή πρέπει να συνεχιστεί δια βίου, και, υπό την προϋπόθεση ότι θα είναι τακτική, σε πολλές περιπτώσεις πιθανόν να μην υπάρχουν κρίσεις, ενώ σε άλλες η συχνότητα και σοβαρότητα θα είναι μειωμένες. Για μερικούς ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία επιληψία, η νευροχειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι επιτυχής. Η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη είναι επίσης πολύτιμη (WHO 2000).

Η φαινοβαρβιτάλη έχει γίνει το πλέον εν χρήσει αντιεπιληπτικό φάρμακο στις αναπτυσσόμενες χώρες, ίσως διότι τα άλλα φάρμακα στοιχίζουν 5-20 φορές περισσότερο. Μια μελέτη στην αγροτική Ινδία βρήκε ότι το 65% όσων ελάμβαναν φαινοβαρβιτάλη αντιδρούσαν καλά στη θεραπεία, και το ίδιο ποσοστό ίσχυε για την φαινυτοΐνη. Οι παρενέργειες ήταν παρόμοιες και για τα δύο φάρμακα (Mani et al 2001).

Μια μελέτη στην Ινδονησία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, παρόλα τα μειονεκτήματα, η φαινοβαρβιτάλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μελέτες στον Ισημερινό και την Κένυα συνέκριναν την φαινοβαρβιτάλη και την καρβαμαζεπίνη και βρήκαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια (Scot et al 2001). Στις περισσότερες χώρες, το κόστος της αγωγής με φαινοβαρβιτάλη φτάνει τα 5 δολάρια μόνο κατά έτος.

4.5.5 Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Η πρωτογενής πρόληψη της νόσου Alzheimer δεν είναι δυνατή προς το παρόν. Οι στόχοι της φροντίδας είναι να παραμείνει το άτομο σε λειτουργία, να μειωθεί η αναπηρία λόγω της απώλειας νοητικών λειτουργιών, να αναδιοργανωθεί η καθημερινότητα ώστε να ευνοείται η χρήση των λειτουργιών που έχουν παραμείνει ανέπαφες, να ελαχιστοποιηθούν τα ενοχλητικά συμπτώματα, όπως τα ψυχωτικά (Π.Χ. η καχυποψία), η διέγερση και η κατάθλιψη, και να υπάρχει στήριξη της οικογένειας.

Ένας κεντρικός στόχος της έρευνας για την θεραπεία της νόσου Alzheimer είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που καθυστερούν την έναρξη, επιβραδύνουν την εξέλιξη ή αμβλύνουν την συμπτωματολογία της νόσου. Φάρμακα που δρουν ως αγωνιστές των χολινεργικών υποδοχέων (Aches) γενικά βελτιώνουν τις γνωστικές λειτουργίες και είναι πολύ

αποτελεσματικά στην βελτίωση της προσοχής, βελτίωση της μάθησης και της μνήμης, που κυρίως βλάπτονται από τη νόσο Alzheimer, βρέθηκε σπανιότερα. Η αγωγή με Aches φαίνεται να ωφελεί επίσης ορισμένα συμπτώματα της νόσου Alzheimer, όπως οι παραληρητικές ιδέες και τα συμπεριφορικά συμπτώματα.

Η θεραπεία της κατάθλιψης των ασθενών με Alzheimer είναι επιβοηθητικός παράγων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας.

Από τα συμπεριφορικά συμπτώματα που συναντώνται στη νόσο Alzheimer, η κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζονται συχνότερα στα πρώτα στάδια, ενώ τα ψυχωτικά συμπτώματα και η επιθετική συμπεριφορά αργότερα. Δεδομένης της αύξησης της επιβίωσης παγκοσμίως, η φροντίδα για την ευζωία των ασθενών με Alzheimer αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το μέλλον.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι άκρως σημαντικές στη νόσο Alzheimer τόσο για τον άρρωστο, όσο και για όσους τον φροντίζουν από την οικογένεια, οι οποίοι επίσης κινδυνεύουν από κατάθλιψη, άγχος και σωματικά προβλήματα. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, υποστήριξη, γνωσιακές - συμπεριφορικές τεχνικές, αυτοβοήθεια, και προσωρινή φροντίδα προς ανακούφιση της οικογένειας. Μια μελέτη έδειξε ότι μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση - ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική θεραπεία, συν συμμετοχή σε υποστηρικτική ομάδα, η οποία απευθυνόταν σε άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς συντρόφους τους, καθυστέρησε την ιδρυματοποίηση των ασθενών με άνοια κατά ένα χρόνο (Mittelman et al 1996).

4.5.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Λόγω της σοβαρότητας της νοητικής καθυστέρησης και της μεγάλης επιβάρυνσης που προκαλεί στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και στις υπηρεσίες υγείας, η πρόληψη είναι εξαιρετικά σημαντική. Λόγω της ποικίλης αιτιολογίας της νοητικής καθυστέρησης η προληπτική δράση πρέπει να στοχεύει σε συγκεκριμένους παράγοντες. Παραδείγματα είναι η ιωδίωση του νερού ή του αλατιού για την πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης λόγω έλλειψης ιωδίου (κρενισμός) (Mubbashar 1999), η αποχή των εγκύων από το αλκοόλ προς αποφυγή του αιθρικού αλκοολικού συνδρόμου, ο διαιτητικός έλεγχος για την πρόληψη

νοητικής καθυστέρησης σε ανθρώπους με φαλνυλοκετονουρία, η γενετική συμβουλευτική για την πρόληψη ορισμένων μορφών νοητικής καθυστέρησης (όπως το σύνδρομο Down), η τη διαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα και περιβαλλοντικός έλεγχος για την πρόληψη νοητικής καθυστέρησης λόγω δηλητηρίασης από βαρέα μέταλλα, όπως ο μόλυβδος.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η έγκαιρη αναγνώριση της κατάστασης και η βέλτιστη εκμετάλλευση των διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου με την εκπαίδευση, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, την εκπαίδευση της οικογένειας και την υποστήριξη, την επαγγελματική εκπαίδευση και τις ευκαιρίες εργασίας σε προστατευόμενα περιβάλλοντα.

Η έγκαιρη παρέμβαση συνίσταται σε σχεδιασμένες προσπάθειες να βοηθηθεί η ανάπτυξη, μέσω τροποποίησης διάφορων παραγόντων του περιβάλλοντος και των μεθόδων εκπαίδευσης, και αρχίζει μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής. Οι στόχοι είναι να επιταχυνθεί ο ρυθμός πρόσκτησης και ανάπτυξης νέων συμπεριφορών και δεξιοτήτων, να διευρυνθεί η αυτόνομη λειτουργικότητα και να ελαχιστοποιηθούν τα επακόλουθα της βλάβης. Η συνήθης αντιμετώπιση είναι να δίνεται στο παιδί μια αισθητηριακή κινητική εκπαίδευση σε πρόγραμμα αισθητηριακής ανάπτυξης νηπίων μαζί με ψυχοκοινωνικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Η εκπαίδευση των γονέων, ώστε να εκπαιδεύουν τα παιδιά για να αποκτήσουν τις καθημερινές δεξιότητες, αποτελεί βασικό παράγοντα της φροντίδας των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν τις αρχές της μάθησης και να εκπαιδευτούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και σε τεχνικές επαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να αλληλοϋποστηρίζονται σε ομάδες αυτοβοήθειας.

Η πλειοψηφία των παιδιών με νοητική καθυστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παρακολούθηση ενός κανονικού σχολείου. Χρειάζονται πρόσβαση βοήθειας, και μερικά πρέπει να παρακολουθούν ειδικά σχολεία, όπου η έμφαση δίδεται σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η τροφή, το ντύσιμο, οι κοινωνικές δεξιότητες και οι αριθμοί και τα γράμματα. Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη πολλών εξ αυτών των δεξιοτήτων, όπως και στην αύξηση αποδεκτών συμπεριφορών και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Η επαγγελματική εκπαίδευση σε προστατευόμενα περιβάλλοντα και η χρήση συμπεριφορικών δεξιοτήτων έχει οδηγήσει μεγάλο αριθμό ανθρώπων με νοητική καθυστέρηση σε μια ιδιαίτερα ενεργό συμμετοχή ζωή.

4.5.7.ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ακριβής αιτιολογία των υπερκινητικών διαταραχών - υπερδραστηριότητα στα παιδιά, συχνά με ακούσιες μυϊκές συσπάσεις- είναι άγνωστη, και έτσι η πρωτογενής πρόληψη δεν είναι δυνατή σήμερα.

Είναι δυνατόν, εντούτοις, να προληφθούν συμπτώματα που διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως υπερκινητικές διαταραχές, μέσω προληπτικών παρεμβάσεων στις οικογένειες και τα σχολεία.

Η θεραπεία των υπερκινητικών διαταραχών πρέπει να αρχίσει μόνο αφού υπάρξει σίγουρη διάγνωση. Πολύ συχνά, η διάγνωση γίνεται χωρίς να υπάρχουν τα αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια. Η λανθασμένη διάγνωση οδηγεί και στη μη ανταπόκριση του ασθενούς στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Υπερκινητικά συμπτώματα συναντώνται σε ένα φάσμα ασθενειών και υπάρχουν για αυτά ειδικές θεραπείες πιο κατάλληλες από τη θεραπεία για τις υπερκινητικές διαταραχές. Για παράδειγμα, μερικά παιδιά και έφηβοι με συμπτώματα υπερκινητικής διαταραχής πάσχουν από ψύχωση, ή εκδηλώνουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Άλλα μπορεί να έχουν μαθησιακές διαταραχές, και άλλα μπορεί να βρίσκονται μέσα στα όρια του φυσιολογικού, αλλά το περιβάλλον έχει μειωμένη ανοχή ως προς τις συμπεριφορές που αναφέρει ως συμπτωματικές. Μερικά παιδιά εκδηλώνουν υπερκινητικά συμπτώματα ως απάντηση στο έντονο στρες στο σπίτι ή στο σχολείο. Μια ενδελεχής διάγνωση είναι επομένως ουσιώδης, και γι' αυτό χρειάζεται η βοήθεια του ειδικού.

Αν και η αγωγή με διεγερτικά του νευρικού συστήματος είναι σήμερα αρκετά κοινή, υπάρχουν υποστηρικτικές ενδείξεις στο να χρησιμοποιηθούν συμπεριφορικές θεραπείες και χειρισμοί του περιβάλλοντος, ώστε να μειωθούν τα υπερκινητικά συμπτώματα. Οι θεραπείες πρέπει να εκτιμώνται ως προς το αν είναι οι κατάλληλες, ειδικά όπου η διάγνωση αμφισβητείται. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν γενικά παραδεκτές αρχές ως προς τη χρήση ψυχοδιεγερτικών στα παιδιά και εφήβους, είναι σημαντικό να αρχίζει η αγωγή με μικρές δόσεις και να αυξάνονται σταδιακά έως το ενδεδειγμένο σημείο, κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Φάρμακα παρατεταμένης δράσης είναι σήμερα διαθέσιμα, αλλά ισχύουν τα ίδια ως προς τη δοσολογία. Τα φικυκλικά αντικαταθλιπτικά, καθώς και άλλα φάρμακα αναφέρονται ως χρήσιμα, αλλά δεν θεωρούνται ως φάρμακα πρώτης επιλογής.

Η διάγνωση της υπερκινητικής διαταραχής συχνά δεν γίνεται παρά αφού τα παιδιά φθάσουν σε σχολική ηλικία, οπότε και μπορούν να ωφεληθούν από το πιο συγκροτημένο

σχολικό περιβάλλον, ή από πιο εξατομικευμένη εκπαίδευση. Στο σπίτι, η υποστήριξη των γονέων και ο μετριασμός ανέφικτων προσδοκιών ή συγκρούσεων, μπορούν να διευκολύνουν στην μείωση των υπερκινητικών συμπτωμάτων. Κάποτε εθεωρείτο ως διαταραχή που ξεπερνιόταν όταν τα παιδιά ενηλικιώνονταν, αλλά σήμερα γνωρίζουμε ότι η διαταραχή επιμένει σε μερικές περιπτώσεις. Η αναγνώριση αυτού του γεγονότος από τον πάσχοντα (σπανίως την πάσχουσα) τον βοηθάει να βρει μία θέση στη ζωή λαμβάνοντας υπόψη την δύσκολα θεραπεύσιμη κατάστασή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και -συνά- από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν. 1397/83).

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε Ε.Ο.Κ. (Κανονισμός 815/84) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο Νόμος 2716/99 για την "Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας" ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας χωρίς να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.

5.2 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Κατά την γνώμη του κ. Λαουδιά: «Το Ψυχαργός Ι είναι η πρώτη σοβαρή παρέμβαση Ευρωπαϊκής απόφασης όπου τα πρώτα βήματα γίνονται μέσα στο νοσοκομείο χωρίς την δημιουργία δομών έξω από τα ψυχιατρεία.»

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001 - 2010. Η δεύτερη αναθεώρησή του έχει προγραμματισθεί για το έτος 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία.

5.3 Η Α' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2000 - 2001)

Η Α' Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και

χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Η Α' φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Τα αποτελέσματα της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» υπήρξαν τα εξής:

1. Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων
2. Δημιουργία 71 Εργαστηρίων κατάρτισης
3. Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών
4. Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
5. Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
6. Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «**Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων υλοποίησης**» του προγράμματος.

Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο **Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)** έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

1. Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
2. Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος
3. Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας
4. Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης
5. Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
6. Εμπύκωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας - Πρόνοιας
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων.

Ο κ. Λαουδιάς ανέφερε τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης του «Ψυχαργός»: «Τα αποτελέσματα με την υλοποίηση του Ψυχαργός 1 ήταν ικανοποιητικά και περισσότερα από όσα σχεδιάστηκαν. Το Ψυχαργός έδωσε στην συνολικά 11 ξενώνες και 13 διαμερίσματα. Ο ξενώνας διαβαθμίζεται σε κατηγορίες :α)το οικοτροφείο ,που είναι νοσηλευτικό τμήμα που απλά μεταφέρθηκε έξω με την παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού κάποιες ώρες, β)13 εργαστήρια απασχόλησης, γ) διαμερίσματα που οι ψυχικά ασθενείς μαθαίνουν να ζουν μόνο με ιατρική παρακολούθηση. Δημιουργήθηκαν συνεταιρισμοί για τους ψυχικά ασθενείς ,πραγματοποιούνται εκθέσεις σε διάφορες πόλεις και διαφημίζονται. Οι εκθέσεις δεν είναι διαδεδομένες αλλά εξελίσσονται και προχωρούν αργά. Δημιουργούνται προγράμματα στον Ο.Α.Ε.Δ. που ωστόσο δεν αποδίδουν ,λόγω στίγματος. Γίνεται προσπάθεια για το τελικό κλείσιμο των ψυχιατρείων.»

5.4 Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2002-2006)

Η Β' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Ο κ. Λαουδιάς αναφερόμενος στη δεύτερη φάση του «Ψυχαργός», τόνισε ότι: «Το Ψυχαργός 2 έχει πιο σοβαρό σκοπό. Στοχεύει στην δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων ενσωματωμένα στα Γενικά Νοσοκομεία ,στην τελική κατάργηση των ασύλων ώστε ο ψυχικά ασθενής να μένει στο σπίτι του ,στην δημιουργία και άλλων ξενώνων και στην προσφορά εργασίας επί πληρωμή των ψυχικά ασθενών.»

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι ενδεικτικά οι κατωτέρω:

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία.
Περιλαμβάνουν κλασσικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Άλλα πρόκειται να δημιουργηθούν εξ' αρχής και άλλων πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή. Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους.

Συγχρόνως:

- η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),
- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων.

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της κρίσης είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

Στην συνέχεια παρατίθενται πίνακες για τα έργα που προβλέπεται να υλοποιηθούν κατά την Β' Φάση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανά Πε.Σ.Υ.Π., τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

Πε.Σ.Υ.Π.	Ψυχιατρικά Τμήματα			Παιδοψυχιατρικά Τμήματα			Κ.Ψ.Υ.- Ιατροπαιδαγωγικά			Ξενώνας Βραχείας Παραμονής			Κέντρα Ημέρας			Κινητές Μονάδες			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
	02-04	05-06	07--	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	
Αν. Μακεδ.- Θράκη	3	1					4	1		1	1		2						10	3	0	13
Α' Κεντρ, Μακεδ,	2										2		3						5	2	0	7
Β' Κεντρ, Μακεδ	2	1		1				1			4								3	6	0	9
Δυτ, Μακεδονία		1						1		1						1			1	3	0	4
Ηπείρου		2	1		1			2			2	1	1	2	1		2		1	9	3	13
Θεσσαλίας	3	1					1				1		2	2		2			8	4	0	12
Ιονίων Νήσων		1						3			2		1	2		2			1	10	0	11
Δυτ. Ελλάδα	1	2		1			2	2	1			1		2			4		4	10	2	16
Στ. Ελλάδα	1		1				1						2						4	0	1	5
Α' Αττικής		3	1	1				5		1		1		1					2	9	2	13
Β' Αττικής		6	2		3		5	4	1	4	3		2						11	16	3	30
Γ' Αττικής		4		1			5	3	4		2		4						10	9	4	23
Πελοποννήσου	1	4					1	2		1		1		1			4		3	11	1	15
Βορ. Αιγαίου	1						2				1								3	1	0	4
Α' Νοτ. Αιγαίου																3			3	0	0	3
Β' Νοτ. Αιγαίου	1															1			2	0	0	2
Κρήτης	1	2	1	-1			3	1		1	1	1	1						7	4	2	13
Σύνολα	16	28	6	5	4	0	24	25	6	9	17	5	18	10	1	6	13	0	78	97	18	193

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανά Πε.Σ.Υ.Π., τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

	Αυτισμός			Τοξικοεξάρτηση			Αλκοολισμός			Αλτσαίμερ			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	
Αν. Μακεδ.- Θράκη													0	0	0	0
Α' Κεντρ, Μακεδονία		2				1							0	2	1	3
Β' Κεντρ, Μακεδονία			1		1	1		1		1			1	2	2	5
Δυτ, Μακεδονία						1							0	0	1	1
Ηπείρου		1	1		1	1		1					0	3	2	5
Θεσσαλίας	1		1		2	1		1			1		1	4	2	7
Ιονίων Νήσων			1		1								0	1	1	2
Δυτ. Ελλάδας			1		1	2		1			1		0	3	3	6
Στ. Ελλάδας													0	0	0	0
Α' Αττικής											1		0	1	0	1
Β' Αττικής	3		1		2			2					3	4	1	8
Γ' Αττικής		2			1			1			1		0	5	0	5
Πελοποννήσου		2	1		2	1							0	4	2	6
Βορ. Αιγαίου										1			1	0	0	1
Α' Νοτ. Αιγαίου													0	0	0	0
Β' Νοτ. Αιγαίου						1				1			0	0	2	2
Κρήτης		1			1			1		1			1	3	0	4
Σύνολα	4	8	7	0	12	9	0	8	1	3	4	0	7	32	17	56

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ

ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ανά Πε.Σ.Υ.Π. τύπο δομής και χρονικό προγραμματισμό

Πε.Σ.Υ.Π.	Ξενώνες			Οικοτροφεία			Προστ. Διαμερίσματα			Εργαστ. Κατάρτ.			Σύνολο			ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	02-04	05-06	07+	
Αν. Μακεδονίας - Θράκης	1	2		5			2						8	2	0	10
Α' Κεντρικής Μακεδονίας		2		5			2						7	2	0	9
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4	5		6	2		7						17	7	0	24
Δυτικής Μακεδονίας													0	0	0	0
Ηπείρου				2	6		8						10	6	0	16
Θεσσαλίας				7			8			2	6		17	6	0	23
Ιονίων Νήσων	1			6			3						10	0	0	10
Δυτικής Ελλάδας	1			4	1		13						18	1	0	19
Στερεάς Ελλάδας		1		7			2						9	1	0	10
Α' Αττικής													0	0	0	0
Β' Αττικής	1			6									7	0	0	7
Γ' Αττικής	9	2		35	3		50						94	5	0	99
Πελοποννήσου	2	1		4	1		11						17	2	0	19
Βόρειου Αιγαίου		2					2						2	2	0	4
Α' Νότιου Αιγαίου													0	0	0	0
Β' Νότιου Αιγαίου		3		1			2						3	3	0	6
Κρήτης	3	2		8			9						20	2	0	22
Σύνολα	22	20	0	96	13	0	119	0	0	2	6	0	239	39	0	278

Ψυχαργώς - Β' φάση

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ

ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ			
	2002-2004	2005-2006	2007 +
<u>Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας</u>			
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	16	28	6
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γεν. Νοσοκομείων	5	4	0
Κ.Ψ.Υ. - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	24	25	6
Ξενώνες Βραχείας Παραμονής	9	17	5
Κέντρα Ημέρας	18	10	1
Κινητές Μονάδες	6	13	0
Σύνολα	78	97	18
<u>Δομές Αποασυλοποίησης</u>			
Ξενώνες	22	20	0
οικοτροφεία	96	13	0
Προστατευμένα Διαμερίσματα	119	0	0
Εργαστήρια Κατάρτισης	2	6	0
Σύνολα	239	39	0
<u>Εξειδικευμένες Δομές Ψυχικής Υγείας</u>			
Δομές για τον Αυτισμό	4	8	7
Δομές για την Τοξικοεξάρτηση	0	12	9
Δομές για τον Αλκοολισμό	0	8	1
Δομές για Νόσο Αλτσχάϊμερ	3	4	0
Σύνολα	7	32	17
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ ΔΟΜΩΝ			
	324	168	35
	527		

5.5 Η "ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ" ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ» ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ

Για την υποστήριξη και παρακολούθηση του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση», το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διενήργησε Δημόσιο Ανοικτό Διαγωνισμό για την ανάδειξη Αναδόχου που ανέλαβε το έργο «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' ΦΑΣΗ.

Στην προκήρυξη συμμετείχε και αξιολογήθηκε θετικά από την Επιτροπή Αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η **Ένωση Φορέων** στην οποία συμμετέχουν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής με ποσοστό 60/3%, το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών με ποσοστό 7%, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με ποσοστό 3,1% και ο Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ) με ποσοστό 29,6%,

Το έργο της "Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Φάση Β" συνίσταται στην παροχή ενός **ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών**, μέσω του οποίου θα επιτευχθεί η βελτιστοποίηση των διαδικασιών του προγράμματος| η μεταφορά της πλέον σύγχρονης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας στις μονάδες ψυχικής υγείας και η εξασφάλιση συστηματικής παρακολούθησης έργων και ενεργειών.

Η Μονάδα θα αναλάβει σε πρώτη φάση την τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης ώστε να εξασφαλιστούν οι αναγκαίοι όροι αξιοποίησης έγκαιρης και εντός των οικονομικών περιορισμών, εκτέλεσης των έργων. Η Μονάδα πέραν της υποστήριξης για τη διαμόρφωση προτάσεων έργων θα αναλάβει να προσφέρει λύσεις και υπηρεσίες σε θέματα συνολικού σχεδιασμού και προγραμματισμού δράσης. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό **βελτίωση των λειτουργιών των Φορέων** έναντι των υποχρεώσεων εκτέλεσης των έργων και των συνθηκών ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο και σε τελευταία ανάλυση.

Σημαντική διάσταση στη λειτουργία της Μονάδας αποτελεί η υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - β' ώστε να ενσωματώσουν την οπτική και τις προτεραιότητες της **ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής**. Πρακτικά τούτο επιτυγχάνεται με την υποστήριξη και εμπύχωση του προσωπικού των νέων

δομών με εξειδικευμένα στελέχη και προγράμματα on the job training. Η αξιοποίηση της πλέον έγκυρης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό σχετικής με την κοινοτική ψυχιατρική, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αντιμετώπιση των κρίσεων από τη χρήση ουσιών και την αντιμετώπιση του αυτισμού, αναμένεται να συμβάλλει στην **ανάπτυξη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των φορέων του δημοσίου τομέα** σε σχέση με τις μεθόδους υλοποίησης έργων και τις τεχνολογικές εξελίξεις.

Η Μονάδα αναλαμβάνοντας την υποστήριξη για τη δημιουργία και λειτουργία Δικτύων των εμπλεκόμενων Φορέων θα συμβάλλει στη μεγιστοποίηση των ωφελειών και την **ανάπτυξη συνεργίας** μεταξύ φορέων και τομέων ψυχικής υγείας.

Με τη λειτουργία της Μονάδας θα εξασφαλισθεί η τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων και δείκτες από την εφαρμογή των δράσεων για την αποασυλοποίηση και κοινωνικο-οικονομική αποκατάσταση. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό η συστηματοποίηση των αναγκών σε σχέση με τη διαδικασία προγραμματισμού έργων και ενεργειών από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ιδιαίτερα ενόψει της διαδικασίας συνεχούς (10ετές πρόγραμμα) όσο και προγραμματικής (αρχές 2004) αναθεώρησης του προγράμματος.

Στην συνέχεια παρατίθεται πίνακας των υποέργων του έργου της Μονάδας:

Πίνακας Υποέργων του Έργου της Μονάδας

- Τεχνική υποστήριξη των Φορέων, που προτίθενται να υποβάλλουν προτάσεις στο Ε.Π. «Υγεία - Πρόνοια» (Άξονας Προτεραιότητας 2) για τη διαμόρφωση των προτάσεων και τη σύνταξη των απαιτούμενων Τεχνικών Δελτίων. Η υποστήριξη θα πρέπει να έχει και τη μορφή της on line σύνδεσης μεταξύ Μονάδας και Φορέων
- Τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης (μονάδες Πε.Σ.Υ.Π., αλλά και Φορείς εκτός Πε.Σ.Υ., που υλοποιούν επιμέρους προγράμματα) σε θέματα σχεδιασμού, συντονισμού, διοίκησης και διαχείρισης των επιμέρους εφαρμογών για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση γενικότερα καθώς και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων στη Β' φάση του «Ψυχαργώς», στα πλαίσια του γενικότερου σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας
- Παρακολούθηση της υλοποίησης των δράσεων του «Ψυχαργώς - Β' Φάση» και

Δημιουργία Βάσης Δεδομένων των δράσεων, των Φορέων (Πε.Σ.Υ.Π., μονάδες Πε.Σ.Υ., Φορείς που δεν ανήκουν σε Πε.Σ.Υ.Π.) και των συμμετεχόντων του προγράμματος, για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας

- Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών προς τους Φορείς υλοποίησης (συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών εξειδικευμένων στελεχών των τομέων της Ψυχικής Υγείας), προκειμένου να υλοποιηθούν τα επιμέρους προγράμματα. Υποστήριξη και εμπύχωση των επαγγελματιών που θα λειτουργήσουν τις νέες δομές, (κατάρτιση, αποφυγή burn out προώθηση στην απασχόληση κ.τ.λ.), με βάση συγκεκριμένες κατευθύνσεις και οργανωτικά εργαλεία
- Υποστήριξη του ήδη απασχολούμενου επιστημονικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των Φορέων που θα αναλάβουν την υλοποίηση του Προγράμματος «Ψυχαργός - Β' Φάση» και προσωπικού των Πε.Σ.Υ.Π. που θα αναλάβουν το συντονισμό των προγραμμάτων. Η υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει ενδεικτικά τη διενέργεια συσκέψεων εργασίας, work shops, σεμιναρίων σε θέματα υλοποίησης συγχρηματοδοτούμενων από την Ε.Ε. προγραμμάτων, αλλά και σε θέματα υλοποίησης προγραμμάτων κοινοτικής ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αντιμετώπισης της κρίσης από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αντιμετώπισης του Αυτισμού
- Υποστήριξη και συμβουλευτική για τη δημιουργία και λειτουργία δικτύου/ων των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος, αλλά και άλλων Φορέων, που λειτουργούν δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα πλαίσια παλαιότερων προγραμμάτων
- Προώθηση ανταλλαγών του προσωπικού / στελεχιακού δυναμικού των Φορέων υλοποίησης, διακίνηση πληροφοριών, δημοσιοποίηση του προγράμματος και διενέργεια σεμιναρίων ειδικότερα σε θέματα ανάπτυξης, διοίκησης και διαχείρισης καινοτόμων ενεργειών και «καλών» πρακτικών
- Συνεργασία με Εμπειρογνώμονες (από την Ελλάδα και το εξωτερικό) για μεταφορά τεχνογνωσίας και παροχή τεχνικής βοήθειας σε θέματα υλοποίησης προγραμμάτων κοινοτικής ψυχιατρικής, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, πρόληψης στη χρήση

εξαρτησιογόνων ουσιών και αντιμετώπισης του αυτισμού

- Υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και των στελεχών τους σε δραστηριότητες ευαισθητοποίησης της κοινότητας. «ανοίγματος» των δομών στη κοινωνία, ανάπτυξης προγραμμάτων εθελοντισμού, κοινωνικής αλληλεγγύης και καταπολέμησης του στίγματος και αντιμετώπισης αντιδράσεων εκ μέρους της κοινότητας
- Ανάλυση πρωτοβουλιών και πραγματοποίηση εκδηλώσεων, ημερίδων, παραγωγή εντύπου και λοιπού υλικού ευαισθητοποίησης, πληροφόρησης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοόλ και το πρόβλημα της αντιμετώπισης διαταραχών αυτιστικού τύπου καθώς και την προώθηση / προαγωγή της ψυχικής υγείας συνολικότερα
- Τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και των δομών, που θα δημιουργηθούν, σε θέματα νομικά, θεσμικά, δικαιωμάτων των χρηστών κλπ. Ακόμη τεχνική υποστήριξη συντονισμού των ενεργειών αντιμετώπισης προβλημάτων σε ζητήματα νομικά, θεσμικά κ.α.
- Ολοκληρωμένη τεχνική, διοικητική, διαχειριστική και επιστημονική υποστήριξη του Ψ.Ν. Αττικής στην υλοποίηση των επιμέρους προγραμμάτων, που αυτό θα αναλάβει. Η υποστήριξη παρέχεται προς τα άτομα των ειδικών ομάδων και προς τα στελέχη υλοποίησης των προγραμμάτων
- Ενημέρωση του Πληροφοριακού Συστήματος που λειτουργεί ή θα δημιουργηθεί στο Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας και Τεχνική υποστήριξη προκειμένου να επιτευχθεί συμβατότητα του Πληροφοριακού Συστήματος με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (Ο.Π.Σ.) του ΥΠ.ΕΘ.Ο., με στόχο τη διαρκή και απρόσκοπτη παρακολούθηση των δράσεων τόσο στο επίπεδο του σχεδιασμού όσο και της διαχείρισης
- Τεχνική υποστήριξη των φορέων υλοποίησης σε θέματα συντονισμού των ενεργειών ολοκλήρωσης έργων υποδομών, τεχνικών έργων Κ.λ.π.

- Δημιουργία και λειτουργία μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης της κοινωνικής - επαγγελματικής (επανένταξης των ψυχικά ασθενών
- Τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας σε θέματα υλοποίησης και παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση».

5.6 Το Οργανωτικό Σχήμα της "Μονάδας" - Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία

Για την εξασφάλιση της επιτυχούς υλοποίησης του έργου της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση» και τον πλήρη έλεγχο της πορείας του, η Ένωση Φορέων «ΕΠ.Ι.Ψ.Υ. - ΕΚΚΕ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ- ΟΜΑΣ» έχει προχωρήσει στην απαραίτητη οργάνωση και στελέχωση, και στην υιοθέτηση διαδικασιών διοίκησης του συνολικού έργου.

Για το σκοπό αυτό έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερη οργανωτική δομή, βάσει της οποίας γίνεται καταμερισμός των ρόλων και των πεδίων δράσης των εμπλεκόμενων στελεχών στις επιμέρους θέσεις εργασίας, ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του έργου σε όλα τα στάδια και τις φάσεις αυτού και ανάλογα με την εξειδίκευση κάθε στελέχους.

Η Ένωση των συνεργαζόμενων Εταιρειών «ΕΠ.Ι.Ψ.Υ., ΕΚΚΕ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΟΜΑΣ» διαθέτει ανθρώπινο δυναμικό με άριστη επιστημονική κατάρτιση και εξειδίκευση, ενώ έχει εξασφαλισμένη και τη συνεργασία με μια πλούσια Ομάδα Εμπειρογνομόνων, που καλύπτουν με επάρκεια το σύνολο των απαιτήσεων του έργου της Μονάδας.

Η προτεινόμενη συγκρότηση και διάρθρωση της Ομάδας Έργου και εκείνη της Ομάδας των Εμπειρογνομόνων, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική κατανομή και διάρθρωση των στελεχών που σε περιφερειακό επίπεδο, θα αναλάβουν το έργο της επιτόπιας υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση», διασφαλίζουν την ομαλή και απρόσκοπτη εκτέλεση όλων των επιμέρους φάσεων του έργου.

Το έργο της Μονάδας, αναπτύσσεται σε πέντε (5) άξονες, άρρηκτα συνδεδεμένους με τις ανάγκες του σύνθετου προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση»:

1. Διοίκηση συνολικού και επιμέρους έργων
2. Διαχείριση προγραμμάτων
3. Υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
4. Ανάπτυξη δικτύων και διακίνηση πληροφοριών
5. Δημοσιότητα - ευαισθητοποίηση - επικοινωνιακή στρατηγική

Σε κάθε επίπεδο η Μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να διαχειριστεί τα ζητήματα εξειδίκευσής του και να διατυπώσει λύσεις επί αυτών. Ταυτόχρονα η πολυσυλλεκτικότητα και η υψηλή ετοιμότητα των στελεχών της Ομάδας Έργου, των Περιφερειακών Συνεργατών και των Εμπειρογνομόνων, που έχει εξασφαλίσει η Ένωση, παρέχει τα εχέγγυα για την αποδοτική υλοποίηση του έργου σε ομαδικό επίπεδο.

Ο αριθμός, οι ειδικότητες και τα προσόντα του ανθρώπινου δυναμικού της Μονάδας εξασφαλίζει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πλήρη εξυπηρέτηση των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει η Μονάδα, έναντι τόσο των Φορέων υλοποίησης, όσο και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας.

Αναλυτικότερα, για το Οργανωτικό Σχήμα της Μονάδας έχει ως εξής:

*** ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΛΟΗΓΗΣΗΣ (STEERING COMMITTEE)**

Έχει την ευθύνη παρακολούθησης του έργου της Μονάδας, της οργάνωσής, της κατεύθυνσης, του ελέγχου της διαχείρισης και της εποπτείας της προόδου του έργου. Θα συσταθεί στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα.

*** ΤΟΜΕΑΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Ο Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΙΩΣ» σχετικά με την ανάπτυξη στεγαστικών αποκαταστασιακών δομών και διαδικασιών, σε αντικείμενα μετασηματισμού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, σε ότι αφορά τη συρρίκνωση του ασυλικού μοντέλου ψυχιατρικής περίθαλψης.

****ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ***

Ο Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «Ψυχαργώς» σχετικά με την ανάπτυξη δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που να διασφαλίζουν σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

****ΤΟΜΕΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ & ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ Ψ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ***

Ο Τομέας αυτός δραστηριοποιείται αφενός μεν σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με τη διοίκηση τόσο του συνολικού, όσο και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων, και αφετέρου σε αντικείμενα εξειδικευμένης υποστήριξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, προκειμένου να υποβοηθηθεί αυτό στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.

****ΟΡΙΖΟΝΤΙΟ - ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΟ ΤΜΗΜΑ (TASK FORCE) ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΈΡΓΟΥ***

Η Ομάδα έργου της Μονάδας συμπληρώνεται από ένα *Οριζόντιο Διατομεακό Τμήμα* (Task Force) το οποίο δραστηριοποιείται στην υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, κυρίως για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση δράσεων που σχετίζονται με την κοινωνικο-οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

**** ΟΜΑΔΑ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ***

Η Μονάδα πλαισιώνεται από ένα σύνολο 59 εμπειρογνομόνων με καταμερισμό στους άξονες του έργου.

Οι ειδικότητες των Εμπειρογνομόνων της Μονάδας είναι:

Καθηγητές Ψυχιατρικής	4	Επίκουροι Καθηγητές Ψυχιατρικής	1
Λέκτορες Ψυχιατρικής	1	PhD Ψυχίατροι	1
Dr. Ψυχίατροι	1	Ψυχίατροι	3
Καθηγητές Οικονομικών	2	PhD Οικονομολόγοι	1
Dr. Οικονομολόγοι	2	Οικονομολόγοι	7
Επίκουροι Καθ. Ψυχολογίας	1	Dr. Ψυχολόγοι	2
Ψυχολόγοι	2	Dr. Εκπαιδευτικοί	1
Αναπλ. Καθ. Αρχιτεκτονικής	1	Αρχιτέκτονες	2
Πολιτικοί Μηχανικοί	2	Μηχανολόγοι - Μηχανικοί	1
Dr. Νομικοί	2	Νομικοί	3
Κοινωνιολόγοι	2	Πολιτικοί Επιστήμονες	2
Επικοινωνιολόγοι	3	Πληροφορικοί	3
Κοινωνικοί Λειτουργοί	4	Εργοθεραπευτές	1
Κλινικοί Νοσηλευτές	2	Μέλη Διοίκησης συλλόγων χρηστών	2

***ΟΜΑΔΑ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΈΡΓΟΥ**

Από το σύνολο των Εμπειρογνομόνων της Μονάδας ένα μέρος πλαισιώνει διαρκώς την Ομάδα Έργου και αποτελεί μια ομάδα άμεσης και διαρκούς υποστήριξης του έργου της

Μονάδας και της υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος.

***ΟΜΑΔΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ**

Για τις ανάγκες του έργου της Μονάδας συγκροτείται Ομάδα Περιφερειακών Συνεργατών για επιτόπια υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και την ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών της Μονάδας. Η Ομάδα των Περιφερειακών Συνεργατών υποστηρίζεται από την Ομάδα Έργου και υποστηρίζει αμφίδρομα αυτή σε τοπικό και ευρύτερο περιφερειακό επίπεδο.

Αντίστοιχα, οι Περιφερειακοί Συνεργάτες στις περιοχές αυτές είναι:

Κεντρική Μακεδονία (μέρος) & Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	Γιαρματζίδης Χαράλαμπος
Κεντρική Μακεδονία (μέρος) & Δυτική Μακεδονία	Γιαρματζίδης Χαράλαμπος
Θεσσαλία	Γρατσάνη Σταματία
Ήπειρος και Ιόνια Νησιά	Φίλιου Ιωάννα
Δυτική Ελλάδα	Χαμακιώτη Ιωάννα
Πελοπόννησος	Κωνσταντά Αικατερίνη
Αιγαίο	Λυριτζής Σωτήρης
Κρήτη	Δρακούλη Ειρήνη
Αττική & Στερεά Ελλάδα	Φώλιας Κώστας

Τη συνολική ευθύνη περιφερειακής οργάνωσης της "Μονάδας" και το συντονισμό του έργου Περιφερειακών Συνεργατών έχει ο Κώστας Φώλιας, ο οποίος με την ιδιότητά του αυτή μετέχει στην Ομάδα Έργου.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Κατά την γνώμη του κ. Λαουδιά η πολιτική που θα πρέπει να ακολουθηθεί για το μέλλον είναι η εξής:

«Προτείνω να μην ξεχωρίζει η ψυχική υγεία από την υπόλοιπη υγεία δηλ. να είναι ενιαία, να υπάρχει οργανικά δεμένη παροχή υπηρεσιών και ενιαία πολιτική σε κάθε περιφέρεια, ύπαρξη ενός κέντρου αναφοράς όλων των περιφερειών που να είναι αλληλένδετο και τέλος χάραξη πολιτικής μέσω εισαγόμενης νοοτροπίας και εμπειρίας.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένας αριθμός υπηρεσιών έξω από τα Ψυχιατρεία της χώρας έχει ήδη αρχίσει να αναπτύσσεται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Αν και σύμφωνα με τον κ. Βρέντα δεν λειτουργούν σωστά και γίνονται αποδεκτά μόνο ως οικονομική πηγή.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν ορισμένα δεδομένα από τη λειτουργία αυτών των κοινοτικών υπηρεσιών που έχουν αναπτύξει ορισμένα πρότυπα.

Α. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (Ν.Π.Ι.Δ.)

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.) ανέπτυξε σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ., στα έξι Κέντρα Ψυχικής Υγείας, υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης για χρόνιους ψυχικά αρρώστους. Τα εργαστήρια περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα γνωστικών επαγγελματικών αντικειμένων.

Από τις υπηρεσίες αποκατάστασης μόνο οι τρεις λειτουργούν σε Κέντρο που εξυπηρετεί συγκεκριμένο τομέα. Επίσης σε τρία από αυτά τα κέντρα λειτουργούν και άλλες υπηρεσίες αποκατάστασης (Ημερήσιο Θεραπευτικό Πρόγραμμα και Κοινωνική Λέσχη).

Α.1 Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Υ.Ε.Ε.Α.)

Η Υ.Ε.Ε.Α. λειτουργεί από το 1987. Τα τμήματα περιλαμβάνουν ξυλογλυπτική, γραμματειακές δραστηριότητες και κοπτική-ραπτική.

Η Υ.Ε.Ε.Α. μεταξύ του 1987 και 1989 δέχθηκε ένα σύνολο 65 αρρώστων με μέση ηλικία τα 26 χρόνια και μέση διάρκεια νόσου τα 5 χρόνια. Το 25% από αυτούς εγκατέλειψε λόγω υποτροπών, ενώ μόνο το 15% αποκαθίσταται. Η Υ.Ε.Ε.Α. είναι συνδεδεμένη με το Νοσοκομείο Ημέρας του Κ.Ψ.Υ. Αθηνών, 20 θέσεων.

- Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω: Ιδρύθηκε το 1985 και έχει δύο μονάδες με 8 εργαστήρια με συνολικές θέσεις 60. Το προσωπικό της αριθμεί 15 άτομα. Εργάζονται επίσης τρεις κοινωνικοί λειτουργοί, ένας ψυχίατρος και ένας ψυχολόγος. Από τους 68 συνολικά αρρώστους που εισήλθαν στο πρόγραμμα, μεταξύ 1985-1990, 29 το ολοκλήρωσαν, ενώ 13 (19.1%) αποκαταστάθηκαν εργασιακά.
- Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Πειραιά: Ιδρύθηκε το 1986 και καλύπτει ηλικίες από 15 έως 25 ετών. Διαθέτει εργαστήρια: 1) Υφαντικής, 2) Κοπτικής, 3) Κηπουρικής, 4) Συναρμολόγησης, 5) Κορνιζοποιίας, 6) Ξυλουργικής, με συνολικά 40 θέσεις. Ως κριτήρια επιλογής θεωρούνται η στοιχειώδης οικονομία, το κίνητρο προσέλευσης ή η μη σωματική αναπηρία και η μη συνταξιοδότηση.
Μεταξύ 1986-1989, παρακολούθησαν συνολικά 61 άτομα, από τα οποία τα 40 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Από αυτά, 17 άτομα (27.8%) αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά και από αυτά μόνο 9 εργάζονταν με πλήρες ωράριο.
- Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης: Ιδρύθηκε το 1984 και καλύπτει τις ηλικίες των 15-25 ετών. Έχει εργαστήρια: 1) Κεραμικής, 2) Κοπτικής-Ραπτικής, 3) Ταπητουργικής, με 30 συνολικά θέσεις. Η εκπαίδευση είναι διετής. Περιλαμβάνει 2 ψυχολόγους, ένα ψυχίατρο, 2 ειδικούς παιδαγωγούς, ένα κοινωνικό λειτουργό και 8 άλλους εκπαιδευτές.
Μεταξύ 1985 και 1990 εισήχθησαν στο πρόγραμμα 162 άτομα και τελείωσαν 122. Μεταξύ 1985 και 1987 από το σύνολο των 65 ατόμων που περάτωσαν το πρόγραμμα αποκαταστάθηκαν 20 άτομα (30.7%). Από το 1988 δημιουργήθηκαν σοβαρά οργανωτικά προβλήματα που δεν επέτρεψαν την ολοκληρωμένη λειτουργία της Υπηρεσίας με αποτέλεσμα τη μετατροπή της σε τμήμα εργοθεραπείας.
- Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Πατρών: Ιδρύθηκε το 1985 και περιλαμβάνει έξι εργαστήρια (Γραμματειακό, Κεραμικής, Ξυλουργικής, Υφαντικής και Κοπτικής-ραπτικής) με 35 συνολικές θέσεις. Στο προσωπικό περιλαμβάνονται ένας ψυχίατρος, ένας ψυχολόγος, δύο κοινωνικοί λειτουργοί και δέκα εκπαιδευτές.
Από τα 127 συνολικά μέλη που εισήλθαν στο πρόγραμμα μεταξύ 1985-1988, τα 98 το τελείωσαν, ενώ μόνο τα 13 (13.2%) αποκαταστάθηκαν εργασιακά.
- Υ.Ε.Ε.Α.Κ.Ψ.Υ. Ηρακλείου Κρήτης: Ιδρύθηκε το 1988 και περιλαμβάνει τέσσερα εργαστήρια (αγγειοπλαστικής, υφαντικής, ξυλογλυπτικής και γραμματειακό) με 20 συνολικές θέσεις. Το προσωπικό του αποτελείται από δύο κοινωνικούς λειτουργούς, ένα ψυχίατρο και πέντε εκπαιδευτές. Μεταξύ 1988 και 1990, 54 άτομα παρακολού-

θησαν το πρόγραμμα, από τα οποία 8 δεν το ολοκλήρωσαν, ενώ άλλα 8 αποκαταστάθηκαν εργασιακά και 21 άτομα παραμένουν ακόμη στο πρόγραμμα.

A.2. ΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (Ε.Ε.Ε.)

A.2.1. Η ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (ΠΑΠΑΘΕΟΦΙΛΟΥ, ΜΕΤΑΞΑ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ 1988)

Ιδρύθηκαν το 1987 και είχαν το προεπαγγελματικό τμήμα διάρκειας 6 μηνών και τρία εργαστήρια (Κηπουρικής, Γραμματειακό, Γραφικών Τεχνών). Έχουν 40 θέσεις εκπαιδευόμενων, ηλικίας 15-25 ετών, και 20 θέσεις προσωπικού από τις οποίες οι 12 είναι μερικής απασχόλησης. Μέχρι την άνοιξη του 1990 εργάζονταν δύο ψυχίατροι, ένας ψυχολόγος, τρεις κοινωνικοί λειτουργοί, ένας εργοθεραπευτής, δύο διοικητικοί και 10 εκπαιδευτές. Από τους 42 πρώτους που αποφοίτησαν, 10 (23.8%) άτομα αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά, ενώ τρία άτομα συνέχισαν τις σπουδές τους (Παπαθεοφίλου και συν. 1990). Τα Ε.Ε.Ε. διέκοψαν τη λειτουργία τους το 1991.

A.2.2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

- Το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (Κ.Ε.Π.) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου: Το Κ.Ε.Π. ιδρύθηκε το 1984 από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. Έχει στόχο τη διερεύνηση των δυνατοτήτων και δεξιοτήτων χρόνια ψυχικά αρρώστων για το σχεδιασμό κατάλληλης εξατομικευμένης εργασιακής αποκατάστασης μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα τρίμηνης διάρκειας για 25 αρρώστους. Το προσωπικό περιλαμβάνει ένα ψυχίατρο, δύο ψυχολόγους, τρεις κοινωνικούς λειτουργούς, δύο εργοθεραπευτές και επτά εκπαιδευτές τεχνικούς.

- Τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κ.Ε.Π.: Ιδρύθηκαν το 1985 και έχουν τα τμήματα βιβλιοδεσίας, δερματοτεχνίας, ραπτικής, ξυλογλυπτικής, με συνολικά 36 θέσεις και προσωπικό έναν εργοθεραπευτή, τέσσερις εκπαιδευτές και ένα κοινωνικό λειτουργό. Μεταξύ 1985 και 1989, 107 άρρωστοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα από τους 147. Σαράντα άτομα τοποθετήθηκαν σε εργασία, ενώ 35 άλλα άτομα παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες.

- Η Αστική Συνεργατική του Κ.Ε.Π.: Ιδρύθηκε το 1988 και έχει τμήματα βιβλιοδεσίας, δερματοτεχνίας, ραπτικής και κατασκευών. Συνολικά έχουν απασχοληθεί 61 άτομα με μέσο χρόνο παραμονής τους 9 μήνες. Το προσωπικό περιλαμβάνει έναν εργοθεραπευτή, ένα κοινωνικό λειτουργό, ένα διοικητικό και τρεις εκπαιδευτές.

- Αγροτική Συνεργατική του Κ.Ε.Π.: Ιδρύθηκε το 1988 και περιλαμβάνει αγροτικού τύπου εργασίες ανθοκηπουρικής. Απασχολούνται 19 μέλη.

- Η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής ως μέρος του ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών: Με την εφαρμογή της διαδικασίας εκτίμησης αναγκών → παροχής υπηρεσιών → αξιολόγησης βρέθηκε ότι η περιοχή των δύο δήμων έπρεπε να περιλαμβάνει ένα σημαντικό αριθμό χρόνιων ψυχικά αρρώστων, όπως έχουμε ήδη αναφέρει προηγουμένως, έναν αριθμό που εκτιμήθηκε γύρω στα 300 με 400 άτομα (με βάση το 10% του συνολικού αριθμού των υπολογιζόμενων αρρώστων). Για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού, οργανώθηκαν - σταδιακά πάντοτε - τέσσερις εξειδικευμένες υπηρεσίες: α) το Πρόγραμμα Ημερησίας Περίθαλψης (Day Care) ,β) η Κοινωνική Λέσχη, γ) τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και δ) η Συνεργατική Βιοτεχνική.

α) *Το Πρόγραμμα Ημερησίας Φροντίδας (Π.Η.Φ.):* Το καθημερινό ωράριο του ημερήσιου θεραπευτικού προγράμματος περιλαμβάνει ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες. Ο αριθμός των θέσεων είναι 12, για άτομα με σοβαρή ανικανότητα που είναι αποτέλεσμα χρόνιας διαδρομής ψυχικής νόσου. Το πρόγραμμα έχει ως κεντρικό του άξονα την εργοθεραπεία, ενώ αριθμός εθελοντών και τοπικών φορέων συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες του προγράμματος στην κοινότητα. Στους πίνακες 6.1, 6.2, 6.3, παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των ατόμων που παρακολούθησαν το Η.Θ.Π. στη διάρκεια των τριών πρώτων χρόνων της λειτουργίας του (1984-85-86) (μέση διάρκεια της νόσου, μέσος αριθμός προηγούμενων νοσηλειών και μέση διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος). Παρουσιάζεται επίσης η λειτουργικότητα των ατόμων αυτών κατά την είσοδο και έξοδο από το πρόγραμμα (μέσες τιμές στην Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας) (Μαδιανός 1988) και εξέλιξη της πορείας των ατόμων αυτών.

Πίνακας 6.1. Μέση διάρκεια νόσου αριθμού νοσηλειών και διάρκειας παρακολούθησης του ημερήσιου θεραπευτικού προγράμματος (1984- 1986)

Φύλο	N	Διάρκεια νόσου ¹	Προηγούμενες νοσηλείες ¹	Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα ²
Άνδρες	14	9.46 (± 3.80)	2.19 (± 4.28)	10-40 (± 9.46)
Γυναίκες	14	9.45 (± 4.85)	2.01 (± 4.00)	9.76 (± 7.38)

1. Διάρκεια σε χρόνια. 2. Διάρκεια σε μήνες

Πηγή: Madianos et al. (1988)

Πίνακας 6.2. Μέση τιμή της Κλίμακας Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας κατά την είσοδο και την έξοδο από το ημερήσιο θεραπευτικό πρόγραμμα (1984- 1986)

	ΚΟΕΛ (Α)	ΚΟΕΛ (Β)	t	B.E.	P
Άνδρες	42.60 (± 11.3)	42.8 (± 13.78)	1.52	26	< 0.10
Γυναίκες	41.00 (± 10.60)	52.06 (± 10.87)	2.73	26	< 0.01
Σύνολο	41.89 (± 11.02)	51.03 (± 11.90)	2.98	26	< 0.01

Πηγή: Madianos et al. (1988)

Πίνακας 6.3. Η εξέλιξη των ατόμων που παρακολούθησαν το ημερήσιο θεραπευτικό πρόγραμμα (1986)

Αποτέλεσμα	Άνδρες	Γυναίκες
Εγκατάλειψη του προγράμματος	2 14.3	2 14.3
Ολοκλήρωση της παραμονής στο πρόγραμμα	2 14.3	2 4.2
Συνέχιση της παραμονής	7 50.00	6 42.8
Παραπομπή στα Ε.Ε.Ε.	- -	2 14.3
Νοσηλεία (υποτροπή)	2 14.3	1 7.1
Εργάζεται ¹	1 7.1	1 7.1
Σύνολο	14 100.0	14 100.0

1. Για ένα διάστημα τουλάχιστον 8 μηνών

Πηγή: Madianos et al. (1988)

Πρόσφατα (1993) λειτουργεί ένα προεπαγγελματικό τμήμα με 15 μέλη καθώς και το Δημοτικό πρόγραμμα «Ορίζων» για 10 μέλη.

Από τους πίνακες αυτούς γίνεται εμφανές ότι πρόκειται για 28 χρόνιους ψυχικά αρρώστους (στην πλειοψηφία τους χρόνιοι σχιζοφρενικοί άρρωστοι) με 10 περίπου χρόνια κατά μέσο όρο διάρκεια νόσου και 10 περίπου μήνες διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα.

Η παραμονή τους στο πρόγραμμα αύξησε τη συνολική τους λειτουργικότητα (διαφορά στατιστικά σημαντική μεταξύ των αρχικών και τελικών τιμών της Κ.Ο.Ε.Λ.)

Σχεδόν ο μισός αριθμός των ατόμων συνέχισαν να παρακολουθούν το Η.Θ.Π., ενώ ένα 14% εγκατέλειψε το πρόγραμμα - ποσοστό χαμηλότερο από εκείνο που αναφέρθηκε από άλλους ερευνητές (Stanton και συν. 1984· Bond και συν. 1984).

β) Η **Κοινωνική Λέσχη**: Ίδια περίπου χρονιότητα (μεγάλη ηλικία και διάρκεια νόσου) με τον πληθυσμό του Η.Θ.Π. εμφανίζουν τα μέλη της Κοινωνικής Λέσχης με μια εκπαίδευση 10 περίπου χρόνια. Ίδια επίσης σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητάς τους εμφανίζεται κατά τα έτη 1984 και 1985, ενώ κατά το 1986, επειδή τότε ανανεώθηκε ο αριθμός των μελών, δεν εμφανίστηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα.

γ) Τα Εργαστήρια της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.): Ένα σύνολο 73 χρόνιων ψυχικά αρρώστων, στην πλειοψηφία τους σχιζοφρενικοί, περάτωσαν το 12μηνο πρόγραμμα του Ε.Ε.Ε. του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, του οποίου η διάρθρωση παρουσιάζεται στον πίνακα 6.4 (Α και Β Φάση) κατά τα τρία πρώτα χρόνια της λειτουργίας του (1984-1985-1986).

**Πίνακας 6.4. Πρόγραμμα Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης
Α φάσης (1990)**

Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Παρασκευή
9.00-11.00 Εκπαίδευση- Ανάπτυξη Δεξιοτήτων:			Εργασιακής προσαρμογής Εκτέλεσης έργου Κοινωνικών Καθημερινής Ζωής
11.00-11.30	Διάλειμμα		
11.30-1.00 Εκπαίδευση- Ανάπτυξη Δεξιοτήτων:			Εργασιακής προσαρμογής Εκτέλεσης έργου Κοινωνικών Καθημερινής Ζωής
1.00-2.30 Συγκέντρωση Θεραπευτικής Ομάδας	Συγκέντρωση Θεραπευτικής Ομάδας	Ατομικές συνεντεύξεις με εκπαιδευόμενους	Ατομικές συνεντεύξεις με εκπαιδευόμενους

Πέμπτη

9.15-10.15: Θεραπευτική Ομάδα Εκπαιδευομένων

10.30-11.30: Θεραπευτική Ομάδα Εκπαιδευομένων

Πίνακας 6.4. Καθημερινό πρόγραμμα ΕΕΕ Β Φάσης (1990)

8.30- 9.00	Κίνηση – Γυμναστική
9.00- 11.00	Εκπαίδευση στα Εργαστήρια
11.00- 11.30	Διάλειμμα – Κυλικείο
11.30- 13.00	Εκπαίδευση στα Εργαστήρια
13.00- 13.30	Ομάδα Πληροφόρησης (εφημερίδα)
ΤΡΙΤΗ: 9.15- 10.15	Θεραπευτική Ομάδα Εκπαιδευομένων (Α)
ΠΕΜΠΤΗ: 9.00- 10.00	Θεραπευτική Ομάδα Εκπαιδευομένων (Β)
ΤΡΙΤΗ: 10.30- 12.00	Συγκέντρωση θεραπευτικού προσωπικού

1^η ΔΕΥΤΕΡΑ κάθε μήνα 12.30- 13.30 ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ (εκπαιδευόμενοι + προσωπ.)

1^η ΤΡΙΤΗ κάθε μήνα 13.30- 14.30 ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΣΤΙΑΣΗ

Στον πίνακα 6.5 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των μελών του προγράμματος των Ε.Ε.Ε.

Η μέση ηλικία το 1984 ήταν 30 χρόνια για τους άνδρες και 26 για τις γυναίκες, ενώ το 1986 η μέση ηλικία μειώθηκε στα 26 χρόνια και για τα δύο φύλα. Η ομάδα είχε μια σταθερή για τα τρία χρόνια εκπαίδευση, ενώ η μέση διάρκεια της νόσου βρέθηκε να είναι μικρότερη για την ομάδα των ΕΕΕ κατά το 1986.

Πίνακας 6.5. Μέση ηλικία, μέσος αριθμός χρόνων εκπαίδευσης και μέση διάρκεια της νόσου των ατόμων που παρακολούθησαν τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (1984-1986)

	1984		1985		1986	
	Α (19)	Γ (8)	Α (18)	Γ (10)	Α (10)	Γ (8)
Ηλικία	29.63 (± 4.95)	26.0 (± 9.57)	30.9 (±6.28)	22.4 (± 3.09)	26.0 (± 6.34)	26.72 (± 6.73)
Εκπαίδευση	11.05 (± 2.91)	10.25 (± 3.57)	11.31 (± 3.00)	9.7 (± 2.71)	10.4 (± 4.22)	10.37 (± 3.54)
Διάρκεια Νόσου	9.42 (± 3.35)	8.37 (± 5.23)	7.83 (± 4.75)	6.12 (± 3.15)	6.1 (± 4.88)	6.5 (± 4.59)

Πηγή: Madianos et al. (1988)

Η γενική λειτουργικότητα των μελών των Ε.Ε.Ε. βρέθηκε επίσης να βελτιώνεται μεταξύ της έναρξης και του τέλους του προγράμματος σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο και για τις τρεις ομάδες του 1984, 1985 και 1986.

Η εξέλιξη των ατόμων που συμμετείχαν στα Ε.Ε.Ε. για το διάστημα 1984 - 1986 ήταν ενθαρρυντική, αφού το 42.7% βρήκε κάποια εργασία (για ένα τουλάχιστον οκτάμηνο), ενώ ένα 9% απασχολήθηκε σε οικογενειακές επιχειρήσεις. Ένα 10% υποτροπίασε αλλά δεν εισήχθη σε ψυχιατρική κλινική και ένα άλλο 9% υποτροπίασε και νοσηλεύθηκε. Μόνον ένα 14.6% παρέμενε άνεργο τη στιγμή της αξιολόγησης του έργου των Ε.Ε.Ε.

Από μια πρόσφατη εργασία των Τομαρά και συν. (1992) σε ένα δείγμα 76 χρόνιων ψυχικά αρρώστων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.) του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, βρέθηκε μετά από μια διετία ότι ο μέσος αριθμός και η διάρκεια των νοσηλειών καθώς και ο μέσος αριθμός και η διάρκεια της πλήρους μισθωτής απασχόλησης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση συγκριτικά με την προεκπαιδευτική διετία.

Το εργασιακό αποτέλεσμα υπήρξε σταθερότερο κατά το δεύτερο έτος της διетуός παρακολούθησης, αφού δηλαδή τα άτομα ολοκλήρωσαν την εκπαίδευσή τους στα Ε.Ε.Ε. Βρέθηκε επίσης ότι ένας αριθμός μεταβλητών, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.6, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το σφαιρικό εργασιακό αποτέλεσμα κατά τη διετή μετα-παρακολούθηση (After-care).

Πίνακας 6.6. Οι μεταβλητές που σχετίζονται με το σφαιρικό εργασιακό αποτέλεσμα κατά τη διετή μετα-παρακολούθηση

Ανεξ. Μεταβλητή	n	χ^2/Z	BE	P	Δοκιμασία
Αριθμός εργασιών κατά τα 2 πρ. έτη	67	11.44	3	< 0.01	Kendal-Wallis
Συν. διάρκεια εργασιών κατά τα 2 πρ. έτη	67	8.50	3	< 0.04	Kendal-Wallis
Βαθμολογία GAS εισόδου στο πρόγραμμα	67	14.77	3	< 0.002	Kendal-Wallis
Βαθμολογία ΚΛ εισόδου στο πρόγραμμα	67	9.19	3	< 0.03	Kendal-Wallis
Βαθμολογία GAS εξόδου από το	67	16.30	3	< 0.001	Kendal-Wallis

πρόγραμμα					
Βαθμολογία ΚΛ εξόδου στο πρόγραμμα	67	17.27	3	< 0.0006	Kendal-Wallis
Βαθμολογία ΚΛΠΕ εξόδου από το πρόγραμμα	67	15.85	3	< 0.01	Kendal-Wallis
Υποτροπή κατά τη διάρκεια του προγρ.	57 ^(α)	9.44	3	< 0.02	Χ ²
Υπαρξη ενεργών συμπτωμάτων κατά την έξοδο από το πρόγραμμα	57 ^(α)	9.44	3	< 0.03	Χ ²
Αριθμός εργασιών κατά το παρελθόν	67 ^(β)	2.67	3	< 0.008	Mann-Whitney
Συν. διάρκεια εργασιών κατά το παρελθόν	67 ^(β)	2.39	3	< 0.02	Mann-Whitney
Βαθμολογία ΚΛΠΕ εισόδου στο πρόγραμμα	67 ^(β)	2.29	3	< 0.002	Mann-Whitney
Συν. διάρκεια νοσηλειών στο παρελθόν	67 ^(β)	2.01	3	< 0.004	Mann-Whitney

(α) Τα μέλη του δείγματος με διάγνωση σχιζοφρένειας

(β) Διχότομη κατηγοροποίηση της εξαρτημένης μεταβλητής

Πηγή: Τομαράς, Ιωάννοβιτς, Μαδιανός κ.ά (1992)

Η σφαιρική εκτίμηση του εργασιακού αποτελέσματος (Πίνακας 6.7) έδειξε ότι τουλάχιστον το 30% των αρρώστων δεν μπόρεσε να επανενταχθεί εργασιακά - εύρημα που θίγει το θέμα της προστατευμένης ή αυτόνομης απασχόλησης (συνεργατικές, προστατευμένα εργαστήρια).

δ) **Η Συνεργατική-Βιοτεχνική Μονάδα** ο «Λωτός» (Πρόγραμμα Κανονισμού 815/84): Οι στόχοι του προγράμματος είναι η ημιαυτόνομη επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες, τα οποία είχαν αποφοιτήσει από προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης αλλά ήσαν άνεργα.

Πίνακας 6.7. Κατανομή του δείγματος ως προς το σφαιρικό εργασιακό αποτέλεσμα και φύλο

Εργασιακό αποτέλεσμα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κατηγορία 1 (πτωχό)	13 (30.2)	7 (29.2)	20 (29.9)
Κατηγορία 2 (μάλλον πτωχό)	6 (14.0)	4 (16.7)	10 (14.9)
Κατηγορία 3 (ενδιάμεσο)	10 (23.2)	6 (25.0)	16 (23.9)
Κατηγορία 4 (ικανοποιητικό)	14 (32.6)	7 (29.1)	21 (31.3)
Σύνολο	43 (100.0) (64.2)	24 (100.0) (35.8)	67 (100.0) (100.0)

Πηγή: Τομαράς, Ιωάννοβιτς, Μαδιανός κ.ά (1992)

Κατά το 1985 προτάθηκε και τελικά εγκρίθηκε το πρόγραμμα Συνεργατικής-Βιοτεχνικής αστικού τύπου με στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση ομάδας ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες σε πλαίσια ημιαυτόνομης λειτουργίας. Ο χώρος λειτουργίας της μονάδας είναι ανεξάρτητος και ευρίσκεται πλησίον του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα λειτούργησε δεύτερη μονάδα πλησίον του Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας.

Το πρόγραμμα αυτό είχε τρεις αναπτυξιακές φάσεις:

Η Α φάση (1/10-1/3/1986) περιελάμβανε τη διερεύνηση της αγοράς, τη στελέχωση, την οργάνωση του εργασιακού χώρου, την επίλυση διοικητικών οικονομοτεχνικών προβλημάτων.

Η Β φάση (1/3/86-31/12/1986) περιελάμβανε την προεπιλογή και τελική επιλογή των μελών και τη λειτουργία μιας δεύτερης μονάδας στο χώρο του Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας της Ψ.Κ.Π.Α.

Η Γ φάση είναι η φάση ανάπτυξης (1/1/87 μέχρι σήμερα).

Η αστική Συνεργατική-Βιοτεχνική του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής περιλαμβάνει στο προσωπικό της ένα κοινωνικό λειτουργό, μια εργοθεραπεύτρια με πλήρη απασχόληση και ένα διοικητικό υπάλληλο, μια ράπτρια και ένα ψυχίατρο με μερική απασχόληση.

Η Συνεργατική-Βιοτεχνική περιλαμβάνει τρία τμήματα: το τμήμα Γαζωτικής, το τμήμα της Συναρμολόγησης και το τμήμα Επίπλων Bamboo.

Κάθε μέλος εργάζεται στην κατασκευή συγκεκριμένου έργου, ατομικά ή εν σειρά, και αμειβεται ανάλογα. Τα μέλη συμμετέχουν στο πρόγραμμα αφού υπογράψουν συγκεκριμένο συμφωνητικό τήρησης του κανονισμού της Υπηρεσίας. Η διαχείριση των οικονομικών και η τήρηση της καθαριότητας του χώρου είναι μέσα στις υποχρεώσεις των μελών.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει μια εβδομαδιαία συνάντηση όλων των μελών και του προσωπικού για τον προγραμματισμό και την επίλυση διάφορων προβλημάτων. Υπάρχουν επίσης παράλληλες εκδηλώσεις και δραστηριότητες, όπως κοινά γεύματα ανά 15ήμερο, ομαδικές έξοδοι κ.λ.π.

Ο συνολικός αριθμός των μελών που απασχολήθηκαν στο πρόγραμμα ήταν 32. Ο αριθμός των μελών το 1987 ήταν 14 άνδρες και 7 γυναίκες, ενώ το 1988 ήταν 8 άνδρες και 7 γυναίκες. Από τα μέλη αυτά, 10 παρέμειναν συνεχώς στο πρόγραμμα κατά τα δύο αυτά χρόνια. Η μέση ηλικία των μελών ήταν 30.9 χρόνια (± 6.4). Η συντριπτική πλειοψηφία των μελών (είχε διαγνωσθεί ότι) έπασχαν από χρόνια ψυχωτική συνδρομή σχιζοφρενικού τύπου, ενώ τρία μέλη έπασχαν από συναισθηματική διπολική διαταραχή.

Στο τμήμα Συναρμολόγησης απασχολήθηκαν 21 άτομα από τα 32 συνολικά μέλη. Το τμήμα έπαιρνε παραγγελίες από ιδιωτικές βιοτεχνίες παιδικών παιχνιδιών και ηλεκτρονικών ειδών Computers.

Το τμήμα Γαζωτικής παίρνει παραγγελίες από βιοτεχνίες γυναικείων ρούχων και ειδών δώρων.

Το τμήμα Επίπλων Bamboo κατασκευάζει έπιπλα και άλλες μικροκατασκευές από Bamboo.

Οι δυσκολίες που έγιναν αντιληπτές προέρχονται κυρίως από το χαρακτήρα της απασχόλησης, δηλαδή από τις χαμηλές τιμές που προσφέρονται από το χώρο των βιοτεχνιών και από τη φύση και τη χρονιότητα της πάθησης από την οποία νοσούν τα μέλη.

Για αυτούς τους λόγους σχετικά πρόσφατα η Συνεργατική-Βιοτεχνική αποφάσισε την αυτόνομη παραγωγή ειδών (π.χ., δώρα, παιχνίδια, μπομπονιέρες), που διατίθενται απευθείας σε πελάτες μέσα από το κατάστημα «Λωτός». Το κατάστημα αυτό άρχισε να λειτουργεί το 1990. Το 1992 μπήκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα «Ορίζων» των Δήμων Βύρωνα-Καισαριανής για 15 χρόνιους αρρώστους κατοίκους της περιοχής.

Μέσα από τις διάφορες υπηρεσίες της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής και για το διάστημα μεταξύ 1983 (Νοέμβριος) και 1989 (Οκτώβριος) εξυπηρετήθηκαν συνολικά 298 χρόνιοι άρρωστοι, από τους οποίους το 56% ήταν κάτοικοι της περιοχής ευθύνης του Κ.Κ.Ψ.Υ. (Πίνακας 6.8)

Α.2.3 ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Από το 1989 έχουν αναπτυχθεί μια σειρά υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες για αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά αρρώστων.

Πίνακας 6.8. Συνολικός αριθμός χρόνιων ψυχικά αρρώστων που εξυπηρετήθηκαν από τα προγράμματα αποκατάστασης του Κ.Κ.Ψ.Υ.

	Χρονολογία	Α	Γ	Σ
Ημερήσιο Θεραπευτικό Πρόγραμμα	1984- 1989	32	26	58
Κοινωνική Λέσχη	1983- 1989	34	16	50
Εργαστήρια Επαγγελ. Εκπαίδευσης	1984- 1989	109	46	154
Συνεργατική	1987- 1989	22	14	36
Σύνολο		196	102	298

Συγκεκριμένα, λειτουργεί το Κέντρο Αποκατάστασης με τρία Εργαστήρια (ξυλουργικό, ξυλογλυπτικής, ραπτικής-υφαντικής) για ένα σύνολο 50-60 μελών. Το προσωπικό αποτελείται από τρεις ψυχιάτρους, τέσσερις νοσηλεύτες, ένα ψυχολόγο και δύο κοινωνικούς λειτουργούς. Λειτουργούν επίσης ένας ξενώνας 20 θέσεων καθώς και ένας ξενώνας μακράς διαμονής για 10 αρρώστους από το Ψυχιατρείο της Λέρου. Πρέπει να τονιστεί ότι παράλληλα λειτουργεί το Κέντρο Ψυχικής Υγείας με δύο ψυχιάτρους, ένα παιδοψυχίατρο, τρεις νοσηλεύτες και ένα κοινωνικό λειτουργό.

Α.2.4. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Στη Φωκίδα: Παράλληλα με τη λειτουργία από το 1981 της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περιθαλψης έχει αναπτυχθεί ένα αποκαταστασιακό πλαίσιο με τη μορφή αγροτικού συνεταιρισμού, κυρίως σε εργασίες εντός του ελαιώνα, με 8 μέλη και δύο εκπαιδευτές. Η αμοιβή του κάθε μέλους κυμαίνεται από 1,76€ έως 4,40€ ημερησίως. Τρία μέλη εργάζονται στο «κιόσκι της παιδικής χαράς», ένα είδος χώρου συνάντησης και αναψυχής. Δύο

μέλη εργάζονται στη «Ζωοκομική» μαζί με ένα εκπαιδευτή. Στην Άμφισσα λειτουργεί επίσης το Οικοτροφείο με 15 θέσεις, οι ένοικοι του οποίου είναι πρώην τρόφιμοι της Λέρου.

- Στην Αλεξανδρούπολη: Στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θράκης έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που περιλαμβάνει ένα Οικοτροφείο με 18 θέσεις και ένα δεύτερο με 10 μέλη, πρώην νοσηλευόμενους στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Λειτουργεί επίσης μια συνεταιριστική μονάδα με 12 μέλη.

B. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ

B.1. ΞΕΝΩΝΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ

Από το 1984 λειτουργεί στο Δήμο της Αθήνας ο πρώτος Μετανοσοκομειακός Ξενώνας (Half-way) στη χώρα, δυναμικότητας 14 ατόμων με 24ωρη εποπτεία. Ο ξενώνας αυτός ανήκει στο σύστημα υπηρεσιών του Αιγινήτειου. Το 1987 άρχισε επίσης τη λειτουργία του ένα Οικοτροφείο 12 κλινών που ανήκει στο Αιγινήτειο. Από πλευράς δημιουργίας άλλων ξενώνων υπάρχει ο ξενώνας στην Κατερίνη του Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου (15 θέσεων), ο ξενώνας της Άμφισσας 15 ατόμων της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου, ο ξενώνας στην Αλεξανδρούπολη (15 θέσεων), το Οικοτροφείο στον Κολωνό της Αθήνας (20 θέσεων) του Ψ.Ν. Αττικής και ο ξενώνας στη Θεσσαλονίκη του Ψ.Ν.Θ. (10 ατόμων).

Λειτουργούν επίσης 13 ακόμη ξενώνες στην Αθήνα. Λιβαδειά, Αυλίδα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Άμφισσα και Γιάννινα με 120 αρρώστους από το Ψ.Ν. Λέρου.

Υπάρχει επίσης το Πρόγραμμα Αποιδρυματισμού του ΚΕΠΕΠ, ΙΗΚΠΑ με 130 τροφίμους, στη Λέρο, που ξεκίνησε το 1991 από την Ομάδα του Τμήματος Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Ν. Παίδων «Αγία Σοφία». Ήδη στον Ξενώνα των Αθηνών μεταφέρθηκαν 12 άτομα, ενώ τρία διαμένουν σε θετές οικογένειες και τρία επανήλθαν δοκιμαστικά στις οικογένειές τους.

Υπάρχουν σχέδια για να λειτουργήσουν επίσης ο ξενώνας του Ψ.Τ. «Ευαγγελισμού» με 10 κλίνες, το οικοτροφείο του Δρομοκαϊτειου, καθώς και καινούργια οικοτροφεία στα υπόλοιπα ψυχιατρεία της χώρας.

B.2. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Μια προσπάθεια τοποθέτησης σε οικογένειες 9 χρόνιων ψυχωτικών γυναικών

νοσηλεύομενων στο τότε Κ.Θ.Π. Αθηνών έγινε στη δεκαετία του 1960 από τον Ρασσιδάκη και συνεργάτες. Οι γυναίκες αυτές τοποθετήθηκαν ως οικιακοί βοηθοί, δεν υπάρχουν όμως πληροφορίες για την εξέλιξή τους.

Πρόσφατα έχουν αρχίσει ξανά κάποιες προσπάθειες στο Ψ.Ν. Αττικής και δύο άρρωστοι τοποθετήθηκαν σε οικογένειες. Από το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής τρία παιδιά τοποθετήθηκαν σε οικογένειες.

Από τις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής τοποθετήθηκε σχετικά πρόσφατα ένας αριθμός 20 αρρώστων σε θετές οικογένειες. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο θεσμός της «θετής» οικογένειας δεν καλύπτεται νομοθετικά.

Γ. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Γ.1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το 1984 άρχισε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η λειτουργία του προγράμματος της Θεραπευτικής Κοινότητας «ΙΘΑΚΗ» στα πλαίσια του «Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος για εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα».

Μετά από μια πειραματική λειτουργία τεσσάρων χρόνων της Θεραπευτικής κοινότητας «ΙΘΑΚΗ» ιδρύθηκε με το Νόμο 1729/87 το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, στο οποίο εντάχθηκαν όλες οι μονάδες που λειτουργούσαν τότε όπως οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί/Κέντρα Ενημέρωσης Αθήνας και Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης και η Θεραπευτική Κοινότητα «ΙΘΑΚΗ».

Μεταξύ του Νοεμβρίου του 1983 και Αυγούστου 1990, 3154 άτομα κατέφυγαν στους Συμβουλευτικούς Σταθμούς του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Από αυτά το 20.9% (660 άτομα) εισήλθαν στις Θεραπευτικές Κοινότητες. Από τα άτομα αυτά ένα ποσοστό 55.60% φαίνεται να έχει αποθεραπευτεί.

Συγκεκριμένα το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ανέπτυξε ένα σημαντικό αριθμό υπηρεσιών ποικίλων τύπων.

Το σημερινό (1990) ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. περιλαμβάνει:

- α) Τη Θεραπευτική Κοινότητα «ΙΘΑΚΗ» (100 θέσεις).
- β) Τα δύο Κέντρα Ενημέρωσης.

- γ) Το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης στη Θεσσαλονίκη.
- δ) Τις δυο κλειστές Θεραπευτικές Κοινότητες (διαμονής), την «ΕΞΟΔΟ» στη Λάρισα και την «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» στην Αττική, δυναμικού 120 θέσεων. Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι η Θεραπευτική Κοινότητα «ΕΞΟΔΟΣ» λειτουργεί στη Λάρισα, σαν αρχή μιας προσπάθειας για αποκέντρωση των προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα. και για δημιουργία πυρήνων πρόληψης-θεραπείας σε όλη την Ελλάδα.
- ε) Την Ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα, η «ΣΤΡΟΦΗ», καθημερινής παρακολούθησης, χωρίς εσωτερική διαμονή, για εφήβους χρήστες φαρμακευτικών ουσιών, η οποία λειτουργεί στην Αθήνα και αριθμεί πάνω από 40 μέλη. Μεταξύ Νοεμβρίου 1988 και 1991, 246 έφηβοι προσήλθαν στο Συμβουλευτικό Κέντρο της «ΣΤΡΟΦΗΣ». Η μέση ηλικία των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν το Κέντρο Εισαγωγής ήταν 18.5 χρόνια, κι ένα 6% από αυτούς ήταν κάτω των 15 ετών. Το 35% ήταν από 16 έως 18 ετών και το 59% από 19 έως 21 ετών. Σχεδόν οι 2 στους 3 από τους έφηβους χρήστες που απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα (ποσοστό 67%) άρχισαν τη χρήση ουσιών σε ηλικία μικρότερη των 13 ετών.
- Από τους 246 εφήβους ένα 26% (64 έφηβοι) διέκοψε το πρόγραμμα μετά το πρώτο ενημερωτικό ραντεβού. Ουσιαστικά 182 έφηβοι συνέχισαν το πρόγραμμα της πρώτης φάσης. Από τα 182 αυτά άτομα εισήχθησαν στην κύρια θεραπευτική φάση 122, ενώ 22 έφυγαν από την πρώτη δοκιμαστική εβδομάδα. Έτσι έμειναν 100 από τους οποίους οι 61 είναι «καθαροί», δεν κάνουν δηλαδή χρήση ουσιών και συγκεκριμένα: 14 (23%) είναι «καθαροί» από 1 έως 6 μήνες, 9 (14.7%) είναι «καθαροί» από 6 μήνες έως 1 χρόνο, 38 (62.3%) είναι «καθαροί» από 1 χρόνο έως 3 χρόνια.
- στ) Τη «ΔΙΑΒΑΣΗ», Ανοιχτή Κοινότητα στην Αθήνα. Απευθύνεται κυρίως σε μη κινητοποιημένα ενήλικα άτομα και χρήστες «μαλακών» ναρκωτικών και αλκοόλ.
- ζ) Την Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης, ο «ΠΗΓΑΣΟΣ», που είναι ένα εξοπλισμένο διώροφο λεωφορείο με πρόγραμμα πρόληψης-ενημέρωσης σε πόλεις και σχολεία της επαρχίας και της Αττικής.
- η) Το Πρόγραμμα ενημέρωσης/κινητοποίησης για θεραπεία στις φυλακές Αθηνών, Θεσσαλονίκης και Βόλου, που αυτή τη στιγμή αριθμεί περισσότερα από 400 μέλη.
- θ) Ένα Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας, που προσφέρει υπηρεσίες σε δεκάδες οικογένειες.
- ι) Το Κέντρο Επαγγελματικής Κοινωνικής Επανάταξης στη Θεσσαλονίκη, με στόχο την επαγγελματική εκπαίδευση και κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών.
- ια) Το Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο Αιγαίου (DIAΤΙ), με στόχο την εκπαίδευση στελεχών

πρόληψης και την ευαισθητοποίηση επαγγελματιών που σχετίζονται με το πρόβλημα.

Έχει επίσης προγραμματιστεί η έναρξη της λειτουργίας ενός Κέντρου Επιμόρφωσης/Εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της πρόληψης-θεραπείας της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες, σε συνεργασία με τον Σ.Κ.Λ.Ε. (Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας).

Στον πίνακα 6.10 παρουσιάζονται αναλυτικά οι υπηρεσίες αποκατάστασης εξαρτημένων ατόμων του συστήματος υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α

Πίνακας 6.10. Οι υπηρεσίες Κ.Ε.Θ.Ε.Α. και οι διαθέσιμες θέσεις (1991)

Τύπος Υπηρεσίας	Τοποθεσία	Διαθέσιμες Θέσεις	Κατεχόμενες θέσεις (1989-1990)
Κέντρο Σωματικής Απεξάρτησης	Θεσσαλονίκη	20	20
Κλειστή Θεραπευτ. Κοινότητα «Ιθάκη»	Θεσσαλονίκη	100	70
Κλειστή Θεραπευτ. Κοινότητα «Εξοδος»	Λάρισα	60	50
Κλειστή Θεραπευτ. Κοινότητα «Παρέμβαση»	Αθήνα	60	50
Ανοικτή Θεραπευτ. Κοινότητα «Στροφή»	Αθήνα	50	40
«Διάβαση» Ανοικτή Κοινότητα Ενηλίκων	Αθήνα	40	20
Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης	Χαλάστρα Χαλκιδικής	40	40
Σύνολο		370	290
Πρόγραμμα Οικογενειακής Βοήθειας σε 500 περίπου οικογένειες			
Πρόγραμμα Ομάδων σε Φυλακές με 269 μέλη (1988- 1990)			

Γ.2. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ 18) ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί ως ιδιαίτερη μονάδα σε χώρο του Ψ.Ν.Α από το 1988. Διαθέτει 45 κλίνες, είναι ετήσιο και περιλαμβάνει και τη λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού στο κέντρο της Αθήνας. Έχουν αρχίσει επίσης οι εργασίες κατασκευής δύο ακόμη μονάδων στο χώρο του Ψ.Ν.Α. και λειτουργεί Κέντρο Αποκατάστασης στην Αθήνα. Το προσωπικό της Μονάδας περιλαμβάνει 3 ψυχιάτρους και από ένα ψυχολόγο, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές καθώς και δύο πρώην χρήστες.

Γ.3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΙΑΣΩΝ»

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα του Κ.Ψ.Υ. που ιδρύθηκε το 1990, λειτουργεί στην περιοχή Πατησίων των Αθηνών και περιλαμβάνει το Συμβουλευτικό Σταθμό, ένα Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας (Day Care) 15 θέσεων και το Πρόγραμμα Κοινωνικών Δραστηριοτήτων.

Γ.4. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΘΗΣΕΑΣ»

Λειτουργεί στο Δήμο Καλλιθέας και είναι Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης Απεξαρτημένων Ατόμων με διάρκεια συμμετοχής τουλάχιστον 6 μηνών. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ομαδικές, ατομικές θεραπευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες καθώς και εκπαιδευτικές επαγγελματικού τύπου δραστηριότητες.

Γ.5. ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών όπου ομάδα ειδικών παρέχει υποστηρικτικού και θεραπευτικού τύπου υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Το στίγμα ορίζεται ως ένδειξη ντροπής ή αποδοκιμασίας, του οποίου τα αποτελέσματα έχουν, ιδιαίτερα, αναπτυχθεί και επικριθεί από τους άλλους. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι δυνατός σε όλους τους τύπους της πνευματικής ασθένειας αλλά γενικά αυξάνει περισσότερο μια ιδιαίτερη συμπεριφορά που διαφέρει από την φυσιολογική. Ο κ. Γιαννουλάτος δίνει το δικό του ορισμό για το στίγμα: «Στίγμα είναι η προκατάληψη δηλ. η έλλειψη ισχυρού συναισθηματικού προτύπου στην οικογένεια, το οποίο είναι υπεύθυνο για την δημιουργία του. Η οικογένεια είναι το πιο ισχυρό συναισθηματικό πρότυπο, ιδιαίτερα ο ρόλος της μητέρας. Η λύση για την μείωση του στίγματος είναι η γνώση που διαμορφώνει την ορθή συμπεριφορά.

Πηγές στίγματος θεωρούνται:

α) η οικογένεια , β) οι δημοσιογράφοι, γ) οι ίδιοι οι ασθενείς .Η οικογένεια μεταδίδει τα ήδη υπάρχοντα στερεότυπα στα παιδιά. Οι δημοσιογράφοι λόγω των συμφερόντων και της ανειδίκευσης δημιουργούν αρνητική και λανθασμένη εικόνα για τους ψυχικά ασθενείς. Οι ψυχικά ασθενείς λόγω συμπλέγματος κατωτερότητας είναι πάντα δυστυχείς, φορείς για μια ζωή. Μεγάλο ρόλο παίζει το υπόβαθρο κάθε χώρας-ύπαρξη στερεοτύπων παντού αλλά κυρίως στην Ελλάδα. Ο Έλληνας δεν αποδέχεται τη γνώση αν δεν είναι δικιά του π.χ. στην Αγγλία δημιουργήθηκαν κώδικες με παραμέτρους δηλ. ομαδοποίηση του πληθυσμού για την σωστότερη προαγωγή της ενημέρωσης. Η υποκρισία είναι αποτέλεσμα της άγνοιας. Πρέπει η γνώση να είναι λειτουργική για τις συνθήκες ανατροπής του στίγματος. Η διαμόρφωση της είναι αρκετά δύσκολη και χρονοβόρα. Υπάρχει πρόβλημα αξιών. Οτιδήποτε που δεν είναι τέλειο ,δεν είναι δεκτό. Σοβαρός αντίπαλος θεωρείται η εικόνα της αντίληψης και του καταναλωτισμού.»

Εξαιτίας του στίγματος, άτομα που υποφέρουν από πνευματική ασθένεια είναι:

- Τα συχνά απορριπτόμενα από φίλους, συγγενείς, γείτονες και εργοδότες, οι οποίοι τους δημιουργούν αισθήματα μοναξιάς, απογοήτευσης, απόρριψης.
- Τα συχνά απομονωμένα από την ίση συμμετοχή στην οικογένεια, τις κοινωνικές

σχέσεις και την παραγωγική εργασία.

- Το στίγμα έχει μια αποθεραπευτική επίδραση στα άτομα με πνευματική ασθένεια, μειώνοντας την ικανότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες. Είναι ένα είδος απειλής στο επίπεδο της υποστήριξης για κοινωνική αποδοχή.
- Η απόρριψη των ανθρώπων με πνευματική ασθένεια επηρεάζει επίσης την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον, το οποίο τους οδηγεί στην απομόνωση και τον εξευτελισμό.
- Μια σημαντική αιτία του κοινωνικού στιγματισμού της πνευματικής ασθένειας είναι οι μύθοι και τα αρνητικά στερεότυπα που επηρεάζουν την κοινή γνώμη.

Το στίγμα μπορεί να μειωθεί με:

- Διάλογο με την κοινωνία ,σχετικά με την πνευματική ασθένεια
- Συλλογή πληροφοριών για τα αίτια, τις υπεκφυγές, την τακτική και τα αποτελέσματα της πνευματικής ασθένειας.
- Αύξηση της υποστήριξης και των υπηρεσιών θεραπείας ώστε να εμπυχωθούν τα άτομα που υποφέρουν από πνευματική ασθένεια και να συμμετάσχουν ολοκληρωτικά σε όλα τα δικαιώματα της κοινωνικής ζωής.
- Νομοθεσία ,ώστε να μειωθούν οι διακρίσεις στο χώρο εργασίας ,στην πρόσβαση της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας.

7.1 ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

7.1.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχικές διαταραχές είναι βαθιά ριζωμένες στο κοινωνικό περιβάλλον του ανθρώπου. Μία ποικιλία κοινωνικών παραγόντων επηρεάζουν την έναρξη, την πορεία και την έκβαση των διαταραχών αυτών.

Στους ανθρώπους συμβαίνουν μία σειρά από γεγονότα στη ζωή τους - τόσο σημαντικά, όσο και λιγότερο καθοριστικά. Αυτά πιθανόν να είναι επιθυμητά (όπως μία προαγωγή στη δουλειά) ή αρνητικά (για παράδειγμα, μία απώλεια αγαπημένου προσώπου ή μία επαγγελματική αποτυχία). Έχει παρατηρηθεί ότι πριν την εκδήλωση μερικών ψυχικών διαταραχών υπάρχει μία συσσώρευση αρνητικών γεγονότων ζωής (Brown et al. 1972; Leff et

aI. 1987). Αν και τα αρνητικά γεγονότα κυριαρχούν πριν την εκδήλωση ή την επανεμφάνιση κυρίως των καταθλιπτικών διαταραχών, όλων των ειδών τα γεγονότα (αρνητικά και Θετικά) συχνά προηγούνται της έναρξης άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι μελέτες δείχνουν ότι όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες και, όταν το ένα έρχεται πάνω στο άλλο, προδιαθέτουν το άτομο σε ψυχικές διαταραχές. Αυτή η επίπτωση δεν περιορίζεται στις ψυχικές διαταραχές, διότι έχει επίσηςδειχθεί ότι είναι συνδεδεμένη με σωματικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Φυσικά, τα αρνητικά γεγονότα ζωής, είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν (όπως η γενετική προδιάθεση, η προσωπικότητα και η ικανότητα να αντιμετωπίσουμε τις αντιξοότητες) στην εκδήλωση των διαταραχών.

Η σημασία της έρευνας σε σχέση με τα γεγονότα ζωής, έγκειται κυρίως στην επισήμανση ατόμων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, επειδή δοκιμάζονται από σημαντικά γεγονότα σε πυκνή διαδοχή (για παράδειγμα, απώλεια εργασίας, απώλεια συζύγου, και αλλαγή τόπου κατοικίας). Αρχικά, αυτή η επίπτωση παρατηρήθηκε στην κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια, αλλά αργότερα βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των γεγονότων ζωής και σε μία ποικιλία άλλων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών και καταστάσεων. Ανάμεσα σε αυτές ξεχωρίζει η αυτοκτονία.

Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, επίσης παίζει ζωτικό ρόλο στις ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που απόπειρες να συνδεθούν σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη με το οικογενειακό περιβάλλον γίνονται εδώ και πολύ καιρό (Kuipers & Bebbington 1990), μερικές καθοριστικές πρόοδοι έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν. Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, έχει ξεκάθαρα συνδεθεί με υποτροπές στην σχιζοφρένεια, αλλά όχι αναγκαστικά με την έναρξη της διαταραχής. Η αρχική παρατήρηση ήταν, ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, που πήγαιναν να ζήσουν με τους γονείς τους μετά από μία περίοδο νοσηλείας, υποτροπίαζαν συχνότερα. Αυτό οδήγησε σε έρευνα για την αιτία του φαινομένου αυτού. Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν την θεωρία του "εκπεφρασμένου συναισθήματος" των μελών της οικογένειας προς το άτομο με σχιζοφρένεια. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει το είδος και την ποσότητα των συναισθημάτων που εκφράζονται από τους συγγενείς προς τους ασθενείς και μεταξύ άλλων περιλαμβάνει τα επικριτικά σχόλια, την αβρότητα, την συναισθηματική εμπλοκή πέραν του δέοντος, και την έκφραση συμπάθειας προς τον ασθενή.

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών από όλες τις περιοχές του κόσμου έχουν δείξει πως ο βαθμός του εκπεφρασμένου συναισθήματος μπορεί να προβλέψει την πορεία της

σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών (Butzlaff & Hooley 1998). Το υψηλό επίπεδο εκπεφρασμένου συναισθήματος συσχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η αλλαγή του συναισθηματικού κλίματος στις οικογένειες μπορεί να συνεισφέρει, μαζί με την φαρμακευτική αγωγή, στην πρόληψη των υποτροπών. Αυτά τα ευρήματα είναι χρήσιμα για τη βελτίωση της φροντίδας επιλεγμένων ασθενών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, και επίσης υπενθυμίζουν την σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην πορεία και θεραπεία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια.

7.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν μεγάλη επίπτωση στα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες. Τα άτομα υποφέρουν από τα επώδυνα συμπτώματα των διαταραχών. Επίσης υποφέρουν διότι δεν είναι σε θέση να εργάζονται και να διασκεδάζουν, συχνά δε, επειδή υφίστανται διακρίσεις. Ανησυχούν που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους απέναντι σε οικογένεια και φίλους και φοβούνται ότι είναι βάρος για τους άλλους.

Υπολογίζεται ότι μία στις τέσσερις οικογένειες έχει τουλάχιστον ένα μέλος που υποφέρει αυτή την στιγμή από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτές οι οικογένειες αναγκάζονται όχι μόνο να προσφέρουν υλική και συναισθηματική στήριξη, αλλά και να υποστούν την αρνητική επίπτωση του στίγματος και των διακρίσεων, που υπάρχουν παντού στον κόσμο. Παρ' ότι το βάρος της φροντίδας για ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι είναι σημαντικό (Pai & Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield & Harvey 1994). Το βάρος της οικογένειας αφορά οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταραγμένης συμπεριφοράς, τη διάλυση της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων (WHO 1997). Οι δαπάνες για την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας συχνά βαρύνουν την οικογένεια, είτε λόγω έλλειψης ιατρικής ασφάλειας, είτε επειδή η ασφάλεια δεν καλύπτει τα ψυχικά νοσήματα. «Στην χώρα μας το 50% είναι ανασφάλιστοι. Το 70% είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α. εκ των οποίων το 90% είναι χωρίς εισοδήματα. Για οικονομικούς λόγους δεν μπορούν

να έρθουν σε επαφή»(κ. Γιαννουλάτος).

Ο τρόπος για να εκτιμήσουμε την χρονιότητα των νόσων και την ανικανότητα που αυτές προκαλούν είναι η μεθοδολογία της μελέτης 'Παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από Νόσους - Global Burden of Disease' (GBD). Στις αρχικές εκτιμήσεις για το 1990, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονταν για το 10,5% του συνόλου των απολεσθέντων DALYs λόγω νόσων και τραυματισμών γενικά. Αυτός ο αριθμός έδειξε πρώτη φορά τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλείται από αυτές τις διαταραχές. Η εκτίμηση για το 2000 είναι 12,3% DALYs. Τρεις νευροψυχιατρικές καταστάσεις κατατάσσονται μεταξύ των 20 κυριότερων αιτιών DALYs για όλες τις ηλικίες, και έξι στην ηλικιακή ομάδα 15-44 . Σχετικά με τον υπολογισμό των DALYs, πρόσφατες μετρήσεις στην Αυστραλία βασισμένες σε λεπτομερειακές μεθόδους και διάφορες πηγές δεδομένων, επιβεβαίωσαν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι κύριο αίτιο ανικανότητας στον γενικό πληθυσμό (Vos & Thathers 2000). Από μία ανάλυση των τάσεων, είναι προφανές ότι η επιβάρυνση αυτή θα αυξηθεί σημαντικά στο μέλλον. Οι προβολές δείχνουν ότι θα φθάσει το 15% το 2020 (Thuray & Lopez 1996).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν μόνο το στοιχείο "της ανικανότητας στην συνολική επιβάρυνση, οι υπολογισμοί της GBD 2000 δείχνουν ότι οι ψυχικές και νευρολογικές καταστάσεις αφορούν το 30,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η κατάθλιψη ιδιαίτερα ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας, που φθάνει το 12% του συνόλου. Έξι νευροψυχιατρικές καταστάσεις εμφανίστηκαν μεταξύ των 20 πρώτων αιτιών ανικανότητας στον κόσμο, και ήταν οι: μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές λόγω χρήσης αλκοόλ, σχιζοφρένεια, διπολικές συναισθηματικές διαταραχές, άνοια της νόσου Alzheimer και λοιπές άνοιες, και ημικρανία.

Η ανικανότητα που προκαλούν οι ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές είναι μεγάλη σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Ως ποσοστό επί του συνόλου, όμως, είναι σχετικά μικρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης σε αυτές τις περιοχές των μεταδοτικών ασθενειών και των ασθενειών των σχετιζόμενων με τη μητρότητα, τον τοκετό και τη διατροφή. Παρά ταύτα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές προκαλούν το 17,6% όλων των ετών-ζωής με ανικανότητα στην Αφρική.

Υπάρχει αρκετή αβεβαιότητα στους υπολογισμούς της GBD 2000 σχετικά με τα DALYs και τα έτη-ζωής με ανικανότητα που σχετίζονται με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές, αντικατοπτρίζοντας την αβεβαιότητα ως προς τον επιπολασμό ποικίλων καταστάσεων σε διάφορα μέρη του κόσμου, και την αβεβαιότητα ως προς τη κατανομή των σοβαρών εξ αυτών. Ειδικότερα, υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα ως προς τις εκτιμήσεις για

τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε πολλές περιοχές, που αντικατοπτρίζουν τους περιορισμούς των μεθόδων αυτοαναφοράς για την ταξινόμηση συμπτωμάτων με συγκρίσιμο τρόπο σε διαφορετικούς πληθυσμούς, τους περιορισμούς της γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό, και τους περιορισμούς στα στοιχεία που έχουμε τη ταξινόμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων κατά ενιαίο τρόπο.

7.2.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η οικονομική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι ευρεία, διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα και τις οικογένειες όσο και για ολόκληρες κοινότητες. Μέρος του οικονομικού βάρους είναι προφανές και μετρήσιμο, ενώ μέρος αυτού είναι σχεδόν αδύνατο να μετρηθεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων του οικονομικού βάρους είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών. Όλες αυτές οι εκτιμήσεις των οικονομικών στοιχείων οπωσδήποτε υποτιμούν το πρόβλημα, εφόσον οι χαμένες ευκαιρίες στοιχίζουν σε άτομα και οικογένειες και τούτο δεν λαμβάνεται υπόψη.

7.2.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους. Παρόλο που η δυστυχία και ο πόνος δεν είναι εύκολα μετρήσιμα μεγέθη, μια από τις μεθόδους ώστε να εκτιμηθεί η επίπτωσή τους είναι η χρήση ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής (Quality of life Instruments [QOL] (LehMan et al. 1998). Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούν τις υποκειμενικές εκτιμήσεις σε μια ποικιλία τομέων, ώστε να εκτιμήσουν την επίπτωση που έχουν στη ζωή των πασχόντων τα συμπτώματα και οι διαταραχές (Orley et al. 1998). Ένας αριθμός μελετών πάνω σε αυτό το ζήτημα συμπεραίνει ότι τα αρνητικά επακόλουθα δεν είναι μόνο σοβαρά αλλά και διαρκή (UK700 Group 1999). Έχει δειχθεί ότι η ποιότητα ζωής εξακολουθεί να είναι χαμηλή ακόμα και μετά την αποθεραπεία λόγω κοινωνικών παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν το στίγμα και τις διακρίσεις που ακολουθούν τον άρρωστο. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες ποιότητας ζωής δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία παραμένουν επί μακρόν σε ψυχιατρεία, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από όσα ζουν στην κοινότητα. Μία πρό-

σφατη μελέτη σαφώς δείχνει ότι όταν οι κοινωνικές και λειτουργικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται, η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές προβλέπεται να είναι χαμηλή (UK700 group 1999).

Η επίπτωση στην ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές άγχους και πανικού ασκούν επίσης σημαντική επίδραση, ιδιαίτερα όσον αφορά την ψυχολογική λειτουργικότητα (Mendlowicz & Stein 2000, Orley & Kuyken 1994).

7.2.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ & ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

Οι συγκρούσεις, συμπεριλαμβανομένων των πολέμων και των κοινωνικών αναταραχών, και οι καταστροφές επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι είναι πρόσφυγες ή έχουν εκτοπιστεί από τα σπίτια τους μέσα στην ίδια τους τη χώρα. Επιπροσθέτως, εκατομμύρια επηρεάζονται από φυσικές καταστροφές, όπως σεισμούς, πλημμύρες, τυφώνες και παρόμοια μεγάλης κλίμακας καταστροφικά φαινόμενα (FRC 2000). Αυτές οι καταστάσεις βάζουν σε δοκιμασία την ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων, οι πλείστοι των οποίων ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι δυνατότητες να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα είναι άκρως περιορισμένες. Το ένα τρίτο έως το ήμισυ των εμπλεκόμενων, πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές. Η συχνότερη διάγνωση είναι η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Post-traumatic stress disorder PTSD), συχνά συνοδευόμενη από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα που δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να ονομαστούν διαταραχές. Η PTSD εμφανίζεται μετά από ένα αρχέγονο γεγονός εξαιρετικά απειλητικό ή καταστροφικό, και χαρακτηρίζεται από ενοχλητικές αναμνήσεις του στρεσογόνου παράγοντα, αποφυγή συνθηκών που συνδέονται με τον στρεσογόνο παράγοντα, διαταραχές του ύπνου, ευερεθιστότητα και θυμό, δυσκολία στη συγκέντρωση και υπέρ-εργήγορη. Ο επιπολασμός της PTSD στον πληθυσμό, σύμφωνα με την GBD 2000, είναι 0,37%. Η ειδική διάγνωση της PTSD αμφισβητείται, διότι θεωρείται πολιτισμικά εξαρτώμενη και διότι γίνεται πολύ συχνά. Η PTSD έχει μάλιστα θεωρηθεί ως διαγνωστική κατηγορία που έχει επιβληθεί βάσει κοινωνικοπολιτικών αναγκών (Summerfield 2001). Ακόμη και αν η καταλληλότητα αυτής της διάγνωσης είναι αβέβαιη, είναι γενικά αποδεκτό ότι η έκθεση σε σοβαρό τραύμα έχει επίπτωση στην ψυχική υγεία.

Μελέτες Θυμάτων φυσικών καταστροφών έχουν επίσης δείξει υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Μία πρόσφατη μελέτη από την Κίνα βρήκε υψηλό ποσοστό ψυχολογικών συμπτωμάτων και κακή ποιότητα Ζωής μεταξύ των επιζώντων από σεισμούς. Η μελέτη επίσης έδειξε, ότι η υποστήριξη μετά το καταστροφικό γεγονός είχε Θετικά αποτελέσματα ως προς την βελτίωση της ευεξίας (Wang et al. 2000).

7.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

7.3.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι στρατηγικές μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στη μείωση άλλων προβλημάτων, όπως η εφηβική πραγματικότητα, η κακοποίηση παιδιών, η εγκατάλειψη του σχολείου και η απώλεια ημερών εργασίας λόγω ασθένειας.

Το πιο κατάλληλο σημείο για να ξεκινήσει κανείς την προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες και από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Τα όρια και το επίπεδο των δραστηριοτήτων μπορεί να ποικίλλουν από το τοπικό μέχρι το εθνικό επίπεδο, όπως και τα είδη των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνονται για την δημόσια υγεία(ανάπτυξη υπηρεσιών, πολιτική, διάδοση πληροφοριών, προβολή Θεμάτων στην κοινή γνώμη κλπ). Πιο κάτω δίδονται παραδείγματα παρεμβάσεων διάφορων ειδών.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωση ή διατήρηση των ψυχικών διαταραχών.

Η ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη των βρεφών και των νηπίων εξαρτάται από την αλληλεπίδρασή τους με τους γονείς τους. Τα προγράμματα που αναβαθμίζουν την ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορούν να βελτιώσουν την συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα στις Η.Π.Α. "βήματα προς την αποτελεσματική και απολαυστική μητρότητα" (Steps Towards Effective Enjoyable Parenting, STEEP) απευθύνεται σε μητέρες με ένα παιδί και άλλους με γονεϊκά προβλήματα, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Erickson 1989). Υπήρξε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης στις μητέρες, καλύτερη οργάνωση της οικογενειακής ζωής, και δημιουργία ενός περιβάλλοντος για τα παιδιά πλουσιότερου σε

ερεθίσματα.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού.

Το 2025 θα υπάρχουν 1.2 δισεκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ηλικίας άνω των 60 ετών, εκ των οποίων σχεδόν τα τρία τέταρτα στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Εάν όμως θέλουμε η γήρανση να είναι θετική εξέλιξη, θα πρέπει να συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα

Τα σχολεία έχουν αποφασιστικό ρόλο στην προετοιμασία των παιδιών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους. Η διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στην ζωή, όπως της επίλυσης προβλημάτων, της κριτικής σκέψης, της επικοινωνίας, των διαπροσωπικών σχέσεων, της συναισθηματικής κατανόησης των άλλων, και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος θα δώσει τη δυνατότητα στα παιδιά να θεμελιώσουν την ψυχική τους υγεία (Mishara & Ystgaard 2000).

Μία εκπαιδευτική πολιτική φιλική προς τα παιδιά, η οποία ενθαρρύνει την ανοχή και την ισότητα μεταξύ των φύλων, των εθνών, των εθνικών, θρησκευτικών και κοινωνικών ομάδων, προάγει ένα υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον (Who 1990). Προάγει την ενεργητική συμμετοχή και συνεργασία, αποφεύγει τη χρήση σωματικής τιμωρίας, και δεν ανέχεται την καταπίεση και τον εκφοβισμό βοηθάει στην δημιουργία δεσμών μεταξύ της σχολικής και οικογενειακής ζωής, ενθαρρύνει την δημιουργικότητα και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και προάγει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των παιδιών.

7.3.2 ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχει πολλά πλεονεκτήματα. Αυτά περιλαμβάνουν: μικρότερο στιγματισμό ασθενών και προσωπικού, αφού οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αντιμετωπίζονται μαζί με τα σωματικά προβλήματα υγείας, βελτιωμένη διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία και ειδικότερα, βελτιωμένα ποσοστά διάγνωσης για ασθενείς που παραπονιούνται για ασαφή σωματικά συμπτώματα, που σχετίζονται με ψυχικές και

συμπεριφορικές διαταραχές, δυνατότητα καλύτερης θεραπείας των σωματικών προβλημάτων όσων πάσχουν από ψυχική νόσο και αντιστρόφως, καλύτερη θεραπεία των ψυχικών παραμέτρων που σχετίζονται με "σωματικά" προβλήματα. Για την αντιμετώπιση τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μια κοινή υποδομή που σημαίνει μεγαλύτερη παραγωγικότητα και εξοικονόμηση πόρων, τη δυνατότητα παροχής καθολικής κάλυψης για την ψυχική υγεία, και την χρήση κοινοτικών πόρων, η οποία μπορεί εν μέρει να εξισορροπήσει την περιορισμένη διαθεσιμότητα προσωπικού για την ψυχική υγεία.

Η ενσωμάτωση απαιτεί μια προσεκτική ανάλυση τού τι είναι και του τι δεν είναι δυνατό να γίνει στα διάφορα επίπεδα της περίθαλψης για την θεραπεία και φροντίδα των ψυχικών προβλημάτων. Για παράδειγμα, παρεμβατικές στρατηγικές για έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων από το αλκοόλ εφαρμόζονται αποτελεσματικότερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όμως ένα οξύ ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα σε ανώτερο επίπεδο, ώστε να τύχει διαχείρισης από προσωπικό με μεγαλύτερη εμπειρία/ σε εγκαταστάσεις με δυνατότητες εξειδικευμένου παρακλινικού ελέγχου και χορήγησης ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Οι ασθενείς στη συνέχεια πρέπει να παραπεμφθούν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο για παρακολούθηση, καθώς οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σε θέση να παρέχουν καλύτερη συνεχή υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι συγκεκριμένοι τρόποι ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα για την υγεία/ θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό από την υπάρχουσα κατάσταση και λειτουργία του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου μέσα στο σύστημα υγείας κάθε χώρας. Για να επιτύχει η ενσωμάτωση, οι πολιτικές πρέπει να λάβουν υπόψη τα εξής.

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να έχει τη γνώση, τις δεξιότητες και τα κίνητρα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές. Γεγονός που δεν ισχύει στην Ελλάδα. Το προσωπικό είναι ανειδίκευτο και ανημέρωτο στην αντιμετώπιση των πασχόντων (κ. Βρέντας).

Πρέπει να υπάρχει ικανός αριθμός προσωπικού στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο με γνώση και αρμοδιότητα χορήγησης ψυχοτρόπων φάρμακων.

Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Ειδικευμένοι στην ψυχική υγεία πρέπει να υποστηρίζουν και να κατευθύνουν το υπόλοιπο προσωπικό. Πρέπει να υπάρχουν μόνιμοι και αποτελεσματικοί μηχανισμοί παραπομπής μεταξύ όλων των βαθμίδων περίθαλψης. Η χρηματοδότηση πρέπει να αναδιανεμηθεί υπέρ των δύο βαθμίδων ή να υπάρξουν νέοι πόροι. Πρέπει να δημιουργηθούν

συστήματα καταγραφής των σχετικών λειτουργιών ώστε να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση, αξιολόγηση και εκσυγχρονισμός τους.

Ενώ είναι σαφές ότι η ψυχική υγεία θα πρέπει να χρηματοδοτείται από τις ίδιες πηγές και με τους ίδιους στόχους όπως η υγεία γενικά, είναι λιγότερο σαφές ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος να κατευθύνει η χρηματοδότηση προς τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Στην χώρα μας το προσωπικό είναι ελλιπές και ανειδίκευτο (κ. Βρέντας, κ. Λαουδιάς) όσο αναφορά τα δημόσια ψυχιατρεία. Ο μεγαλύτερος αριθμός ειδικευμένου προσωπικού προτιμάει τις ιδιωτικές κλινικές λόγω οικονομικών κινήτρων (κ. Γιαννουλάτος)

7.3.3. ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ

Το κύριο εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι συνακόλουθες διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μια πολύ επίπεδη προσέγγιση. όπου εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η πρόσφορα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, και η εφαρμογή νομοθεσίας που προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, η επιτροπή των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές(κ.Γιαννουλάτος).

7.3.4. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε

Οι διάφορες μορφές των Μ.Μ.Ε είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ώστε να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Είναι δυνατόν να αναληφθεί δράση ώστε να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Τα μέσα μπορούν

επίσης να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η διαφήμιση, αν και δαπανηρή, είναι χρήσιμη για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά φθηνός τρόπος δημιουργίας ειδήσεων που προσελκύουν την προσοχή του κοινού και μορφοποιεί ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγεί σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Η παρεμβολή θεμάτων για την υγεία και κοινωνικών μηνυμάτων στα Ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Παραδείγματα εκστρατειών στα Μ.Μ.Ε ενάντια στο στίγμα είναι το «Changing minds – every family in the land» από το Royal College of Psychiatrists στο Ηνωμένο Βασίλειο και το « Open the doors «της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας .

«Το 1999 ξεκίνησε προσπάθεια στην Ελλάδα διαρκών συναντήσεων με την Γενική Γραμματεία. Ωστόσο, επικρατεί λογική που κινεί τα συμφέροντα .Όσον αφορά την ενημέρωση υπάρχει διαρκής πάλη στα ίδια θέματα διότι μετά από τρεις μήνες χάνεται το ενδιαφέρον του Έλληνα. Έγιναν προσπάθειες μέσω της εκκλησίας και των δημοσιογράφων, χωρίς επιτυχία. Πολύ καλή λύση είναι οι διαζώσεις με συμμάχους για την εξάπλωση της ενημέρωσης. Οι σύμμαχοι σήμερα είναι οι νέοι.», αναφέρει ο κ. Γιαννουλάτος.

Το Διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την Ψυχική υγεία. Χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο πληροφόρησης και εκπαίδευσης σε θέματα Ψυχικής υγείας ασθενών, φοιτητών, εργαζομένων στο Χώρο της υγείας, ομάδων καταναλωτών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και του πληθυσμού γενικά. Επίσης φιλοξενεί ομάδες αυτοβοήθειας και συζήτησης και παρέχει κλινική φροντίδα. Με το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης η κοινότητα θα είναι πιο ενημερωμένη και κατά συνέπεια, θα έχει μεγαλύτερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες όσον αφορά την προσφερόμενη θεραπεία και φροντίδα. Η αρνητική πλευρά είναι ότι πρέπει να αναλύσει και να κατανοήσει κανείς έναν τεράστιο όγκο δημοσιευμάτων, η ακρίβεια των οποίων κυμαίνεται ευρύτατα (Griffiths & Christiansen 2000). Οι χρήστες του Διαδικτύου όλο και περισσότερο θα προσδοκούν να έχουν εύκολη πρόσβαση σε θεραπείες και συμβουλές από ειδικούς στην υγεία, που θα αρχίζουν από απλές ερωτήσεις, έως πιο περίπλοκες συμβουλευτικές συνεδρίες με βίντεο ή τηλεϊατρική.

Είναι μεγάλη πρόκληση να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία προς όφελος της Ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες.

7.3.5 Η ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ

Αν και το στίγμα και οι διακρίσεις πηγάζουν από την κοινότητα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η κοινότητα μπορεί να προσφέρει πόρους για την αντιμετώπιση των αιτιών και των αποτελεσμάτων μέσα στο περιβάλλον της. Μπορεί επίσης να προσφέρει πόρους για την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που δίδεται στους πάσχοντες από Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ο ρόλος της κοινότητας μπορεί να αρχίζει από την αυτοβοήθεια ή την αμοιβαία βοήθεια και να φθάνει στις ομάδες πίεσης για την προώθηση αλλαγών στην Ψυχική υγεία και την διάθεση πόρων, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, την συμμετοχή στον έλεγχο και την αξιολόγηση της φροντίδας, και την δραστηριοποίηση για την αλλαγή στάσεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι επίσης ένας πολύτιμος κοινοτικός πόρος για την Ψυχική υγεία. Είναι συχνά πιο ευαίσθητες στην τοπική πραγματικότητα από τα προγράμματα κεντρικού σχεδιασμού και συνήθως υποστηρίζουν σθεναρά τους νεωτερισμούς και την αλλαγή.

Οι διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις βοηθούν στην ανταλλαγή εμπειριών και λειτουργούν ως ομάδες πίεσης, και σε τοπικό επίπεδο είναι υπεύθυνες για πολλά νεωτεριστικά προγράμματα και λύσεις. Παίζουν επίσης πολύ σπουδαίο ρόλο, όταν δεν υπάρχει επίσημο σύστημα ή καλώς λειτουργούν σύστημα για την Ψυχική υγεία, αναπληρώνοντας τα κενά των κοινοτικών υπηρεσιών και στρατηγικών.

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν εξελιχθεί σε ισχυρή, δραστήρια και διεκδικητική δύναμη, που συχνά δεν ικανοποιείται με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας. Αυτές οι ομάδες συνέβαλλαν αποφασιστικά στη μεταρρύθμιση της Ψυχικής υγείας (WHO 1989). Είναι ανεπίσημες χαλαρές ομαδοποιήσεις, αλλά και μεγάλες οργανώσεις με καταστατικό και νομική κατοχύρωση. Αν και έχουν διαφορετικούς στόχους, όλες στηρίζουν την άποψη του καταναλωτή.

Οι αρχές που είναι υπεύθυνες για την λειτουργία των υπηρεσιών, είναι υπόλογες στους καταναλωτές του συστήματος. Ένα σημαντικό βήμα ώστε οι αρχές να πιέζονται από τις ευθύνες τους, είναι να συμμετέχουν οι καταναλωτές στην δημιουργία των υπηρεσιών, στον έλεγχο του επιπέδου της νοσοκομειακής περίθαλψης, και στην ανάπτυξη και εφαρμογή

πολιτικών και της νομοθεσίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι οικογένειες παίζουν ένα ρόλο κλειδί στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών και κατά διαφορετικούς τρόπους υποκαθιστούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, επίσης μεταθέτει τις ευθύνες στις οικογένειες. Οι οικογένειες μπορούν να έχουν θετική ή αρνητική επίδραση, ανάλογα με την κατανόηση, γνώση, δεξιότητες και ικανότητα να φροντίσουν το μέλος τους με την ψυχική διαταραχή. Γι' αυτούς τους λόγους, μια σημαντική στρατηγική στο κοινοτικό επίπεδο είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες ώστε να κατανοούν την ασθένεια, να ενθαρρύνουν την σταθερή λήψη της αγωγής, να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα συμπτώματα που υποδηλώνουν υποτροπή, και να αντιμετωπίζουν άμεσα τις κρίσεις.

Αυτό θα οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση και θα μειώσει την κοινωνική και προσωπική ανικανότητα. Επισκέπτριες κοινοτικές νοσηλεύτριες και άλλοι εργαζόμενοι στην υγεία μπορούν να δώσουν σημαντική υποστήριξη, όπως και τα δίκτυα ομάδων αυτοβοήθειας και οικονομικής υποστήριξης.

Δύο σημεία είναι σκόπιμο να προσεχτούν. Πρώτον, η διάθρωση της διευρυμένης οικογένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς και η εσωτερική μετανάστευση προς τις πόλεις, είναι μια πρόκληση για όσους σχεδιάζουν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια για την φροντίδα των ασθενών. Δεύτερο, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν προσφέρεται για καλή ποιότητα φροντίδας και υποστήριξης, και μάλιστα μπορεί να είναι και βλαπτικό, η εμπλοκή της οικογένειας μπορεί να μην αποτελεί βιώσιμη λύση.

7.3.6. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΑΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ

Ο πόλεμος, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές, η άναρχη αστικοποίηση και η φτώχεια δεν καθορίζουν μόνο σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, αλλά είναι επίσης εμπόδια στην προαγωγή της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο πόλεμος και οι συγκρούσεις μπορούν να καταστρέψουν την εθνική οικονομία και το σύστημα υγείας και πρόνοιας, και να τραυματίσουν ολόκληρους πληθυσμούς. Την φτώχεια ακολουθεί μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών υγείας, αλλά και οικονομική αδυναμία ανάπτυξης ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε εθνικό επίπεδο, όπως και αδυναμία να πληρώσει κανείς για τέτοιες υπηρεσίες προσωπικά.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να αντιμετωπίσει μερικώς τα αποτελέσματα

περιβαλλοντικών παραγόντων εξυπηρετώντας τις ειδικές ανάγκες ευπαθών ομάδων και χρησιμοποιώντας στρατηγικές που προλαμβάνουν τον αποκλεισμό. Αλλά επειδή πολλοί παράγοντες που συσχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές διατρέχουν σχεδόν όλους τους κυβερνητικούς τομείς, το εύρος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας καθορίζεται εν μέρει από τις πολιτικές άλλων κυβερνητικών τομέων. Με άλλα λόγια, άλλοι κυβερνητικοί τομείς ευθύνονται για μερικούς από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για μερικές από τις λύσεις που προτείνονται.

Η διατομεακή συνεργασία είναι ουσιώδης ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να ωφεληθούν από τα μεγαλύτερα κυβερνητικά προγράμματα. Επιπλέον, ο χώρος της ψυχικής υγείας πρέπει να εισάγει τα δεδομένα του στους άλλους κυβερνητικούς τομείς, έτσι ώστε οι δραστηριότητες τους και οι πολιτικές τους να συνεισφέρουν στην ψυχική υγεία και όχι να αφαιρούν. Οι πολιτικές πρέπει να αναλύονται ως προς τα επακόλουθα τους στην ψυχική υγεία πριν τεθούν σε εφαρμογή, και όλες οι κυβερνητικές πολιτικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση μιας πλήρους σωματικής ,πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Ωστόσο είναι αδύνατον να οριστεί πλήρως γιατί η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Οι πιο κοινές διαταραχές είναι : οι καταθλιπτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, διαταραχές από χρήση ουσιών, η νόσος Alzheimer ,η νοητική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται η επιληψία ως νευρολογική διαταραχή. Συγκεκριμένα :

- ✓ η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη ,έλλειψη ενδιαφέροντος, μειωμένη ενεργητικότητα. Είναι μια συνεχής ψυχική διαταραχή που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση στον ίδιο τον πάσχοντα και το οικογενειακό του περιβάλλον και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη ,
- ✓ η διαταραχή από χρήση ουσιών προκαλείται από τη χρήση οινόπνευματος, οπιούχων ,ηρεμιστικών χαπιών κ.α Συνηθέστερη μορφή είναι η χρήση καπνού και οινόπνευματος. Θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια ασθένεια και ως κοινωνικό πρόβλημα με πιθανή βάση στη λειτουργία του εγκεφάλου,
- ✓ η σχιζοφρένεια αρχίζει στην ύστατη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Κατέχει την τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό ενώ μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς 10 έτη κατά μέσο όρο,
- ✓ η επιληψία τυπικά εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Είναι νευρολογική διαταραχή που προκαλείται από ξαφνική, υπερβολική ηλεκτρική δραστηριότητα σε μέρος ή σε όλο τον εγκέφαλο. Το ποσοστό αυτόματης ίασης είναι σημαντικό ενώ πολλοί από τους έχοντες επιληψία είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μετά τριετίας,
- ✓ η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που συχνά αρχίζει μετά τα 65 έτη. Το ακριβές αίτιο του Alzheimer παραμένει άγνωστο,

- ✓ η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων που επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους,
- ✓ οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας μπορεί να είναι πρόδρομοι άλλων, πολύ σοβαρότερων ψυχικών ασθενειών αργότερα. Διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: ψυχολογικής ανάπτυξης και συναισθηματικών διαταραχών.

Σημαντικό ρόλο για την πορεία της ψυχικής ασθένειας διαδραματίζει ο θεραπευτικός χώρος (ίδρυμα) και το προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στο άσυλο στοχεύουν στην θεραπεία του ψυχωτικού αρρώστου και βιώνουν την ψυχωτική διάχυση σε προσωπικό επίπεδο.

Στις προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενειών περιλαμβάνονται και όλα τα μέσα που προετοιμάζουν τους ψυχικά ασθενείς για την διεκδίκηση μιας φυσιολογικής θέσης στην κοινότητα ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Ο όρος «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση» περικλείει όλες αυτές τις προσπάθειες. Η διαδικασία της αποκατάστασης είναι ένα πολυδιάστατο «συνεχές» που αρχίζει με διάγνωση- αξιολόγηση-αρχική εκτίμηση του προβλήματος και λήγει με την τοποθέτηση του ασθενούς σε εργασία. Η παράλειψη ενός σταδίου είναι αδύνατη γιατί το ένα στάδιο είναι άμεση συνέχεια του προηγούμενου. Η περίοδος από την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο μέχρι την πλήρη επάνοδό του στο μόνιμο χώρο διαμονής θεωρείται μεταβατική φάση και καλύπτεται με τη μορφή μερικής νοσηλείας, η οποία αποτελείται από το θεραπευτικό περιβάλλον και την ψυχιατρική εργοθεραπεία. Ως κύρια φάση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης θεωρείται η κοινωνική αποκατάσταση που αποτελείται από υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και την κοινωνικοποίηση τους μέσα από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που έχουν ομαδικό χαρακτήρα με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο.

Οι ανάγκες των Ελλήνων ψυχικά αρρώστων για ειδικές υπηρεσίες οδήγησαν στην πρώτη απόπειρα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το 1984, με ένα «πενταετές» πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής αποκατάστασης. Στα τέλη του 1995 το Υπουργείο Υγείας προκειμένου να εξασφαλίσει την συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» χωρίστηκε σε δυο φάσεις. Η Α' φάση υλοποιήθηκε το 2000-2001 και είχε σκοπό την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά και

περισσότερα από όσα σχεδιάστηκαν. Η Β' φάση αναφέρεται την περίοδο 2000-2006 και στοχεύει στην δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων ενσωματωμένα στα Γενικά Νοσοκομεία και στην τελική κατάργηση των ασύλων.

Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών για την ψυχική υγεία φαίνονται μέσα από την οργάνωση και ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που άρχισαν να λειτουργούν από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Οι υπηρεσίες που έχουν αναπτύξει ορισμένα πρότυπα είναι: τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ), Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης-Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α.), Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Ε.Ε.Ε.) Υπηρεσίες Οργάνωσης Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων (Υ.Ο.Α.Ε.Α.).

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπισε η αποσυλοποίηση είναι ο κοινωνικός στιγματισμός ή στίγμα. Το στίγμα ορίζεται ως ένδειξη ντροπής και αποδοκιμασίας. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι δυνατός σε όλους τους τύπους της πνευματικής ασθένειας. Εξαιτίας του στίγματος τα άτομα με ψυχική ασθένεια υποφέρουν περισσότερο. Πηγές του στίγματος θεωρούνται : η οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον και οι ίδιοι οι ασθενείς. Επιπτώσεις του στίγματος είναι: οικονομικές, στην ποιότητα ζωής, λόγω συγκρούσεων και καταστροφών. Ωστόσο μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Οι πιο σημαντικές είναι : η προαγωγή της ψυχικής υγείας με εκπαιδευτική πολιτική, η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στις γενικές υπηρεσίες υγείας, η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ο ρόλος των Μ.Μ.Ε με τη σωστή πληροφόρηση του κοινού, η χρήση κοινωνικών πόρων για την προώθηση αλλαγών και τέλος με την συνεισφορά άλλων τομέων μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων και διατομεακής συνεργασίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1. Φ.Ε.Κ. 1^ο ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλου 96, 17 ΜΑΙΟΥ 1999 «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»
2. Φ.Ε.Κ. 2^ο ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλου 661, 23 ΜΑΙΟΥ 2000 «ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΠΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ Ψ.Α. ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ»
3. Φ.Ε.Κ. 1^ο ΤΕΥΧΟΣ Αρ. Φύλλου 143, 7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983 «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ»



01000961705990016

1731



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**

Εκδίδωμε 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 αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συστήνεται, 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. Συστήνεται 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 δημοσίευσή 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 συνομλεί 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 αυτεπάγγελτως 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, καταχωρήσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ. 2 του ν. 2519/1997.

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργανώσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της ομοιότητας ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1 εδ. β του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διατρούονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και

πληθυσμικά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος. Με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α') και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Σινεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευσή, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επικοπέτες υγείας, νοσηλευτές 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 ελεύθερα 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 πηχτικές και άμισθες.

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 τριετίας θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διατάξης 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) Επισπεύδουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική έιασυνδραση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κεντρικό την πασική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και 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 ψυχοκοινωνική 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 ομοιομορφία, 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 Κ.Ε.Σ.Υ., το Σ.Υ.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 ετήσιες 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 Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2. εδ. β' παρ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών 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 Κ.Ε.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

υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσηριακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλίψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργα-

νισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων "Κέντρα Ψυχικής Υγείας", "Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα", "Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία", "Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία", "Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον", "Φιλοξενούσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλίψης" σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

Άρθρο 5

Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύξουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συσταίνονται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενίοτε πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

Άρθρο 6

Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 7

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συσταίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυ-

χικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 8

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 9

Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυ-

χιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτά παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, με απόφαση των Δικαστηρίων Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμερισμό ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται ορισμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή δωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υ-

γείας για αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής-εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υιολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική ομάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Άρθρο 10

Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και

Κέντρα Κοινωνικής Επανεξέτασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέτασης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συστήνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενό τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συστήνονται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση για αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 11

Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας,

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανεξέτασης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέτασης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικά ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που σιμιστά κώλυμα διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

Άρθρο 12

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

(Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δοσική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οπουδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον ορο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται όδωσ σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλα συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Το μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επίδομα επανένταξης ή οποιαδήποτε μορφή νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλίζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε.. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμείβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν. 1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους βλάπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στα μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέπει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μερίδων, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μερίδων που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπόγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μερίδων το νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την εισοδή του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφορά για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. Τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απογγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισόριθμο αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερά ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδίκειου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρπου αριθμού, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν βλάπτει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό σύμβουλο ή επιπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση

που δεν υπόκειται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ., εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρίες ή Επιχειρήσεις δημόσιου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παράβαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσωπεία δικαιούσων άλλου μέλους εξουσιοδοτούμενου από αυτό. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά πορέκκληση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε ποριστόμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν. 1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μεριδών. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Α. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης με απόφαση του διοικούντος οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την απαλλαγή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαριστική ατία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε.. Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περιληψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλίο επιτολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μεριδών και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπό στοιχεία (γ) έως (στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδίκη στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται:

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν ληξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ..

δ) Αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-

νοδικείου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1867/1986.

Αν αποτυχει η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1867/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου Ειρηνοδίκου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο Ειρηνοδικείο αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατό το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Σύνδικος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμωμελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μία ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζόμενους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επατρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε.. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπόγονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσηλίο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, των άρθρων δ, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο οντισταχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παράγραφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

Άρθρο 14

Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

Άρθρο 15

Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση ειδικών εργασιών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α'/15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ. 1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ' έτος.

Άρθρο 16

Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεσκές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Άρθρο 17

Μεταδοτικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ημικοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνιολογικού Ιδρυματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α'/2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ταποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προ-σόντια καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-

γούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 18.

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

«Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακοποηκάρων ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγεται και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α'). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α'), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδραντοποιούν τους υποδοχείς των οπιοίων, απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.Κ.Α.ΝΑ.

β. Τον Ο.Κ.Α.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιας χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ", που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" και μετά από δηλώσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μοδολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊσταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') των καταργημένων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα "Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας" μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. "Η ΜΗΤΕΡΑ" και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιματισίων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών ομοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που ουστάθηκαν α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α/1925) "Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου", περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α/1985) "Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδών Ηρακλείου Κρήτης", καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία "Κέντρο Γροντασίας και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης", το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου.

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των συνγγωνευόμενων Ν.Π.Δ.Δ. μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διακείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισόριθμο ανοπληρωματικό μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και οποτελείται από:

α. έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου,

γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης,

δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

“3. Ατομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, που επιδοτούνται με προνοιακό ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, απασχολιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη.”

Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

“9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίηση των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. “ΜΗΤΕΡΑ”, επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις που διέπουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρι της δημοσίευσης του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες.”

Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνεστήθη με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) εφορμίζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε

αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) Ο.Τ.Α.. Όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α) αναφέρεται ο όρος “δήμο ή κοινότητα” αυτός συμπληρώνεται ως εξής: “δήμο ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α).”

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο: α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α) και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συνεστήθησαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου.”

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας και χειριστών - εμφανιστών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πρόβση Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.). Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πινάκα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολόκληρη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περίληψή της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευσή της στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η συμφωνία γνώμη του Α.Σ.Ε.Π. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ'ένοταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα καταρτίζει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστέων, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.). Η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ'ένοταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολυθούνται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την αποσχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση από την αιτία αυτή.

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997) 'Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργανωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις' αντικαθίσταται ως εξής:

Για την κατάλληλη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, για βαθμό Β ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού πτυχίου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α', που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή επταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος.'

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') που εκδικάζουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αναπληρωτικά από τους φορείς των περιπτώσεων β, γ, δ. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρόταση του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 'Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία' (ΦΕΚ 216 Α/25.10.1995), ιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής: έχουν μετεκπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσης τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωριστούν το χρόνο της προϋπηρεσίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως ανετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α') συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επι θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α').

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

'Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων.'

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.97) κατατάσσονται σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α/20.10.1998) μετά τις λέξεις 'περιφερειακών ιατρείων', συμπληρώνεται ως εξής:

'Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία.'

Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη 'Νοσοκομείων' προστίθεται η φράση ', Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας'.

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), μετά τη λέξη 'Εργαστηρίων', προστίθεται η φράση ', των κλάδων ΤΕ Φυσικοθεραπευτών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου'.

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

'13. Επίδομα τριμήνης του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας'.

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη 'Νοσοκομείων', προστίθεται η φράση ', Κέντρων Υγείας'.

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τοκτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

τητα, μόνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β'/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α'/23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1963/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίας υποθέρου για όλο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγωνα με τις Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β'/2.10.89), Α/οικ. 62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β'/31.12.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ΦΕΚ 703/τ.Β'/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους απλούς γιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαθέρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Ναρκωτικά σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανώτατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται αυτοδικαίως σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που ομιστώνται αυτοδικαίως με την ίδια πράξη. Οι ομιστούμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανεξετάζονται, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλογίας με τα χρόνια αιωνολογίας προϋπηρεσίας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεξεταθούν στο βαθμό Β' και ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεξεταθούν στο βαθμό Α', θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεξεταθούν και προσμετράται στο χρόνο που απαιτείται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α'), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

"1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από Θμελής Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρμακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πρόεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπρόεδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους."

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βάση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 27

1. Για τη νοσηλεία στα εξωτερικά των ασφαλισμένων του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναύτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜ. ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΓΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠ. ΥΓΕΙΑΣ
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΘΝ. ΟΙΚ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΣΕΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΔΑΝΗΟΥ
ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΜΑΥΤΙΔΑΣ
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΛΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 661

23 Μαΐου 2000

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ.Α3α/οικ.876

(1)

Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Εχοντες υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/17.5.99) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις".

2. Τις διατάξεις του Π.Δ. 138/92 (ΦΕΚ 68/Α/22.4.92) "Οργάνισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα.

3. Τις διατάξεις των οργανισμών των ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Νοσοκομείων.

4. Την αρ.1039386/441/Α006/21.4.2000 κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Γεώργιο Δρύ" (Φ.Ε.Κ.571/Β'/21.4.2000).

5. Την υπ'αριθμ. Δ1α/οικ.11443/7.6.99 απόφασή μας με την οποία συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας για τον καθορισμό των προϋποθέσεων και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των αρχών και της στελέχωσης των Ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευμένων διαμερισμάτων.

6. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του Ν.2469/97 (Φ.Ε.Κ. 38/Α/97) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Καθορίζουμε τις αρχές, τις προϋποθέσεις, τη στελέχωση, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2719/99 για άτομα με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ως κατωτέρω, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Άρθρο 1

Αρχές

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προ-

γράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 διέπονται και εφαρμόζουν τις ακόλουθες αρχές:

α. Τις αρχές που ορίζονται στην παρ. 2, του άρθρου 1 του Ν. 2716/99.

β. Την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 2 παρ. 3 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε άλλου συνταγματικού τους δικαιώματος ως πολιτών.

γ. Τις αρχές και τους στόχους της Συναινετικής Διακήρυξης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως αυτή δημοσιεύθηκε στην WHO/MNH/MND/96.2 έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Άρθρο 2

Προϋποθέσεις

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων, είναι οι ακόλουθες:

Α. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν. 2716/99 και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του ιδίου άρθρου.

- α) Σύσταση της μονάδας
- β) Σύσταση των θέσεων προσωπικού
- γ) Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής και του απαραίτητου εξοπλισμού
- δ) Ορισμός του επιστημονικού υπευθύνου
- ε) Διορισμός του προσωπικού ή εξασφάλιση της παλυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας από το προσωπικό που ήδη υπηρετεί στον φορέα, για τον οποίο συστήνεται ο Ξενώνας ή το οικοτροφείο, ή εγκρίνεται το πρόγραμμα προστατευμένων διαμερισμάτων.

στ) Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας ή των προστατευμένων διαμερισμάτων με άλλες υπηρεσίες του Τομέα.

Β. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων, που ιδρύονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 § του νόμου 2716/1999, οι προϋποθέσεις και τα δικαιολογητικά για την άδεια λειτουργίας τους ορίζονται ειδικότερα στην από τη διάταξη της παρ. 4 του ιδίου άρθρου προβλεπόμενη υπουργική απόφαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Άρθρο 3

Ξενώνες

1. Ο Ξενώνας ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη ύστερα από αίτησή τους και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα στους Ξενώνες φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, ή άτομα που κρίνεται ότι είναι θεραπευτική ή προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για την ζωή στην κοινότητα.

Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

Η δυναμικότητα του Ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα.

2. Οι Ξενώνες διαβαθμίζονται ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του βαθμού υποστήριξης αυτών, σε:

- Βραχείας διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 8 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.

- Μέσης διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 20 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.

- Μακράς διάρκειας παραμονής: όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι 36 μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

Αλλαγή της ανωτέρω διαβάθμισης μπορεί να γίνει με τεκμηριωμένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και έγκριση από την Δ/ση Ψυχικής Υγείας.

3. Οι Ξενώνες ανάλογα με το χώρο εγκατάστασής τους χωρίζονται σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς.

Οι ενδονοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βραχείας και μέσης διάρκειας παραμονής, έχουν υψηλό έως μέσο βαθμό υποστήριξης και σε αυτούς γίνεται η προετοιμασία για τη μετάβαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Ψυχιατρικών ή Γενικών Νοσοκομείων στους εξωνοσοκομειακούς Ξενώνες. Οι εξωνοσοκομειακοί Ξενώνες βρίσκονται στην κοινότητα, είναι βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής και έχουν υψηλό ή μέσο ή χαμηλό βαθμό υποστήριξης.

4. Η υποστήριξη των Ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού στον Ξενώνα ως εξής:

Υψηλός βαθμός υποστήριξης: εικοσιτετράωρη παρουσία προσωπικού

Μέσος βαθμός υποστήριξης: κατώτερη του εικοσιτετράωρου παρουσία του προσωπικού και

Χαμηλός βαθμός υποστήριξης: η κατά περίπτωση περιοδική παρουσία του προσωπικού για την παρακολούθηση και υποστήριξη των ατόμων.

Άρθρο 4

Οικοτροφεία

1. Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκα-

τάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη άτομα με ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διασφαλισθεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων αυτών με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενεί το Οικοτροφείο δεν ξεπερνά τους 25. Δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Ειδικότερα τα άτομα που διαμένουν στο Οικοτροφείο είναι:

α) άτομα που χρειάζονται ψυχογериατρική φροντίδα, β) άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές,

γ) άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη στεγαστικής δομής υψηλής εποπτείας.

2. Διαφοροποιήσεις των Οικοτροφείων, ανάλογα με την ηλικία, δύνανται να γίνουν στην περίπτωση που αναπτυχθούν πολλά Οικοτροφεία σε έναν Τομέα Ψυχικής Υγείας, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Υπευθύνου και της διοίκησης του φορέα που ανήκουν και γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και με απόφαση του Υπουργού Υγείας-Πρόνοιας. Οι διαφοροποιήσεις των οικοτροφείων ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά είναι:

α. Οικοτροφείο νέων από 19 - 30 ετών

β. Οικοτροφείο ενηλίκων από 31 - 55 ετών και

γ. Οικοτροφείο από 56 ετών και άνω

Άρθρο 5

Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

1. Το προστατευμένο διαμέρισμα είναι χώρος στέγασης σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες, ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα δεν υπερβαίνει τα έξι.

2. Η Ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα που διαμένουν στα προστατευμένα διαμερίσματα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

Άρθρο 6

Ξενώνες και Οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία Παιδιών ή Εφήβων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές προσφέρουν θεραπευτικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια, όταν αυτό επιβάλλεται από τις συνθήκες θεραπείας τους και εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα, κατά την περίοδο εκείνη, τα άτομα αυτά να ενταχθούν σε Φιλοξενούσες Οικογένειες της παρ. 5 του άρθρου 9 του Ν.27 16/99, όπως αυτό βεβαιώνεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο στην αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία λαμβάνει και την τελική απόφαση.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν τα παιδιά και τους εφήβους για βραχύ ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που προσδιορίζεται εκάστοτε από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σε συνεργασία με την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας και μέχρις ότου ενηλικιωθούν. Μετά την ενηλικίωση η συνέχεια της φροντίδας παρέχεται σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από απόφαση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία φιλοξενούν ενδεικτικά:

*Παιδιά προσχολικής ηλικίας με προβλήματα σωματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 8-10.

*Παιδιά λανθάνουσας ή προεφηβικής ηλικίας που προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες, οι οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών. Ο αριθμός των παιδιών δεν υπερβαίνει τα 15.

*Έφηβοι με παραπτωματική συμπεριφορά, με ψυχικές διαταραχές ή χωρίς σοβαρή ψυχική διαταραχή αλλά με σοβαρά διαταραγμένους γονείς. Ο αριθμός των εφήβων δεν υπερβαίνει τους 10-12.

Δεν επιτρέπεται η λειτουργία Ξενώνων ή Οικοτροφείων στους οποίους φιλοξενοούνται παιδιά και έφηβοι μαζί.

Άρθρο 7

Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

1. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, με την οποία παρέχονται οι δυνατότητες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα.

Οι εργαζόμενοι στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση οφείλουν να δραστηριοποιούνται στην επίτευξη των κατωτέρω βασικών στόχων της:

α. Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης.

β. Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.

γ. Διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.

δ. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.

ε. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

2. Κύριο εργαλείο για την εφαρμογή της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι οι στεγαστικές δομές στην κοινότητα όπως αναφέρονται στο άρθρο 9 του Ν.2716/99.

Άρθρο 8

Παρεχόμενες Υπηρεσίες

1. Οι υπηρεσίες που παρέχονται κατά περίπτωση στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των φιλοξενούμενων ατόμων που διαμένουν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε Προστατευμένα Διαμερίσματα και τις οποίες οφείλει να εξασφαλίζει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, είναι:

1. φαρμακευτική αγωγή
2. εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
3. ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειές τους
4. επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση εφόσον η ηλικία τους το επιτρέπει
5. συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης
6. συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
7. προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό
8. συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογες ερευνητικές δραστηριότητες
9. ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
10. προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζουν εξαμηνιαίο πρόγραμμα για κάθε μία από τις ανωτέρω παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επί-

σης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε φιλοξενούμενο άτομο στο οποίο αποτυπώνονται τα ανωτέρω, και καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικά με την ενεργό συμμετοχή του ενδιαφερομένου στον ατομικό του φάκελο. Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε εξάμηνο.

Ανά εβδομάδα καταχωρείται στο φάκελο του κάθε ατόμου κάθε είδους δραστηριότητά του μέσα και έξω από το χώρο κατοικίας είτε αυτή προβλέπεται στο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα είτε όχι.

Τα προγράμματα αυτά κατατίθενται στο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Δ/ντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οι οποίοι έχουν και την αρμοδιότητα ελέγχου από κοινού της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Άρθρο 9

Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα

1. Το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων που ανήκουν σε αυτήν αποτελεί την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα ορίζεται με απόφαση του διοικούστος οργάνου του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου. Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης παιδιών και εφήβων), ψυχολόγο, κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, επισκέπτη/τρια υγείας, εργοθεραπευτή/τρια, δικηγορικό/ή υπάλληλο. Η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα δύναται να πλαισιώνεται και με άλλες ειδικότητες κατά περίπτωση ή ανάλογα με το επιτελούμενο έργο, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου.

2. Έργο της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως αναφέρονται στη Συναινετική Διακήρυξη μέσω των μεθόδων που περιγράφονται στην παρούσα απόφαση. Βασική αρχή λειτουργίας της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

3. Με απόφαση της διοίκησης του φορέα στον οποίο υπάγεται η μονάδα και μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου ορίζεται εξωτερικός επόπτης με εξειδίκευση και εμπειρία σε θέματα δυναμικής της ομάδας για την επίσημη εποπτεία του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας.

4. Η σύνθεση της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας δεν μεταβάλλεται παρά μόνο με αιτιολογημένη εισήγηση του Επιστημονικού Υπεύθυνου ή με αίτημα του ενδιαφερόμενου μέλους ή αποχώρησή του από το φορέα. Η σταθερότητα της σύνθεσης της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας στις ειδικότητες και στα άτομα που έχουν οριστεί αποτελεί ευθύνη της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος. Αναπλοήγηση

αλλαγή αποτελεί παράβαση των διατάξεων της παρούσας απόφασης από τη Διοίκηση.

Άρθρο 10

Επιστημονικός Υπεύθυνος

1. Με απόφαση του διοικούντος οργάνου του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε κάθε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζεται με κριτήρια τη γνώση και εμπειρία του και την αποδοχή των αρχών που διατυπώνονται στο Κεφάλαιο Α΄ της παρούσας, αποδεικνυόμενων κυρίως από την ενεργό συμμετοχή του σε αντίστοιχες δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος προέρχεται από τις ειδικότητες που συνθέτουν και στελεχώνουν την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα.

2. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος έχει την ευθύνη συντονισμού και υλοποίησης του έργου της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, όπως αυτό περιγράφεται ανωτέρω, την επιστημονική ευθύνη για τη λειτουργία της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος γενικότερα και τη διασύνδεσή της με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

Το αυτό πρόσωπο μπορεί να ορίζεται Επιστημονικός Υπεύθυνος σε περισσότερες από μία Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του ίδιου φορέα.

Άρθρο 11

Προσωπικό

1. Οι θέσεις του προσωπικού των Ξενώνων και των Οικοτροφείων συνιστώνται με Προεδρικό Διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 9 του Ν.2716/99. Το προσωπικό των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων προέρχεται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκουν τα προγράμματα αυτά.

Ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) και η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο κάθε μέλους του προσωπικού στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος καθορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο σύμφωνα με τις ανάγκες που συσχετίζονται με το βαθμό υποστήριξης και λειτουργικότητας των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά.

Ο αριθμός των εργαζομένων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων προσδιορίζεται από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ατόμων που διαμένουν σ' αυτά. Για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 11 του Ν.2716/99 ο εβδομαδιαίος χρόνος απασχόλησης (μερική ή πλήρης) κάθε μέλους του προσωπικού τους η κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο και ο αριθμός των εργαζομένων σ' αυτές εγκρίνεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας στην οποία ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Με ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου διασφαλίζεται ότι οι ρόλοι των εργαζομένων εκτός των καθηκόντων που απορρέουν από την ειδικότητά τους συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστασιακούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης (μερική ή πλήρης) στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Το μέλος της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας που αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει την φροντίδα για τον ασθενή, όπως έχει σχεδιασθεί κατά την κατάρτιση του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος σύμφωνα με το άρθρο 8 της παρούσας, καλείται "πρόσωπο-αναφοράς" για τον ασθενή αυτό.

Οι εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος οφείλουν να υπηρετούν το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για τους διαβιούντες στις ανωτέρω Μονάδες και Προγράμματα. Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζει από το σύνολο των εργαζομένων κάθε έναν, ανεξαρτήτως ειδικότητας, για ποιους συγκεκριμένους ασθενείς αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" γι αυτούς.

4. Κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να αναλαμβάνει το ρόλο του "προσώπου - αναφοράς" για περισσότερους από έξι (6) ενοίκους των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος.

5. Σύνθεση προσωπικού:

α) Στον Ξενώνα:

Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ενοίκων και το βαθμό υποστήριξης του Ξενώνα καθώς και του αριθμού των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων που υλοποιεί.

Οι ειδικότητες των εργαζομένων που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία του Ξενώνα είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος
Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτρια/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτόν.

β) Στο οικοτροφείο:

Το προσωπικό ποικίλει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό. Οι ειδικότητες που καλύπτουν την 24ωρη λειτουργία του Οικοτροφείου είναι ενδεικτικά οι εξής:

Ψυχίατρος
Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτρια/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον Ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτό.

γ) Στα προστατευμένα διαμερίσματα:

Η λειτουργία της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας της αντίστοιχης Μονάδας Ψυχικής Υγείας, στην φροντίδα της οποίας ανατίθενται τα άτομα που εγκαθίστανται στο Προστατευμένο Διαμερίσμα, έχει την ευθύνη την καλή λειτουργία του προγράμματος προστατευμένων διαμερισμάτων. Αυτή η ομάδα στελεχώνεται ενδεικτικά από:

Ψυχίατρο
Ψυχολόγο
Κοινωνικό Λειτουργό
Εργοθεραπευτή
Επισκέπτη υγείας
Διοικητικό Υπάλληλο
Άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Ο αριθμός του προσωπικού που στηρίζει την υλοποίηση των προγραμμάτων προστατευμένων διαμερισμάτων καθορίζεται από τη διοίκηση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας μετά από εισήγηση του αντίστοιχου επιστημονικού υπεύθυνου της στην οποία ανατίθεται το πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος με βάση τον αριθμό των προστατευμένων διαμερισμάτων που έχουν ανατεθεί στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και το βαθμό αυτονομίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαμένουν σε αυτά.

Ο αριθμός των μελών της Θεραπευτικής Ομάδας είναι από πέντε (5) μέχρι δέκα (10) και παρέχουν πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε, κατ' ανώτατο όριο πενήντα (50) άτομα με ψυχικές διαταραχές που διαβιούν σε προστατευμένα διαμερίσματα και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σ' αυτά σύμφωνα με το πρόγραμμα που συντάσσει ο επιστημονικός υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία έχει ανατεθεί το πρόγραμμα του προστατευμένου διαμερίσματος.

δ) Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων:

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Παιδιών ή Εφήβων το προσωπικό που καλύπτει την 24ωρη λειτουργία τους απαρτίζεται ενδεικτικά από τις εξής ειδικότητες:

Παιδοψυχίατρος ή Ψυχίατρος με εμπειρία ή και εξειδίκευση στη θεραπεία εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Ψυχολόγος
Οικονόμος
Νοσηλεύτης/τρια
Κοινωνικός Λειτουργός
Εργοθεραπευτής/τρια
Διοικητικός
Βοηθητικό προσωπικό
Ειδικός Παιδαγωγός

Άλλες ειδικότητες όπως ενδεικτικά λογοθεραπευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές απασχολούνται στον ξενώνα μόνο για όσο χρόνο και για κάθε φορά που αναπτύσσεται αντίστοιχο πρόγραμμα σ' αυτά.

Η αναλογία του προσωπικού προς τους φιλοξενούμενους οφείλει να είναι τουλάχιστον 3:1 (εργαζόμενοι / φιλοξενούμενοι) και η παρουσία του σε κάθε Μονάδα είναι απαραίτητη σε εικοσιτετράωρη βάση.

Στους ξενώνες παιδιών ή εφήβων ανάλογα με το πρόγραμμα και τις κατά περίπτωση ειδικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας πρόσθετη εξειδικευμένη κατά περίπτωση στελέχωση, μετά από εισήγηση του Επιστημονικά Υπεύθυνου στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων που ανήκει ο ξενώνας και αντίστοιχη πρόταση από την αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας όπου δεν υφίσταται Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Ενδεικτικά:

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά προσχολικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται νηπιαγωγοί και βοηθητικό προσωπικό πλέον του προσωπικού που έχει περιγραφεί ανωτέρω.

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας στο προσωπικό περιλαμβάνονται απαραίτητα ειδικοί παιδαγωγοί.

*Στις Μονάδες που φιλοξενούν εφήβους στο προσωπικό περιλαμβάνονται ειδικοί παιδαγωγοί και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

6. Η ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένου διαμερίσματος ενός ασθενούς γίνεται με αίτηση του ίδιου ατόμου και με πρόταση του θεράποντα ψυχιάτρου ή άλλου επαγγελματία ψυχικής υγείας ή οποιασδήποτε κοινοτικής ή πανεπιστημιακής ψυχιατρικής υπηρεσίας που είχε την ευθύνη παρακολούθησης αυτού του ατόμου πριν την παραπομπή του προς τη Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα που υλοποιεί το Πρόγραμμα του Προστατευμένου Διαμερίσματος. Μαζί με την πρόταση κατατίθεται ιστορικό του ασθενούς στο οποίο καταχωρούνται τα στοιχεία που αφορούν στη λειτουργικότητα του ατόμου, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, το κοινωνικό του δίκτυο (συχρότητα και ένταση σχέσεων με οικογένεια, φίλους) το εργασιακό του ιστορικό και όποια άλλα στοιχεία κρίνει απαραίτητα η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα.

7. Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία των παιδιών και των εφήβων διασυνδέονται λειτουργικά με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων στον οποίο υπάγονται. Επίσης μετέχουν στο πρόγραμμα εφημεριών του Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ή της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας όπου δεν έχει συσταθεί ή δεν έχει λειτουργήσει η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων.

Η προετοιμασία του ενοίκου που βαίνει προς ενηλικίωση και θα χρειασθεί να παραμείνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε προστατευμένη στεγαστική δομή, για τη μεταφορά του στην αντίστοιχη μονάδα ενηλίκων του Τομέα Ψυχικής Υγείας που ανήκει, είναι ευθύνη του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που τον φιλοξενεί και της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που θα τον υποδεχθεί.

Άρθρο 12

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας

Καταρτίζεται Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας από τη διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος, σε διάστημα έξι (6) μηνών από την έναρξη λειτουργίας τους, όπου θα περιγράφονται αναλυτικά τα αναφερόμενα στα προηγούμενα κεφάλαια, υποβάλλεται στη Δ/ση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 13

Τρόπος παραπομπής

Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων παραπέμπονται άτομα με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές από τις Μονάδες

Ψυχικής Υγείας του άρθρου 4 του Ν. 2716/99 κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 9 του ίδιου νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Άρθρο 14

Διοικητικό-οικονομική διαχείριση

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος είναι αυτοτελής και αυτόνομη.

Η οικονομική διαχείριση κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερισματος, καταγράφεται, εγκρίνεται, παρακολουθείται και ελέγχεται χωριστά στο πλαίσιο του δικού της προϋπολογισμού που ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του φορέα στον οποίο ανήκει και απεικονίζεται ως παράρτημά του.

Η αυτοτελής διαχείριση αφορά τις ατομικές δαπάνες των χρηστών που ενδεικτικά είναι: η ένδυση, η διατροφή, οι ατομικές αγορές και τα ατομικά έξοδα, στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης.

Άρθρο 15

Η διαχείριση στους Ξενώνες

1. Η προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής, διενεργείται από τον ασθενή που συνοδεύεται από τον εκπαιδευτή του, μέλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας, για το χρονικό διάστημα που ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμά ότι ο ασθενής δεν είναι έτοιμος να διενεργεί τις προμήθειές του μόνος του. Ο εκπαιδευτής ενημερώνει για την οικονομική αυτή δραστηριότητα κάθε φορά τον διαχειριστή του Ξενώνα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και όποτε ο επιστημονικός υπεύθυνος εκτιμήσει ότι ο ασθενής είναι ικανός να διενεργεί τις προμήθειες των ανωτέρω ειδών μόνος του, εκδίδει σχετική πράξη την οποία κοινοποιεί στον διαχειριστή.

Όταν οι προμήθειες των ανωτέρω ειδών γίνονται για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των ασθενών, η προμήθεια διενεργείται από τριμελή επιτροπή. Η επιτροπή αποτελείται από δύο ασθενείς και έναν εκπαιδευτή.

Στα καθήκοντα κάθε εκπαιδευτού μέλους της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και του επιστημονικού υπευθύνου είναι η άσκηση του ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα στην έρευνα της αγοράς και στην ανάδειξη των ιδιαίτερων προτιμήσεων του ασθενή, έτσι ώστε να αποκτήσει την δεξιότητα να αναζητά την άριστη σχέση τιμής-οφέλους στο πλαίσιο του προϋπολογισμού για κάθε αγαθό ή υπηρεσία που προτίθεται να καταναλώσει.

2. Στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και ειδικότερα σε αυτές που ανήκουν σε φορείς που διέπονται από τις διατάξεις του Ν. 2362/95 "Περί Δημόσιου Λογιστικού, ελέγχου των δαπανών του κράτους και άλλες διατάξεις" ή χρηματοδοτούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό, η διοικητικό-οικονομική τους διαχείριση σε ότι αφορά τις λειτουργικές δαπάνες διενεργείται στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου κλειστού προϋπολογισμού. Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που υπηρετεί στον Ξενώνα, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στον Ξενώνα με πλήρη απασχόληση σε αυτόν και ασκεί τα καθήκοντά του επί εξαμήνου. Ο δια-

χειριστής μεριμνά για την εύρυθμη λειτουργία του Ξενώνα σε ότι αφορά τα υλικά, τις προμήθειες και την οικονομική οργάνωση των δραστηριοτήτων, όπως ενδεικτικά οι εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του Ξενώνα, η αντικατάσταση του φθαρέντος εξοπλισμού, οι πληρωμές των παγίων (Ενοίκιο, Ο.Τ.Ε, Δ.Ε.Η, νερό κ.λ.π), η καταβολή των επιδομάτων, όπου αυτά χορηγούνται, και αποδίδει λογαριασμό στον υπόλογο που έχει ορίσει ο φορέας στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας.

Ο επιστημονικός υπεύθυνος του Ξενώνα ορίζει εκ περιτροπής έναν ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών του Ξενώνα ως βοηθό του διαχειριστή με δίμηνη θητεία έτσι ώστε κάθε ασθενής να εκπαιδευτεί στην οικονομική διαχείριση του Ξενώνα.

Στον Ξενώνα ο διαχειριστής τηρεί βιβλίο δαπανών και ενεργειών στο οποίο καταγράφονται οι δραστηριότητες από οικονομικής άποψης και περιγράφονται οι ανάγκες που ικανοποιήθηκαν.

Η οικονομική διαχείριση στον Ξενώνα γίνεται με πάγια προκαταβολή που εκδίδει η οικονομική υπηρεσία του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας το ύψος της οποίας καλύπτει πλήρως το 1/12 του προϋπολογισμού του Ξενώνα.

Όλες οι άλλες δαπάνες του Ξενώνα που αφορούν την μισθοδοσία του προσωπικού, την συντήρηση του κτιρίου-εφόσον διενεργείται από το προσωπικό του φορέα στον οποίο ανήκει ο Ξενώνας- και τις έκτακτες και απρόβλεπτες ανάγκες διενεργούνται από τον φορέα που ανήκει ο Ξενώνας.

Άρθρο 16

Η διαχείριση στο Οικοτροφείο

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση των οικοτροφείων ακολουθεί τις διατάξεις της παρούσας απόφασης που αφορούν την διαχείριση των Ξενώνων. Ειδικότερα, εφόσον οι ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών του οικοτροφείου κατά την εκτίμησή του επιστημονικού υπευθύνου δεν μπορούν να πραγματοποιούν τις ατομικές οικονομικές τους δραστηριότητες μόνοι τους, τότε οι αντίστοιχες πράξεις γίνονται με την εποπτεία του εκπαιδευτή τους, ο οποίος αποδίδει λογαριασμό στον διαχειριστή του οικοτροφείου και αυτός στον υπόλογο.

Σε περίπτωση που η πλειοψηφία των ασθενών-ενοίκων του οικοτροφείου δεν είναι σε κατάσταση να πραγματοποιήσουν αυτόνομα τις οικονομικές τους δραστηριότητες, για προμήθειες που αφορούν τις ανάγκες του συνόλου των ενοίκων του οικοτροφείου αυτές διενεργούνται από τριμελή επιτροπή στην οποία το ένα μέλος είναι ασθενής-ένοικος του οικοτροφείου εξ αυτών που ο επιστημονικός υπεύθυνος έχει βεβαιώσει ότι δύναται να ασκούν οικονομικές δραστηριότητες αυτοτελώς.

Άρθρο 17

Η διαχείριση στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Η διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχικής Υγείας που αναπτύσει προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ορίζει υπόλογο από το προσωπικό του, εκτός εκείνου που εργάζεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερισματος, και διαχειριστή από το σύνολο του προσωπικού που απασχολείται στο Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων.

Ο προϋπολογισμός που αφορά το προστατευμένο διαμέρισμα συντίθεται από δύο μέρη. Το ένα μέρος αφορά τις "υποστηρικτικές" δαπάνες που πραγματοποιεί απευθείας ο φορέας στον οποίο ανήκει το διαμέρισμα και περιλαμβάνει

το μέρος της μισθοδοσίας των εργαζομένων του φορέα αυτού, που απασχολούνται με οποιονδήποτε τρόπο και για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα στο προστατευμένο διαμέρισμα καθώς και τις δαπάνες για την προμήθεια φαρμάκων των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος που είναι ανασφάλιστοι.

Το άλλο μέρος αφορά τις δαπάνες "λειτουργίας", των παγίων (Ενοίκιο, ΟΤΕ, ΔΕΗ, νερό κ.λ.π.) και τις δαπάνες ψυχαγωγίας. Για τη διαμόρφωση του μέρους αυτού του προϋπολογισμού συνυπολογίζεται και το 80% των εισοδημάτων που έχει κάθε ένοικος από οποιαδήποτε ίδια πηγή εισοδήματος. Η συνεισφορά αυτή δεν μπορεί να ξεπερνά τις 120.000 δρχ. μηνιαίως. Το σύνολο του προϋπολογισμού του μέρους των "λειτουργικών" δαπανών του προστατευμένου διαμερίσματος αναλογίζεται σε κάθε δωδεκαμημιάριό του ισόποσα σε κάθε ένοικο του προστατευμένου διαμερίσματος, ο οποίος συμμετέχει ισομερώς στην κάλυψη των δαπανών και την πραγματοποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ένας εκ των ασθενών-ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος εκ περιτροπής και για διάστημα τεσσάρων (4) μηνών ορίζεται βοηθός του διαχειριστή και ασκεί καθήκοντα οικονόμου του διαμερίσματος και επιβλέπει την εφαρμογή των από κοινού με το σύνολο των ενοίκων του προστατευμένου διαμερίσματος αποφάσεων για τις οικονομικές δραστηριότητες του προστατευμένου διαμερίσματος.

Ο διαχειριστής από κοινού με το βοηθό του αποδίδουν λογαριασμό στον υπόλογο.

Άρθρο 18

Γενικές κατευθύνσεις

1. Οι προμήθειες των αναλώσιμων ειδών στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων γίνονται σε ημερήσια βάση. Σε περίπτωση μαζικής προμήθειας αυτή δεν πρέπει να υπερβαίνει την κάλυψη των αναγκών των ενοίκων της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένου Διαμερίσματος για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των επτά (7) ημερών.

2. Το σύνολο των απασχολούμενων και των χρηστών-ενοίκων κάθε Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων είναι υπεύθυνοι-υπόλογοι για την κινητή και ακίνητη περιουσία της μονάδας ή του προγράμματος και είναι ισομερώς υπόλογοι για αυτήν στο φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους γίνεται απογραφή της περιουσίας της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης η οποία κατατίθεται στον φορέα στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και στον οποίο ανήκει το σύνολο της περιουσίας αυτής. Κάθε αντικείμενο που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί επειδή τέθηκε εκτός λειτουργίας ή αποφασίστηκε η αντικατάστασή του παραδίδεται στον φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης προς αχρήστευσή του.

4. Κατά τα λοιπά για τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που ανήκουν σε Ν.Π.Δ.Δ ή σε Ν.Π.Ι.Δ που επιχορηγούνται τουλάχιστον κατά 50% από τον κρατικό προϋπολογισμό ισχύουν οι διατάξεις που διέπουν την διαχείριση του φορέα που ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ για τις λοιπές Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ισχύουν οι αντίστοιχες διατάξεις που διέπουν την λειτουργία του φορέα στον οποίο ανήκουν. Σε όλες τις περιπτώσεις η εφαρμογή των διατάξεων αυτών

οφείλει να εξυπηρετεί την εκπαίδευση των ασθενών-ενοίκων στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και να διασφαλίζει τη λειτουργία της Μονάδας στο πρότυπο της λειτουργίας οικογενειακού περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Άρθρο 19

Λειτουργία

1. Οι αποκαταστασιακοί στόχοι λειτουργίας των Ξενώνων, των οικοτροφείων και των προστατευμένων διαμερισμάτων υλοποιούνται με:

α. Τη συνεχή και σταθερή εφαρμογή προγραμμάτων που ωθούν το άτομο στην απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητάς του.

β. Την ανάπτυξη προγραμμάτων που παρέχουν δυνατότητες για εκπαίδευση στα άτομα αυτά.

γ. Προγράμματα και δραστηριότητες που προωθούν και βοηθούν το άτομο να αποκτήσει δυνατότητες κριτικής και αξιολόγησης των δράσεων και των υπηρεσιών που του παρέχονται.

δ. Δράσεις που βοηθούν το άτομο στη διεκδίκηση και άσκηση των νομικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του.

ε. Προγράμματα δράσεων ανάπτυξης συνεργασίας με εθελοντές και συλλόγους.

στ. Προγράμματα ενθάρρυνσης της συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στα κοινά.

ζ. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου, την ενημέρωση για τις εξωιδρυματικές μορφές φροντίδας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους.

2. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα οφείλουν να συντονίζουν τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που δύναται να αναπτυχθούν στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων ώστε αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων που φιλοξενεί και να εγκαθιδρύουν άμεσες σχέσεις μεταξύ των ατόμων στα οποία απευθύνεται και της κοινότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ

ΥΠΟΔΟΜΗ

Άρθρο 20

Περιγραφή του χώρου

α) Ξενώνες-Οικοτροφεία

Οι Ξενώνες και τα οικοτροφεία πρέπει να διαθέτουν:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.

2. Ευρύχωρη κουζίνα 10-12 τμ. τουλάχιστον ανά 10 άτομα, ώστε να μπορούν οι ένοικοι να εκπαιδεύονται στη μαγειρική.

3. Υπνοδωμάτια των δύο (2) ατόμων. Κατ' εξαίρεση, μετά από εισήγηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και έγκριση της Δ/σης Ψυχικής Υγείας μπορεί τα υπνοδωμάτια να είναι των τριών (3) ατόμων, όπου το επιτρέπει ο χώρος.

4. Κοινόχρηστους χώρους α) καθιστικά, τα οποία μπορεί να εξυπηρετεί τουλάχιστον τα 2/3 των ενοίκων ταυτοχρόνως, β) Τραπεζαρία, για σίτιση τουλάχιστον του 1/3 των

ενοίκων ταυτοχρόνως, γ) αίθουσας πολλαπλών χρήσεων, όπου αυτό είναι δυνατόν.

5. Γραφείο των επαγγελματιών, το οποίο χρησιμοποιείται για τις ειδικές ανάγκες στις ημέρες εφημερίας για όσες στεγαστικές δομές ενταχθούν στο πρόγραμμα εφημερίας όπως αυτό προσδιορίζεται από την Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας στον οποίο υπάγονται.

Με μεταγενέστερη απόφασή μας θα καθορισθούν τα πρότυπα κατασκευής των ανωτέρω στεγαστικών δομών.

β) Πρόγραμμα Προστατευμένων Διαμερισμάτων

Κάθε κατοικία που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος πρέπει να διαθέτει:

1. Μπάνιο με W.C. και νιπτήρα ανά πέντε (5) άτομα διαστάσεων τουλάχιστον 4 τμ. το καθένα.

2. Ευρύχωρη κουζίνα 9 τμ. τουλάχιστον.

3. Υπνοδωμάτιο των δύο (2) ατόμων, το μέγιστο

4. Ευρύχωρο καθιστικό ώστε να εξυπηρετείται το σύνολο των ενοίκων ταυτοχρόνως.

Άρθρο 21

Υλικοτεχνική Υποδομή

1. Ο Ξενώνας, το οικοτροφείο και το προστατευμένο διαμέρισμα πρέπει να έχουν την κατωτέρω υλικοτεχνική υποδομή:

α) θέρμανση σε όλα τα δωμάτια και ψύξη τουλάχιστον στα υπνοδωμάτια,

β) κρεβάτι με στρώμα και δύο μαξιλάρια για κάθε άτομο, ατομικά κομοδίνα και ερμάρια και ντουλάπες ανά δύο άτομα,

γ) σεντόνια, υποσέντονα και μαξιλαροθήκες σε επαρκή αριθμό και κλινοσκεπάσματα τουλάχιστον τέσσερα ανά άτομο (δύο χειμερινά και δύο καλοκαιρινά)

δ) ο,τιδήποτε άλλο απαιτεί η λειτουργία ενός μέσου νοικοκυριού όπως ενδεικτικά: κουρτίνες, καναπέδες, καρέκλες, πολυθρόνες, μοκέτες, καθρέπτες.

ε) είδη διακόσμησης όπως ενδεικτικά: αντίγραφα έργων τέχνης ή δικές τους δημιουργίες που μπορούν να αναρτηθούν μετά από σύμφωνη γνώμη της Παλυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας και των ενοίκων, σταχτοδοχεία, βάζα.

στ) τουλάχιστον τα αναγκαία σε ποσότητες και είδη σκεύη κουζίνας και μαγειρικής, τραπεζομάντιλα κ.λ.π.

ζ) ηλεκτρικές συσκευές νοικοκυριού όπως ενδεικτικά πλυντήριο ρούχων και πιάτων, ψυγείο, κουζίνα, απορροφητήρας, όλα με προδιαγραφές μακρόχρονης αντοχής λόγω του αριθμού των ενοίκων που τα χρησιμοποιούν.

η) ηλεκτρονικός- υποστηρικτικός-εκπαιδευτικός εξοπλισμός όπως ενδεικτικά τηλεόραση, στερεοφωνικό συγκρότημα, video, fax, τηλέφωνο, φωτογραφική μηχανή.

θ) είδη μπάνιου και ειδικά εξαρτήματα όπου χρειάζονται, όπως ενδεικτικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες και για γηριατρικά περιστατικά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Άρθρο 22

Γενικές Διατάξεις

1. Σε χρονικό διάστημα 4 έως 6 μηνών από την έναρξη λει-

τουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων τα άτομα που διαμένουν και λαμβάνουν χρηματικά ποσά σε εφαρμογή των προβλεπομένων στα άρθρα 13 και 14 του Ν.2716/99 συμμετέχουν, για εκπαιδευτικούς λόγους και ως καταναλωτές των υπηρεσιών που τους παρέχονται, στις δαπάνες που αφορούν στο ενοίκιο, διατροφή, κοινόχρηστους λογαριασμούς για μεν το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη του άρθρου 14 σε αναλογία που συνολικά δεν μπορεί να υπερβαίνει το ήμισυ του λαμβανομένου χρηματικού ποσού και με ολόκληρο το ποσό που προέρχεται από τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν.2716/99.

2. Μέχρι τη σύσταση και λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, η Δ/ση Ψυχικής Υγείας εκδίδει απόφαση προσωρινής έγκρισης σκοπιμότητας και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν.2716/99 και των αντίστοιχων του άρθρου 11 του ίδιου νόμου από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

3. Εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, εκτός της ψυχιατρικής παρακολούθησης η οποία παρέχεται με ευθύνη του φορέα στον οποίο υπάγονται οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή τα Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων καθώς και άλλες υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.α. αναζητούνται κατά προτεραιότητα από δημόσιους φορείς στην περιοχή λειτουργίας τους ή πλησίον αυτών. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή του Προγράμματος Προστατευμένων Διαμερισμάτων μεριμνά για τη διασύνδεση μ' αυτές τις υπηρεσίες. Στην περίπτωση αντιμετώπισης δυσκολιών στην εξεύρεση αυτών των υπηρεσιών, απευθύνεται εγγράφως στην Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας η οποία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση του θέματος μέσω της Δ/σης Ψυχικής Υγείας. Στην περίπτωση αδυναμίας κάλυψης των αναγκών για τις προαναφερόμενες υπηρεσίες αυτές αναζητούνται σε ιδιωτικό τομέα ή εξετάζεται η περίπτωση πρόσληψης με μερική απασχόληση, του ανάλογου ειδικού επαγγελματία. Η προτίμηση της πρώτης ή της δεύτερης εναλλακτικής λύσης βασίζεται σε συνδυασμό χρηματοοικονομικών και θεραπευτικών κριτηρίων, στην αντίστοιχη απόφαση της Διοίκησης του φορέα, στον οποίο ανήκει η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ή το Πρόγραμμα Προστατευμένου Διαμερίσματος.

Άρθρο 23

Τελική Ρύθμιση

Με την έκδοση της παρούσας απόφασης κάθε προγενέστερη σχετική απόφαση καταργείται.

Η ισχύς της παρούσας αρχίζει από τη δημοσίευσή του Ν. 2716/17.5.99.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της κυβερνήσεως.

Αθήνα, 16 Μαΐου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΑΛΕΞ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ



άρθρο 14

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυρούμεν και εκδίδομεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής ψηφισθέντα νόμον:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσω του ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζεται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματικό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.
3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση
ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:
 - α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική μεσοποδιά, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του αντίστοιχου τμήματος.
 - ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψήφιους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.
 - στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.
 - ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.
 - η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.
 - θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων και μέσης εκπαίδευσης, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος ελέγχεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται από τη ΔΟΜ, την ΟΔΜΕ και την ΟΛΠΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της πε-

ι) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ή Ν.Π.Δ.Δ., που αποστρέφεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ια) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που αποστρέφεται απ' αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίζει εκπρόσωπο και Πρόνοιας, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

3. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Στα ΠΕ.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

5. Η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. είναι ζωής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της Σ.Υ.

Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους ΠΕ.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Μέχρι να οριστεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του ΠΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος επιλέγεται μεταξύ των γιατρών - μελών του ΠΕ.Σ.Υ.

6. Το ΠΕ.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση καλύμματος από τον αντιπρόεδρο.

7. Όργανα του ΠΕ.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

8. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του ΠΕ.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του ΠΕ.Σ.Υ. Μέλος του ΠΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από δύο συνελεύσεις συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

9. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του, που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εισήγηση των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάθεση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του ΚΕ.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του ΠΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκροτήσεως της επιτροπής ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εράσιμα και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του ΠΕ.Σ.Υ. πλήρη απασχόληση. Με επιφύλαξη

1326/1983 (ΦΕΚ 19), τους καταβάλλεται μηνιαία ο που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υγών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Για τα λοιπά μέλη του ΠΕ.Σ.Υ. και τα μέλη των τριών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφ' ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω τάξεων του Ν. 1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο, εφόσον δεν είναι να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου 11.

11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε ΠΕ.Σ.Υ. λειτούργαται αυτοί. Η γραμματεία στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που απαιτούνται για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει εργασίες σχετική με το έργο αυτό.

12. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προσδιέονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου ΠΕ.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από (5) για κάθε ΠΕ.Σ.Υ. Με το π. δ/γμα σύστασης ορίζονται τα προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών ο απαιτούμενη των προσλαμβανόμενων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στους δρες των ΠΕ.Σ.Υ.

13. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ.

14. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότεροι τρόπος λειτουργίας των ΠΕ.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος και η λειτουργία της γραμματείας των ΠΕ.Σ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5.

Μοιράδες περιθάλψης.

1. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των νοσοκομειακών οργανισμών και ταμείων διακρίνεται σε εξωτερική (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρικά τους και τα εξωτερικά τμήματα των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

2. Νοσηλεία με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. επιχορηγούνται από το δημόσιο, ολικά ή μερικώς, σε ιδιαιτερώς κλινικές, επιτρέπεται ύστερα από ειδική σύμβαση με το δημόσιο ή οργανισμού ή ταμείου και της κλινικής εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 6.

Νοσοκομεία.

1. Νοσοκομεία ιδρύονται μόνον ως Ν.Π.Δ.Δ. Η έδρα

του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση ταχόν αρμόδιου Υπουργού, όταν πρόκειται για μετατροπή ή συγχώνευση, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Η οργάνωση, λειτουργία και διοίκηση των νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, όπως συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του νόμου αυτού. Η ίδρυση νοσοκομείου με οποιαδήποτε άλλη νομική μορφή και η χρησιμοποίηση της ονομασίας «νοσοκομείο» ή παρεμφερούς από ιδιωτικές κλινικές απαγορεύεται. Εν πάση περιπτώσει, προκειμένου περί ιδιωτικών κλινικών η αναφορά «ιδιωτική κλινική» είναι υποχρεωτική.

2. Νοσοκομειακές μονάδες, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ως υπηρεσίες Ν.Π.Δ.Δ. και των ασφαλιστικών οργανισμών ή Ν.Π.Ι.Δ., εφόσον επιχορηγούνται με οποιοδήποτε τρόπο από το δημόσιο ή οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό Ν.Π.Δ.Δ. μετατρέπονται μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού σε Ν.Π.Δ.Δ. και υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή συγχωνεύονται με νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις αυτού του ν.δ. Σε περίπτωση που μέσα στο χρόνο αυτόν δε μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή δε συγχωνευτούν με Ν.Π.Δ.Δ. γίνονται Ν.Π.Ι.Δ. και διακόπτεται η επιχορήγησή τους.

Εφόσον δεν επιχορηγούνται, συνολικά ή μερικά, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, μετατρέπονται στην ίδια προθεσμία σε αυτοτελή και αυτοδιοικούμενα Ν.Π.Ι.Δ. Με πρόταση της διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκουν μπορούν να μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. και να υπαχθούν στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953. Η μετατροπή των μονάδων αυτών σε νομικά πρόσωπα ή η συγχώνευση γίνεται με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις μονάδες αυτές που μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ. κατά τη δημοσίευση των π. δ/των μετατροπής, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα και είναι ηλικίας μέχρι 55 ετών, σε αντίστοιχες θέσεις, που συνιστώνται με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό που δε συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης εξαιρείται να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατρέπεται, σε προσωρινές θέσεις, που καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιαδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξαιρείται να διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσης του π.δ/τος μετατροπής.

3. Από τη ρύθμιση της προηγούμενης παραγράφου εξαιρούνται τα νοσοκομεία των Α.Ε.Ι και των ενόπλων δυνάμεων.

4. Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν ως Ν.Π.Ι.Δ. και επιχορηγούνται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η επιχορήγησή τους. Η υπαγωγή γίνεται με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Για το προσωπικό που υπηρετεί κατά την υπαγωγή εφαρμόζεται η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με δωρεή ή πράξη δωρεάς, που περιλαμβάνει ρητή ανσίμψη, διάταξη, που μπορεί να επιχορηγούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Τα νοσοκομεία των παραγράφων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωμένα σε προθεσμία 5 μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού να ζητήσουν την υπαγωγή τους ή μη στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

5. Τα νοσοκομεία, που έχουν ιδρυθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. και δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, μπορεί να υπάγονται στο νομικό καθεστώς του ν.δ/τος αυτού με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού.

6. Τα δημοτικά νοσοκομεία από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

7. Μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η ίδρυση, η επέκταση σε δύναμη κρεβατιών και η μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης απαγορεύονται. Επίσης μετά παρέλευση τριμήνου από τη δημοσίευση του νόμου αυτού απαγορεύεται η μεταίχιση ιδιωτικών κλινικών ως επιχειρήσεων, καθώς και η μεταίχιση μερίδων συμμετοχής, εταιρικών μεριδίων και ονομαστικών μεριδίων ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούν με εταιρική μορφή. Οι κύριοι ανωνύμων μετοχών υποχρεώνονται να μετατρέψουν τις μετοχές σε ονομαστικές σε προθεσμία 3 μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., η προθεσμία μπορεί να παραταθεί για 3 ακόμα μήνες. Οι μετοχές που δε θα μετατραπούν εμπρόθεσμα σε ονομαστικές θεωρούνται αυτοδικαίως άκυρες, εκτός αν λόγοι ανώτερης βίας εμπόδισαν τον κύριο των μετοχών ή το νόμιμο αντιπρόσωπό του από το να πραγματοποιήσει τη μετατροπή. Στην περίπτωση αυτή, όπως και στην περίπτωση όπου ο κύριος των μετοχών είναι κάτοικος εξωτερικού, η πύκνωση προθεσμίας παρατείνεται για ένα μήνα. Μετά την πάροδο της προθεσμίας εκδίδονται μετοχές στο όνομα του δημοσίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εμπορίου και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία μετατροπής των μετοχών, όπως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

8. Ο έλεγχος για την τήρηση από τις ιδιωτικές κλινικές, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εργαστήρια των κείμενων νομοθετικών διατάξεων ασκείται από το Κ.Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 7.

Εποπτεία νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν. Η εποπτεία ασκείται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία, που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 και τα Ν.Π.Ι.Δ. που επιχορηγούνται από το κράτος, υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων.

2. Για την άσκηση της εποπτείας, σε κάθε νοσοκομείο — Ν.Π.Ι.Δ. συνιστάται πενταμελές εποπτικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α) Έναν εκπρόσωπο της ταπικής αυτοδιοίκησης, που ορίζεται για τα περιφερειακά νοσοκομεία από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. και για τα νομαρχιακά από την Π.Ε.Δ.Κ.Ε.

β) Έναν εκπρόσωπο των γιατρών και άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου του άρθρου 11 του νόμου αυτού, που εκλέγεται από αυτούς και έναν εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς.

γ) Έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ., που υπάγεται στην εποπτεία του, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Π.Ε.Σ.Υ. της περιφέρειας που έχει την έδρα του νοσοκομείου, ο οποίος ορίζεται με απόφαση της ολομέλειάς του. Ο εκπρόσωπος του Π.Ε.Σ.Υ. δεν μπορεί να είναι από τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο. Μέχρι της συγκρότησης του Π.Ε.Σ.Υ. ορίζεται εκπρόσω-

3. Η θητεία των μελών είναι τριετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται και οι πρόεδροι και αντιπρόεδροι του. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται. Αντικατάσταση μέλους γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας και ο αντικαταστάτης ορίζεται με την ίδια διαδικασία. Οι συνεδριάσεις του εποπτικού συμβουλίου γίνονται σε χώρο του νοσοκομείου, που υποχρεούται να παραχωρεί το διοικητικό του συμβούλιο. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται διοικητικός του υπάλληλος που ασκεί καθήκοντα γραμματέα του εποπτικού συμβουλίου. Στα μέλη του εποπτικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση, κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ, που ορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

4. Τα εποπτικά συμβούλια ασκούν την εποπτεία στο νοσοκομείο, που έχουν διοριστεί, σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου αυτού και ειδικότερα:

α) Παρακολουθούν την εκτέλεση και εφαρμογή των νόμων, αποφάσεων και εγκυκλίων της διοίκησης, που αφορούν στη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και γενικά την άσκηση του έργου του νοσοκομείου.

β) Γνωμοδοτούν για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, για κάθε αναμόρφωσή του, για τον απολογισμό και τον ισολογισμό του.

γ) Γνωμοδοτούν πάνω στις προτάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου, που αναφέρονται σε μεταβολή του οργανισμού του.

δ) Προτείνουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή στο οικεία Π.Ε.Σ.Υ. τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου και ζητούν τη διενέργεια διοικητικού ελέγχου από αρμόδια όργανα για συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του νοσοκομείου.

ε) Ελέγχουν την εκτέλεση των δαπανών του νοσοκομείου και ιδιαίτερα αυτών που βαρύνουν τις κρατικές επιχορηγήσεις.

στ) Εγκρίνουν τη σκοπιμότητα προμήθειας εξοπλισμού και εκτέλεσης έργων, που η δαπάνη τους υπερβαίνει το ποσό των πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχ. Σε περίπτωση μη έγκρισης το διοικητικό συμβούλιο έχει δικαίωμα προσφυγής στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας που αποφασίζει. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί ν' αυξηθεί το ύψος του ορίου αυτού.

5. Ο πρόεδρος του εποπτικού συμβουλίου καλείται υποχρεωτικά και συμμετέχει, χωρίς ψήφο, στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου κοινοποιούνται υποχρεωτικά στο εποπτικό συμβούλιο. Τα πρακτικά συνεδριάσεων του διοικητικού συμβουλίου είναι στη διάθεση του εποπτικού συμβουλίου.

6. Παραλείψη της διοίκησης των νοσοκομείων για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού συνιστά παράβαση και διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 458 του Π.Κ., εκτός αν ο νόμος προβλέπει βαρύτερη ποινή.

7. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας και άσκησης του έργου των εποπτικών συμβουλίων, οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και η διαδικασία εκλογής των μελών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 8.

Διάρθρωση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά λειτουργούν στην έδρα κάθε

τρικής ειδικότητας και συμβάλλουν στην προαγωγή τριτικής έρευνας.

Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, κατά ανάγκες κύρια του πληθυσμού του νομού, παρέχουν επισκευαστή και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία φωνά με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με οργανισμό τους.

4. Τα ειδικά νοσοκομεία υπάγονται στην εποπτεία Π.Ε.Σ.Υ. της υγειονομικής περιφέρειας που λειτούργει. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να κληρωθούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας ελέγχονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και δευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 9.

Διοίκηση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, που περικλείονται από πέντε (5) μέλη για όσα έχουν έως τριακόσια (300) κρεβάτια και από επτά (7) μέλη για τα λοιπα.

2. Τα πενταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου εκλεγμένοι από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, ορίζεται από την Τ.Π.Δ.Κ.Ε. του νομού που εβρείται το νοσοκομείο και

γ) Δύο (2) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

3. Τα επταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου εκλεγμένοι από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, ορίζονται για τα περιφερειακά και τα ειδικά νοσοκομεία την Κ.Π.Δ.Κ.Ε. και για τα νομαρχιακά από την Τ.Π.Δ.Κ.Ε.

γ) Τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Κατεξάιρεση, το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του νόμου αυτού, αποτελείται από επτά (7) μέλη:

α) το Δήμαρχο Αθηναίων ή δημοτικό σύμβουλο, που ορίζεται απ' αυτόν ως Πρόεδρος,

β) έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που ορίζεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο Νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

δ) τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προσφέρει στο Νοσοκομείο υπηρεσίες του με πλήρη απασχόληση κατά την

75 5. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των
 60λών είναι βετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνε-
 65ται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με
 70τη με απόφαση ορίζονται οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος
 75του διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί, που ασκούν την ιατρική
 80ήν ελεύθερο επάγγελμα, δε μπορούν να διορισθούν πρόεδροι
 85ή αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται
 90ευθέτως η αντικατάσταση μέλους του διοικητικού συμβου-
 95λου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του.
 100αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται
 105τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο
 110τικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοι-
 115μέλη του.

120 6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν
 125σταθεί με πράξη, εν ζωή ή διάταξη τελευταίας βούλησης,
 130γκροτούνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην
 135ουτική πράξη. Εάν ο αριθμός των μελών αυτών είναι μι-
 140κρότερος από τον αριθμό των μελών, που ορίζεται στην πα-
 145ράγραφο 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγ-
 150σταίνεται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και
 155ό πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο
 160αριθμός των μελών, που ορίζονται με απόφαση του Υπουρ-
 165γού Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοι-
 170κητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει ένας εκ-
 175παιδικών και γυναικών και λοιπών επιστημόνων της ιατρι-
 180ας υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των
 185όλοικων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγονται αντί-
 190στοιχα από αυτούς.

195 7. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προΐσταται όλων
 200των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και
 205των περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτά,
 210εντολίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσο-
 215κομείο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του
 220διοικητικού συμβουλίου.

225 8. Ο πρόεδρος των πενταμελών και οι πρόεδρος και αντι-
 230πρόεδρος των εκταμελών διοικητικών συμβουλίων προσφέ-
 235ρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχό-
 240ληση. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή, που ορίζε-
 245ται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υ-
 250γείας και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του διοικητικού συμβου-
 255λίου καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνένδειξη που ορί-
 260ζεται με όμοια απόφαση. Οι διατάξεις της παραγράφου
 265αυτής ισχύουν με την επιφύλαξη των διατάξεων του
 270π.δ/τος 1256/1982 (ΦΕΚ 65).

275 9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ερί-
 280νται οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρό-
 285πος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προ-
 290έδρου, αντιπρόεδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκ-
 295λογής των εκλεγμένων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέ-
 300ρια.

305 10. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκο-
 310μείου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται: μέ-
 315σα σε έξι (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για
 320την πρώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του Ε.Σ.Υ. Μέχρι
 325να γίνει η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξακολουθούν
 330να λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευ-
 335ση του νόμου αυτού.

340 11. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού
 345Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε καθένα
 350από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 από μία
 355θέση συντονιστή με πανταχού θητεία και βαθμό α' ή β' της
 360κατηγορίας ειδικών θύσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται
 365παιδιά που ανήκουν σε οικογένεια με αξιόλογη πείρα σε διεύθυν-
 370τικά καθήκοντα ή ειδική μετεκπαίδευση σε θέματα οργάν-
 375ωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης επιχειρή-
 380σεων. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέ-
 385σεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας
 390ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκο-
 395μείου και γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου
 400το νοσοκομείο έχει την έδρα του.

τα διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου,
 των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που
 υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους,
 εκτελεί καθήκοντα τακτικού εισηγητή στο διοικητικό συμβούλιο
 και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Με την
 απόφαση της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού, καθορίζονται
 ειδικότερα ο τρόπος και οι λεπτομέρειες άσκησης των
 καθηκόντων του.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση
 του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα
 παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διορίζεται συν-
 τονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητι-
 κού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη
 απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την απο-
 ζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου
 αυτού.

Άρθρο 10.

Οργάνωση νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν συμ-
 φωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τρο-
 ποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσα στα πλαίσια που ορί-
 ζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Προ-
 εδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας
 και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώ-
 μη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνα
 γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο
 έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί το Π.Ε.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α)
 ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική
 υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου
 και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες
 διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πε-
 ριέλευσης, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται επίσης η νο-
 μική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρε-
 βατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα
 τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοση-
 λευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρ-
 μοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο κα-
 τατηγρία θέσεις και η διαβάθμισή τους με επιφύλαξη των
 διατάξεων του άρθρου 25 του νόμου αυτού, για τις θέσεις
 του ιατρικού προσωπικού.

4. Με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουρ-
 γών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας
 και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., μπορεί να
 ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα
 με τη δύναμη σε κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα
 με την έννοια των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυ-
 τού.

Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά συντελεστές και
 φορτισμοί του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο
 με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης μεταξύ τους
 αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη λει-
 τουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του π.δ/τος αυτού η αναμόρφωση
 τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται
 με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προ-
 σωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου και
 κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσι-
 τερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του
 Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.
 Ε.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και
 ο τρόπος λειτουργίας των εξωτερικών υπηρεσιών του νοσοκο-
 μείου και υπηρεσιών που παρέχονται από άλλα νοσοκομεία ή
 υπηρεσίες.

ι. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των ων είναι: Ζητής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με ίδια απόφαση ορίζονται οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί, που ασκούν την ιατρική ελεύθερο επάγγελμα, δε μπορούν να διορισθούν πρόεδροι αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται υθέρως η αντικατάσταση μέλους του διοικητικού συμβουλίου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο ικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιμέλη του.

ι. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν ταθεί με πράξη εν ζωή ή διάταξη τελευταίας βούλησης, κροτούνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην ιτική πράξη. Εάν ο αριθμός των μελών αυτών είναι μικτερος από τον αριθμό των μελών, που ορίζεται στην παραρο 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγτεται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και: πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο θμός των μελών, που ορίζονται με απόφαση του Υπουρ: Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει: ένας εκ:ωπος των γιατρών και λοιπών επιστημόνων της ιατρι: υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των λοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγονται αντί:α από αυτούς.

ι. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προΐσταται όλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτό, ρονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσο:είο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του κητικού συμβουλίου.

ι. Ο πρόεδρος των πενταμελών και οι πρόεδρος και αντι:εδρος των επταμελών διοικητικών συμβουλίων προσφέ: τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχό:η. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή, που ορίζε: με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υ:ης και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του διοικητικού συμβ:λιου καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση που ορι:ι με όμοια απόφαση. Οι διατάξεις της παραγράφου ης ισχύουν με την επιφύλαξη των διατάξεων του 1256/1982 (ΦΕΚ 65).

ι. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορι:αι οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρό: λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προ:ου, αντιπροέδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκ:ής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέ:η.

θ. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκο: σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται: μέ:σε έξι (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για πώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του Ε.Σ.Υ. Μέχρι γίνει η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξακολουθούν λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευ: του νόμου αυτού.

1. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού:ίας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε καθένα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 από μία η συντονιστή με πένταετή θητεία και βαθμό α' ή β' της ηγορίας ειδικών θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται χιούχοι ανώτατης σχολής με αξιόλογη πείρα σε διευθιν: ή καθήκοντα ή ειδική μετεπαίδευση σε θέματα οργα:ης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης επιχειρή:η. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέ:ην, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκο:ου και γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου

τα διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους, εκτελεί καθήκοντα τακτικού εισηγητή στο διοικητικό συμβούλιο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Με την απόφαση της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού, καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος και οι λεπτομέρειες άσκησης των καθηκόντων του.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διαρρίζεται: συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου αυτού.

Άρθρο 10.

Οργάνωση νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσα στα πλαίσια που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί το Π.Ε.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρεβατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους με επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 25 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα με τη δύναμη σε κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα με την έννοια των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

Ειδικότερα μπορεί να διεπίζονται ειδικά συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο, με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης μεταξύ τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του π. δ/τος αυτού η αναμόρφωση, τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και ο τρόπος λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου.

Άρθρο 11.

Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τμήσεις που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τμήσεις είναι:

- α) Παιδολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός και
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής.

Οι οδοντογυατροί υπάγονται στο χειρουργικό τμήμα.

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα, να ορίζεται και αυτοτελής οδοντιατρικός τομέας.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κρεβατιών που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα δεν υπερβαίνει τα τριακόσια (300) κρεβάτια.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας που υπηρετεί στο τμήμα, με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι επιμελητής Α.

4. Οι γιατροί του τομέα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευόμενους γιατρούς εκλέγουν κάθε τρία χρόνια το διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στα πλαίσια των αποφάσεων του Κ.Ε.Σ.Υ. και του Π.Ε.Σ.Υ. παρακολουθεί και θεσπίζει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των γιατρών, εισηγείται στην επιστημονική επιτροπή τη χορήγηση των σχετικών πιστοποιητικών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τομέα.

5. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εξωτερικούς αρρώστους. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως συνηρομημένα μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τομέα και έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμματειακή εξοπλιστική, όπως ειδικότερα καθορίζεται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της παραγράφου 5 του προηγούμενου άρθρου.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 12.

Επιστημονική επιτροπή.

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιατρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) ειδικευόμενο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι πανεπιστημιακός γιατρός, που εκλέγεται από το διδακτικό επιστημονικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, χωρίς να αποκλείεται η ανάδειξη και άλλων μελών από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς κατά τη γενική εκλογή των μελών. Τα μέλη της επιτροπής

τα με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάσουν την ιδιότητα με την οποία δι-
αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστη-

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με τριχική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό λογικό υλικό του νοσοκομείου, συνηγορεί και ελέγχει πείθει των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας ή για τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους. καλλύτερη εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων εκτίμηση και αξιολόγηση της απόδοσής τους, η επι-
επιτροπή των νοσοκομειακών νοσοκομείων συνεργάζεται πανεπιστημιακές κλινικές του περιφερειακού νοσοκομ-
υγειονομικής περιφέρειας, στο πλαίσιο της διασύνδε-
νοσοκομείων σύμφωνα με τις διατάξεις της παρα-
του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτρο-
λούνται και συμμετέχουν, χωρίς ψήφο, οι διευθυντές
μέσω της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας
από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα η
ση και λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής,
χρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα κρι-
των επιστημονικών υπευθύνων των τμημάτων, ο τρι-
λογής και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων ή
άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Π.Ε. Σ.Υ., οι πρόεδροι των ε-
νικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας
χονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική ε-
ση για τον καλλίτερο συντονισμό της ιατρικής λει-
των νοσοκομείων της περιφέρειας.

Άρθρο 13.

Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονά-

1. Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίστανται και
τουργών πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και
μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπι-
κό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η
αυτή δεν αναφέρεται στους ειδικευόμενους και μετεκπα-
νους. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και
δες εντάσσονται στην αντίστοιχο τομέα του νοσοκομ-
αποτελούν τμήμα του. Η δύναμη κάθε πανεπιστ-
κλινικής δεν υπερβαίνει τα σαράντα πέντε (45) κλ.
Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινι-
λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία. Η εγκατάσταση
με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας
Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από
του ιατρικού τμήματος και πρόταση του Κ.Ε.Σ.Υ. Με
αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, ε-
ει και ειδικές μονάδες που λειτουργούν σήμερα στ
κομεία.

2. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στα πλαίσια του
που υπάγονται λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα
διατάξεις των άρθρων 11 και 12 του νόμου αυτού. Το
πιστημιακό προσωπικό, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία
νοσοκομείο, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση
τό και υπόκειται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό
ραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομ-
πως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας

3. Μέσα σε δώδεκα μήνες από την έναρξη ισχύος το
αυτού, οι συμβάσεις που ισχύουν για την εγκατάσταση
πιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονά-
νοσοκομεία λήγουν χωρίς ανανέωση.

Διατάξεις νόμου ή π.δ/τα για την εγκατάσταση
πιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονά-
νοσηλευτικά ιδρύματα των Ν.Α. 9509/1052

Άρθρο 14.

Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανισμοί των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Στην ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας ή περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις που προϋπάρχουν στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγονται τα κέντρα υγείας.

Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ροπή εξυπηρέτησης των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με αριθμημένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ώρης ετοιμότητας.

Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ώρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωρικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση κέντρου υγείας.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο οι θέσεις, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικοποιημένους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερ από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 15.

Σκοπός των κέντρων υγείας.

Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όλους τους προσωπικά διαμένοντες σ' αυτή.

Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από νοσοκομείο.

Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρα αυτοκίνητο ή με δημόσιο άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.

Η οδοντιατρική περίθαλψη.

Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και κοινωνική διαφώτιση του πληθυσμού.

Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

Η ιατρική της εργασίας.

Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.

Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά

Άρθρο 16.

Κατάργηση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολυιατρεία, τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή, από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωνικού χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταργούνται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή εντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον έχει τα νόμιμα προσόντα. Όσοι δεν συγκατατίθενται να νόμιμα προσόντα για να ενταχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το καθεστώς των θέσεων που κατείχαν. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο. Η προϋπηρεσία των κατατασσόμενων υπαλλήλων προσμετρείται στη νέα τους θέση, για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού με γνώμη του οικείου νομαρχιακού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έναρξης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος ένταξης του προσωπικού πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, ορίζοντας τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και ρυθμίζεται κάθε λεπτομέρεια που προκύπτει από την κατάργηση των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου αυτού. Η έναρξη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιφέρειες, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ταμεία αποδίδουν σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις δαπάνες περίθαλψης και νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα αντίστοιχα ποσά φέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ενιαίο φορέα και διαθέτονται για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παραγράφου αυτής. Με όμοιο π. δ/γμα, μέχρι να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου αυτού, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

5. Έως ότου εφαρμοσθούν οι διατάξεις του άρθρου αυτού εξακολουθούν να εφαρμόζονται οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και να λειτουργεί παράλληλα κατά τη μεταβατική περίοδο το υφιστάμενο σύστημα και οι υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από φορείς κοινωνικής ασφάλισης, όπου δεν έχουν εφαρμοσθεί ακόμη οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού.

6. Με την ολοκλήρωση εφαρμογής σε όλη τη Χώρα των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως ειδικότερα θα καθορισθεί με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με τη σύμφωνη γνώμη των αρμόδιων οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών και

Άρθρο 17.

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν:

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί, που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα γι' αυτό προσόντα.

2. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή που εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Οι γιατροί της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο κέντρο υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του κέντρου υγείας.

3. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλπουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσυνεννόηση.

4. Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιθάλπουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας προσφέρει υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού, μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί, όταν απαιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους για ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1.800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2.500 ατόμων.

Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν τη φροντίδα 1.200 παιδιών. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2.000 παιδιών.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον οικογενειακό γιατρό και παιδίατρο επίδομα, ανά 100 άτομα άνω των 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να αναθέτει στον οικογενειακό γιατρό ή παιδίατρο που έχει στη φροντίδα του πολίτες κάτω από 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας.

Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα οποιουδήποτε κατοίκου της πόλης που υπηρετεί, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος κέντρου υγείας, στην αναφορά, παραπέμπει τον ενδιαφερόμενο στον οικογενειακό γιατρό του κέντρου.

Με τις ίδιες υποθέσεις και την ίδια διαδικασία μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθημερινός εργαζίας των οικογενειακών γιατρών κατανέμεται υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επίσκεψις των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εργασίας που καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του κανονισμού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Πρόνοιας, ενιαία ή κατά περιοχή. Η απόφαση ται μετά από πρόταση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., συγκροτηθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δ το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό το υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό μωνικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί ρεύουν.

Άρθρο 18.

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικών ρετών στην έδρα του κέντρου υγείας ή ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητα.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου. Θετούνται σ' αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων, που υπηρετούν δικά το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από τη λειτουργία το υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν κ στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κα Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια στων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατ και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της π

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτικό πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημ τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακ κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο ζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγ φερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργ οκτώωρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημ τις για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, π κη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρ θεί από το γιατρό εφημερίας.

5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιτ λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός δι υθυντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλέγεται από το κέντρου υγείας.

Άρθρο 19.

Διασύνδεση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο.

1. Τα κέντρα υγείας δόσκονται σε άμεση

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 ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο 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 συνιστώνται κατ'α τις διατάξεις 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, κατατάσσεται 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 πλεονάζουν 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 συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το 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 ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιες ή νυκτερινές).

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

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

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

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

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

Άρθρο 22.

Οικογενειακός 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.

β) Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργατοκρατικός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 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. συγκροτείται 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 ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητας και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανόηση 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 ανύψωση του

επιπέδου μετακαίδευσης των γιατρών και των άλλων επιστημόνων στο χώρο της υγείας, καθώς και με αντίστοιχα όργανα των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Έρευνας και Τεχνολογίας και των αρμόδιων Υπουργών για την προαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή της παραγράφου 1 συνεργάζεται με την επιτροπή εκπαίδευσης - μετακαίδευσης του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να συγχωρευτούν: συνολικά ή μερικά ερευνητικές μονάδες και εργαστήρια, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, σε νοσηλευτικά ιδρύματα και υπηρεσίες, που υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και επιχορηγούνται από αυτό. Τα ερευνητικά προγράμματα, που επιχορηγούνται κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, επανακρίνονται, κατά τη διαδικασία που ορίζεται, από το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας, σύμφωνα με την περίπτωση β' της προηγούμενης παραγράφου και ο εξοπλισμός και οι υπηρεσίες τους μπορεί να μεταφέρονται σε άλλα ερευνητικά κέντρα και μονάδες.

4. Ερευνητικά κέντρα ή ιστοιτότα για θέματα υγείας, που λειτουργούν με μορφή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον επιχορηγούνται από το δημόσιο, δεν μπορούν να αναλαμβάνουν ερευνητικά προγράμματα χωρίς την έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία πρόσληψης προσωπικού για την πραγματοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων και τη στελέχωση ερευνητικών κέντρων, η εργασιακή του σχέση, το ύψος των αποβών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 24.

Γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.).

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται ν' ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης απαγορεύεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δευτέρου βαθμού ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδοντογιατροί.

Άρθρο 25.

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

2. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά νοσοκομείο και κέντρο υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του αντίστοιχου νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ.

Κατεξίριση σε προθεσμία πέντε (5) μηνών από την δημοσίευση του νόμου αυτού, η κοινή απόφαση σύστασης

Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου και των περιφερειακών ιατρικών, που υπάγονται στον οργανισμό του και οι θα γιατρών που διορίζονται σ' αυτές θα προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητή Β' και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Ο επιμελητή Α' και Β' συνιστώνται

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. νόμου αυτού και σε όλα λειτουργούν ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών, υπηρετούν αποκλειστικά για Ε.Σ.Υ. που προσλαμβάνονται σύμφωνα νόμου αυτού και ειδικεύονται. Πρώς υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε

Άρθρο 26

Πρόσληψη.

1. Για την πρόσληψη σε θέση το απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά π

- α) Ελληνική ιθαγένεια
 - β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγ
 - γ) Τίτλος αντίστοιχης με τη θ
 - δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διατα
- Το όριο ηλικίας ισχύει για τον ποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

- α) Για την κατάληψη θέσης ε κατοχή του τίτλου ειδικότητας και
- β) Για την κατάληψη θέσης ε άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχισ
- γ) για την κατάληψη θέσης διυση της ειδικότητας για 7 τουλάχισ
- γ) για 55 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από

- α) Για θέση βοηθού άδεια ά ηλικία μέχρι 35 ετών.
- β) Για θέση επιμελητή Β' η για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 4
- γ) Για θέση επιμελητή Α' η για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι
- δ) Για θέση διευθυντή η άσκ 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή το κομείο δεν ισχύουν τα όρια ηλικίας φου, αλλά αρκεί για όλες τις έχουν υπερβεί τα εξήντα τρία γιατρών κέντρων υγείας το όριο έως πέντε (5) χρόνια από την έ του κέντρων υγείας.

Έλληνες γιατροί, που κατά του εργάζονται σε νοσοκομεία ή λοδαπής, μέσα σ' ένα χρόνο απι του μπορούν να προσλαμβάνονται ανεξάρτητα από την ηλικία τ ρίξη της θέσης δεν υπερβαίνο να.

4. Σε θέσεις επιμελητή Β' του για την κατάληψή τους α

όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Μετά τη συμπλήρωση της εξαμηνιαίας μετεκπαίδευσης οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας γενικής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση το πιστοποιητικό άσκησης και απόδοσης που χορηγείται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μετεκπαιδεύτηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί, που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές κι έχουν υπηρετήσει ως μόνιμοι ή με θητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι ασκούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά το μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα πέντε χρόνια.

5. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής από γιατρούς που απέκτησαν ειδικότητα εκεί αναγνωρίζεται αφού ο γιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Γιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει αν από τον συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Σε γιατρούς, που σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110) έχουν προϋποθέσει απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το ν. 8/ημια αυτό.

6. Γιατροί, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικεύονται διορισμένοι με τη διαδικασία των διατάξεων που ισχύουν, κρίνονται αφού πάρουν τον τίτλο της ειδικότητας, για την κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν είναι πάνω από εξήντα τριών (63) ετών.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν γιατροί υποψήφιοι μετά δύο άγονες συνεχείς προκηρύξεις για κατάληψη θέσης, μπορεί να γίνεται μείωση του απαιτούμενου χρόνου άσκησης της ειδικότητας. Η δεύτερη από τις συνεχείς προκηρύξεις πρέπει να γίνει μέσα σε έξη (6) μήνες από την πρώτη.

Άρθρο 27.

Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξη τους, με επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομείο, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκροτηθεί.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τρεις (3) μόνο θέσεις του ίδιου ή και άλλων νοσοκομείων.

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

α) Η ιατρική προϋπηρεσία (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτή ή εν παιδευομένου).

δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.

ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παραγράφου 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν κριτήριο υπεροχής κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα ειδικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημο επιστημονικούς φορείς στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται τα κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα προτάσσεται κατά σειρά: α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. β) εκείνος που στο πρώτο του συντρέχει περίπτωση συνυπηρετήσεως συζύγου και γ) εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο 5 τουλάχιστον χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους ναυτικούς και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολόγησής, ή ο επόμενος, εφόσον ο προηγούμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του. Δι' διορίζεται ο γιατρός που α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγεί γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικασθεί για κακούργημα έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή καταμήνυση, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από προτάσεις των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της χώρας και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να κατατάσσονται και να αξιολογούνται ιεραρχικά τα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρών, όπως: ο επιστημονικός τίτλος, οι επιστημονικές εργασίες και δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, η μετεκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος προϋπηρεσίας σε νοσοκομεία και άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος υπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που ορίζονται στην παράγραφο 4 του άρθρου αυτού.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παθήσεις και βλάβες της υγείας, που εμποδίζουν το διορισμό γιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και αρτιμελείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζονται τα δικαιολογητικά που πρέπει να προκομίσει ο γιατρός για το διορισμό του.

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

8. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής τους.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξης των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψηφίους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982 και των εισηγητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Ένταξη κατά της απόφασης του συμβουλίου επιλογής στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής του άρθρου 7 του Ν. 1278/1982 δεν αναστέλλει το διορισμό.

10. Περιοχές, όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τα 24ωρης ετοιμότητας περιφερειακά ιατρεία τους, μπορεί με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διάταξης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου 24ωρης εφημερίας.

Οι άγονες και προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α και Β κατηγορίας. Κατηγορίας Α είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα οξυμένες. Η διάκριση γίνεται με το π. δ/γμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο π. δ/γμα, μπορεί να θεσπίζονται ειδικά, οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση γιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή περιφερειακών ιατρείων 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές.

11. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτούνται επιτροπές αξιολόγησης οι οποίες κρίνουν όλους τους γιατρούς που υπηρετούν στο νοσοκομείο και το κέντρο υγείας, αξιολογούν το ιατρικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και τη γενικότερη υπηρεσιακή επίδοσή και απόδοσή τους. Τα ειδικότερα κριτήρια για την αξιολόγηση, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η παραπάνω κρίση για τους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α' γίνεται κάθε τρία χρόνια και για τους διευθυντές κάθε πέντε χρόνια. Η αξιολόγηση γίνεται από επιτροπή η οποία συγκροτείται :

Α) για τους διευθυντές, από τους διευθυντές των τομέων του νοσοκομείου, με πρόεδρο το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος. Όταν κρίνεται ο διευθυντής του τομέα, η επιτροπή προεδρεύεται από τον αρχαιότερο διευθυντή.

Β) για τους βοηθούς και τους επιμελητές Α' και Β' από :

- α) το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος, ως πρόεδρό τους,

- β) το διευθυντή του τμήματος στο οποίο υπηρετεί ο γιατρός,

- γ) τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους διευθυντές του ίδιου τομέα του νοσοκομείου και

- δ) δύο γιατρούς ίδιου βαθμού με τον κρινόμενο που εκλέγονται από τους ομοϊσθιαστούς γιατρούς του τομέα. Οι γιατροί αυτοί πρέπει να είναι αρχαιότεροι από τον κρινόμενο, αλλιώς το συμβούλιο συγκροτείται νόμιμα χωρίς αυτούς.

12. Κάθε θέση γιατρού Ε.Σ.Υ. επαναπροκηρύσσεται, όταν ο γιατρός που την κατέχει συμπληρώσει σ' αυτή υπηρεσία εννέα (9) χρόνων αν πρόκειται για θέσεις βοηθού και επιμελητή Β' ή Α' και δέκα (10) χρόνων αν πρόκειται για

θέσεις που έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφίου να υποβληθεί σ' αυτή. Αν το αρμόδιο λογής προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κάλυψη της, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε άλλη θέση νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή του υπεράριθμου με τον ίδιο βαθμό και προτρέπει τον σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπ. και Πρόνοιας μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ. : υπηρεσιακού συμβουλίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

13. Ο αριθμός των υπεράριθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού τητα.

14. Για πέντε (5) χρόνια από την έναρξη του αμείβου, με κοινή απόφαση των Υπουργών Π. Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μετακαταστεί εξωτερικό Έλληνας γιατρός, αναγκαστικής αξίας και κύρους με αποδειγμένο κλινικό ή ερευνητικό έργο και με αποδειγμένη από επίσημους τίτλους προϋπηρεσία σε υπεύθυνη θέση των νοσηλευτικών, ερευνητικών ή εκπαιδευτικών αλλοδαπής και να προσλαμβάνονται με θέσεις τμημάτων νοσοκομείων με σύμβαση εργασίας ιατρού αρισμένου χρόνου, που μπορεί ν' ανανεώνει στημονιακοί τίτλοι και τα αποδεικτικά στοιχεία μονικού έργου κρίνονται και αξιολογούνται από εμονική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ., που συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγρ. 4 του άρθρου 4 του Ν.

Οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν το σύνολο των υπεράριθμων που διατίθενται και επί πλέον ποσοστό πέντε (5%) στο βασικό μισθό της θέσης για μεία Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Αλεξοπολιτών, Πάτρας και Ηρακλείου και εκατό (100%) για τα νοσοκομεία των άλλων πόλεων. αυτοί στη διάκριση που υπηρετούν στις θέσεις κρίνονται σε όλους τους περιορισμούς και τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται με το νόμο αυτόν για τους γιατρούς.

Οι θέσεις που καταλαμβάνονται κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής σε κάθε νοσοκομείο δεν μπορεί να είναι περισσότερες από δέκα (10%) του συνόλου του αντίστοιχου βαθμού, σε κάθε όμως περίπτωση να είναι μία.

15. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλουν κατάληψη άλλης ομοϊσθιαστικής θέσης.

Άρθρο 28.

Εξέλιξη στον κλάδο.

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των γιατρών και οδοποιείται με την κατάληψη κενής θέσης αμέσως αντιστοιχίας από αυτόν που έχουν μετά από προκήρυξη και κρίση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 του αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό κατά την παρ. 1 παραγράφου γίνεται μετά τη συμπλήρωση του αντιστοιχίου βαθμού. Μετά την πάροδο δύο ετών αν ο γιατρός, που δεν θα κριθεί ικανός για λήψη θέσης ανώτερου βαθμού, μένει στάσιμος για 2. Στην περίπτωση αυτή, με απόφαση του Υπ. και Πρόνοιας, ο γιατρός τοποθετείται με τρία της παραγράφου 12 του προηγούμενου άρθρου ή οποιοδήποτε ομοϊσθιαστικό κενή θέση γιατρού ή οδοποιείται σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για

να έχουν συμπληρώσει σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης του επαγγέλματος.

4. Ο αριθμός των υπεράριθμων γιατρών της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό (2%), των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

Άρθρο 29.

Χρόνος εργασίας.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό οκτάωρο ημερησίως. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας εντός για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ή ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε περιοχής. Τα Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχουν συγχροτηθεί, μπορούν, ύστερα από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη της ολομέλειας των γιατρών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας που υπάγονται σ' αυτό, να εγκρίνουν, για τα νοσοκομεία της περιφέρειάς τους, την τροποποίηση του καθημερινού ωρarium ή τον ορισμό διακεκομμένου ωρarium.

2. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. όλων των βαθμών, πέρα από το τακτικό ωράριο εργασίας, υποχρεούνται και σε ενεργό εφημερία μέσα στο νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας και σε εφημερία ετοιμότητας. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας καλούνται στο νοσοκομείο από το γιατρό ενεργού εφημερίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Στους γιατρούς ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθαρισμό της υπερωριακής αποζημίωσης. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας παίρνουν αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, μόνο για το χρόνο που καλούνται και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, με εξαίρεση την εφημερία ετοιμότητας των οικογενειακών γιατρών και των γενικών γιατρών περιφερειακών ιατρικών θέσεων ετοιμότητας, για την οποία καθορίζεται τάχα αποζημίωση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

3. Οι γιατροί όλων των βαθμών και ειδικοτήτων υποχρεούνται σε υπερωριακή απασχόληση στα εξωτερικά ιατρεία για την αντιμετώπιση αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (τακτικών εξωτερικών αρρώστων), εφόσον στο κανονικό ωράριο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων δεν καλύπτονται οι ανάγκες αυτές ή ειδικές περιπτώσεις αρρώστων επιβάλλουν την εξέτασή και παρακολούθησή τους σε χρόνο διάφορο από εκείνον της κανονικής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων.

Η ανάγκη για την παραπάνω υπερωριακή απασχόληση των γιατρών κρίνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του άρθρου 12 του νόμου αυτού που με απόφασή του ορίζει τις ώρες, το χρόνο και τις ημέρες υπερωριακής απασχόλησης κάθε γιατρού.

Άρθρο 30.

Μισθολόγιο.

1. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σ' αυτόν ως εξής:

Βαθμός	Χρόνια υπηρεσίας		
	0—3	3—6	6—9
Βοηθός	35.000	40.000	45.000
Επιμελητής Β'	60.000	65.000	70.000
Επιμελητής Α'	75.000	80.000	85.000
Διευθυντής	95.000	110.000	130.000

2. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. χορηγούνται οι ακόλουθες μηνιαίες αποζημιώσεις και επιδόματα:

α) στους βοηθούς 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διέλιθοθνης, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων αναγκών.

β) στους επιμελητές Β' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διέλιθοθνης και 15.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

γ) για τους επιμελητές Α' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διέλιθοθνης και 20.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο και

δ) για τους διευθυντές 12.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διέλιθοθνης και 25.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος, την ετοιμότητα για την κάλυψη των αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

Οι αποζημιώσεις της παραγράφου αυτής μπορούν να αναστασιομίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παραγράφων 14 του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 8 του άρθρου αυτού.

4. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καταργούνται όλα τα επίδομα εκτός των οικογενειακών. Επίσης καταργείται η διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.Δ. 3623/1956, (ΦΕΚ 277). Στους γενικούς γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και τους οικογενειακούς των κέντρων υγείας αστικών περιοχών καταβάλλονται οδοντιατρικά έξοδα για τις μετακινήσεις τους για περίθαλψη ασθενών στο σπίτι, εκτός της έδρας του κέντρου υγείας ή του περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους.

5. Για τις αμοιβές των γιατρών εφαρμόζεται η αυτόματη τιμαριθμική αναπροσαρμογή.

6. Για κάθε πέντε (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής ειδικότητας και για μέχρι πέντε (5) πενταετίες, χορηγείται σε όσους διορίζονται στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. κατά την πρώτη πλήρωσή τους μετά την εφαρμογή του νόμου αυτού προσυζητήση πέντε τοις εκατό (5%) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο μισθού κάθε βαθμού.

7. Στους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α', που συμπληρώνουν εννέα (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και δεν εξελίσσονται στον αμέσως επόμενο, χορηγείται επίδομα πολυετούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμένη τριετία μετά τα εννέα χρόνια και έως επτά (7) τριετίες, που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο κάθε βαθμού (0—3).

8. Στους μόνιμους γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας που έχουν την έδρα τους σε προβληματικές περιοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 27 του νόμου αυτού, χορηγείται προσυζητήση επί του βασικού τους μισθού, ως εξής:

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α' κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου υπηρεσίας, δεκαπέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά για όλο το δεύτερο χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου, σαράντα τοις εκατό (40%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και

Για κάθε ένα συμπληρούμενο χρόνο μετά τα τρία χρόνια, πενήντα τοις εκατό (50%) αναδρομικά.

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Β' κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου οκτώ τοις εκατό (8%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου δέκα πέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου είκοσι τοις εκατό (20%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και

Για κάθε ένα συμπληρούμενο χρόνο, μετά τα τρία χρόνια, είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά.

Άρθρο 31.

Εκπαίδευση γιατρών.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης γιατρών. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής:

α) Ειιγχεύεται τον καθριρυμό, διαχωριρυμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καταρτίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων σ' αυτό γιατρών.

δ) Καταρτίζει εντός πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοικών επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 9 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και υλοποιείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιολογεί την εκτέλεση και απόδοσή τους.

2. Με π. δ/για, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ριζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος, εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Άρθρο 32.

Άδειες.

1. Στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Εφόσον το ζητήσουν οι γιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, μετά από γνώμη του διευθυντή του τομέα, στον οποίο ανήκουν οι γιατροί. Οι γιατροί με ειδικότητα ακτινολόγων διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές, σε κάθε βαθμό, για μετεκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών σεμιναρίων και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα ή το εξωτερικό. Η μετεκπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.

τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας για το εξωτερικό τείται η αποδειγμένη άρτια γνώση από το γιατρό της σης της ξένης χώρας όπου μεταβαίνει.

2. Γιατροί, που παίρνουν εκπαιδευτική άδεια με απο υποχρεώνονται να υπηρετήσουν στον κλάδο γιατρών Ε μετά τη λήξη της εκπαιδευτικής άδειας διπλάσιο χρόν αντίθετη περίπτωση υποχρεώνονται να επιστρέψουν στο ε σίο το σύνολο των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο άδειας. Η είσπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις νόμου για την είσπραξη των δημόσιων εσόδων.

3. Στους γιατρούς των νομαρχιακών νοσοκομείων και κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρικών βάρωνς εφημερίας χορηγείται, ύστερα απ τησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρό και σύμφωνα γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του κομείου του άρθρου 12 του νόμου αυτού εκπαιδευτική ε με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε τριετία για π κολούθηση μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απασχ ση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού με εξαίρεση από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυ

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της βέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία τη χορήγηση των εκπαιδευτικών αδειών και κάθε άλλη ι τική λεπτομέρεια.

5. Στους γιατρούς χορηγούνται αναρρωτικές άδειες επιπλέον στις γυναίκες άδειες κήσης και λοχείας σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζεται η διαδικασία και προϋποθέσεις λήψης άδειας γιατρών για παρακολούθηση ε στημονικών συνεδρίων.

Άρθρο 33.

Απόσπαση — μετακίνηση.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε γιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο φορές σε κάθε βαθμό και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο τι έξη (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτή εξαιρούνται οι γιατροί — μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συζητηθεί αν πρόκειται για απόσπαση στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και του ΚΕ.Σ.Υ., αν πρόκειται για απόσπαση σε άλλη υγειονομική περιφέρεια.

Σε έκτακτες ανάγκες η απόσπαση γίνεται και πριν από τη γνωμοδότηση του Π.Ε.Σ.Υ. και του ΚΕ.Σ.Υ. αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή η γνώμη τους διατυπώνεται στην πρώτη μετά την απόσπαση συνεδρίαση. Αν η γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. ή ΚΕ.Σ.Υ. είναι αρνητική, η απόσπαση ανακαλείται.

2. Ο χρονικός περιορισμός της προηγούμενης παραγράφου δεν ισχύει όταν πρόκειται για απόσπαση των υπεράριθμων γιατρών των παραγράφων 12 του άρθρου 27 και 2 του άρθρου 28 του νόμου αυτού.

3. Στους γιατρούς που μετακινούνται εκτός της έδρας τους καταβάλλεται προσαύξηση επί του βασικού μισθού τους πενήντα τοις εκατό (50%).

Άρθρο 34.

Πειθαρχική δικαιοδοσία.

1. Πειθαρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. εκτός από τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων ασκούν μόνο:

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ.

β) Το...

Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που προσφέρουν υπηρεσίες σε νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. παραπέμπονται για πειθαρχικό έλεγχο στο περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο.

2. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται τριμελές περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του αντίστοιχου Π.Ε.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Έναν (1) από τους προέδρους των πειθαρχικών συμβουλίων των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο και

γ) Έναν (1) πρόεδρο πρωτοδικών που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης, ως πρόεδρο.

Η συγκρότηση των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Καθόσον γραμματέα εκτελεί υπάλληλος του Π.Ε.Σ.Υ.

Η θητεία των μελών είναι τριετής. Μέχρι να ορισθούν οι υγειονομικές περιφέρειες και συγκροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ., η έδρα και η περιφέρεια των πειθαρχικών συμβουλίων ορίζονται με την απόφαση συγκροτήσεώς τους.

Με την ίδια απόφαση ορίζεται αντί του προέδρου του Π.Ε.Σ.Υ. και του αναπληρωτή του γιατρός—μέλος ιατρικού συλλόγου της περιφέρειας του πειθαρχικού συμβουλίου που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από το Κ.Ε.Σ.Υ.

3. Συνιστάται με έδρα την Αθήνα πενταμελές κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του Κ.Ε.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Τον πρόεδρο του ανώτατου πειθαρχικού συμβουλίου του πανελληνίου ιατρικού συλλόγου με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εφέτη διοικητικών δικαστηρίων, που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης.

δ) Έναν (1) εφέτη της πολιτικής δικαιοσύνης που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και

ε) Ένα (1) μέλος του Κ.Ε.Σ.Υ. που ορίζεται με τον αναπληρωτή του μετά από απόφαση της ολαμέλειάς του. Πρόεδρος του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου είναι ο αρχαιότερος κατά το διαρισμό του εφέτης.

Η θητεία των μελών του συμβουλίου είναι τριετής. Η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Γραμματέας του συμβουλίου ορίζεται με την απόφαση συγκροτήσεώς του ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Ι.Δ. που υπάγεται στην επικτεία του.

4. Για τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γιατρών Ε.Σ.Υ., τη δικαιοσύνη λήψης αποφάσεων, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των μελών τους και την αντικατάστασή τους, εφαρμόζονται ανάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα πειθαρχικά συμβούλια των δημόσιων υπαλλήλων. Στα μέλη των πειθαρχικών συμβουλίων καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνειδητή, που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε πρώτο βαθμό. Τα περιφερειακά πειθαρχικά συμβούλια δικάζουν, σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορούν να επιτύρουν ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) έως πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα, που μπορεί να επιτύρουν την ποινή της ανάκλησης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και της οριστικής παύσης και σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

των αποφάσεων του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων.

Άρθρο 35.

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές.

1. Πειθαρχικά αδικήματα των γιατρών Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων του άρθρου 24 του νόμου αυτού.

β) Η λήψη αμοιβής για οποιαδήποτε μορφής παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

γ) Η δωροληψία.

δ) Η αποδοχή οποιαδήποτε χρηματικής περιουσιακής παροχής και αν δεν συνιστά δωροληψία, από πρόσωπα στα οποία προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες.

ε) Η συνεργασία με γιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση της διατάξεως του άρθρου 24 παράγρ. 2, εδάφιο προτελευταίο της οποίας μοναδική κύρωση αποτελεί η πειθαρχική ευθύνη του γιατρού Ε.Σ.Υ., εφόσον οι αναφερόμενες δραστηριότητες των συγγενικών του προσώπων καλύπτουν ουσιαστικά δια του απαγορευμένη δραστηριότητα ή συνεργασία.

στ) Η χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση συγγόντων δικών τους ή τρίτων.

ζ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

η) Η ατελής και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους.

θ) Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, η άρνηση ή η παρεκκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσιών.

ι) Η άνιση μεταχείριση των αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.

ια) Η μη πρόβουσα συμπεριφορά τους προς τους πολίτες τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους.

ιβ) Η μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και η σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα.

ιγ) Η παράβαση της εκδιαιρούμενης ευθύνης.

ιδ) Η χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν απ την υπηρεσία τους, για να αποκομίσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι.

ιε) Η φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, η εγκατάλειψη, η παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος, που ανήκει σε Δημόσιο ή σε Ν.Π.Ι.Δ.

ιστ) Η παράβαση καθήκοντος κατά τον ποινικό νόμο και

ιζ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των νόμων που διέπουν το νοσοκομείο.

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

α) Έγγραφη επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών τριών μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια και

δ) Οριστική παύση και

ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρά: να μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας, για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β' έως ιε' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

4. Η ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα με στοιχεία α', β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

5. Η ποινή της οριστικής παύσης επιβάλλεται υποχρεωτικά για το αδίκημα με στοιχείο α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού και μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β' έως ζ' της ίδιας παραγράφου.

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου—Ν.Π.Δ.Δ. έφηρηκη επίκληση και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών.

β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία δ' και ε' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

7. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

8. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημοσίων υπαλλήλων.

Άρθρο 36.

Λύση υπηρεσιακής σχέσης.

1. Η υπηρεσιακή σχέση των γιατρών Ε.Σ.Υ. λύεται με το θάνατο, την έκπτωση, την αποδοχή παραίτησης ή την απόλυσή τους.

2. Έκπτωση γίνεται αυτοδίκαια σε περίπτωση αμετάκλητης καταδίκης του γιατρού για κακούργημα ή πλημμέλημα από αυτά που αναφέρονται στο άρθρο 27 του νόμου αυτού ή σε στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων. Η απόλεια της ελληνικής ιθαγένειας συνεπάγεται έκπτωση του γιατρού, αφού βεβαιωθεί από την αρμόδια αρχή. Η έκπτωση σε κάθε περίπτωση διαπιστώνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι γιατροί έχουν δικαίωμα υποβολής παραίτησης. Η παραίτηση υποβάλλεται γραπτά στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και η λύση της υπηρεσιακής σχέσης επέρχεται με την αποδοχή της παραίτησης. Αν παρέλθει άπρακτο διάστημα δύο μηνών, η παραίτηση θεωρείται ότι έγινε αποδεκτή και λύνεται αυτοδίκαια η υπηρεσιακή σχέση.

4. Οι γιατροί απολύονται μόνο:

α) Με την επιβολή της ποινής της οριστικής πύαξης ή της οριστικής αφαίρεσης της άδειας.

β) Για σωματική ή πνευματική ανικανότητα που διαπιστώνεται με τη διαδικασία και τα όργανα της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

γ) Με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους ή σε κάθε περίπτωση με τη συμπλήρωση 35 χρόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

5. Η αποδοχή παραίτησης και η απόλυση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 37.

Κατάργηση θέσεων.

1. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται όλες οι θέσεις ιατρικού προσωπικού, πλην των ειδικευμένων, οργανικές ή μη, μόνιμες ή με θητεία, με σύμβαση οποιασδήποτε μορφής, των νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και των νοσοκομείων υπηρεσιών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Θέση κατά την έννοια της διάταξης αυτής λογίζεται και η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε μορφή συνεργασία στα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που επισπεύδονται από το δημόσιο.

2. Οι γιατροί, που υπηρετούν στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων των γιατρών Ε.Σ.Υ. και για χρονική περίοδο μέχρι έξη (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται για ένα ακόμη εξάμηνο. Η ημερομηνία αποχώρησης ορίζεται με διαπιστωτική πράξη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Στους για-

Άρθρο 38.

Ειδικευόμενοι.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, με από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορούν να συνιστώνται ενοχλομεία θέσεις ειδικευόμενων ή να καταργούνται μεταφέρονται σε άλλη ειδικότητα του νοσοκομείου ή μεταφέρονται σε άλλα νοσοκομεία στην ίδια ή σε άλλη κότητα.

2. Τοποθέτηση γιατρού για ειδικευση, πέρα από τις θέσεις που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο, απαγορεύεται. Εξαιρούνται οι μόνιμοι γιατροί των ενόπλων δυνάμεων με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται ως ριθμοί άμισθοι. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Η τοποθέτηση ειδικευμένων γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υποβολής των αιτήσεων.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του νόμου αυτού και για τους ειδικευόμενους.

4. Οι ειδικευόμενοι απαγορεύεται να ασκούν επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγή ή καλλιτεχνική δημιουργία. Επίσης απαγορεύεται να έχουν οποιαδήποτε δημόσια ή ιδιωτική θέση.

5. Στους ειδικευόμενους καταβάλλεται το σύνολο αποδοχών της θέσης των βοηθών οδοντογιατρών.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να κτηρίζονται ως άγονες οι ιατρικές ειδικότητες στις δεν ασκείται ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών σύμφωνα με τις ανάγκες που εκτιμούνται κατά τις διατάξεις της 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού.

Στους γιατρούς που ειδικεύονται σε άγονες ειδικότητες μπορεί με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. να γίνεται προσαύξηση μέχρι και είκοσι πέντε τοις εκατό στο βασικό μισθό τους.

7. Γιατροί που υπηρετούν σε θέσεις επιμελητή Ερεί ύστερα από αίτησή τους να τοποθετούνται ως ριθμοί, για ειδικευση σε ειδικότητα που εντάσσεται στο προγραμματισμό του Κ.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού, διατηρούν θέση και τις αποδοχές της. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

8. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται υποτροφία σε αλλοδαπούς γιατρούς για ειδικευση τους στα νοσοκομεία της χώρας. Με ή άλλη απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υποτροφιών κατά ειδικότητα και το ύψος της υποτροφίας. Οι αυτοί τοποθετούνται ως υπεράριθμοι.

Άρθρο 39.

Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που απολύονται λόγω σύστασης απαγορεύεται να ασκούν το επάγγελμα με οποιαδήποτε μορφή.

2. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος γιατρούς που έχουν συμπληρώσει το 70^ο έτος της ηλικίας τους.

3. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος πανεπιστημιακών γιατρών καθώς και στους γιατρούς ιατρικής δημοσίους υπαλλήλους και συμβασιούχους

Άρθρο 40.

Απασχόληση εκτός θέσης.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες στο δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση ή Ν.Π.Δ.Δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο που μπορεί να ανανεώνεται.

2. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. η μερική αποχή από τα καθήκοντά τους για μερική παροχή παρόμοιων υπηρεσιών ή για εκπλήρωση υποχρεώσεων ως αιρετών μελών διοίκησης αναγκωρισμένου επιστημονικού φορέα και για ορισμένο αριθμό ημερών κατά εβδομάδα που δεν μπορούν να υπερβούν τις τρεις (3).

3. Υπηρεσία του γιατρού Ε.Σ.Υ. που προβλέπεται από τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου αυτού θεωρείται πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική κατάταξη και τη συνταξιοδότησή του.

4. Οι γιατροί και οι οδοντογιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν έχουν το κώλυμα ή το αποκλειστικό του άρθρου 36 του Ν. 1065/1980, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1270/1982.

Άρθρο 41.

Μετεκπαίδευση γιατρών.

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμά τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης — μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων εκπαίδευσης του γιατρού ή οδοντογιατρού.

Κάθε γιατρός και οδοντογιατρός υποχρεούται να προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντογιατρό που δεν προσκομίζει την παραπάνω βεβαίωση μετεκπαίδευσης.

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναχορηγείται όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε σχετική λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική πρόβλη από γιατρούς και οδοντογιατρούς που ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιουδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Η παράβαση της διάταξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκληση της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 42.

Βράβευση νοσοκομείων και κέντρων υγείας.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ανακηρύσσονται κάθε χρόνο, με βάση το επιστημονικό και νοσηλευτικό τους έργο, τη λειτουργική πληρότητα και την παραγωγική απόδοσή τους, τα καλύτερα νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

α) Εννέα (9) νοσοκομεία της χώρας και συγκεκριμένα:

αα) Δύο (2) της Αθήνας.

ββ) Ένα (1) της Θεσσαλονίκης.

γγ) Ένα (1) του Πειραιά ή της Πάτρας ή του Ικλείου ή των Ιωαννίνων ή της Αλεξανδρούπολης

δδ) Τέσσερα (4) από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας

εε) Ένα (1) ψυχιατρικό από όλη τη χώρα.

β) Έντεκα (11) κέντρα υγείας μη αστικών περιφερειών και συγκεκριμένα:

αα) Ένα (1) της Θράκης.

ββ) Δύο (2) της Μακεδονίας.

γγ) Ένα (1) της Ηπείρου.

δδ) Ένα (1) της Θεσσαλίας.

εε) Δύο (2) της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας.

στ στ) Δύο (2) της Πελοποννήσου.

ζζ) Ένα (1) της Κρήτης και:

ηη) Ένα (1) των άλλων νησιών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα τα κριτήρια για την επιλογή και συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων και κέντρων υγείας για την ανακήρυξη των καλύτερων καθώς και η διαδικασία, ο τρόπος και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

3. Σε όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, που ανακηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως καλύτερα, καταβάλλεται ως ειδική αμοιβή χρηματικό ποσό ίσο με το μισό του βασικού μισθού κάθε υπαλλήλου.

Άρθρο 43.

Μεταβατικές διατάξεις.

1. Οι μόνιμοι γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και μείων Ν.Π.Δ.Δ. και οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί, που ορίζονται κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, των οποίων θέσεις καταργούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 16, 2 του άρθρου 20 και 1 του άρθρου 37 του νόμου αυτού, εντάσσονται σε οργανικές θέσεις των κέντρων υγείας της περιφέρειας του ιατρικού κέντρου που υπηρετούσαν κατά την κατάργηση της θέσης που κατείχαν.

2. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνωστοποίηση των θέσεων, υποθέσεων των ενδιαφερομένων και κρίση από τα συμβούλια επιλογής και κρίσης γιατρών του άρθρου 6 του Ν. 1270/1982 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

3. Η απαγόρευση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος, προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 39 του νόμου αυτού, ισχύει από την έκδοση των π. δ/των που προβλέπονται στην παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού. Η απαγόρευση για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύει από την έκδοση του π. δ/τος που προβλέπεται από το Ν. 1268/1982.

4. Η απαγόρευση της παραγράφου 2 του άρθρου 39 του νόμου αυτού ισχύει από την 1.1.1989.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., συγκροτείται επιτροπή εκτίμησης αξιολόγησης του εξοπλισμού εργαστηρίων εργαστηριακών γιατρών και ιατρικών οδοντογιατρών που θα διορίζονται γιατροί Ε.Σ.Υ.

6. Συμβάσεις έργου μεταξύ του δημοσίου ή ασφαλιστικών οργανισμών και γιατρών για την εξωνοσοκομειακή ριθάλψη των ασφαλισμένων τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, δεν επιτίθονται στις διατάξεις του Ν. 1256/1982 μέχρι την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων, που προβλέπονται:

Άρθρο 44.

Ο Ν. 1316/1983 για την ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις τροποποιείται κατά τις ακόλουθες διατάξεις ως εξής:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 5B αντικαθίσταται ως εξής:

«5. Ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. μπορούν να ανατεθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκεκριμένα καθήκοντα ή έργα σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού. Η αποζημίωση των μελών αυτών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. με κοινή απόφαση των Υπουργών των Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. είναι δυνατό να συσταθούν γνωμοδοτικές επιτροπές από μέλη του Δ.Σ. Οι επιτροπές αυτές, που μπορούν να συμβουλευονται εμπειρογνώμονες, επεξεργάζονται ειδικά θέματα και υποβάλλουν την εισήγησή τους στο Δ.Σ. που εγκρίνει ή απορρίπτει τη σχετική εισήγηση. Οι γνωμοδοτικές επιτροπές συγκαλούνται σε συνεδρίαση με πρόκληση του Προέδρου ή του ανασπληρωτή του, οι εισηγητές τους δε υποβάλλονται κατά το δυνατό στην επόμενη συνεδρίαση του Δ.Σ. Ο Πρόεδρος μπορεί βάσει των εισηγήσεων των γνωμοδοτικών επιτροπών να λαμβάνει κατάκτα μέτρα στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του. Η αποζημίωση των μελών του Δ.Σ. για τη συμμετοχή τους στις γνωμοδοτικές επιτροπές και των εμπειρογνομητών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας».

2. Η παράγραφος 1 του άρθρου 6 II αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Προεδρεύει της Ολομέλειας του Διοικητικού Συμβουλίου».

3. Στο άρθρο 6 II προστίθεται η παρ. 13 με το εξής περιεχόμενο:

«13. Ο Πρόεδρος του Ε.Ο.Φ. μπορεί να αναθέτει ορισμένες από τις αρμοδιότητές του σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. καθώς επίσης στους Διευθυντές, τους τμηματάρχες και τους υπαλλήλους του Οργανισμού».

4. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 6 III αντικαθίστανται ως εξής:

«III. Οι αντιπρόεδροι ασκούν τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται ή τους ανατίθενται με απόφαση του Προέδρου ή του Δ.Σ.».

5. Μετά το άρθρο 17 προστίθεται νέο άρθρο 17α με το εξής περιεχόμενο:

Άρθρο 17α.

1. Η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη Επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας».

6. Τα άρθρα 18, 19 και 21 καταργούνται,

7. Το άρθρο 25 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 25.

1. Η Κρατική Φαρμακαποθήκη είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατά-

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται 31.12.1983 το καταστατικό της Κρατικής Φαρμακαποθήκης.

3. Οι διατάξεις του νόμου αυτού για την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία εφαρμόζονται ανάλογα και στην Φαρμακαποθήκη».

8. Στο άρθρο 14 προστίθενται πέντε νέες παρ. (6 — 10), ως εξής:

«6. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να αγοράζει ακίνητα συστήνει κάθε είδους εκπράγματα δικαιώματα ή να ζει ακίνητα για την εξυπηρέτηση των αναγκών ρεσιών του ή των επιχειρήσεων που ιδρύει και ελέγχει».

7. Για την αγορά ακινήτων από κρατικούς φορείς προσδιορίζονται στο άρθρο 9 παρ. 1 του Ν. 12 και στο άρθρο 1 παρ. 6 του Ν. 1256/1982, εφ' όσον τον Ε.Ο.Φ. η διαδικασία που προβλέπει το ε παρ. 3 του Π.Δ. 715/1979.

8. Ο Ε.Ο.Φ. απαλλάσσεται στις περιπτώσεις τ γράφων 6 και 7 από κάθε φόρο μεταβίβασης, εισφ του δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και απολαύει όλων των προνομίων που προβλέπει την αγορά ακινήτων εκ μέρους του δημοσίου.

9. Ο Ε.Ο.Φ., με απόφαση του Προέδρου του π νεται από το Δ.Σ., συμμετέχει σε δημόσιους αναγ πλειστηριασμούς, από οποιονδήποτε και αν επιτ προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες που αναφέρο παράγραφο 6. Για τη συμμετοχή στον πλειστηρη απαιτείται η κατάθεση της εγγύησης στον υπάλληλο πλειστηριασμού. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. καθορίζει συγκεκριμένη περίπτωση το ύψος του ποσοστού πρώτης προσφοράς, με το οποίο ο Ε.Ο.Φ. μπορεί δεματιστεί.

10. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να συνάπτει δάνεια, κη ή ενέχυρο της περιουσίας του ή με εκχώρηση δων του, από εγγώρια ή ξένα τραπεζικά πιστω ματα ή άλλους ειδικούς οργανισμούς.

Οι συμβάσεις αυτές απαλλάσσονται από κάθε υπέρ του δημοσίου και των νομικών προσώπων κο νονται με αυτό ή υπέρ τρίτων».

Άρθρο 45.

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μολογισμών οικοδομικών εργασιών και ηλεκτρομηχ εγκαταστάσεων, μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία ή νοπρακτούντων εργολάβων οικοδομικών και ηλετ λογικών έργων, που έχουν πτυχία αναλόγου δυ προς τους επί μέρους προϋπολογισμούς των οικοδο ηλεκτρομηχανολογικών εργασιών. Στην περίπτωση έχουν εφαρμογή οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 271/1969 «περί εργοληπτών ηλεκτρομηχανολογι σίων έργων», που αναφέρονται στην ενιαία ή χωρισ τηρη των έργων και στις προϋποθέσεις συμμετοχής πραξίων εργοληπτών στη δημοκρασία.

2. Οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 π 1977 (ΦΕΚ 200) ισχύουν και για έργα επισκε ρυθμίσεων και επεκτάσεων κτιρίων και εγκατασ νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/1953.

Οι σχετικοί ειδικοί κανονισμοί εκδίδονται με τ ση των Υπουργών Δημοσίων Έργων και Υγείας νοιας.

Άρθρο 46.

Τελικές διατάξεις.

1. Η κοινωνικοποίηση στις υπηρεσίες υγείας κατά τους όρους του νόμου αυτού. Οι διαδικασίες 2 του Ν. 1365/1983 (ΦΕΚ 80) δεν έχουν εφαρ ομοιά Υγείας εφαρμόζονται, όμως, ε

2. Μέχρι να συγκροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ. οι αρμοδιότητές τους ασκούνται από το Κ.Ε.Σ.Υ., εφόσον δεν ορίζεται διαφορετικά από τις επιμέρους διατάξεις του νόμου αυτού.

3. Όπου κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού για την έκδοση π. δ/των ή άλλων πράξεων της Διοίκησης απαιτείται και γνώμη απλής ή σύμφωνη φορέων ή συλλογικών οργάνων, εάν η γνώμη δεν υποβληθεί μέσα σε προθεσμία τριών μηνών, εφόσον από τις επιμέρους διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά, από την σχετική πρόκληση του αρμόδιου Υπουργού, τα π. δ/τα και οι άλλες διοικητικές πράξεις εκδίδονται χωρίς αυτή.

4. Κατεξαιρέτη των διατάξεων της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του νόμου αυτού επιτρέπεται η μεταβίβαση αναγκαστικοποιημένων μετοχών και μεριδίων ΕΠΕ λόγω κληρονομικής διαδοχής ή εν ζωή, σε ήδη μετόχους της ανακτούμευ εταιρείας ή της Ε.Π.Ε.

5. Κάθε διάταξη που αντίκειται στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού καταργείται.

Άρθρο 47.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επιμέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομαι να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα Εξουσιοθέτως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεστεί νόμος του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ	ΕΣΤΕΡΙΚΩΝ
ΓΕΩΡΓ. - ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΜΝΗ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ	ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΑΠ. ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΣΟΠΟΥΛΟΣ	ΓΕΩΡΓ. - ΑΛΕΞ. ΜΑΓ
ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ	ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΠΑΡ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΒΕΡΥ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΚΑΤΣΙΦΑΡΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κ

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

γράφω

από
προϋ-
κτών
και
αγο-
ητος
και
δεν
Ν.Δ.
δημο-
οπο-
κοινο-

641/
διαρ-
των

απόφα
Πρό

ργείται
άρθρου
στο Ε
έλλοιπα

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

1. «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2001
2. «Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας 2003
3. «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης "Ψυχαργώς", Ε.Π. Υγείας και Πρόνοιας 2000-2006
4. «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση : από το άσυλο στην κοινότητα», Μανδιανός Μ., Αθήνα 1994
5. «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της:από την θεωρία στην πράξη», Μανδιανός Μ., Αθήνα 1994
6. «Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές:δυνατότητες, περιορισμοί στο Κοινωνική αποκατάσταση Ατόμων με ψυχικές διαταραχές Κ.Ψ.Υ.», Μπαϊρακτάρης Κ., Αθήνα 1987,σελ. 39-47
7. «Αποϊδρυματοποίηση & πολιτική, τετράδια Ψυχιατρικής 25:16-17»,Μπαϊρακτάρης Κ.,1989
8. «Αναφορές σε εμπειρίες από τον Ελληνικό χώρο:Προσπάθεια εφαρμογής ενός θεραπευτικού ψυχοκοινωνικού», Κογκίδου Δ.,1987
9. « Ζητήματα θεωρίας και πράξης της αποϊδρυματοποίησης, τετράδια ψυχιατρικής 33: 6-14», Μεγαλοοικονόμου Θ., Αθήνα 1991

Άλλες πηγές από Internet:

1. www.stress.gr
2. www.Mohawk.gr
3. www.zephyr.libr.noc.gr
4. www.intranet.gr «Άρθρο της Ψυχιάτρου Μαρίας Οικονόμου με τίτλο
“Ψυχοεκπαίδευση -Υποστήριξη - Αυτοβοήθεια”
5. www.encephalos.gr
6. www.who.int

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ:

1. κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ ΠΕΤΡΟΣ , διοικητής Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής
«ΔΑΦΝΙ»
2. κ. ΒΡΕΝΤΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, διευθυντής Κέντρου Ψυχικής Υγείας Τριπόλεως-
νευρολόγος
3. κ. ΛΑΟΥΔΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Πρώην Πρόεδρος Ψυχιατρικού Νοσοκομείου
Τριπόλεως - γυναικολόγος