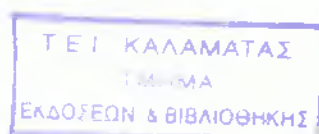


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΔΟΜΕΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ»**



**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΤΑΜΑΤΙΑ-ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005**

*Στους γονείς μου, στον παππού μου και στην γιαγιά μου,  
για την ηθική και υλική συμπαράστασή τους  
κατά την διάρκεια των σπουδών μου.*

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>
--------------------

	Σελ.
Συντομογραφίες.....	5
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7
<b>1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>9</b>
1.1. Ιστορική Αναδρομή της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.....	9
1.1.1. Εισαγωγή.....	9
1.1.2. Η ψυχιατρική περίθαλψη από την αρχαιότητα ως την ίδρυση του ελληνικού κράτους.....	9
1.1.3. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα από τη δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους ως το 1914.....	17
1.1.4. Η παραδοσιακή φάση στην ψυχιατρική περίθαλψη (από το 1914 ως το 1983).....	21
1.2. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	26
1.2.1. Εισαγωγή.....	26
1.2.2. Νόμος 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας».....	26
1.2.3. Η οικονομική ενίσχυση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από την ΕΟΚ... ..	27
1.2.4. Η παράταση του Κανονισμού 815/84.....	31
1.3. Ο Ψυχιατρικός Τομέας στην Ελλάδα μετά τη Μεταρρύθμιση. Τι έχει πραγματοποιηθεί.....	32
1.3.1. Τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84 που πραγματοποιήθηκαν (1984-1994).....	32
1.3.2. Ο Νόμος 2071/92 «Περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης συστήματος υγείας».....	33
1.3.3. Ο Νόμος 2719/99 «Περί την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	33
1.3.4. Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός».....	33
1.4. Ο ρόλος των Ψυχιατρικών Δομών στο μέλλον.....	36
<b>2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....</b>	<b>37</b>
2.1. Εισαγωγή.....	37
2.2. Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	38
2.2.1. Η Ιστορία του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	38
2.2.2. Οι Υπηρεσίες και οι στόχοι του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	39
2.3. Ψυχιατρικό Τμήμα με Μονάδα Νοσηλείας (Πτέρυγα Στάμου Κανταράκια) του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	40
2.3.1. Περιγραφή του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	40
2.3.2. Η λειτουργία του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	40
2.3.3. Το προσωπικό του Ψυχιατρικού Τμήματος και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	42
2.3.4. Οι εισαγωγές των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	45

2.3.5. Οι διαγνώσεις των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	46
2.3.6. Ο μέσος όρος διάρκειας νοσηλείας του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	47
2.3.7. Η Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	48
2.3.8. Οι εισαγγελικές εντολές του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	49
2.3.9. Οι δραστηριότητες των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	49
2.3.10. Το πρόγραμμα των ημερήσιων δραστηριοτήτων των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος.....	50
2.4. Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	51
2.4.1. Γενικά στοιχεία για τα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τομέα.....	51
2.4.2. Ο αριθμός εξετασθέντων των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψυχιατρικού Τομέα.....	51
2.4.3. Οι διαγνώσεις των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψυχιατρικού Τομέα.....	52
2.5. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	53
2.5.1. Ο αριθμός περιστατικών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Ψυχιατρικού Τομέα.....	53
2.6. Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	54
2.7. Γραφείο Ψυχολόγων του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	55
2.8. Γραφείο Λογοθεραπείας του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	55
2.9. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	56
2.9.1. Περιγραφή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	56
2.9.2. Σκοπός λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	56
2.9.3. Τα τμήματα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	57
2.9.4. Στελέχωση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	61
2.9.5. Η λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	65
2.9.6. Οι ψυχικές διαταραχές από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	65
2.9.7. Αριθμός περιστατικών και θεραπευτικών πράξεων στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	66
2.9.8. Παρεμβάσεις του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου στην Κοινότητα.....	68
2.9.9. Η δράση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου με την Κοινότητα.....	69
2.9.10. Η συνεργασία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου με το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».....	70
2.9.11. Προγράμματα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	70
2.9.12. Συμμετοχές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου σε Προγράμματα.....	71
2.9.13. Ερευνητικό έργο του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	72
2.9.14. Συμμετοχές σε Συμβούλια και Επιτροπές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.....	72
2.10. Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».....	73
2.10.1. Περιγραφή του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	73
2.10.2. Ο σκοπός λειτουργίας και οι στόχοι του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	74
2.10.3. Το προσωπικό του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» και οι αρμοδιότητες τους.....	75
2.10.4. Η διαδικασία ένταξης των ασθενών στον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα»....	79
2.10.5. Οι ένοικοι του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	80

2.10.6. Παρεχόμενες Υπηρεσίες και δραστηριότητες καθημερινής ζωής για τους ενοίκους του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	80
2.10.7. Η διοικητικο-οικονομική διαχείριση Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	81
2.10.8. Η ενημέρωση της Κοινότητας από τον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	82
2.10.9. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	82
2.10.10. Το Εργαστήριο δερμάτων ειδών του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα».....	82
2.11. Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου.....	84
2.11.1. Περιγραφή των Προστατευμένων Διαμερισμάτων Βόλου.....	84
2.11.2. Σκοπός λειτουργίας των Προστατευμένων Διαμερισμάτων Βόλου.....	85
2.11.3. Η διαδικασία ένταξης στα Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου και τα χαρακτηριστικά των ενοίκων τους.....	85
2.12. Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	86
2.12.1. Ο σκοπός της επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων.....	86
2.12.2. Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων.....	86
2.12.3. Η λειτουργία του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	88
2.12.4. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	89
2.12.5. Οργανόγραμμα του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	90
2.12.6. Οι ετήσιες δαπάνες του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	91
2.12.7. Οι συμμετοχές σε διαγωνισμούς και οι εκτελέσεις παραγγελιών του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	91
2.12.8. Δράσεις ενημέρωσης της Κοινότητας για τον Συνεταιρισμό Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	95
2.12.9. Οι προοπτικές για το μέλλον του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».....	95
2.12.10. Διακρατικό Πρόγραμμα για την εξασφάλιση κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων.....	96
2.13. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).	97
2.13.1. Γενικά στοιχεία για τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής σε όλη την Ελλάδα..	97
2.13.2. Σκοπός λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	98
2.13.3. Το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	98
2.13.4. Η λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	99
2.13.5. Ο αριθμός εξυπηρετούμενων ανά φύλο και ηλικιακές ομάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	99
2.13.6. Κατηγορίες αναπηρίας από τις οποίες πάσχουν οι εξυπηρετούμενοι του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	100
2.13.7. Ο αριθμός περιστατικών που επισκέπτονται μηνιαίως το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου)..	101

2.13.8. Ο αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος και Νομό κατοικίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	102
2.13.9. Ο αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος και Νομό κατοικίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου).....	103
2.14. Οι νέες δομές ψυχικής υγείας που προβλέπονται να λειτουργήσουν στο Νομό Μαγνησίας.....	104
<b>3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ.....</b>	<b>105</b>
3.1. Έρευνα για τις Στάσεις και Αντιλήψεις γύρω από την Ψυχική Ασθένεια των Πολιτών του Νομού Μαγνησίας.....	105
3.1.1. Εισαγωγή.....	105
3.1.2. Αποτελέσματα της έρευνας.....	107
3.1.3. Συμπεράσματα της έρευνας.....	119
3.2. Έρευνα για την κατάσταση του Συστήματος Ψυχιατρικών Φροντίδων στο Νομό Μαγνησίας.....	122
Συμπεράσματα.....	129
Πηγές.....	139
Παράρτημα.....	141

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

<b>ΑΕ:</b>	Ανώνυμη Εταιρεία
<b>ΑΜΕΑ:</b>	Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες
<b>ΑΝΕΜ:</b>	Αναπτυξιακή Εταιρία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας
<b>ΑΣΚΑ:</b>	Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων
<b>ΒΔ:</b>	Βασιλικό Διάταγμα
<b>ΓΝΒ:</b>	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
<b>ΔΕ:</b>	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
<b>ΔΣ:</b>	Διοικητικό Συμβούλιο
<b>ΕCΥ:</b>	European Currency Unit
<b>ΕΕ:</b>	Ευρωπαϊκή Ένωση
<b>ΕΚΠΟΛ:</b>	Εταιρεία Κοινωνικής Παρέμβασης και Πολιτισμού
<b>ΕΟΚ:</b>	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
<b>ΕΠΨΥ:</b>	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
<b>ΕΣΥ:</b>	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<b>ΕΨΥ:</b>	Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής
<b>ΚαΠα:</b>	Κακοποίηση-Παραμέληση
<b>ΚΑΠΗ:</b>	Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων
<b>ΚΕΚΑΝΑΜ:</b>	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας
<b>ΚεΣΥ:</b>	Κεντρικό Σύστημα Υγείας
<b>ΚΘΨΠΑ:</b>	Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αττικής
<b>ΚΚΨΥ:</b>	Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
<b>ΚοιΣΠΕ:</b>	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
<b>ΚΠΣ:</b>	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
<b>ΚΨΥ:</b>	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
<b>ΜΜΕ:</b>	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
<b>ΜΤΕΝΣ:</b>	Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσοκόμων Σχολή
<b>ΜΥΠΕΠ:</b>	Μονάδα Υποστήριξης Εμφύχωσης και Παρακολούθησης
<b>ΝΠΔΔ:</b>	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
<b>ΝΠΙΔ:</b>	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
<b>ΟΑΕΔ:</b>	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
<b>ΠΕ:</b>	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
<b>ΠεΣΥΠ:</b>	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
<b>ΠΙΚΠΑ:</b>	Πατρικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αρωγής
<b>ΣΔ:</b>	Συμβούλιο Διοίκησης
<b>ΣΥΥ:</b>	Συνοδευτικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες
<b>ΤΕ:</b>	Τεχνολογική Εκπαίδευση
<b>ΤΕΙ:</b>	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
<b>ΤΕΨΥ:</b>	Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας
<b>ΥΕ:</b>	Υποχρεωτική Εκπαίδευση
<b>ΥΥΠΚΑ:</b>	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
<b>ΨΝΑ:</b>	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
<b>ΨΝΘ:</b>	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
<b>ΨΝΔ:</b>	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου
<b>ΨΤΓΝΒ:</b>	Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Βόλου

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία εντάσσεται στα πλαίσια εκπόνησης των πτυχιακών εργασιών του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας και ειδικότερα του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Ο τίτλος της πτυχιακής εργασίας είναι: «Δομές Δημόσιων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στο Νομό Μαγνησίας».

Κίνητρο για την διερεύνηση αυτού του θέματος ήταν ο μικρός αριθμός εργασιών πάνω στο αντικείμενο της ψυχικής ασθένειας. Καθώς και η έλλειψη εργασιών για τις νέες Δημόσιες Δομές Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, οι οποίες καλύπτουν μία ευρεία περιοχή παροχής ψυχιατρικής φροντίδας και έχουν δυνατότητα να προσφέρουν στους πολίτες του Νομού Μαγνησίας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Λεωνίδα Παρασκευόπουλο για την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό όλων των Δημόσιων Δομών Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας για την διευκόλυνση που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια συλλογής των στοιχείων και για τις διαφωτιστικές συζητήσεις μαζί τους. Συγκεκριμένα:

- Τον κ. Βίκτωρα Σπηλιωτόπουλο, Κοινωνικό Λειτουργό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου-Κοινωνιολόγο.
- Την αείμνηστη Βασιλική Ζούμπου, Ψυχίατρο-Παιδοψυχίατρο, Διευθύντρια του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου και Διευθύντρια του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Την κ. Σοφία Πιταράκη, Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.
- Τον κ. Βασίλειο Νίκα, Ψυχίατρο, Επιμελητή Α' του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου και Επιστημονικό Υπεύθυνο του Ξεώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».
- Τον κ. Δημήτριο Φασούλα, Οικονομολόγο-Διοικητικό, Υπεύθυνο των ευρωπαϊκών προγραμμάτων για τον Συνεταιρισμό Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες» και για τα Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου.
- Την κ. Ελένη Κλιάρη, Νοσηλεύτρια ΤΕ του Ξεώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».
- Την κ. Ασημένια Κουτούκη, Τεχνίτρια δερμάτινων ειδών στο εργαστήριο του Ξεώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».
- Την κ. Ειρήνη Φωτιάδου, Νοσηλεύτρια ΤΕ, με ειδικότητα στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική, του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Την κ. Αργυρούλα Τζανέτου, Κοινωνική Λειτουργό στην Κοινωνική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Την κ. Ευτυχία Κουκουβίνη, Ψυχολόγο, Υπεύθυνη στο γραφείο Ψυχολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Την κ. Παναγιώτα Ιακωβάκη, Ψυχολόγο, Εθελόντρια στο γραφείο Ψυχολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Τον κ. Βασίλειο Ντακούμη, Κοινωνιολόγο, Διοικητικό Υπεύθυνο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα εμφάνισής τους συνεχώς αυξάνεται, προσβάλλοντας πολλούς ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας. Η ψυχική νόσος προξενεί πόνο και θλίψη στους πάσχοντες αλλά και στις οικογένειές τους και για την ίαση της απαιτείται μακρόχρονη θεραπεία.

Στην Ελλάδα από την αρχαιότητα η ψυχιατρική περίθαλψη είχε ανατεθεί στα χέρια των ιερέων και των μάντεων, καθώς υπήρχε έντονα το θεοκρατικό στοιχείο. Κατά την περίοδο της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, η αναζήτηση θεραπείας των ψυχοπαθών γινόταν σε μονές ή εκκλησίες. Από την ίδρυση του ανεξάρτητου κράτους και μέχρι το 1983 η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών περιοριζόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα. Το 1983 με τη βοήθεια της ΕΟΚ επιχειρήθηκε το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση με την ανάπτυξη Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ψυχιατρικοί Τομείς σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Κέντρα Επαγγελματικής Επανάταξης κ.α.).

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

α) Η διερεύνηση του τρόπου αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα, μέσα από μία ιστορική αναδρομή, με στόχο τον εντοπισμό των αλλαγών, που έχουν επέλθει στην ψυχιατρική περίθαλψη, όπως αυτές αντανακλώνται στο θεσμικό πλαίσιο που διέπει την ψυχική υγεία.

β) Η μελέτη των Δομών των Δημόσιων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που υπάρχουν στο Νομό Μαγνησίας, προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος δημιουργίας, λειτουργίας και οργάνωσής τους, οι σκοποί που επιτελούν και η θέση που κατέχουν μέσα στο Ελληνικό Σύστημα Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

γ) Η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων γύρω από την ψυχική ασθένεια των πολιτών του Νομού Μαγνησίας.

δ) Η διερεύνηση της κατάστασης του συστήματος ψυχιατρικών φροντίδων στο Νομό Μαγνησίας.

Τα στοιχεία της πτυχιακής εργασίας, όσον αφορά στο ερευνητικό κομμάτι, αντλήθηκαν από τα στοιχεία που δόθηκαν από το προσωπικό των Δημόσιων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Βόλου, από δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και από δομημένη συνέντευξη. Για το υπόλοιπο μέρος της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν δευτερογενείς πηγές (βιβλία, άρθρα περιοδικών, πρακτικά συνεδρίων, πτυχιακές εργασίες) και πρωτογενείς πηγές (αναφορές και εκθέσεις).

Στην εργασία παρουσιάζονται στοιχεία κυρίως για το χρονικό διάστημα 2001-2003, διότι στις Δημόσιες Δομές Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες, εξαιτίας της έλλειψης Εφαρμογών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών.

Η δομή της εργασίας αυτής αποτελείται από τρία κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο μελετάται η ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Ορόσημο στην πορεία αυτή αποτελούν το άρθρο 21 του Νόμου 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και η εφαρμογή των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης παρουσιάζεται ό,τι έχει πραγματοποιηθεί μετά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ψυχιατρική περίθαλψη που υπήρχε στο Νομό Μαγνησίας πριν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Αναλύονται οι Δομές των Δημόσιων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν σήμερα στο Νομό Μαγνησίας. Συγκεκριμένα

παρουσιάζεται ο τρόπος δημιουργίας, λειτουργίας και οργάνωσης τους, οι σκοποί που επιτελούν, οι δραστηριότητες των ασθενών, μέσα από τις εργοθεραπευτικές και επαγγελματικές δομές, η διάρθρωση και η στελέχωση του προσωπικού τους, η ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των ασθενών που χρησιμοποιούν τις δομές, οι προϋποθέσεις εισαγωγής των ασθενών και ο τρόπος με τον οποίο εισάγονται σ' αυτές. Επίσης, παρουσιάζονται και οι δομές ψυχιατρικής φροντίδας που πρόκειται να λειτουργήσουν στο Νομό Μαγνησίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και η επεξήγηση των ευρημάτων της δειγματοληπτικής έρευνας με ερωτηματολόγια για τις στάσεις και αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια των πολιτών του Νομού Μαγνησίας. Ακόμη παρουσιάζεται η κατάσταση του συστήματος ψυχιατρικών φροντίδων στο Νομό Μαγνησίας, μέσω δομημένης συνέντευξης με ένα μέλος του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Στο τέλος της πτυχιακής εργασίας καταγράφονται συμπεράσματα σχετικά με τα όσα έχουν αναφερθεί.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

# **"Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ"**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **1.1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα βαίνει παράλληλα με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Δηλαδή όλες οι καμπές και οι κορυφές, που χαρακτηρίζουν την ιστορική πορεία του ελληνικού κράτους επηρεάζουν και χαρακτηρίζουν την πορεία των υγειονομικών υπηρεσιών, που οργανώνονται στη χώρα και, ειδικότερα, την ψυχιατρική περίθαλψη. Στην πορεία αυτή μπορούμε να διακρίνουμε τρεις περιόδους:

1. την πρώτη ή προεπιστημονική περίοδο, που αρχίζει από την αρχαιότητα ως την ίδρυση του ελληνικού κράτους,
2. την δεύτερη ή ιστορική περίοδο, από τη δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους ως το 1914, και
3. την τρίτη ή παραδοσιακή περίοδο, που εκτείνεται από το 1914 ως το 1983.

Στην πρώτη περίοδο η ψυχιατρική περίοδο παρεχόταν κυρίως σε ιερά και μοναστήρια. Από τη δημιουργία του ανεξάρτητου κράτους και μέχρι το 1983 η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών περιοριζόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία-άσυλα. Το κοινό χαρακτηριστικό, όμως, όλων των περιόδων είναι ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα αντιμετωπίζονται με έναν ιδιαίτερο τρόπο.

#### **1.1.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ**

##### **• Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ**

Η πρώτη περίοδος της ψυχιατρικής-περίοδος της προεπιστημονικής ψυχιατρικής-ανιχνεύεται σε κοινωνίες με κυρίαρχο το θεοκρατικό στοιχείο. Η ψυχοπάθεια θεωρούταν ότι προερχόταν από τους θεούς, γι' αυτό και η θεραπεία της είχε ανατεθεί στα χέρια των ιερέων και των μάντεων. Η ψυχιατρική ήταν «μαγικό-θεουργικό-εμπειρική».

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

Κατά τους ελληνικούς μυθολογικούς χρόνους, εμφανίζονται οι πρωτόγονες αντιλήψεις για τη θεϊκή ή ημιθεϊκή προέλευση των ψυχικών νοσημάτων, αλλά και στοιχεία ιατρικής αντίληψης, απαλλαγμένης από μαγικά ή ιερατικά στοιχεία, κυρίως κατά την Ομηρική εποχή. Οι μεγάλοι αρχαίοι Έλληνες τραγικοί άφησαν πλήθος από σελίδες στις οποίες περιγράφουν

με ενάργεια τις ψυχικές διαταραχές του Μενελάου, του πατροκτόνου Ορέστη, του Ηρακλή, του Αίαντα κ.ά.

Ο Μελάμπους, εμφανίζεται ως ο σπουδαιότερος μυθολογικός ιατρός που άσκησε θεραπεία με φάρμακα και καθαρμούς, υπήρξε επίσης, ο πρώτος ψυχοφαρμακολόγος, ψυχοθεραπευτής και ιατρομάντης, γενάρχης μιας σειράς ονομαστών μάντεων, όπως ο Αμφιαράος, ο Αλκμαίων, ο Μεγιστείας κ.ά. Έργα του είναι η θεραπεία του Ιφίκλου (βασιλιά της Θεσσαλικής πόλης Φυλάκης) που έπασχε από ψυχογενή ανικανότητα και η θεραπεία του Αλάθου (βασιλιά των Μεγάρων) που έπασχε από μελαγχολία.<sup>1</sup>

Ο Ασκληπιός, φημισμένος θεραπευτής από τους Ομηρικούς χρόνους, έγινε δεκτός στο Πάνθεο των θεών του Ολύμπου. Η λατρεία του θεού-ιατρού άρχισε προς το τέλος του 6<sup>ου</sup> π.Χ. αιώνα.

Τα Ασκληπεία, θρησκευτικά κατ' αρχήν ιδρύματα αφιερωμένα στον Ασκληπιό, οφείλουν τη φήμη τους στα θεραπευτικά αποτελέσματα, από την χρησιμοποίησή τους ως νοσοκομεία, άσυλα και θεραπευτήρια. Τα καθήκοντα των θεραπευτών ασκούσαν οι ιερείς. Οι ιδιότυποι αυτοί ναοί-νοσοκομεία υπολογίζονται σε 320 στην Αρχαία Ελλάδα. Η θεραπευτική αγωγή περιελάμβανε στοιχεία από την ιερατική αντίληψη, ορισμένες επιστημονικές γνώσεις και πολλά «μαγικά» στοιχεία. Στην θεραπευτική εισχωρούσε συνήθως και η κερδοσκοπία, με αποτέλεσμα πολλοί να στέκονται κριτικά απέναντι στον θεσμό και να λοιδορούν τα μέσα που χρησιμοποιούσαν οι ιερείς-θεραπευτές. Παρ' όλα αυτά, η μυστική ιερατική ιατρική και ψυχιατρική βρήκε μεγάλη διάδοση στην Αρχαία Ελλάδα κατά τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα και εξακολούθησε να είναι σε κοινή χρήση ως και τον 5<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα.<sup>2</sup>

Τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, αρχίζει να διαμορφώνεται η επιστημονική ιατρική αντίληψη. Κατά τη διάρκεια του Χρυσού Αιώνα αναπτύσσεται σε σημαντικό βαθμό ο ορθολογικός τρόπος ερμηνείας των κοινωνικών φαινομένων, αλλά και των φαινομένων της ψυχής, καθώς η ιατρική και ο κλάδος της ψυχιατρικής περνούν από το μαγικό-εμπειρικό στο επιστημονικό στάδιο. Το πέραςμα αυτό επικυρώνει η λαμπρή φυσιογνωμία του Ιπποκράτη, το έργο του οποίου θεμελιώνει την επιστημονική ιατρική και ψυχιατρική. Και αυτό, γιατί ο Ιπποκράτης κατορθώνει να αφομοιώσει, να αξιολογήσει και να αξιοποιήσει όλη την προηγούμενη ιατρική εμπειρία περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, να μεταφέρει και να εμπλουτίσει την ιατρική με τα ουσιαστικότερα στοιχεία της φιλοσοφίας και να εξετάσει, για πρώτη φορά, το φαινόμενο της ασθένειας γενικά και της ψυχασθένειας ειδικότερα, με επιστημονική αντίληψη. Αποτίναξε τη δεισιδαιμονία και τη θεοκρατία που κυριαρχούσαν στη διάγνωση και «θεραπεία» των ψυχικών νοσημάτων και όρισε επιστημονικά τις πρώτες νοσολογικές κατηγορίες, όπως μανία, μελαγχολία, παράνοια, υστερία κ.ά.

Η προσφορά του Ιπποκράτη στην ιατρική και την ψυχιατρική αν και υπήρξε η γονιμότερη δεν ήταν βεβαίως και η μοναδική. Μία σειρά από σπουδαίους στοχαστές προσέφεραν πολλά με την φιλοσοφική τους σκέψη. Οι ορθολογικές απόψεις των Ιώνων φιλοσόφων και των Σοφιστών, του Αντιφώντα, του Αριστοτέλη, του Επίκουρου κ.ά., παρά του ότι διαφέρουν μεταξύ τους, μπολιάζουν την ψυχιατρική με τις επιστημονικές αντιλήψεις της φυσικής φιλοσοφίας και αναδεικνύουν τους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική κατάσταση του ατόμου, την επίδραση δηλαδή του εξωτερικού περιβάλλοντος, τη σωματική υγεία και ευεξία, την απαλλαγή του ανθρώπου από τις μεταφυσικές του φοβίες και την κατάκτηση των αληθινών γνώσεων για τη ζωή, το θάνατο και τη φυσική αιτία των πραγμάτων.

Τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα αναπτύσσεται η Ιπποκρατική άποψη για την ψυχική αρρώστια με τη γνωστή θέση ότι η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών (του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του

<sup>1</sup> Γ. Παπαδάτου, Α. Στογιαννίδου, *Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*, Λίτσας, Αθήνα 1988, σ. 12.

<sup>2</sup> Στο ίδιο, σ. 13.

φλέγματος). Έτσι, μπαίνει η πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής αρρώστιας. Οι Ιπποκρατικοί απέρριπταν τη θεολογική άποψη για την επιληψία και την ψυχική αρρώστια, σε αντίθεση με τις γνωστές επικρατούσες απόψεις, και εφάρμοσαν στη θεραπευτική πράξη τις κλινικές τους παρατηρήσεις, όπως ήταν η ερμηνεία των ονείρων, η υποβολή σε λογοθεραπεία και η παραμονή σε ιερά όπως του Απόλλωνα στους Δελφούς κ.ά. Ο Απόλλων θεωρούνταν ο θεός που τιμωρούσε τους ασεβείς με την εμφάνιση «φρενοβλάβειας», γι' αυτό αποκαλούνταν Λοξίας.<sup>3</sup>

Στον αντίποδα των απόψεων αυτών, οι απόψεις του Πλάτωνα, των Πυθαγορείων και των Στωικών Φιλοσόφων ακολουθούσαν τον δρόμο της μυστικιστικής αντίληψης, σύμφωνα με την οποία οι παθήσεις της ψυχής δεν θεωρούνται παθήσεις του σώματος, αλλά το αντίθετο. Για το λόγο αυτό, προκρίνεται η θεραπεία της ψυχής-ψυχή η οποία έχει νοσήσει λόγω της απόσπασής της από το θείο και της προσκόλλησής της στην ύλη-με μεταφυσικές θεραπευτικές που ήδη είχαν εμφανιστεί στο παρελθόν.

Η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών» για πρώτη φορά αναπτύσσεται στους «Νόμους» από τον Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατό να καταδικαστεί από τον Δικαστή σε φυλάκιση πέντε χρόνων με τη ρητή απαγόρευση των επαφών του με την κοινότητα. Μετά το διάστημα αυτό, ο εγκλειστος έπρεπε να απελευθερωθεί αν και εφόσον η συμπεριφορά του είχε βελτιωθεί, αλλιώς θα έπρεπε να θανατωθεί. Στην πραγματικότητα, οι ψυχικά ασθενείς στην Αθήνα κρατούνταν στο σπίτι τους κάτω από συνεχή παρακολούθηση και αν οι συγγενείς τους εγκατέλειπαν, τιμωρούνταν.

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

Τον 3<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα, ο Σωρανός και ο Αρεταίος αναπτύσσουν πραγματικά ανθρωπιστικές απόψεις περί την θεραπεία των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι διέμεναν σε δωμάτια με απόλυτη ησυχία χωρίς επισκέψεις συγγενών τους. Οι ασθενείς ενθαρρύνονταν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, να παίζουν σε τραγωδίες ή κωμωδίες, μία πρακτική που μοιάζει μ' αυτή που σήμερα αποκαλούμε ψυχόδραμα.

Ειδικότερα ο Σωρανός, ο οποίος γεννήθηκε στην Έφεσο και έζησε στις αρχές του 2<sup>ου</sup> μ.Χ. αιώνα στη Ρώμη, μεταξύ άλλων κειμένων άφησε «οδηγίες» για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών απαγορεύοντας τη χρήση αλυσίδων και τον εγκλεισμό τους σε σκοτεινά υπόγεια ή τη χρήση σωματικής βίας, αφού όλα αυτά χειροτερεύουν την κατάστασή τους. Κατά τον Σωρανό, οι ψυχασθενείς πρέπει να διαμένουν σε χώρους που είναι μέτρια φωτισμένοι, με μέση θερμοκρασία και πλήρη ασφάλεια. Πρέπει να αποφεύγονται οι επισκέψεις που συχνά αναστατώνουν τους αρρώστους, όπως και οι έξοδοί τους. Όσοι άρρωστοι ήταν διεγερτικοί θα έπρεπε να καθλώνονται με υφασμάτινους μάντες χωρίς όμως να τραυματίζονται. Είναι φανερό, από τα γραπτά του, ότι ο Σωρανός είναι ένας αρκετά σύγχρονος μεταρρυθμιστής για την εποχή του.<sup>4</sup>

Γενικά, η αντίληψη για τον ψυχικά ασθενή κατά την αρχαιότητα στην Ελλάδα είναι, για το λαό και τους ειδικούς, ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων.

<sup>3</sup> Μ. Μαδιανός, *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1994, σ. 166.

<sup>4</sup> Στο ίδιο, σ. 166-167.

## • Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΟΘΩΜΑΝΙΚΗ ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΙΑ

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

Υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι ανήσυχοι ασθενείς παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές, που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με αγίασμα και τις προσευχές. Τέτοιες περιοχές στον ελλαδικό χώρο ήταν η Χίος, η Κεφαλλονιά, η Θεσσαλονίκη, η Κέρκυρα, η Αττική, η Σμύρνη καθώς ψυχασθενείς συγκεντρώνονταν και σε ορισμένα μοναστήρια του Αγίου Όρους.

Στα περισσότερα μοναστήρια γίνονταν δεκτοί χριστιανοί ορθόδοξοι και ετερόδοξοι (μουσουλμάνοι και εβραίοι). Σε ορισμένα γίνονταν επιλεκτική διαλογή ασθενών, ενώ άλλα δέχονταν μόνον επιληπτικούς ή μελαγχολικούς ή μανιακούς ή διεγερτικούς ή μόνον ήσυχους ασθενείς. Μερικά μοναστήρια αργότερα μετατράπηκαν σε άσυλα ή μικρά νοσοκομεία.

## • ΤΑ ΟΘΩΜΑΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Οι μουσουλμάνοι και οι χριστιανοί υπήκοοι της αυτοκρατορίας ανήκαν σε δύο χωριστούς κόσμους, όσο όμως πλησιάζουμε τις λαϊκές αντιλήψεις και συμπεριφορές έναντι των ψυχοπαθών, τα κοινά σημεία είναι πολλά (π.χ. χριστιανικά μοναστήρια που δέχονται χριστιανούς και μουσουλμάνους ασθενείς).

Όσοι ψυχοπαθείς δεν ήταν επικίνδυνοι και ιδιαίτερα ενοχλητικοί έμεναν ελεύθεροι. Ορισμένες μάλιστα κατηγορίες ψυχοπαθών και διανοητικά καθυστερημένων ήταν αντικείμενο σεβασμού και έχαιραν ασυδοσίας, βάσει θρησκευτικών αντιλήψεων.

Οι σουλτανικές αρχές ενδιαφέρονταν για τα περιθωριακά στρώματα της Κωνσταντινούπολης. Περί το τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα υπήρχαν εκατοντάδες λαϊκά συσσίτια, που έτρεφαν γύρω στις 30.000 άτομα, μαζί με τα περίχωρα. Υπήρχαν δεκάδες ιμαρέτια και άσυλα για τους φτωχούς. Λειτουργούσαν επίσης 130 περίπου νοσοκομεία, ίσως στον αριθμό αυτό να περιλαμβάνονται και τα χριστιανικά ιδρύματα. Τα οθωμανικά νοσοκομεία, τα ιμαρέτια, τα συσσίτια ήταν προσκολλημένα σε κάποιο ίδρυμα θρησκευτικού χαρακτήρα. Επίσης ένας αριθμός απόρων τρεφόταν από τα υπόλοιπα των στρατώνων (π.χ. των γενιτσάρων).

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα τα τμήματα για τους ψυχοπαθείς ήταν χωριστά από το νοσοκομείο. Υπήρχαν χωριστά περίπτερα για τις γυναίκες και για τους μουσουλμάνους. Χρησιμοποιούσαν μουσικούς και τραγουδιστές για να διασκεδάζουν τους ασθενείς. Η χρηματοδότησή τους γινόταν με δωρεές και συχνά οι οθωμανικές αρχές τα προικοδοτούσαν με έσοδα από χωριά, νησιά ή φόρους. Σχεδόν όλα στην αρχική τους μορφή ήταν «βακούφια».

Τα νοσοκομεία του «χρυσού» αιώνα (16<sup>ου</sup>-17<sup>ου</sup>) αποτελούσαν συμπλέγματα, όπου δίπλα στο νοσοκομείο υπήρχε και ιατρική σχολή (μεντρεσές) με κατοικίες για γιατρούς και σπουδαστές. Δίπλα στο τζαμί και τον τάφο του ιδρυτή, υπήρχε συχνά και ένα ιμαρέτι, Δηλαδή ένα είδος ασύλου, όπου φτωχοί, γέροι και ασθενείς, έβρισκαν στέγη και τροφή.

Το 1465, ο Μωάμεθ Β' ο Πορθητής ίδρυσε ένα μεγάλο νοσοκομείο δίπλα στο τζαμί που έφερε το όνομά του **Φατίχ**, που ήταν προσκολλημένο στην ιατρική σχολή της Κωνσταντινούπολης. Η συντήρηση του τμήματος των ψυχοπαθών του νοσοκομείου Φατίχ εξασφαλιζόταν από το αυτοκρατορικό ταμείο και ήταν υπό τη διεύθυνση του προσωπικού ιατρού του Σουλτάνου. Όλοι οι ασθενείς γίνονταν δεκτοί. Δεν υπήρχε κανένας κανονισμός σε ό,τι αφορούσε την είσοδο και την έξοδο των ψυχοπαθών. Ιατρική επίσκεψη δέχονταν από καιρό σε καιρό, σε διάστημα πολλών μηνών. Ένας αρχιφύλακας ή αρχινοσοκόμος με

μερικούς φύλακες έπρεπε να ικανοποιεί όλες τις ανάγκες. Το ίδρυμα είχε θέση για 100-120 ψυχοπαθείς. Περισσότεροι από τους μισούς και κυρίως όσοι είχαν μείνει για καιρό στο ίδρυμα παρουσίαζαν κατάσταση προχωρημένης άνοιας. Σε κάθε δωμάτιο (κελί) υπήρχαν τέσσερις ψυχοπαθείς δεμένοι στο δάπεδο με μία αλυσίδα που είχε μήκος πέντε έως έξι πόδια και τελείωνε σε ένα βαρύ σιδερένιο περιλαίμιο. Ξάπλωναν πάνω σε στρώματα. Εάν δεν θεραπεύονταν έμεναν συνέχεια δεμένοι, ακόμα κι όταν ήταν ήρεμοι, μέχρι το θάνατό τους.

Μεταξύ 1485 και 1492, ο Βαγιαζήτ Β' κατασκεύασε το **νοσοκομείο της Ανδριανούπολης** που δεχόταν και ψυχοπαθείς. Τα έσοδά του ήταν ηγεμονικά. Στα πλαίσια του νοσοκομείου λειτουργούσαν ιατρική σχολή (μεντρεσές) και εξωτερικά ιατρεία. Στους ψυχοπαθείς γίνονταν εφαρμογή της θεραπείας με αρώματα. Για το λόγο αυτό στο νοσοκομείο υπήρχε ένας ανθισμένος κήπος, γιατί πίστευαν ότι το άρωμά τους συντόμευε την θεραπεία. Στο ίδρυμα υπήρχε ορχήστρα και η τροφή ήταν ηγεμονική. Το καθεστώς αυτό όμως δεν διατηρήθηκε για πολύ, αν υπήρξε ποτέ τόσο ειδυλλιακό στην πραγματικότητα.

Το **νοσοκομείο της Μαγνησίας** (Μανίσσα) ιδρύθηκε από τον Σουλτάνο Σελίμ Β' το 1520. Είχε έσοδα ηγεμονικά στην αρχική του μορφή, που αυξήθηκαν από το Σουλεϊμάν τον Μεγαλοπρεπή το 1691. Εισέπραττε έσοδα από περισσότερα από 100 χωριά. Είχε μεγάλη φήμη και εξακολουθούσε να λειτουργεί μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα.

Το **νοσοκομείο της Χασεκί Σουλτάνας** (συζύγου του Σουλεϊμάν του Μεγαλοπρεπούς) ιδρύθηκε μεταξύ 1539 και 1560 σαν καταφύγιο για φτωχές ψυχοπαθείς και σαν μαιευτήριο. Το 1847, οι λίγες ψυχοπαθείς που έμεναν ακόμα μεταφέρθηκαν στο Σουλεϊμανιέ.

Ο **Σουλεϊμάν ο Μεγαλοπρεπής** ίδρυσε το ομώνυμο νοσοκομείο δίπλα στο ομώνυμο τζαμί μεταξύ 1527 και 1555. Ήταν προσκολλημένο στην ιατρική σχολή της Κωνσταντινούπολης και διέθετε κατοικίες για τους σπουδαστές. Τα έσοδά του ήταν επίσης ηγεμονικά, μεταξύ άλλων τα έσοδα από την φορολογία της Ρόδου, της Κω και της Χίου. Μία ιδέα για τον πλούτο του ιδρύματος κατά την διάρκεια της ζωής του Σουλεϊμάν και την εποχή των άμεσων διαδόχων του μας δίνει το γεγονός ότι για είκοσι ασθενείς το ίδρυμα απασχολούσε προσωπικό 150 ατόμων. Για τρεις τουλάχιστον αιώνες υπήρξε το **κύριο άσυλο ψυχοπαθών της Κωνσταντινούπολης**.

Τους πρώτους αιώνες της λειτουργίας του νοσοκομείου, οι ανήσυχοι ασθενείς δένονταν με κρίκους, τους έπλεναν και τους έλουζαν μία φορά την εβδομάδα. Η τροφή τους ήταν εκλεκτή και εξαιρετική η καθαριότητα των χώρων και των ενδυμάτων. Το προσωπικό ήταν πολυάριθμο. Όταν οι ασθενείς ήταν πολύ ενοχλητικοί τους ξυλοκοπούσαν και όταν ήταν σε κατάσταση εξαλλοσύνης, που ήταν άλλωστε ο κανόνας γιατί μόνο αυτούς τους ασθενείς έκλειναν στο ίδρυμα, τους έδεσαν με χοντρές αλυσίδες από το λαιμό. Όταν ήταν πιο ήσυχοι τους έδεσαν με μία απλή αλυσίδα από τα πόδια. Όλοι ανεξαιρέτως δέχονταν περιοδικώς μαστουινιές στα πέλματα σαν κατευναστικό.

Η «ψυχοθεραπεία» των ασθενών γινόταν με την βοήθεια της ψυχαγωγίας και των προσευχών. Μπροστά από τα κελιά υπήρχαν πέτρινα πεζούλια για τους μουσικούς, θαυματοποιούς, χορευτές και μίμους που προσπαθούσαν να ψυχαγωγήσουν τους αλυσοδεμένους και άρα καταδικασμένους σε ακινησία ασθενείς. Θα ήταν λάθος να θεωρήσουμε την «ψυχαγωγία» με την σημερινή έννοια του όρου. Τόσο η μουσική όσο και τα άλλα μέσα δεν χρησιμοποιούνταν για να διασκεδάσουν τους ασθενείς αλλά για θεραπευτικούς σκοπούς, βάσει συγκεκριμένων αντιλήψεων για την ψυχογένεια των παθήσεων.

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα ήταν προχωρημένη η παρακμή και του Σουλεϊμανιέ. Το 1853 είχε μόνο πέντε υπαλλήλους, δεν υπήρχαν ούτε οι εκατοντάδες φύλακες, νοσοκόμοι, μάγειροι κ.λ.π. των περασμένων χρόνων, ούτε η εκλεκτή τροφή. Η ακαθαρσία και η δυσσομία υπήρχαν παντού. Οι ασθενείς ήταν σχεδόν γυμνοί και δεμένοι πάντα με αλυσίδες και βαριά περιλαίμια. Η κατασπατάληση των εσόδων και η χρόνια οικονομική κρίση της αυτοκρατορίας είχαν



στερήσει το ίδρυμα από τα απαραίτητα και είχε φτάσει να εξαρτάται κατά ένα μέρος από τις ελεημοσύνες των περιεργών που έρχονταν για να δουν το θέαμα των τρελών.

Το 1583 ιδρύθηκε το **νοσοκομείο της Βαλιντέ Σουλτάνας** στο Σκούταρι. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και μέχρι τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, υποδεχόταν ακόμα ψυχοπαθείς. Το 1932 έγινε αποθήκη καπνού.

Το 1580-82, η Νουριμπανί Σουλτάνα, σύζυγος του Σελίμ Β', εγκαινίασε το **νοσοκομείο του Τοπ-Ταχί**, δίπλα στο ομώνυμο τζαμί. Λειτουργήσε σαν άσυλο των ψυχοπαθών της Πόλης, το οποίο λειτουργούσε ακόμα το 1925.<sup>5</sup>

## • ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Το 18<sup>ο</sup> αιώνα, σε πολλές πόλεις ελληνικές ή με σημαντική ελληνική κοινότητα, λειτουργήσαν ή λειτουργούσαν ήδη νοσοκομεία. Λέγοντας νοσοκομείο το 18<sup>ο</sup> αιώνα εννοούμε ένα οίκημα όπου στους ασθενείς εξασφαλιζόταν κυρίως ένα κρεβάτι και τροφή και στη συνέχεια η ιατρική επίσκεψη, συχνά από εξωτερικούς ιατρούς και κατά διαστήματα.

Τέτοια ιδρύματα λειτουργήσαν στην Κωνσταντινούπολη, Σμύρνη, Χίο, Κυδωνίες, Ηράκλειο Κρήτης, Ιωάννινα, Κέρκυρα, Κεφαλληνία, Ζάκυνθο, Λευκάδα και Αλεξάνδρεια (το 19<sup>ο</sup> αιώνα). Τα νοσοκομεία της Χίου, Κωνσταντινούπολης και Σμύρνης δέχθηκαν και ένα περιορισμένο αριθμό ψυχοπαθών.

Λειτουργήσαν σαν όργανα κοινωνικής πρόνοιας των ελληνικών κοινοτήτων. Δέχτηκαν ένα αμάλγαμα ατόμων, μεταξύ των οποίων οι ασθενείς και λίγοι ψυχοπαθείς, με βασικό κριτήριο την ανέχεια ή την βαριά διαταραγμένη συμπεριφορά. Ιδρύματα με δευτερεύοντα θεραπευτικό ρόλο, εξασφάλιζαν μία στοιχειώδη κοινωνική πρόνοια. Ιδρύματα με συγγενή χαρακτηριστικά συναντούμε στο Βυζάντιο, σε μουσουλμανικά κράτη, όπως τα διάφορα αραβικά κράτη της Ισπανίας, της Αιγύπτου ή της Μεσοποταμίας και στην Οθωμανική Αυτοκρατορία. Τέλος στα δυτικά-ευρωπαϊκά κράτη λειτουργήσαν πολυάριθμα ιδρύματα αυτού του τύπου.

Τα βυζαντινά νοσοκομεία ήταν συνήθως παρακείμενα σε μονές. Η βυζαντινή φιλανθρωπία είχε δύο πηγές, την εκκλησία και την αυτοκρατορική εξουσία, με ενδιάμεση την ιδιωτική φιλανθρωπία. Ήταν θεμελιωμένη θρησκευτικά γύρω από την έννοια της χριστιανικής αγάπης. Οι ψυχοπαθείς γίνονταν δεκτοί στα βυζαντινά νοσοκομεία, τόσο σαν πάσχοντες όσο και σαν φτωχοί ή ασθενείς, καθώς το παραλήρημα δεν ερμηνευόταν με τον τρόπο της δικής μας εποχής.

Το **νοσοκομείο της Χίου** ιδρύθηκε το 1640 από εισφορά μερικών ευγενών οικογενειών. Δεχόταν ασθενείς, φτωχούς, αναπήρους και ξένους χριστιανούς προσκυνητές. Η ανακατασκευή του νοσοκομείου (1750-1780) έγινε με συνεισφορές των κατοίκων. Μπορούσε να δεχθεί 150-200 άτομα, κατά μέσο όρο όμως δέχονταν εβδομήντα έως ογδόντα άτομα.

Μετά την ανακατασκευή του νοσοκομείου βρίσκονταν περίπου τριάντα φτωχοί και γέροντες και περίπου δέκα φρενοπαθείς. Κανείς δεν είχε το δικαίωμα να επισκεφθεί το κτίριο χωρίς την άδεια της δημογεροντίας. Η δημογεροντία χρησιμοποιούσε το ίδρυμα, το έλεγχε απόλυτα για να κρύψει από τα μάτια της τούρκικης εξουσίας προβλήματα που δεν είχε κανένα συμφέρον να κάνει φανερά.

Το νοσοκομείο δεν είχε μόνιμο ιατρό. Οι ιατροί της πόλης της Χίου το επισκέπτονταν ο καθένας με τη σειρά του δύο φορές την ημέρα επί τρεις μήνες. Το νοσοκομείο διοικούσαν τρεις άμισθοι επίτροποι, που εκλέγονταν από τους κατοίκους για ένα χρόνο. Περί το τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα το ίδρυμα είχε έσοδα 17.000 γρόσια ετησίως από εισφορές, νοσήλια των

<sup>5</sup> Δ. Πλουμπίδης, *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Σύγχρονα θέματα / Τρίαιψ Λόγος 1, Θεσσαλονίκη 1989, σ. 41-55.

λίγων ευπόρων ασθενών που στεγάζονταν χωριστά στο νοσοκομείο και ένα μέρος της κυριακάτικης εισφοράς στις εκκλησίες. Τα πιθανά ελλείμματα καλύπτονταν από εισφορές πλουσίων ή από γενική συνεισφορά των κατοίκων. Όσοι κάτοικοι πλήρωναν φόρο περισσότερο από πενήντα γρόσια το χρόνο, έδιναν υποχρεωτικές εισφορές. Οι επίτροποι επισκέπτονταν το ίδρυμα δύο φορές την ημέρα για να λύνουν τα τρέχοντα προβλήματα.

Την εσωτερική τάξη τηρούσαν τέσσερις επόπτριες, χήρες από τις επισημότερες οικογένειες του νησιού. Το λειτούργημά τους ήταν διетές και ανανεώσιμο. Επιτηρούσαν την σωματική καθαριότητα των ανδρών, χτένιζαν τις άρρωστες γυναίκες, εξασφάλιζαν τη διανομή της τροφής και των φαρμάκων καθώς και τις καθημερινές αγορές για το ίδρυμα. Τα απαραίτητα ρούχα ράβονταν δωρεάν από οικογένειες. Το νοσοκομείο μισοκαταστράφηκε και έπαυε να λειτουργεί κατά τη σφαγή της Χίου 1822.<sup>6</sup>

Το πρώτο ελληνικό (γραικικό) νοσοκομείο δημιουργήθηκε εξαιτίας της διαθήκης του Δούκα Πέτρου Σοφιανού, κατοίκου Γαλατά, το 1517. Με τη διαθήκη του παραχωρούσε ένα ιδιόκτητο οίκημα πέντε δωματίων στο Γαλατά για να γίνει νοσοκομείο. Όριζε επίσης ένα ποσό αρκετό για τη συντήρηση των ασθενών, την αμοιβή μιας γυναίκας νοσοκόμου, του ιερέα, του νεκροθάφτη και για ανανέωση των επίπλων. Η διαθήκη είχε επικυρωθεί από τις τουρκικές αρχές σαν βακουφική.

Περί το 1780 υπήρχαν ήδη τρία ελληνικά νοσοκομεία:

1. το νοσοκομείο του Γαλατά, γνωστό σαν Οσπιάλιον των Γκεμιτζιδών, ήταν το κυρίως νοσοκομείο των Ελλήνων και το οποίο καταργήθηκε το 1839,
2. το νοσοκομείο του Σταυροδρομίου, και
3. το νοσοκομείο του Επταπυργίου, το οποίο καταργήθηκε το 1837.

Τα κτίρια του νοσοκομείου του Επταπυργίου και του νοσοκομείου του Γαλατά πέρασαν στην περιουσία του νέου νοσοκομείου του Επταπυργίου.

Το 1834-36, ο σουλτάνος Μαχμούτ ο Β' πήρε μία σειρά μέτρα για να βελτιώσει τις συνθήκες υγιεινής της πρωτεύουσας. Μεταξύ των άλλων, πρόσφερε το οικοπέδο για την κατασκευή του νέου ελληνικού νοσοκομείου. Η κατασκευή του κράτησε τρία χρόνια και χρηματοδοτήθηκε από εράνους μεταξύ των Ελλήνων, κληρικών και λαϊκών. Τα εγκαίνια έγιναν το 1839.

Στο ίδρυμα μεταφέρθηκαν οι τρόφιμοι του νοσοκομείου του Γαλατά που έπαυσε να λειτουργεί. Το νοσοκομείο δεχόταν: ασθενείς άνδρες και γυναίκες, άπορους γέροντες, φρενοπαθείς άνδρες και γυναίκες, υπόδικους και φαυλόβιους άνδρες και γυναίκες που κλείνονταν στο νοσοκομείο με διαταγή των πατριαρχικών αρχών, κακοποιούς που έστελνε η αστυνομία, φαυλόβια και ανέστια παιδιά, περιπλανώμενα στους δρόμους, που είχαν δείξει τάσεις να αρνηθούν την πατρογονική θρησκεία και μαζί με τις άρρωστες στεγάζονταν-για τιμωρία ή συμβιβασμό-και μερικές γυναίκες που είχαν επισύρει την επιτίμηση του Πατριαρχείου και των εκκλησιαστικών αρχών του τόπου τους.

Το 1850, με πρωτοβουλία του πατριάρχη Γερμανού, προστέθηκε ένα καινούριο κτίριο, όπου εγκατέστησαν, στο ισόγειο τους γέροντες και τους φρενοπαθείς και στον επάνω όροφο τα παιδιά που ζούσαν στο ίδρυμα, ορφανά, άτακτα και κακόβια. Ένας δάσκαλος δίδασκε τα στοιχειώδη στα παιδιά αυτά. Ένας ιατρός παθολόγος και ένας χειρουργός επισκέπτονταν τους ασθενείς καθημερινά και όσους από τους γέροντες και τους φρενοπαθείς παρουσίαζαν κάποιο οξύ νόσημα.

Η χρηματοδότηση του ιδρύματος ήταν η τυπική των νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων και διαμορφώθηκε από τη βυζαντινή και δυτική μεσαιωνική παράδοση (έσοδα από εράνους, κληροδοτήματα, εισφορές σε είδος, πώληση των προσωπικών αντικειμένων όσων πέθαιναν στο νοσοκομείο, κ.λ.π.) που επιβίωσε μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η κατασκευή και η λειτουργία του ιδρύματος βασίστηκε σχεδόν αποκλειστικά σε εράνους, δωρεές και

<sup>6</sup> Στο ίδιο, σ. 76-77.

εισφορές, που ειδικά στην Κωνσταντινούπολη λειτουργούσαν πάντα κάτω από την εποπτεία του Πατριαρχείου.

Στο ίδρυμα υπήρχαν χαλκάδες που χρησίμευαν για να αλυσοδέονται οι ψυχοπαθείς από το λαιμό, στις τέσσερις γωνίες του κελιού. Σε ένα κτίριο κατασκευασμένο το 1880, ζούσαν οι πιο ήσυχoi άνδρες ψυχοπαθείς. Οι γυναίκες ψυχοπαθείς ήταν διασκορπισμένες σε ένα παλιό οίκημα ερειπωμένο και ανάμεσα στους γέροντες.

Από τους 410 ψυχοπαθείς, οι 330 ήταν άποροι, πενήντα πλήρωναν δύο λίρες τούρκικες το μήνα, ζούσαν μαζί με τους άπορους και είχαν μόνο περισσότερο κρέας κατά τα γεύματα, δεκαεπτά πλήρωναν 3,5 λίρες τούρκικες το μήνα, τέσσερις πλήρωναν πέντε λίρες, τρεις πλήρωναν 6,5 λίρες. Οι τρεις τελευταίες τάξεις ήταν τελείως χωρισμένες από τις άλλες. Υπήρχαν ακόμη τέσσερις ασθενείς που πλήρωναν δέκα έως δεκαπέντε λίρες το μήνα και είχαν ο καθένας στη διάθεσή του ένα μικρό ανεξάρτητο οίκημα.

Για όλες τις ανάγκες του νοσοκομείου υπήρχαν ογδόντα εργάτες, από αυτούς οι εικοσιπέντε ήταν αποσπασμένοι στο τμήμα των ψυχοπαθών. Το ιατρικό προσωπικό, εκτός από τον διευθυντή, περιελάμβανε και τον διευθυντή της κλινικής, που ήταν συγχρόνως και εσωτερικός βοηθός. Υπήρχαν ένας αρχινοσοκόμος και τριάντα τρεις νοσοκόμοι, από τους οποίους τέσσερις υπο-νοσοκόμοι και είκοσι νοσοκόμες με τέσσερις υπο-αρχινοσοκόμες.

Η διάγνωση, η πρώτη σε συχνότητα μεταξύ των εισαγομένων ήταν η πρωτόγονος άνοια και στη συνέχεια η προϊούσα γενική παράλυση. Η μανία, η μελαγχολία και το αλκοολικό παραλήρημα μοιράζονταν την τρίτη θέση.

Η κύρια αιτία θανάτου, για το 1908, ήταν η πνευμονική φυματίωση, με δεύτερη την καχεξία και το μαρασμό. Υπήρχαν και πέντε θάνατοι από επιληπτικές προσβολές. Σχετικά με τους χρόνους θεραπείας των ψυχοπαθών, οι θεραπείες του τρίτου και του τέταρτου χρόνου αφορούσαν ασθενείς θεραπευμένους από καιρό, που οι οικογένειές τους είχαν αμελήσει να τους πάρουν.<sup>7</sup>

Το νοσοκομείο της Σμύρνης ιδρύθηκε το 1748 από τον Παντολέοντα Σεβαστόπουλο (Ελληνικό νοσοκομείο ο Άγιος Χαράλαμπος). Το 1803-1806 το ίδρυμα ήταν χωρισμένο σε τρία τμήματα, ένα για τους ασθενείς, ένα για τους άστεγους γέροντες και ένα για τους φρενοπαθείς και τους ηλικιωμένους. Το ίδρυμα μεγάλωσε και βελτιώθηκε χάρη στις φροντίδες της ελληνικής κοινότητας της Σμύρνης, κυρίως χάρη σε δωρεές και εράνους.

Το 1836-1837 στη Σμύρνη οι Έλληνες ψυχοπαθείς, φτωχοί και πλούσιοι, εισάγονταν στο ελληνικό νοσοκομείο. Μέσα στο νοσοκομείο είχαν την ίδια περιποίηση με τους ανίατους με τους οποίους, άνδρες και γυναίκες, επικοινωνούσαν ελεύθερα την ημέρα. Συνολικά οι ψυχοπαθείς ήταν τριανταπέντε (είκοσι δύο άνδρες και δεκατρείς γυναίκες). Οι ψυχοπαθείς δεν αποτελούσαν αντικείμενο καμιάς θεραπείας αν δεν παρουσίαζαν κάποιο οξύ νόσημα.

Περί το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα το νοσοκομείο είχε μία συνολική ικανότητα υποδοχής 120 νοσηλευομένων. Υπήρχαν δύο χειρουργικά τμήματα, δύο παθολογικά, ένα οφθαλμολογικό, ένα μαιευτήριο, ένα φρενοκομείο, ένα γηροκομείο και ένα σωφρονιστικό για τις φαυλόβιες γυναίκες. Λειτουργούσαν εξωτερικά ιατρεία όλων των ειδικοτήτων.

Το 1911 το ίδρυμα είχε συνολική χωρητικότητα 450 κλινών. Το αυτόνομο τμήμα ψυχοπαθών άρχισε να λειτουργεί από το 1882. Υπήρχε ιατρός, διευθυντής όλου του νοσοκομείου και διευθυντής του ψυχιατρικού τμήματος. Υπήρχε συνωστισμός στο ψυχιατρικό τμήμα, δηλαδή εξήντα ασθενείς για τις σαράντα θέσεις του ψυχιατρικού τμήματος. Οι μανδύες καταναγκασμού κρέμονταν στο διάδρομο και οι επισκέπτες έμεναν με την εντύπωση ότι είχαν λύσει τους ασθενείς για την επίσκεψή τους. Το νοσοκομείο κήκε το 1922.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Στο ίδιο, 78-91.

<sup>8</sup> Στο ίδιο, σ. 102-104.

### 1.1.3. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΩΣ ΤΟ 1914

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την απουσία πολιτειακής σταθερότητας και την έλλειψη οικονομικών πόρων. Το μικρό και φτωχό νεοσύστατο ελληνικό κράτος προσπαθεί να οργανώσει κυρίως τους τομείς της άμυνας, της διοίκησης και της εξωτερικής πολιτικής και αδυνατεί να χαράξει υγειονομική πολιτική, δηλαδή να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική του περίθαλψη. Οι παρεμβάσεις του κράτους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ελληνικού πληθυσμού στη φάση αυτή αφορούν περισσότερο την εξασφάλιση των ανύπαρκτων, μέχρι τότε, νομοθετικών προϋποθέσεων και λιγότερο την οργάνωση και λειτουργία υγειονομικών υπηρεσιών. Στη φάση αυτή το κράτος είναι αδύναμο να υλοποιήσει πολιτικές υγείας, κάτι που αφορά βέβαια όλους τους ασθενείς και όχι μόνο τους ψυχικά ασθενείς.

Την περίοδο αυτή, η περίθαλψη που προσφέρεται στους ψυχικά ασθενείς, όπως και στο σύνολο των ασθενών, σε όλη την επικράτεια, αναλαμβάνεται από ένα δίκτυο ιδρυμάτων, που υποστηρίζονται από την εκκλησία, τους δήμους και τις κοινότητες εκείνες, που ανθούν οικονομικά, καθώς και από πλούσιους-φιλάνθρωπους. Μία σειρά νοσοκομείων ιδρύονται εκείνη την εποχή, σε ανθούσες οικονομικά πόλεις, όπως η Σύρος, ο Πειραιάς κ.λ.π., των οποίων ο έλεγχος της λειτουργίας και της διοίκησης δεν ασκείται από το κράτος αλλά από ιδιώτες. Τμήματα των νοσοκομείων αυτών αποτελούν και οι ψυχιατρικές τους πτέρυγες.

Στόχος των νοσοκομείων εκείνο τον καιρό, δεν είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, αλλά κοινωνικών. Με την έννοια αυτή τα νοσοκομεία εκείνης της εποχής αποτελούν χώρους, όπου ασθενείς αλλά και φρενοπαθείς, ορφανά, γέροντες, άποροι κ.α. βρίσκουν χώρο τροφής και στέγη και ευκαιριακά ιατρική βοήθεια, η οποία παρέχεται από εξωτερικούς ιατρούς κατά διαστήματα.

Τα νοσοκομεία στον ελλαδικό χώρο ποτέ δεν απέκτησαν, εξ' ολοκλήρου τουλάχιστον, τον ομαλοποιητικό χαρακτήρα του Γαλλικού Γενικού Νοσοκομείου (*Hospital General*), μορφή νοσοκομείου που επικράτησε στη Δύση. Δηλαδή ποτέ τα νοσοκομεία στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τον εγκλεισμό των εξαθλιωμένων ή απροσάρμοστων στις κυρίαρχες κοινωνικές και ηθικές επιταγές της τοπικής κοινωνίας.

Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις μέριμνας για την ψυχιατρική περίθαλψη από μέρους της Ελληνικής Πολιτείας εμφανίσθηκαν τριανταπέντε χρόνια μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και αφορούσαν την κατάθεση του πρώτου νόμου σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη, καθώς και την ανάληψη πρωτοβουλιών με στόχο την ίδρυση φρενοκομείου. Οι πρωτοβουλίες, που πήρε τότε το ελληνικό κράτος, είχαν σαν στόχο την αντιμετώπιση του έντονου κοινωνικού προβλήματος, που δημιουργούσαν οι πλανόδιοι στους δρόμους της Αθήνας και, μερικές φορές, επικίνδυνοι ψυχοπαθείς. Η αστυνομία για να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα είχε την εξουσιοδότηση να συλλαμβάνει τους «περιπλανώμενους ταραχοποιούς και επικίνδυνους» ψυχοπαθείς, και είτε να τους οδηγεί σε μοναστήρια, είτε να τους κρατά στα κρατητήρια των αστυνομικών τμημάτων και τα δεσμωτήρια.

Στις 19 Μαΐου 1862 δημοσιεύθηκε το πρώτο ψυχιατρικό υγειονομικό νομοθέτημα, ο **Νόμος ΨΜΒ** «Περί συστάσεως Φρενοκομείων», ο οποίος δημιουργήθηκε με πρότυπο τον γαλλικό νόμο της 30 Ιουνίου 1838. Την ίδια περίοδο εκδηλώθηκαν επίσης πρωτοβουλίες που είχαν ως στόχο την ίδρυση ενός φρενοκομείου στην Αθήνα. Η αρχική ιδέα να ιδρυθεί ένα φρενοκομείο σε χώρο, που είχε παραχωρήσει γι' αυτό το σκοπό η Μονή Ασωμάτων, γρήγορα εγκαταλείφθηκε και προτιμήθηκε τελικά ο χώρος του ορφανοτροφείου του Ι. Καποδίστρια στη Αίγινα, για τη στέγαση του ιδρύματος. Ο Νόμος ΨΜΒ, που μόλις είχε ψηφιστεί, θα προσέφερε το απαραίτητο νομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα λειτουργούσε το ψυχιατρείο εκείνο. Και ενώ η επισκευή του ορφανοτροφείου της Αίγινας είχε σχεδόν τελειώσει και είχε

ήδη αποφασιστεί ότι θα δεχόταν «βίαιους, παραχοποιούς και επικίνδυνους» φρενοβλαβείς, ο Όθων υποχρεώνεται να εγκαταλείψει την Ελλάδα και οι επόμενες κυβερνήσεις ακυρώνουν τη λειτουργία του ιδρύματος και στην θέση του εγκαθιστούν τις γνωστές φυλακές της Αίγινας.<sup>9</sup>

Η Ελλάδα αποκτά τελικά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο της το 1864, όταν με την προσάρτηση των Ιονίων Νήσων αποκτά και το ιδρυθέν από το 1838, Φρενοκομείο της Κέρκυρας, όπως επίσης και το Άσυλο ψυχοπαθών στο Αργοστόλι της Κεφαλληνίας, που επίσης ιδρύθηκε κατά τη περίοδο της βρετανικής κυριαρχίας, όταν αρμοστής των Ιονίων Νήσων ήταν ο Sir. E. Douglas. Με την προσάρτηση αυτή, αποκτάται κάτι παραπάνω από ένα απλό νοσοκομείο. Προσαρτάται και όλη εκείνη η εξέλιξη, που εν τω μεταξύ έχει συντελεσθεί στον υπόλοιπο Δυτικό κόσμο σχετικά με τον ψυχιατρικά ασθενή.

Εκεί, έχει ήδη αναγνωρισθεί η αυτονομία της ψυχιατρικής ως γνωστικού αντικείμενου στα πλαίσια, βέβαια, ενός γενικότερου ιατρικού πεδίου. Έχουν προσδιοριστεί σκοποί και λειτουργίες σε ιδρύματα τα οποία μέχρι τότε είχαν έναν απροσδιόριστο νομικό-αστυνομικό ρόλο (το Γενικό Νοσοκομείο, *Hospital General*). Υπάρχουν πλέον φρενολόγοι-ιατροί που είναι αποκλειστικά αφιερωμένοι στην ενασχόληση με τους φρενοβλαβείς, υπάρχουν και ιδρύματα με μοναδικό στόχο την υποδοχή των φρενοβλαβών, τα άσυλα. Με αυτόν τον τρόπο ο ψυχικά ασθενής στην Δύση έχει πάψει πλέον να είναι απλά ο ριζικά αλλιώτικος από τους υπολοίπους ανθρώπους και έχει μετατραπεί σε φρενοβλαβή, δηλαδή σε ασθενή που παράγει συμπτώματα τα οποία πρέπει να παρατηρηθούν, να ορισθούν και να θεραπευθούν στο ειδικό ίδρυμα, που λέγεται άσυλο. Η Ελλάδα λοιπόν αποκτώντας το Φρενοκομείο της Κέρκυρας εισάγει και τη γνώση, που εν τω μεταξύ έχει συσσωρευτεί και οδηγήσει στη δημιουργία του, γνώση όμως που θα χρειαστεί αρκετά ακόμη χρόνια, ώστε να αφομοιωθεί από την ελληνική κοινωνία.

Πριν την ίδρυση του Ψυχιατρείου Κέρκυρας το 1838, οι ασθενείς στο νησί-όπως και στην Ελλάδα-κρατούνταν στις φυλακές αναμειγμένοι με τους κακούργους. Μετά την ίδρυση του **Ψυχιατρείου της Κέρκυρας**, που στεγάστηκε στο κτίριο των παλιών στρατώνων του Μηχανικού του Βρετανικού στρατού στο προάστιο Σαρόκκο (San Rocco, Άγιος Χαράλαμπος), αποχωρίζονται οι φρενοβλαβείς από τους κακούργους και οι πρώτοι μεταφέρονται στο Φρενοκομείο. Ιδρυτής του φρενοκομείου ήταν ο Βρετανός Κυβερνήτης Sir Edouard Douglas.

Οι πρώτοι διευθυντές του ιδρύματος ήταν ο ιατρός της Αγγλικής Φρουράς Κέρκυρας Hardway και ακολούθως ο ειδικός ιατρός Ξαβέριος Μπονίτσι από τη Μάλτα με υποδιευθυντή τον επτανήσιο ιατρό Π. Ζαγκαρόλα. Ο Χ. Τσηριγώτης, υπήρξε ο τρίτος, κατά σειρά, διευθυντής του Ψυχιατρείου της Κέρκυρας (από το 1874 ως το 1887), αλλά και ο πρώτος Έλληνας ψυχίατρος. Ήταν Κερκυραίος, σπουδαγμένος στην Πίζα της Ιταλίας και επηρεασμένος από τις ιδέες του Pinel.

Ο μεγάλος αριθμός των τροφίμων-κατά την πρώτη μέρα λειτουργίας του Ψυχιατρείου οι άρρωστοι ήταν οκτώ, ενώ στο τέλος του ίδιου έτους έφτασαν τους τριάντα οκτώ-γρήγορα οδήγησε στην ανάγκη επέκτασης των εγκαταστάσεων του, με την ενοικίαση οικημάτων στα προάστια Γαρίτσης και Μανδουκίου. Έτσι, το 1880, επί διευθύνσεως του Τσηριγώτη, έγινε προσπάθεια νέας επέκτασης, η οποία περατώθηκε το 1904.

Ο εσωτερικός κανονισμός του ιδρύματος είχε ψηφιστεί από τη Γερουσία της Ιονίου Πολιτείας το 1860 ενώ μετά την ένωση το 1864 έγινε αυτούσια δεκτός και τελικά δημοσιεύθηκε το 1866 στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελλάδας. Σύμφωνα με αυτόν, το ίδρυμα για τους φρενοβλαβείς έπρεπε να είναι χωρισμένο από τον υπόλοιπο κόσμο και γι' αυτό το λόγο όφειλαν όλοι να σέβονται αυτή την κατάσταση. Επιπλέον έπρεπε να είναι αντικείμενο της συμπάθειας όλων και να υποστηρίζεται από την Κυβέρνηση. Το ίδρυμα

<sup>9</sup> Ν. Μπιλανάκης, *Ψυχιατρική Περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*, Οδυσσέας, Αθήνα 2004, σ. 25.

έπρεπε να είναι ευρύχωρο και οι ασθενείς να απασχολούνται σε διάφορα γυμνάσματα και έργα ικανά να επηρεάσουν την ιδιοσυγκρασία τους, να τους ανακουφίσουν και να τους θεραπεύσουν. Επιπροσθέτως ένα άτομο θα γινόταν δεκτό στο ίδρυμα είτε μετά από αίτηση της οικογένειας και εξέταση του από ιατρό, είτε σε επείγουσες περιπτώσεις μετά από αίτηση της αστυνομίας και απόφαση της Γερουσίας.

Υπήρχε ένας σαφής διαχωρισμός των ασθενών ανάλογα με τα εισοδήματα της οικογένειας τους. Έτσι ενώ οι εύποροι ασθενείς είχαν χωριστά διαμερίσματα και το δικαίωμα να έχουν έναν υπηρέτη, οι φτωχοί θα έπρεπε να ντύνονται ομοιόμορφα. Ο ιατρός, ο επιτηρητής (προϊστάμενος νοσοκόμος) και ένας ορισμένος αριθμός φυλάκων αποτελούσαν το προσωπικό του ιδρύματος. Η θεραπευτική αγωγή των ασθενών περιγραφόταν σαν φαρμακευτική και ηθική. Η φαρμακευτική θεραπεία καθοριζόταν από τον ιατρό, ενώ στην ηθική θεραπεία βοηθούσε η απασχόληση των ασθενών στους αγρούς, στα εργαστήρια και η υδροθεραπεία. Οι πάσχοντες δεν έπρεπε να σωφρονίζονται με τις αλυσίδες και το μαστίγιο, αλλά με καλούς τρόπους, με δυνατή υπομονή και γλυκύτητα. Εάν αυτά τα μέτρα ήταν ανεπαρκή και οι φρενοβλαβείς χρειάζονταν χαλιναγώγηση, τότε μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν οι «δυναστικές κλίνες», τα αιφνίδια λουτρά, τα «δυναστικά υποχιτώνια» και σε επείγουσες περιπτώσεις οι χειρόδεσμοι. Οι φύλακες απαγορεύονταν να μεταχειρίζονται με απάνθρωπους τρόπους τους ψυχικά ασθενείς. Η έξοδος ενός ασθενή αποφασιζόταν από τον ιατρό, αλλά και η οικογένεια μπορούσε να ζητήσει υπ' ευθύνη της την έξοδο ενός μέλους της. Επίσης δεν έπρεπε να δηλώνεται το επώνυμο των ψυχοπαθών κατά την είσοδο τους στο Άσυλο και ούτε επιτρέπονταν οι επισκέψεις, για να μην εκτίθενται οι συγγενείς στα μάτια του κόσμου.<sup>10</sup>

Την 1 Οκτωβρίου 1887 γίνονται τα εγκαίνια του **Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου** του πρώτου ψυχιατρικού νοσοκομείου που δημιουργήθηκε στο ελληνικό κράτος, χάρη στη δωρεά (1880) του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805-1880), αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων, με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου». Αργότερα υπήρξαν και άλλοι Χιώτες φιλόανθρωποι, όπως ο Α. Συγγρός, ο Π. Θεολόγος, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Σκυλίτσης, ο Α. Πάλλης, η Ε. Βενιζέλου κ.ά., οι οποίοι δώρισαν σημαντικά ποσά για την κατασκευή περιπτέρων και τη γενικότερη ενίσχυση των δραστηριοτήτων του ιδρύματος. Πρώτος διευθυντής του ανέλαβε ο Χρ. Τσηριγώτης με υποδιευθυντή τον Μ. Κατσαρά, τον μετά διετία εκλεγέντα καθηγητή της Νευρολογίας και Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το ίδρυμα αποτελούταν από ανεξάρτητα κτίρια, ενός, δύο ή τριών ορόφων. Στην αρχή κτίστηκαν τέσσερα νοσηλευτικά κτίρια (Ανώτερων Θέσεων Ανδρών, Ανώτερων Θέσεων Γυναικών, Ανήσυχων Ανδρών και Ανήσυχων Γυναικών) συνολικής δύναμης 110 κλινών, καθώς και τα απαραίτητα βοηθητικά κτίρια μέσα στα οποία συμπεριλαμβανόταν υδροθεραπευτήριο.

Σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό του ιδρύματος το προσωπικό του αποτελούταν από ιατρούς, διευθυντή και υποδιευθυντή, αρχινοσοκόμο, νοσοκόμους ανάλογα προς τον αριθμό των νοσηλευόμενων, οικονόμο, φαρμακοποιό, επιμελητή λουτρών και υδροθεραπευτηρίων, φροντιστή τροφίμων, μάγειρα, θυρωρό και αμαξηλάτη.

Ο αρχινοσοκόμος καθώς και οι νοσοκόμοι είχαν το δικαίωμα να απομακρύνονται από το ίδρυμα για είκοσι τέσσερις ώρες, μόνο μία φορά την εβδομάδα. Η κακοποίηση και η εξύβριση των ψυχοπαθών απαγορευόταν αυστηρά, και η πραγματοποίησή τους επέφερε ποινές απόλυσης και ποινικών κυρώσεων.

Οι ασθενείς διαιρούνταν σε τρεις θέσεις ανάλογα με το κόστος της νοσηλείας τους. Η ηθική θεραπεία δεν περιλαμβανόταν στις εξασκούμενες θεραπείες. Περιλαμβανόταν, όμως η εργοθεραπεία, η οποία συνίστατο στη λειτουργία ορισμένων εργαστηρίων και καλλιιεργειών,

<sup>10</sup> Στο ίδιο, σ. 27.

αλλά και κτηνοτροφίας στον κήπο. Η γεωγραφική κατανομή των ασθενών αντανακλούσε το σύνολο της χώρας. Ενώ, πάντως, αρχικά επικρατούσε η νοσηλεία ευπόρων ασθενών, πολύ γρήγορα, γύρω στο 1915, ο αριθμός των απόρων έφτασε να ξεπερνά αυτόν των ευπόρων.<sup>11</sup>

Άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή άσυλα, που ιδρύθηκαν ακολούθως, εκείνη την περίοδο, στο ελληνικό κράτος, ήταν:

**Το παλιό νοσοκομείο της Χίου**, το οποίο είχε κτιστεί το 1750-1760 με δωρεά των φιλόanthρωπων οικογενειών Σκυλίτση, Αργέντη κ.α. στον Κάτω Γυαλό, ανακατασκευάστηκε μετά το σεισμό του 1881 με σημαντική δωρεά, πάλι, της οικογένειας Σκυλίτση και επανεγκαινιάστηκε το 1886. Το νοσοκομείο λειτούργησε στα πλαίσια των παραδόσεων των παλιότερων νοσοκομείων έχοντας τμήματα παθολογικό, χειρουργικό, φρενοκομείο, ορφανοτροφείο, γηροκομείο, αφού όχι μόνο νοσήλευε ασθενείς αλλά γηροκομούσε, κρατούσε εγκλείστους για σωφρονιστικούς λόγους και φιλοξενούσε ακόμα. Το φρενοκομείο έπαψε να λειτουργεί μετά την ίδρυση της αποικίας ψυχοπαθών της Λέρου το 1958.<sup>12</sup>

**Το Τμήμα Ψυχοπαθών του Νοσοκομείου Χιρς** αποτέλεσε το άσυλο των ψυχοπαθών της Εβραϊκής κοινότητας της Θεσσαλονίκης. Το Νοσοκομείο φαίνεται να λειτουργεί ήδη από το 1885 και το Ψυχιατρικό Τμήμα του να αναπτύσσεται το 1904. Μετά το Ολοκαύτωμα έχασε τον αρχικό του χαρακτήρα. Το 1945 μετονομάστηκε σε Ιπποκράτειο.<sup>13</sup>

Το 1905 με κληροδότημα του καθηγητή αστρονομίας Διονυσίου Αιγινήτη, εγκαινιάστηκε η πρώτη πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική στην Ελλάδα, το **Αιγινήτειο Νοσοκομείο**. Την πρωτοβουλία για την κατασκευή και την οργάνωση του Αιγινήτειου νοσοκομείου ανέλαβε ο καθηγητής και πρώτος διευθυντής της Μ. Κατσαράς, που υπήρξε και ο πρώτος τακτικός καθηγητής «για τις ψυχικές νόσους και την νευροπαθολογία» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Κατά τα εγκαίνια (1905), η χωρητικότητα της κλινικής ήταν είκοσι τέσσερις κλίνες. Το Αιγινήτειο διατηρούσε συνεχώς την πρωτοκαθεδρία στην ελληνική ψυχιατρική. Ο Μ. Κατσαράς συνέλαβε το Αιγινήτειο σαν χώρο νοσηλείας των οξέων ψυχικών νοσημάτων και των ελαφρών περιπτώσεων, χωρίς περίπλοκες διοικητικές διαδικασίες εισαγωγής. Ο Μ. Κατσαράς υποστήριζε τον χωρισμό των οξέων ψυχικών νοσημάτων από τα χρόνια. Το Αιγινήτειο είχε ενενήντα έξι κρεβάτια και δεχόταν περί τους 150 ασθενείς το χρόνο. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα του ιδρύματος ήταν η αφθονία του προσωπικού, είκοσι πέντε νοσοκόμους για σαράντα τέσσερις ασθενείς. Οι ασθενείς χωρίζονταν σε τρεις τάξεις και πλήρωναν για νοσήλια: η α' τάξη 360 δρχ. το μήνα, η β' τάξη 210 δρχ. το μήνα, η γ' τάξη 120 δρχ. το μήνα.

Το **Άσυλο Φρενοπαθών Κυκλάδων**, ιδρύθηκε το 1908 με πρωτοβουλία της «Φιλανθρώπου Επιτροπής Ερμουπόλεως» και ονομάστηκε «άσυλο ψυχοπαθών Κυκλάδων». Η εν λόγω επιτροπή είχε έξι μέλη υπό την προεδρία του επισκόπου Σύρου. Τουλάχιστον κατά την πρώτη περίοδο, τα έσοδα του ιδρύματος ήταν ελάχιστα, αποτελούμενα κυρίως από προαιρετικές εισφορές. Το ίδρυμα εγκαινιάστηκε έχοντας εννέα ασθενείς. Το 1938 θεωρούνταν φιλανθρωπικό ίδρυμα, χωρητικότητας εξήντα κλινών. Το ίδρυμα λειτούργησε ακόμη το 1948. Ήταν ένα νεοκλασικό κτίριο μισοερειπωμένο που στέγαζε περίπου δεκαπέντε ασθενείς. Ένας ηλικιωμένος άνθρωπος έπαιζε το ρόλο του διευθυντή, του νοσοκόμου και του οικονόμου. Ένας ιατρός επισκεπτόταν κατά καιρό τους ασθενείς με δική του πρωτοβουλία. Το άσυλο της Σύρου καταργήθηκε λίγο αργότερα, με την ίδρυση της αποικίας ψυχοπαθών της Λέρου.<sup>14</sup>

Το **Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας** είχε ιδρυθεί αρχικά στον Ταρσανά Σούδας (σημερινό Ναύσταθμο Κρήτης) από την Κρητική Πολιτεία το 1910 δια του υπ. αριθμ. 63/7-4-1910 Νομοθετικού Διατάγματος με σκοπό την περίθαλψη των ψυχοπαθών, οι οποίοι είναι

<sup>11</sup> Στο ίδιο, σ. 28-29.

<sup>12</sup> Στο ίδιο, σ. 29-30.

<sup>13</sup> Δ. Πλουμπίδης *Ιστορία...*, ό.π., σ. 208.

<sup>14</sup> Στο ίδιο, σ. 207-208.

επικίνδυνοι για τη δημόσια ασφάλεια. Μετά τους Βαλκανικούς Πολέμους του 1912-1913 και την Ένωση της Κρήτης με την Ελλάδα, προσκτήθηκε από αυτήν. Οι υπάρχουσες πληροφορίες επιτρέπουν την εκτίμηση ότι τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ασύλου πρέπει να φιλοξένησε μικρό αριθμό ασθενών. Στην πορεία των χρόνων μετονομάστηκε σε Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας, σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων και αργότερα σε Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων.<sup>15</sup>

Το **Άσυλο Ψυχοπαθών της Κεφαλληνίας (Βέγειο)** ιδρύθηκε από τις βρετανικές αρχές περί το 1840 και στεγάστηκε στα κτίρια ενός παλιού στρατώνα. Το 1910 ανακατασκευάστηκε με κληροδότημα και ονομάστηκε «Βέγειο» προς τιμή του δωρητή. Κράτησε πάντα τον τοπικό του χαρακτήρα. Το 1938 είχε χωρητικότητα 100 κλινών. Καταστράφηκε από τους σεισμούς του 1953. Οι ελάχιστοι ασθενείς που έμεναν ακόμα στεγάστηκαν σε σκηνές και το 1958 μεταφέρθηκαν στη Λέρο.<sup>16</sup>

#### **1.1.4. Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΑΠΟ ΤΟ 1914 ΩΣ ΤΟ 1983)**

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την ενεργητικότερη παρέμβαση του ελληνικού κράτους στον υγειονομικό χώρο, που έχει σαν αποτέλεσμα την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας, όπως αυτό προκύπτει από την έκδοση μεγάλου αριθμού νόμων και διαταγμάτων, την ίδρυση πολυάριθμων νοσοκομείων (γενικών αλλά και ειδικών ψυχιατρείων) και την καθιέρωση ασφάλειας της υγείας. Σημαντικά κοινωνικά γεγονότα εκείνης της περιόδου, η Μικρασιατική καταστροφή και οι αλληπάλληλοι πόλεμοι, επηρεάζουν περιοριστικά την οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας εκ μέρους του κράτους.

Το 1915 η αυξημένη παρουσία ψυχασθενών, και ειδικότερα εκείνων που προέρχονταν από τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, είχε αρχίσει να γίνεται αισθητή και ενοχλητική στους δρόμους μιας Αθήνας, που ο συνολικός πληθυσμός της δεν ξεπερνούσε τους 250.000 κατοίκους. Μία πρώτη απάντηση στο ζήτημα της στέγασης των φτωχών φρενοβλαβών είχε ήδη δοθεί με την απόφαση να κρατούνται αυτοί, μαζί με αλήτες, άστεγους και γενικά κακοποιούς και επικίνδυνους για την δημόσια τάξη στα κρατητήρια των Αστυνομικών Τμημάτων.

Εκείνη τη χρονιά, το 1915, αποφασίζεται οι ψυχασθενείς από το αστυνομικό τμήμα της οδού Κυδαθηναίων στην Πλάκα να μεταφερθούν σε ένα ειδικό οίκημα στο Μοσχάτο, που ονομάστηκε και Προσωρινό Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών. Γύρω στα 1918-1919, το άσυλο αυτό, που βρισκόταν υπό αστυνομική διεύθυνση, καταργήθηκε λόγω συμφόρησης και οι περίπου σαράντα τρόφιμοι του μεταφέρθηκαν σε έναν άλλο χώρο, κάπου στην Καλλιθέα, στο **Άσυλο της Αγίας Ελεούσας**. Οι εισαγωγές ατόμων στο άσυλο αυτό γίνονταν απ' ευθείας από την Αστυνομία και το Υπουργείο Πρόνοιας και σπανιότερα μετά από αίτηση ιδιωτών.

Την ίδια χρονική περίοδο η συρροή προσφύγων λόγω της Μικρασιατικής Καταστροφής αυξάνει τον πληθυσμό της Αθήνας σε 800.000 κατοίκους, γεγονός, βέβαια, που αυξάνει και τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη. Οι αυξημένες αυτές ανάγκες περίθαλψης οδηγούν στη διαμόρφωση ασφυκτικών συνθηκών διαβίωσης στο άσυλο της Αγίας Ελεούσας. Για την αντιμετώπιση του ασφυκτικού προβλήματος της συμφόρησης, μερικοί από τους «καλύτερους» ασθενείς μαζί με νοσοκόμους, μετά το 1928, άρχισαν να εκτελούν τα απαραίτητα έργα στο Δαφνί, για την μεταφορά και λειτουργία εκεί των πρώτων εγκαταστάσεων του σημερινού **Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ)**. Την ίδια χρονιά, και όταν, πλέον, οι έγκλειστοι της Αγίας Ελεούσας είχαν φτάσει τους 400, σε ένα

<sup>15</sup> Ν. Μπυλιανάκης, *Ψυχιατρική...*, ό.π., σ. 30.

<sup>16</sup> Δ. Πλουμπιδής, *Ιστορία...*, ό.π., σ. 205.



οίκημα που με δυσκολία χωρούσε εβδομήντα, οι πρώτοι ασθενείς μεταφέρονται από την Αγία Ελεούσα και εγκαθίστανται στο Δαφνί, σε μία σειρά από ξύλινα παραπήγματα. Το 1936 καταργείται το άσυλο της Αγίας Ελεούσας με αποτέλεσμα την μεταφορά άλλων 200-250 ασθενών στο Δαφνί. Μέχρι την πλήρη κατάργηση του Ασύλου της Αγίας Ελεούσας, αυτό λειτουργούσε συμπληρωματικά προς το Δαφνί σε σχέση πλήρους «συμβίωσης και αλληλεξάρτησης».

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα κάνουν επίσης δυναμικά την είσοδο τους οι **ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές** στην Ελλάδα. Η κακή φήμη των υπαρχόντων μέχρι τότε δημόσιων ψυχιατρείων, η αύξηση του αστικού πληθυσμού που μπορούσε να καταβάλλει νοσήλια και η εδραίωση της ψυχιατρικής ως θεσμού, ευνόησε την ανάπτυξη των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών. Η πρώτη ελληνική ιδιωτική κλινική, το «Νοσοκομείον νευρικών νοσημάτων», ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1904 από τον Σιμωνίδη Βλαβιανό. Γύρω στα 1918 ο Βλαβιανός διέκοψε τη λειτουργία της κλινικής του και τη νοίκιασε σε άλλους ψυχιάτρους. Το 1907 ιδρύεται η ιδιωτική νευρολογική και φρενολογική κλινική «Γαληνός», κατά το γερμανικό πρότυπο, από τους Μιλτ. Οικονομάκη και Κ. Τσιμηνάκη. Το 1910 ιδρύθηκε το «Ιπποκράτειο», η κλινική του καθηγητή Μ. Κατσαρά στο Ν. Φάληρο, με χωρητικότητα πενήντα έως εξήντα κλινών. Γύρω στον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο ιδρύθηκαν και οι κλινικές «Σαλπεντιέρη» στην πλατεία Κολιάτσου και «Ασκληπιείο» στην οδό Αγ. Μελετίου. Τον ίδιο καιρό λειτούργησε και η κλινική «Γαλήνη». Το 1929 οι ιδιωτικές κλινικές φτάνουν τις εννέα με συνολική δύναμη 232 κλινών, ενώ το 1941 φαίνεται να λειτουργούν στην περιοχή της Αθήνας έντεκα ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και μία νευρολογική, με συνολική δυναμικότητα 293 κρεβάτια. Η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών δεν καθοριζόταν νομοθετικά από τον ψυχιατρικό νόμο του 1862 και χρειάστηκε να περάσουν περίπου είκοσι χρόνια από την ίδρυση τους για να αντιμετωπιστεί νομοθετικά το θέμα αυτό με νόμο, που ψηφίστηκε τελικά το 1923.

Μετά την δεκαετία του 1950, όταν η Ελλάδα άρχισε να παρουσιάζει πάλι σημαντικό βαθμό οικονομικής ανάπτυξης, οι ιδιωτικές κλινικές εξαπλώθηκαν και στην επαρχία, απόδειξη της ύπαρξης ενός κοινού διατεθειμένου και ικανού να αγοράσει τις προσφερόμενες από αυτές υπηρεσίες. Έτσι, το 1977 σε όλη την Ελλάδα, αριθμούνται σαράντα εννέα ιδιωτικές κλινικές με 4.236 κλίνες. Οι πόλεις που οι κλινικές αυτές εδρεύουν είναι: μία κλινική στην Πάτρα, μία στην Ξάνθη, οκτώ στην Θεσσαλονίκη, μία στη Δράμα, δύο στην Κοζάνη, μία στις Σέρρες, μία στην Καβάλα, είκοσι δύο στην Αθήνα, τρεις στο Ηράκλειο, μία στο Ρέθυμνο, τρεις στη Λάρισα, δύο στο Βόλο και τρεις στα Τρίκαλα. Μετά την ίδρυση του ΕΣΥ πολλές ιδιωτικές κλινικές έκλεισαν.

Στις αρχές τη δεκαετίας του 1910 δημιουργούνται από το ελληνικό κράτος μία σειρά από δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές. Έτσι γύρω στα 1917 ιδρύεται το **Ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης** αρχικά στο Βαρδάρη, που αργότερα, από το 1919 ως το 1925, μεταφέρθηκαν σταδιακά στη θέση Λεμπέτ, στους εγκαταλελειμμένους στάβλους του Γαλλικού Στρατού στη Σταυρούπολη, όπου και βρίσκεται ως σήμερα. Το 1934 με το Νόμο 6077 παίρνει το τελικό του όνομα, Δημόσιο Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης.

Τη δεκαετία του 1950, η υπερπληρότητα των υπαρχόντων δημόσιων ψυχιατρείων παίρνει διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα η κυβέρνηση αποφασίζει τη δημιουργία της **Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου**. Αυτή ιδρύεται το 1957 με Βασιλικά Διατάγματα (ΦΕΚ 76/57 Α-28/3/57 & 7/5/57), με έδρα το Λακκί και δύναμη 650 κρεβατιών. Οι πρώτοι 300 τρόφιμοι κατέπλευσαν με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού στις 2 Ιανουαρίου 1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας (το παλιό Λοιμοκαθακτήριο Αθηνών ή Αγίου Γεωργίου Περάματος), όπου είχαν μεταφερθεί οι υπεράριθμοι από το Δαφνί το 1953. Σταδιακά, ο αριθμός τους αυξήθηκε σημαντικά, αφού

εκεί μεταφέρθηκαν ασθενείς και από τα άλλα ψυχιατρεία, όπως των Αθηνών, Χανίων, Θεσσαλονίκης και Κέρκυρας.

Το κριτήριο της μεταφοράς στη Λέρο ήταν η ασθένεια από βαριά και χρόνια νόσο και η έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Το 1965 το ίδρυμα μετονομάστηκε σε ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου (ΒΔ 169,25/2/1965) και η δύναμη του αυξήθηκε σε 2.560 κρεβάτια, χρησιμοποιώντας και τα τότε εγκαταλελειμμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στη Λεπίδα. Το 1967 ενσωματώθηκε και το πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού με δύναμη πενήντα κρεβατιών. Παράλληλα με το ψυχιατρείο λειτούργησε και ένα παράρτημα του ΠΙΚΠΑ, φιλοξενώντας 150 περίπου παιδιά με βαριές νοητικές και σωματικές αναπηρίες. Το 1980 ο αριθμός των τροφίμων ανήλθε στις 2.000, σ' ένα νησί συνολικού πληθυσμού 6.000 κατοίκων. Τελικά, η Λέρος γίνεται το κέντρο αναφοράς, η καρδιά μιας συνολικής προσπάθειας αναδιάταξης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα και την ίδια στιγμή το σύμβολο μιας μεσαιωνικής κατάστασης, που προηγήθηκε.

Το 1958 λειτουργεί το **Δημόσιο Παιδαγωγικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης**.

Το 1961 ιδρύεται από τη Μητρόπολη Καλαμάτας και με κρατική ενίσχυση, ως οργανισμός ιδιωτικού δικαίου, το **Ψυχιατρείο Καλαμάτας** στο προάστιο της πόλης Προφήτης Ηλίας. Εκεί, με τις δραστήριες και δυναμικές ενέργειες του Μητροπολίτη Μεσσηνίας Χρυσόστομου είχαν αναγερθεί κτιριακές εγκαταστάσεις χωρητικότητας 200 κρεβατιών. Το Ψυχιατρείο αυτό ανέπτυξε μόνο 70 κρεβάτια και άρχισε τη λειτουργία του με 50 ασθενείς. Στη λειτουργία του βοήθησε το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών (Δαφνί), το οποίο διέθεσε τρία έως τέσσερα άτομα προσωπικό, προϊσταμένη και ιατρο-επιστημονικό διευθυντή για τη λειτουργία του.

Το 1967 ιδρύεται το **Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης** που στεγάζεται στο παλιό Σανατόριο Τρίπολης. Το ψυχιατρείο αυτό δημιουργήθηκε προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού των νοτιών περιοχών της χώρας. Οι πρώτοι νοσηλεύόμενοι ασθενείς προήλθαν από το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.

Το **Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου** πρωτολειτούργησε σαν ψυχιατρικό νοσοκομείο το 1970, στο πλαίσιο της μείωσης του αριθμού των ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Μεταφέρθηκαν τότε στην Πέτρα, είκοσι πέντε χιλιόμετρα έξω από την Κατερίνη, ασθενείς που νοσηλεύονταν χρόνια στο ΨΝΘ, με σχετικά βαριά ψυχοπαθολογία, οι οποίοι είτε δεν είχαν καθόλου συγγενείς, είτε οι τυχόν υπάρχοντες συγγενείς τους δεν έδειχναν σημαντικό ενδιαφέρον για την κατάστασή τους. Τα κτίρια στα οποία μεταφέρθηκαν χρησιμοποιούνταν τα προηγούμενα χρόνια σαν Σανατόριο φυματικών (Σανατόριο Φυματικών Ιεράς Μονής Πέτρας Ολύμπου).

Στις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα τα ασυλικά ιδρύματα στην Ελλάδα είχαν αποκλειστικό στόχο τον εγκλεισμό των «περιθωριακών, των αλητών, των τοξικομανών, των επικίνδυνων για τη δημόσια ασφάλεια και τάξη». Ο αριθμός των εγκλειστων αυξάνεται γιατί εξαιτίας κοινωνικοπολιτικών συνθηκών (πόλεμοι, Μικρασιατική Καταστροφή, πρόσφυγες, αλληπάλληλα στρατιωτικά πραξικοπήματα κ.α.) κορυφώνονται οι συνθήκες φτώχειας και ανεργίας. Ιδιαίτερα μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή και το διπλασιασμό του πληθυσμού με την έλευση ενάμιση εκατομμυρίου προσφύγων, αλλά και την συνακόλουθη ανεργία και εξαθλίωση, η κατάσταση γίνεται ιδιαίτερα εκρηκτική. Την επόμενη χρονική περίοδο, όταν η πρόοδος της ιατρικής θα το επιτρέψει, τα άσυλα θα αποκτήσουν τον ιατρικό χαρακτήρα τους και θα λειτουργήσουν με κύριο στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ψυχιατρικά ασθενών, αφού μεταμορφώνονται τα ίδια από άσυλα σε πραγματικά ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Βέβαια, σε όλη αυτή τη διαδρομή από τον εγκλεισμό στην ιατρική φροντίδα, σημειώνεται μία ενδιάμεση γκριζα χρονική περίοδος, όπου τα ιδρύματα αυτά παρουσιάζουν μεικτά χαρακτηριστικά.

Γύρω στη δεκαετία του '70, συνεχίζονται οι οικοδομικές δραστηριότητες με μόνο στόχο τη δημιουργία ακόμα περισσότερων ασύλων. Η ιστορία των ασύλων αυτών

εκπροσωπεί, ουσιαστικοποιεί και συνοψίζει το μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής ψυχιατρικής ιστορίας. Συνεχίζεται να εξασκείται στο άσυλο, που παραμένει ο μοναδικός και αποκλειστικός φορέας ψυχιατρικής φροντίδας, μία παραδοσιακή ψυχιατρική, που στοχεύει αποκλειστικά στην θεραπεία ατόμων αλλά και ομάδων πληθυσμού. Εφαρμόζεται μία ψυχιατρική που εξαντλείται στα φάρμακα και στις συμβουλές υπο-εκπαιδευμένων νευρολόγων-ψυχιάτρων, οι οποίοι εργάζονται χωρίς τη συνεργασία άλλων επαρκώς εκπαιδευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών κ.λ.π.) και χρησιμοποιεί κυρίως φάρμακα και κατά δεύτερο λόγο, ψυχοθεραπεία ή άλλη θεραπευτική μέθοδο.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '50, μπορεί κανείς να διακρίνει μία πρώτη προσπάθεια αμφισβήτησης της ασυλιακής ψυχιατρικής. Αυτή εκφράστηκε είτε από ψυχιάτρους των νοσοκομείων, είτε από ανθρώπους που δεν είχαν σχέση με αυτά. Η Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής που ιδρύθηκε το 1956 με στόχο την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής που ιδρύεται επίσης την ίδια χρονιά με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, αποτελούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών.

Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70 παρουσιάστηκε επίσης μία άλλη ρωγμή στην κυρίαρχη ψυχιατρική πρακτική και ιδεολογία. Η ρωγμή αυτή δημιουργήθηκε κυρίως από ψυχιάτρους που σπουδάζοντας στο εξωτερικό και έχοντας μνηθεί σε ξένα πρότυπα και άλλες ιδεολογίες, επέστρεψαν με την διάθεση να εφαρμόσουν κάτι αντίστοιχο. Καρπός των προσπαθειών αυτών των ανθρώπων αποτελεί η δημιουργία του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα-Καισαριανή, το ΚΚΨΥ της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Θεσσαλονίκης που ιδρύονται το 1979 και η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περιθαλψης που ιδρύεται το 1981.

Τελικά τη δεκαετία του '70, μία ολόκληρη γενιά ιατρών επιλέγει την ειδικότητα της ψυχιατρικής με βάση το ενδιαφέρον τους για την ελευθερία και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι ψυχιάτροι αυτοί αποτέλεσαν ακολούθως ένα βασικό πυρήνα στήριξης της προσπάθειας μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής που θα πραγματοποιηθεί μετά το 1983, με αφορμή τη δημιουργία του ΕΣΥ.

Συνιστώσα αυτής «της εποχής της γενικότερης ευαισθητοποίησης γύρω από τα ψυχικά και επένδυσης μέρους της πολιτικοποίησης στα αντιψυχιατρικά» ήταν και το αντιψυχιατρικό κίνημα. Οι αντιψυχιάτροι έφτασαν στην Ελλάδα τη δεκαετία του '70. Πήραν την μορφή μικρών-οργανωμένων ομάδων-κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών χωρίς όμως να μπορέσουν να επηρεάσουν τις εξελίξεις στην Ελλάδα. Το αντιψυχιατρικό κίνημα στη χώρα μας, στις καλύτερες στιγμές του, έφτασε να αριθμεί ένα μικρό μόνο αριθμό μελών, κυρίως νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ειδικευόμενοι ψυχιάτροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί), με έντονο μάλιστα ιδεολογικό και προσωπικό ανταγωνισμό μεταξύ τους. Πολλοί από αυτούς εντάχθηκαν και δραστηριοποιήθηκαν σε ομάδες, όπως η «Κίνηση για τα δικαιώματα των ψυχασθενών» που ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1979 και εξέδιδε το περιοδικό «Η ελευθερία είναι θεραπευτική», η «Κίνηση Αποκατάστασης Ψυχασθενών», που ιδρύθηκε το 1983, η Ελληνική Επιτροπή Εναντίον της Πολιτικής Χρήσης της Ψυχιατρικής που ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1984 ως μέλος της διεθνούς Εταιρίας για την Πολιτική Χρήση της Ψυχιατρικής.

Γενικά, η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, στα τέλη της δεκαετίας του 1970, μπορεί να χαρακτηριστεί από την ποιοτική ανεπάρκεια της λόγω της ασυλιακής της δομής, τα απομακρυσμένα μεγάλα ψυχιατρεία, την παντελή έλλειψη (εκτός από την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη) εξωνοσοκομειακών, ενδιάμεσων δομών ψυχικής υγείας, την ανισοκατανομή των ψυχιάτρων στα διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία, την ελλιπή εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την πολύ μεγάλη ποσοτική

ανεπάρκεια του λοιπού επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την απαρχαιωμένη νομοθεσία.<sup>17</sup>

**Πίνακας 1:** Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Χίου, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Χαϊδάρι Αθηνών	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Χίου	1906
Η πρώτη ιδιωτική κλινική «Βλαβιανού»	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρείο Καλαμάτας	Προφήτης Ηλίας Καλαμάτας	1961
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (νέα κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

**Πηγή:** «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη», Αθήνα 1994, σ. 181.

<sup>17</sup> Ν. Μπυλανάκης, *Ψυχιατρική...*, ό.π., σ. 31-43.

## **1.2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **1.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εννοούμε 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.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, επιχειρείται το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια τη ζωή), σε μία διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνόλου Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του Νόμου 1397 το 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο νόμος αυτός με το άρθρο 21 για την ψυχική υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για τη μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Με τον κανονισμό 815/84, που εξέδωσε η τότε ΕΟΚ, άρχισε μία 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.

### **1.2.2. ΝΟΜΟΣ 1397/1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο νόμος 1397 του Αυγούστου του 1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί την αφετηρία έναρξης της μεταρρύθμισης στην ψυχιατρική περίθαλψη. Ο νόμος αυτός επεχείρησε μία συνολική μεταρρύθμιση του μέχρι τότε υγειονομικού συστήματος, το οποίο είχε υποστεί έντονη κριτική για τις ανεπάρκειες του, την αναποτελεσματικότητά του, τον κατακερματισμό του και τις υγειονομικές ανισότητες που επέβαλλε στην πρόσβαση των απαραίτητων φροντίδων υγείας. Δύο είναι οι θεμελιώδεις αρχές του νόμου αυτού. Η πρώτη αρχή στηρίζεται στην αντίληψη ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Η δεύτερη βασική αρχή αναφέρει ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Οι δύο αυτές αρχές, στηρίζονται στη φιλοσοφία ότι το κράτος οφείλει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού με την παραγωγή και διανομή των απαραίτητων φροντίδων υγείας χωρίς την ύπαρξη οικονομικών ή άλλων φραγμών που μπορεί να προκαλούν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών.

Ο ανωτέρω αναφερόμενος νόμος με το άρθρο 21 επέβαλλε σημαντικές μεταρρυθμιστικές εξελίξεις και στο σύστημα ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Ο νόμος αυτός προέβλεπε:

1. Τη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα με την εισαγωγή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) ως πυρήνα του συστήματος.
2. Την ίδρυση ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία, που θα προσέφεραν βραχυχρόνια νοσηλεία.
3. Τη μετατροπή του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου σε ειδικό νοσοκομείο, καθώς και την βελτίωση των συνθηκών αξιοπρεπούς περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83 τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας θεωρούνται αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Γενικού Νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί Ψυχιατρικός Τομέας. Επίσης τα ΚΨΥ βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο όπου υπάγονται, καθώς και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας. Σε κάθε τομέα 90.000 έως 150.000 κατοίκων υπολογίζεται ότι περιφερειακά θα λειτουργήσουν ΚΨΥ, μαζί με τις υπόλοιπες μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί. Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, που δεν προβλέπεται η ίδρυση αυτόνομων ΚΨΥ, θα οργανωθούν κινητές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που θα ανήκουν στα Νομαρχιακά Ψυχιατρεία όπου, παράλληλα, θα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία. Σκοπός του ΚΨΥ είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση του ασθενή.

Στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων παρέχεται ολιγοήμερη νοσηλεία. Οι ασθενείς, όμως, 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 του.<sup>18</sup>

### **1.2.3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ο.Κ.**

Αν ο Ν. 1397/83 αποτελεί το ορόσημο που σηματοδοτεί το πέρασμα στην μεταρρυθμιστική περίοδο της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, ο κανονισμός 815 της 26 Μαρτίου 1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα αποτέλεσε το διοικητικό και οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ο κανονισμός 815/84 έγινε μετά από πίεση της Ελληνικής Κυβέρνησης στα πλαίσια της επαναδιαπραγμάτευσης των όρων ένταξης στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα, που από το 1981 αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, υποβάλλει το 1982 υπόμνημα στην τότε ΕΟΚ με το οποίο ζητά από αυτήν ειδική οικονομική βοήθεια για να στηρίξει τον κοινωνικό τομέα της. Επιπλέον συμπεριλαμβανόταν και αίτηση αρωγής ειδικά για την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αμέσως μετά η Κοινότητα συγκροτεί ομάδα εμπειρογνομόνων από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και οικονομολόγους της υγείας, από διάφορες χώρες της Ευρώπης (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Ελλάδα) με εντολή να μελετήσουν τις τότε συνθήκες του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα καθώς και να επεξεργαστούν και να υποβάλουν προτάσεις έτσι ώστε να υποστηριχθούν οι Ελληνικές Αρχές στην προσπάθεια

<sup>18</sup> Μ. Μαδιανός, *Η Ψυχιατρική...*, ό.π., σ. 222-223.

τους να διαμορφώσουν περαιτέρω ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης και ανάπτυξης της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Η ομάδα αυτή επισκέπτεται στο διάστημα 23 Ιανουαρίου 1984 μέχρι 3 Φεβρουαρίου 1984 μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και τον Μάρτιο του 1984 δημοσιεύει το πόρισμα της με τίτλο «Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα». Η έκθεση της Επιτροπής της ΕΟΚ σημείωνε το 1984: «Με λίγες εξαιρέσεις το επίπεδο της περίθαλψης στα Δημόσια Ψυχιατρεία στην Ελλάδα είναι απαράδεκτο. Αυτό το ακατάλληλο σύστημα περίθαλψης, είναι το αναπόφευκτο αποτέλεσμα της παραμέλησης δεκαετιών».

Στο προτεινόμενο πρόγραμμα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η ομάδα των εμπειρογνομόνων προτείνει ανάμεσα στα άλλα:

1. την ανάπτυξη έντεκα περιφερειών ψυχικής υγείας με τριάντα τρεις συνολικά τομείς ψυχικής υγείας,
2. την ανάπτυξη σε κάθε τομέα ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας που θα παρέχει εικοσιτετράωρη κάλυψη,
3. την δημιουργία μιας ψυχιατρικής μονάδας σε γενικό νοσοκομείο,
4. την ανάπτυξη ενός ξενώνα βραχείας παραμονής,
5. τη δημιουργία κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης,
6. την ανάπτυξη ανάλογων υπηρεσιών για την παιδοψυχιατρική περίθαλψη, και
7. διάφορα άλλα μέτρα, όπως εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων ψυχικής υγείας κ.α.

Στις 26 Μαρτίου 1984 το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας αποφάσισε με τον κανονισμό 815/84 να προσφέρει έκτακτη, ειδική οικονομική ενίσχυση του κοινωνικού τομέα της Ελλάδας για την τετραετία 1984-1988. Η συνολική προβλεπόμενη δαπάνη για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, για την περίοδο 1984-1988, ήταν 11.100 εκατομμύρια δραχμές (138 εκατομμύρια ECU). Το ποσόν της ευρωπαϊκής βοήθειας καθορίστηκε σε 60 εκατομμύρια μονάδων ECU (9 δις. 840 εκατομμύρια δραχμές) για ολόκληρο το διάστημα των 5 ετών, ενώ το ελληνικό δημόσιο θα συνεισέφερε 78,75 εκατομμύρια.

Οι αλλαγές που προβλεπόταν να πραγματοποιηθούν στην ψυχιατρική περίθαλψη βασιζόνταν ουσιαστικά στο πόρισμα της επιτροπής εμπειρογνομόνων της ΕΟΚ αλλά και σε ένα πενταετές πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας. Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος αυτού ήταν:

1. η τομεοποίηση του συστήματος ψυχικής υγείας,
2. η βελτίωση της οργανωτικής δομής του συστήματος,
3. η ανάπτυξη κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας (Πίνακας 2),
4. η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία (Πίνακας 3),
5. η παροχή πρωτοβάθμιων και αποκαταστασιακών φροντίδων υγείας,
6. η μείωση των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Πίνακας 4),
7. η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους τύπους του προσωπικού, και
8. η αποκέντρωση της λειτουργίας του συστήματος.



**Πίνακας 2:** Το πενταετές πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Περιοχή	Α' Φάση 1984-1988			Β' Φάση 1989-1993			Σύνολο
	Αθήνα-Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Λοιπή Χώρα	Αθήνα-Πειραιάς	Θεσσαλονίκη	Λοιπή Χώρα	
<b>Υπηρεσίες</b>							
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	2	15	7	2	15	47
Ψυχ. Μονάδες σε Γεν. Νοσοκομεία (20 κρεβάτια)	3	2	1	3	1	18	28
Ψυχ. Μονάδες σε Παιδιατρικά και Νοσοκ. Εφήβων σε Γεν. Νοσοκομεία	2	1	-	-	-	-	3
Ξενώνες 15-20 θέσεων	1	1	15	13	4	15	49
Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Οξέων Περιστατικών σε Ψυχιατρείο (25 κρεβάτια)	2	1	-	-	-	-	3
Μον. Αξιολόγησης	2	-	-	-	-	-	2
<b>Σύνολο</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>48</b>	<b>135</b>

Πηγή: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη», Αθήνα 1994, σ. 227.



**Πίνακας 3:** Πρόγραμμα ανάπτυξης μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία (1984-1988).

Περιοχή	Αριθμός Μονάδων	Κρεβάτια
Αθήνα	6	115
Θεσσαλονίκη	3	35
Πάτρα	2	56
Καλαμάτα	1	20
Αγρίνιο	1	20
Γιάννενα	2	51
Λάρισα	1	20
Λαμία	1	10
Βέροια	1	20
Σέρρες	1	20
Δράμα	1	20
Ξάνθη	1	20
Κομοτηνή	1	15
Αλεξανδρούπολη	1	30
Μυτιλήνη	1	15
Ρόδος	1	15
Ηράκλειο	2	51
<b>Σύνολο</b>	<b>27</b>	<b>533</b>

Πηγή: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη», Αθήνα 1994, σ. 228.

**Πίνακας 4:** Πρόγραμμα μείωσης ψυχιατρικών κρεβατιών έως το 1988.

Ψυχιατρεία	1982 (κρεβάτια)	1988 (κρεβάτια)
ΚΘΨΠΑ	2.750	1.700
Δρομοκαΐτειο	880	940
Αιγινήτειο	100	100
Νταού Πεντέλης	100	200
Ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης	1.000	750
Λέρου	1.905	1.600
Τρίπολης	420	360
Κέρκυρας	416	360
Πέτρας Ολύμπου	500	450
Χανίων	415	400
<b>Σύνολο</b>	<b>8.486</b>	<b>6.860</b>

Πηγή: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη θεωρία στην πράξη», Αθήνα 1994, σ. 227.

Στα τέλη του 1988, ένα χρόνο πριν τη λήξη του πενταετούς διαρκείας κανονισμού 815/84, αποκαλύπτεται πως μόνο το 24,5% των κονδυλίων των κοινοτικών πόρων έχει απορροφηθεί με προγράμματα, εκ των οποίων το 54,5% αφορούσε την Αθήνα, το 12,9% την Θεσσαλονίκη και μόνο το 33,6% όλη την υπόλοιπη χώρα. Μία επιτροπή εμπειρογνομόνων, που εν τω μεταξύ έχει συσταθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρατηρεί γύρω στα τέλη του 1987 τα εξής:

1. αν και έχουν επιχειρηθεί αλλαγές στα γενικά νοσοκομεία, αυτές παραμένουν αποσπασματικές και αναποτελεσματικές,
2. η κατάσταση στα άσυλα της Λέρου, του Δαφνίου και του Δρομοκαϊτείου παραμένει αμετάβλητη,
3. καμία αλλαγή δεν σημειώθηκε στο θέμα των θεραπειών,
4. δεν υπάρχει ένα επαρκές διοικητικό κέντρο που σε αυτό να απαρτιώνεται η διοίκηση του συστήματος,
5. οι ασθενείς φροντίζονται από μη εκπαιδευμένα άτομα, ενώ υπάρχει απουσία εκπαιδευμένων νοσοκόμων στη Λέρο, την Πέτρα Ολύμπου, την Κέρκυρα και την Τρίπολη, και
6. δεν έχει επιτευχθεί τομεοποίηση του συστήματος, ενώ παρατηρείται έλλειψη συντονισμού μεταξύ κέντρου και περιφέρειας.<sup>19</sup>

#### 1.2.4. Η ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84

Στις 16 Δεκεμβρίου 1988 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιεί τον κανονισμό 815/84 με ένα νέο κανονισμό, τον 4130/88. Σύμφωνα με το νέο κανονισμό, δίνεται παράταση υλοποίησης του παλαιότερου κανονισμού μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1994, χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, με την προϋπόθεση να εφαρμοσθούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου των προγραμμάτων και δράσεων του έργου με την τεχνική βοήθεια εμπειρογνομώνων της Κοινότητας.

Το καλοκαίρι του 1989 γυρίζεται ένα φιλμ για το βρετανικό *Channel 4* του *BBC*, όπου διατραγωδεύεται η κατάσταση στη Λέρο και το Σεπτέμβριο ακολουθούν τα δημοσιεύματα για το ίδιο θέμα στο *Spiegel* και στον *Observer*. Στις 7 Ιουλίου 1990 μέσα στο θόρυβο που έχει ξεσηκώσει η Λέρος και η μικρή ταχύτητα αναμόρφωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και μετά από συζητήσεις για κακή διαχείριση πόρων, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφασίζει την προσωρινή αναστολή του Κανονισμού 815 και κατά παρέκκλιση την καταβολή των ποσών για πρόγραμμα που ήταν σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με την απόφαση της 7 Ιουλίου 1990, ζητήθηκε από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΥΠΚΑ):

1. να υποβάλλει εντός έξι μηνών έκθεση για ό,τι αφορούσε την υλοποίηση του προγράμματος για την αναμόρφωση του συστήματος ψυχικής υγείας,
2. να ζητηθεί να επιστραφούν τα ποσά που καταβλήθηκαν για έργα που δεν υλοποιήθηκαν στη Λέρο, και
3. να συνδέσει κάθε χρηματοδότηση προγράμματος με τη σύσταση των επιτροπών συστήματος αξιολόγησης και παρακολούθησης και τη λειτουργία τριμερούς επιτροπής παρακολούθησης (ΥΥΠΚΑ, Υπουργείο Εργασίας, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων) καθώς και την κατάρτιση προγράμματος αποϊδρυματισμού και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των εγκλείστων στη Λέρο παράλληλα με το σχεδιασμό ενός αναθεωρημένου προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Για την υλοποίηση όλων αυτών των προϋποθέσεων δημιουργήθηκε:

1. επιτροπή εμπειρογνομώνων για τη μελέτη των παραπάνω,
2. ομάδα για να καταρτιστεί σειρά εκθέσεων παρακολούθησης της υλοποίησης των προγραμμάτων, και
3. επιτροπή εξωτερικών αξιολογήσεων.

<sup>19</sup> Ν. Μπιλανάκης, *Ψυχιατρική...*, ό.π., σ. 46.

Μετά την παράδοση των εκθέσεων από τον γενικό συντονιστή των τριών ομάδων εργασίας εμπειρογνομόνων και την κατάρτιση των τεσσάρων εκθέσεων παρακολούθησης της εξέλιξης των προγραμμάτων του Κανονισμού, εγκρίθηκε από τη διαχειριστική επιτροπή του Κανονισμού 815/84 η συνέχιση των προγραμμάτων στις 8 Οκτωβρίου 1991. Σύμφωνα με την παράταση του Κανονισμού, εγκρίθηκαν εξήντα τέσσερα νέα προγράμματα, είκοσι πέντε στην Αθήνα, οκτώ στη Θεσσαλονίκη και τριάντα ένα στη υπόλοιπη χώρα. Από τα εξήντα τέσσερα αυτά προγράμματα, τα είκοσι οκτώ ήταν παλιότερα που δεν είχαν αρχίσει να υλοποιούνται.<sup>20</sup>

### **1.3. Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ. ΤΙ ΕΧΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ**

#### **1.3.1. ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ 815/84 ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ (1984-1994)**

Τελικά από την ολοκλήρωση του Προγράμματος του Κανονισμού 815/84 για την περίοδο 1984-1994 αναπτύχθηκαν 260 νέες δομές, όπως:

1. Κέντρα Ψυχικής Υγείας
2. Μονάδες εφήβων
3. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
4. Κινητές Μονάδες
5. Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία
6. Μονάδες οξέων περιστατικών
7. Μονάδες βραχείας νοσηλείας
8. Μονάδες αποκατάστασης
9. Ξενώνες-Οικοτροφεία ενηλίκων
10. Ξενώνες-Οικοτροφεία παιδών-εφήβων
11. Προστατευόμενα διαμερίσματα
12. Κέντρα ημέρας-νύχτας ενηλίκων
13. Κέντρα ημέρας-νύχτας παιδιών-εφήβων
14. Κέντρα προ-και επαγγελματικής κατάρτισης-Συνεταιρισμοί
15. Ψυχοκοινωνικά Κέντρα
16. Εκπαιδευτικά προγράμματα
17. Μονάδα συνεργατικής επαγγελματικής εκπαίδευσης
18. Προγράμματα Λέρος-Αποασυλοποίηση ασθενών
19. Πρόγραμμα μουσικοθεραπείας-δραματοθεραπείας
20. Κέντρο κοινωνικοποίησης και αξιολόγησης<sup>21</sup>

Παρά την ανάπτυξη των νέων αυτών δομών, η χώρα δεν είχε ακόμα τομεοποιηθεί, ούτε είχε οργανωθεί ένα περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας, ενώ οι εναλλακτικές υπηρεσίες προς το ψυχιατρείο ήταν λιγότερες από το 50% αυτών που απαιτούνταν και οι θέσεις εργασιακής-προεργασιακής αποκατάστασης δεν υπερέβαιναν τις 2.000 και της στεγαστικής αποκατάστασης τις 2.300. Οι θέσεις αυτές είχαν ήδη καταληφθεί από χρονίους ασθενείς, άρα οι ανάγκες των νέων περιπτώσεων και των 2.500 χρονίων ακόμη εγκλειστων των ασύλων που όφειλαν να αποϊδρυματιστούν δεν καλύπτονταν από το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών αποκατάστασης.

<sup>20</sup> Μ. Μαδιανός, *Η Ψυχιατρική...*, ό.π., σ. 236.

<sup>21</sup> Στο ίδιο, σ. 239-241.

### **1.3.2. Ο ΝΟΜΟΣ 2071/92 ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο Ν. 2071 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας» δημοσιεύθηκε το 1992 στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Ειδικά στα ψυχιατρικά πράγματα, ο νόμος 2071 υιοθετεί την πρόταση των εμπειρογνομόνων της επιτροπής νομοθεσίας που συγκροτήθηκε στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ και θέτει τις βάσεις μιας αποκεντρωμένης και τομεοποιημένης ψυχιατρικής καθώς και την προτεραιότητα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, έχοντας ως όριο το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη υποκειμένου της νόσου. Ειδικά ως προς τις διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας, ο Ν. 2071/92 ορίζει η ακούσια νοσηλεία να γίνει αντικείμενο συνδιαχείρισης από την οικογένεια, τον εισαγγελέα, την ψυχιατρική και το δικαστήριο, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο περισσότερες εγγυήσεις για τον σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών.

### **1.3.3. Ο ΝΟΜΟΣ 2716/99 ΠΕΡΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Κοντά στην έλευση του 21<sup>ου</sup> αιώνα, ψηφίσθηκε ο Ν. 2716/1999, με την βοήθεια του οποίου μπήκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (τομεοποίηση, τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας κλπ.). Πιο συγκεκριμένα ο Ν. 2716/1999 έδωσε μία νέα δυναμική στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση των τελευταίων χρόνων. Δημιούργησε τους Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου κάθε Νομός είναι και ένας Τομέας εκτός από μικρούς Νομούς με μικρό πληθυσμό που καλύπτονται από όμορους Νομούς. Στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη που υπάρχει η πληθυσμιακή αναφορά είναι αυτονόητο ότι υπάρχουν περισσότεροι του ενός τομέα.

### **1.3.4. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργώσ» (η ονομασία του προγράμματος προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος, συμβολισμός που παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο). Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει:

1. Στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
2. Στην αποασυλοποίηση των ασθενών που ζουν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
3. Στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη.
4. Την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργώσ» υλοποιήθηκε από το 1999 μέχρι το τέλος του 2002. Η πρώτη 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 πρώτη φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε τριάντα μία πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε

ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

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

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

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία «Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (ΜΥΠΕΠ) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος. Ο στόχος της Μονάδας (ΜΥΠΕΠ) 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 (ΕΠΨΥ) 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. Εμπύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας.
7. Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της ΜΥΠΕΠ ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων-Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκομένων στο Πρόγραμμα Φορέων.<sup>22</sup>

Η Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2002-2006 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. 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:

<sup>22</sup> [www.msu.gr](http://www.msu.gr).

1. Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. Περιλαμβάνουν κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων, τα οποία πρόκειται να δημιουργηθούν, σε ορισμένα νοσοκομεία, εξ' αρχής και σε άλλα πρόκειται να συμπληρωθεί η υπάρχουσα δομή και υποδομή.
2. Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
3. Προκατάρτιση, Κατάρτιση, Απασχόληση 973 ασθενών.
4. Μονάδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε Γενικά Νοσοκομεία.
5. Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
6. Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
7. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά κυρίως και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).
8. Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
9. Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
10. Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
11. Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την Οικογένεια.
12. Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
13. Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
14. Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
15. Μονάδες για Απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
16. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

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 τη οριστική κατάργησή πέντε από αυτά γύρω στο 2006. Συγχρόνως,

1. 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 (ΤΕΨΥ),
2. η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
3. 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.<sup>23</sup>

Τα αποτελέσματα της Β' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» μέχρι το 2004 είναι τα εξής:

- 1) Δημιουργία δέκα έξι ψυχιατρικών τμημάτων Γενικού Νοσοκομείου
- 2) Δημιουργία πέντε Παιδοψυχιατρικών τμημάτων Γενικού Νοσοκομείου
- 3) Δημιουργία είκοσι τεσσάρων Κέντρων Ψυχικής Υγείας
- 4) Δημιουργία δεκαεννέα Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων
- 5) Δημιουργία εννέα ξενώνων Βραχείας παραμονής
- 6) Δημιουργία δεκαοκτώ Κέντρων Ημέρας
- 7) Δημιουργία έξι Κινητών Μονάδων
- 8) Δημιουργία είκοσι δύο Ξενώνων
- 9) Δημιουργία ενενήντα έξι Οικοτροφείων
- 10) Δημιουργία δύο Εργαστηρίων Κατάρτισης
- 11) Δημιουργία 119 Προστατευόμενων Διαμερισμάτων<sup>24</sup>

### 1.3.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Σκοπός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ήταν το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Ο σκοπός αυτός έχει επιτευχθεί σε ένα σημαντικό βαθμό με την ίδρυση Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Χρειάζεται, όμως, η ανάπτυξη και άλλων ψυχιατρικών δομών, έτσι ώστε να επιτευχθεί η αντιμετώπιση όλων των περιστατικών που σήμερα καταλήγουν αβασάνιστα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με αποτέλεσμα να γίνεται δυσκολότερη η επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Επίσης η προσπάθεια για τη συρρίκνωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων συνδέεται στενά με την απο-ασυλοποίηση των αντιλήψεων (στιγματισμός-εξοβελισμός)

Ο ρόλος των Ψυχιατρικών δομών πρέπει να είναι:

- Η προσέγγιση ευάλωτων πληθυσμιακά ομάδων (άτομα που βγήκαν από ψυχιατρικές κλινικές, άτομα με χρόνια ψυχική νόσο, άτομα σε κρίση, πολυπροβληματικές οικογένειες κ.λπ.), με στόχο την επίλυση της κρίσης, την αποφυγή του εγκλεισμού τους και την παραμονή των ατόμων αυτών στην κοινότητα σε συνθήκες καλής ποιότητας ζωής ή δραστηριοτήτων που προάγουν το επίπεδο της ψυχικής υγείας της κοινότητας.
- Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, σωστής ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας, και ακόμα παραπέρα η ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας στα προβλήματα ψυχικής υγιεινής. Με αυτό τον τρόπο θα διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερο για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.
- Πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στην πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

<sup>23</sup> [www.msu.gr](http://www.msu.gr).

<sup>24</sup> Ι. Σφακιανάκης, «Ψυχιατρικά Νοσοκομεία», *περ. Υγειονομικό Βήμα*, αρ. 8, Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), Δεκέμβριος-Φεβρουάριος 2004, σ. 14-15.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **"ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ"**



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**  
**ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**  
**ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

**2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για τα αίτια και την φύση της ψυχικής αρρώστιας, οι νέες θέσεις για τα κοινωνικά δικαιώματα των μειονεκτούντων καθορίζουν την τοποθέτηση και εφαρμογή πολλών από τα νέα μέτρα στο σύστημα της παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Η Ψυχιατρική του παρελθόντος που είχε ασκηθεί στο παρελθόν στα Δημόσια Ψυχιατρεία και στις Ιδιωτικές Κλινικές που ονομαζόταν «Νευρολογικές» έδωσε τη θέση της σταδιακά στις σύγχρονες εφαρμογές της Ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με τον Κανονισμό 815/84 της ΕΟΚ για την κοινή χρηματοδότηση από την Ελλάδα και την ΕΟΚ του πενταετούς προγράμματος Ψυχικής Υγείας τέθηκαν τα θεμέλια για την δημιουργία νέων δομών, έτσι ώστε να επιτευχθεί η αναμόρφωση της Ψυχιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με το πενταετές πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας (1984-1988).

Πριν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, στο Νομό Μαγνησίας λειτουργούσε ένα Νευρολογικό-Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», στο οποίο εργαζόταν ένας νευρολόγος-ψυχίατρος. Επίσης λειτουργούσαν Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Νευροψυχιατρική Κλινική «Ασκληπείον» Άνω Βόλου (Α. Μπισακός-Α. Κυριάκος ΑΕ), η οποία λειτουργεί και μέχρι σήμερα.
- Νευρολογική Κλινική «Άγιος Γεώργιος» Αλυκών Βόλου, η οποία λειτουργεί και μέχρι σήμερα.
- Νευρολογική Κλινική «Χατζηγεωργίου» (επί της οδού Κ. Καρτάλη με Γαλλίας).

Στο τέλος της δεκαετίας του '80, σύμφωνα με τον Κανονισμό 815/84, άρχισε να εφαρμόζεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και στο Νομό Μαγνησίας με την ίδρυση και τη λειτουργία των εξής νέων Ψυχιατρικών Δομών:

1. Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.
3. Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».
4. Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου.
5. Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».
6. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

## **2.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

### **2.2.1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 επιχειρήθηκε η δημιουργία, στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», του Ψυχιατρικού Τομέα στο χώρο που μέχρι τότε λειτουργούσαν τα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου. Η δημιουργία του Ψυχιατρικού Τομέα είχε ως σκοπό την παροχή ψυχιατρικών φροντίδων σύμφωνα με τις αρχές και τους στόχους της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και συνεπώς την περιστολή του φαινομένου εξάρτησης από την ψυχιατρική δομή της χρονιοποίησης και ιδρυματοποίησης των ψυχικά ασθενών.

Πριν από την δημιουργία του Ψυχιατρικού Τομέα, στο νοσοκομείο λειτουργούσε Νευρολογικό-Ψυχιατρικό Ιατρείο με διευθυντή τον αείμνηστο Στάμο Κανταράκια (1975) και βοηθό του την υποδιευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Περσεφόνη Μαρδέλη. Εντός του Ιατρείου λειτουργούσε εργαστήριο Νευροφυσιολογίας με βοηθό την κ. Ειρήνη Καμβύτη.

Το Νευρολογικό-Ψυχιατρικό Ιατρείο εξυπηρετούσε εξωτερικούς αλλά και εσωτερικούς ασθενείς (Νευρολογικά περιστατικά που νοσηλεύονταν στις Παθολογικές Κλινικές του νοσοκομείου). Υπήρχε άριστη συνεργασία του Ιατρείου με τις Κλινικές του νοσοκομείου, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς χρειάζονταν ψυχολογική υποστήριξη (νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς, υποψήφιοι για χειρουργείο).

Τον Φεβρουάριο του 1986 τοποθετείται Νευρολόγος στο νοσοκομείο και αναλαμβάνει τα Νευρολογικά περιστατικά και έτσι το Εξωτερικό Ιατρείο περιορίζεται στα Ψυχιατρικά περιστατικά. Ασθενείς που μπορούσαν να πάρουν θεραπεία στο σπίτι υπό την φροντίδα των δικών τους, παρακολουθούνταν τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο αλλά και στο σπίτι τους με επισκέψεις της νοσηλεύτριας του Ιατρείου.

Λίγους μήνες αργότερα γίνεται πρόσληψη του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού για τον Ψυχιατρικό Τομέα:

- Μία (1) Επιμελήτρια Α'- Ψυχίατρος-Παιδοψυχίατρος.
- Ένας (1) Επιμελητής Β'- Ψυχίατρος.
- Μία (1) Ψυχολόγος.
- Μία (1) Κοινωνική Λειτουργός.
- Έντεκα άτομα (11) Νοσηλευτικό προσωπικό.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό απασχολούνταν στις Κλινικές του νοσοκομείου μέχρι τη στιγμή που λειτούργησε ο Ψυχιατρικός Τομέας. Παράλληλα γίνονταν εκπαιδευτικά μαθήματα Ψυχιατρικής στο Νοσηλευτικό προσωπικό από το Ιατρικό προσωπικό αλλά και Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Στη συνέχεια, τα Εξωτερικά Ιατρεία μεταφέρθηκαν σε άλλο χώρο και άρχισε να διαμορφώνεται ο χώρος για τον Ψυχιατρικό Τομέα. Το καλοκαίρι του 1987 άρχισε να παραλαμβάνεται ο εξοπλισμός του Ψυχιατρικού Τομέα και στις 7 Σεπτεμβρίου 1987 έγιναν τα εγκαίνια. Ο Ψυχιατρικός Τομέας είχε δυναμικότητα δέκα (10) κλινών (δύο (2) τρίκλινα δωμάτια, ένα (1) δίκλινο και δύο (2) μονόκλινα).

Την επόμενη ημέρα των εγκαινήων άρχισε η εισαγωγή ασθενών. Εισάγονταν πάσης φύσεως Ψυχιατρικά περιστατικά (νευρώσεις, ψυχώσεις, καταθλίψεις, οργανικά

ψυχοσύνδρομα, αλκοολικοί κ.λ.π.). Τα περιστατικά ήταν έκτακτα ή του Εξωτερικού Ιατρείου. Ο χρόνος νοσηλείας ήταν ανάλογος της βαρύτητας της κατάστασης.

Η εισαγωγή γινόταν πάντα με την θέληση του ασθενούς. Για όσους δεν ήταν δυνατή η παραμονή τους στον Ψυχιατρικό Τομέα αλλά χρειαζόνταν κλειστή νοσηλεία υπήρχε συνεργασία με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου). Εκτός της νοσηλείας οι ασθενείς έπρεπε να περάσουν δημιουργικά τον χρόνο τους, όσο τους επέτρεπε η κατάσταση της υγείας τους. Υπήρχε τηλεόραση, ραδιόφωνο, επιτραπέζια παιχνίδια, κουζίνα για τον καφέ τους κ.λ.π. αλλά δεν υπήρχε ειδικός θεραπευτής για την απασχόλησή τους. Εθελοντικά για τον σκοπό αυτό προσεφέρθη καθηγήτρια Οικιακής Οικονομίας (για δύο έως τρεις μήνες δύο φορές την εβδομάδα). Η παρουσία της, όμως, έδινε ιδέες και ερεθίσματα στο Νοσηλευτικό προσωπικό.

Έτσι τα Χριστούγεννα του 1988 δημιουργήματα εκτέθηκαν στο χώρο της Κλινικής και πουλήθηκαν. Τα έσοδα διατέθηκαν για να καλύψουν ανάγκες ασθενών (τσιγάρα, είδη ένδυσης-υπόδησης κ.λ.π.). Επίσης διοργανώνονταν εκδηλώσεις τα Χριστούγεννα, στις Απόκριες, ημερήσιες εκδρομές (εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών), και περίπατοι εκτός νοσοκομείου. Το 1989 διορίστηκε εργοθεραπεύτρια, η οποία παρέμεινε στη θέση αυτή για πέντε περίπου χρόνια.

### **2.2.2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» είναι ένας από τους τέσσερις Τομείς του Γενικού Νοσοκομείου (Παθολογικός, Χειρουργικός και Εργαστηριακός Τομέας). Ο ΨΤΓΝΒ περιλαμβάνει τις εξής υπηρεσίες:

1. Ψυχιατρικό Τμήμα με Μονάδα Νοσηλείας.
2. Εξωτερικά Ιατρεία.
3. Επείγοντα Περιστατικά.
4. Κοινωνική Υπηρεσία.
5. Γραφείο Ψυχολόγων.
6. Γραφείο Λογοθεραπείας.
7. Κέντρο Ψυχικής Υγείας.
8. Ξενώνα Αποκατάστασης χρονίων ψυχοσικών «Φιλύρα».
9. Προστατευμένα Διαμερίσματα.
10. Συνεταιρισμό Υποδηματοποιίας «Ορίζοντες».

Οι βασικοί στόχοι του ΨΤΓΝΒ είναι οι εξής:

1. Η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και η εξωτερική παρακολούθηση ψυχιατρικά ασθενών.
2. Η ανάπτυξη της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στο νοσοκομείο.
3. Η βοήθεια προς τους σωματικούς ασθενείς να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της νόσου τους.
4. Η συμβολή στη διαμόρφωση μιας βιοψυχοκοινωνικής αντίληψης για τη νόσο.
5. Ο χειρισμός των ψυχιατρικών προβλημάτων όλων των ασθενών.
6. Η αποφυγή ιδρυματισμού των ασθενών και ο περιορισμός της χρονιοποίησης του προβλήματος.
7. Η βελτίωση της ικανότητας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στο να αναλαμβάνει και να φροντίζει ασθενείς με ψυχιατρικά συμπτώματα.
8. Η άμεση παρέμβαση στην κοινότητα όταν επιβάλλεται.
9. Η παροχή εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα.

## **2.3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΜΕ ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΠΤΕΡΥΓΑ ΣΤΑΜΟΥ ΚΑΝΤΑΡΑΚΙΑ) ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

### **2.3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Το Ψυχιατρικό Τμήμα βρίσκεται στο ισόγειο του νοσοκομείου, σε μία πτέρυγα η οποία είναι ενσωματωμένη με το υπόλοιπο νοσοκομείο. Επίσης το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει θέα σε ένα μικρό κήπο με δένδρα, δεν διαθέτει χώρο απομόνωσης και δεν έχει κιγκλιδώματα στα παράθυρα. Πιο συγκεκριμένα, το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει τρία (3) δωμάτια τρίκλινα και ένα (1) μονόκλινο, ένα (1) δωμάτιο νοσηλείας, δύο (2) γραφεία (ένα (1) του Διευθυντή και ένα (1) των ιατρών), ένα (1) δωμάτιο Εργοθεραπείας, το οποίο χρησιμοποιείται και ως τραπεζαρία, ένα (1) σαλόνι, μία (1) κουζίνα και ένα (1) WC-μπάνιο.

### **2.3.2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Στο Ψυχιατρικό Τμήμα, η Μονάδα Νοσηλείας είναι μία ψυχιατρική μονάδα, η οποία:

1. Καλύπτει τον πληθυσμό όλης της Θεσσαλίας.
2. Παρέχει εικοσιτετράωρη νοσηλεία.
3. Είναι σε θέση να επιτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο στις εξής κατηγορίες ασθενών:
  - εκείνων που προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία σε τακτική ή έκτακτη βάση ως νέα περιστατικά ή ως περιστατικά παρακολούθησης και
  - εκείνων των ασθενών που η κατάστασή τους επιβάλλει ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη.
4. Ο αριθμός κλινών που διαθέτει το Ψυχιατρικό Τμήμα είναι δέκα (10). Η νοσηλεία που προσφέρει είναι βραχείας διάρκειας. Ασθενείς των οποίων η κατάσταση απαιτεί άμεση ρύθμιση των σωματικών τους προβλημάτων, αντιμετωπίζονται αρχικά στα αρμόδια τμήματα του νοσοκομείου σε συνεργασία με το Ψυχιατρικό Τμήμα.
5. Η εισαγωγή στο Ψυχιατρικό Τμήμα γίνεται πάντα με την θέληση του ασθενούς. Συγκεκριμένα, αν κάποιος ασθενής εξετασθεί και κριθεί από τους ιατρούς των Εξωτερικών Ιατρείων ή από το Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών ή από άλλο τμήμα του νοσοκομείου, ότι πρέπει να εισαχθεί για νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Τμήμα, πρέπει ο ίδιος να υπογράψει Υπεύθυνη Δήλωση ότι επιθυμεί να εισαχθεί και να παραμείνει στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» (βλ. Παράρτημα). Σε περίπτωση όμως που κάποιος ασθενής, ενώ, έχει εισαχθεί στο Ψυχιατρικό Τμήμα και στη διάρκεια της νοσηλείας αποφασίσει να διακόψει τη νοσηλεία του, παρά την άποψη των ιατρών, τότε υπογράφει την Αίτηση Διακοπής Εκούσιας Νοσηλείας (βλ. Παράρτημα). Επίσης, στο Ψυχιατρικό Τμήμα δεν εισάγονται ασθενείς που στέλνονται με εισαγγελική εντολή για αναγκαστικό εγκλεισμό (ασθενείς που δεν έχουν επίγνωση της κατάστασης και δεν επιθυμούν τον εγκλεισμό τους), εκτός αν κάτι τέτοιο είναι επιτακτική ανάγκη,

και αυτό γιατί αυτές οι περιπτώσεις απαιτούν ειδικά μέτρα φύλαξης, τα οποία όμως θα διατάρασσαν την έννοια του ανοικτού τμήματος.

6. Επιπλέον, στους νοσηλευόμενους δίνεται άδεια εξόδου από το Ψυχιατρικό Τμήμα. Η άδεια μπορεί να είναι από ολιγόωρη μέχρι και δύο (2) ημερών. Για να δοθεί όμως, σε κάποιον ασθενή άδεια εξόδου πρέπει να περάσει μία εβδομάδα έως δέκα (10) ημέρες νοσηλείας τουλάχιστον και εφόσον είναι εμφανής η καλύτερευση του ασθενούς. Η άδεια εξόδου δίνεται στον ασθενή μετά από κοινή απόφαση όλου του προσωπικού.
7. Για όσους ασθενείς δεν είναι δυνατή η παραμονή τους στο Ψυχιατρικό Τμήμα, αλλά χρειάζονται μακρόχρονη-κλειστή νοσηλεία, παραπέμπονται στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου).
8. Τέλος το Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου εκτελεί εκπαιδευτικό έργο σε όλα τα επίπεδα (ειδικευόμενοι ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό).

### 2.3.3. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στον Πίνακα 5 καταγράφεται το προσωπικό του Ψυχιατρικού Τμήματος. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται ο αριθμός των οργανικών θέσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του Ψυχιατρικού Τμήματος και ο αριθμός των υπηρετούντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά τα έτη 2001-2004.

**Πίνακας 5:** Το προσωπικό του Ψυχιατρικού Τμήματος (2001-2004).

Προσωπικό	Οργανικές Θέσεις	2001	2002	2003	2004
Διευθύντρια-Ψυχίατρος & Παιδοψυχίατρος	1	1	1	1	1
Επιμελητής Α'-Ψυχίατρος	2	1	1	1	1
Επιμελητής Β'-Ψυχίατρος	2	1	1	1	1
Ειδικευόμενοι	2	2	4	4	4
Ψυχολόγος	-	-	-	1	-
Εργοθεραπεύτρια	-	-	-	-	1
Νοσηλεύτριες ΤΕ	-	3	3	3	3
Νοσηλεύτριες ΔΕ	-	6	6	6	7
Νοσηλεύτριες ΥΕ	-	1	1	1	-
<b>Σύνολο</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Στον Ψυχιατρικό Τομέα έπρεπε να υπάρχουν δύο (2) Επιμελητές Α' και δύο (2) Επιμελητές Β', από τους οποίους ένας (1) Επιμελητής Α' και ένας (1) Επιμελητής Β' έπρεπε να είναι επισκέπτες των Κέντρων Υγείας του Νομού. Επίσης ο Επιμελητής Α' είναι αποσπασμένος από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου. Οι δύο (2) Νοσηλεύτριες ΤΕ από τις τρεις (3) έχουν Ψυχιατρική Ειδικότητα και η Ψυχολόγος που βρισκόταν στο Ψυχιατρικό Τμήμα, κατά το έτος 2003, ήταν αποσπασμένη από το Γενικό Νοσοκομείο της Ρόδου για έξι (6) μήνες.

Σύμφωνα με την κατάρτιση του νοσοκομείου, ο Ψυχιατρικός Τομέας χορηγεί ένα (1) χρόνο ειδικότητας στην Ψυχιατρική. Κατά τη χρονική περίοδο 1987-2004 στο Ψυχιατρικό Τμήμα, εκτός από ιατρούς που εξάσκησαν την ειδικότητά τους στην Ψυχιατρική, έκαναν την πρακτική τους άσκηση σπουδαστές των ΤΕΙ Νοσηλευτικής και μαθητές της ΜΤΕΝΣ (Μέσης Τεχνικής Επαγγελματικής Νοσοκόμων Σχολής), που βρίσκεται στην περιοχή Αγριά του Βόλου.

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο χώρο του νοσοκομείου είναι ο εξής:

**Ο ρόλος του Ψυχίατρου** είναι καθοριστικός για την πορεία της νόσου του ασθενούς. Ο Ψυχίατρος προσπαθεί να πετύχει μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση του ασθενή. Ο Ψυχίατρος αντιμετωπίζει το πρόβλημα του ασθενούς, σύμφωνα με την κλασική ψυχιατρική ακολουθώντας τη σειρά, κλινική εξέταση, διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως με ατομικές ψυχοθεραπείες, γνωσιακές ψυχοθεραπείες, θεραπεία συμπεριφοράς κ.λ.π.

Επίσης ο Ψυχίατρος σε επίπεδο κλινικό μπορεί να συνεργαστεί στα πλαίσια της Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής με άλλον θεράποντα ιατρό του Γενικού

Νοσοκομείου, ώστε να κατευθύνει το θεράποντα ιατρό, να αντιμετωπίσει αυτός τον ασθενή και τα προβλήματά του. Ακόμη ο Ψυχίατρος μπορεί να κατευθύνεται στο ευρύτερο θεραπευτικό περιβάλλον του ασθενούς, με κύριο στόχο την ομαλή λειτουργία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα στο νοσοκομείο και τη συνεργασία τους με εξωνοσοκομειακούς φορείς.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του Ψυχιάτρου εκτείνεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Κλινικής για τους ειδικευόμενους ψυχιάτρους, η ακόμα και προς το Νοσηλευτικό προσωπικό της Κλινικής με ανάλογα σεμινάρια.

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

**Η εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών στην Ψυχιατρική αποβλέπει:**

- Στην απόκτηση σαφούς αντίληψης και επαρκούς γνώσης όλων των ψυχικών διαταραχών του ψυχικά ασθενούς.
- Στην ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων για την συγκέντρωση των απαραίτητων πληροφοριών για την διάγνωση του ασθενούς.
- Στην απόκτηση ευχέρειας για την εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχεδίου για κάθε κλινική περίπτωση.
- Στο να είναι σε θέση μετά το πέρας της εκπαίδευσης να αφομοιώνει τη νέα γνώση της ψυχιατρικής και των συναφών κλάδων.

**Ο ρόλος του Ψυχολόγου στα πλαίσια των ενεργειών της ομάδας ψυχικής υγείας είναι:**

- **Διαγνωστικός.** Βασίζεται δηλαδή στη χορήγηση, χρήση και εκτίμηση των ψυχολογικών δοκιμασιών (*tests*) για τη διερεύνηση της νόησης, της προσωπικότητας και γενικότερα της συμπεριφοράς του ατόμου.
- **Θεραπευτικός.** Βασίζεται στα διαγνωστικά στοιχεία τα οποία προέκυψαν από την εκτίμηση των ψυχολογικών δοκιμασιών σε συνδυασμό πάντοτε με την κλινική εκτίμηση και περιλαμβάνει τη συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας την οποία επιβάλλει η μορφή του προβλήματος.
- **Συνεργατικός.** Βασίζεται στα πλαίσια της διασυνδετικής και συνίσταται με ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων.
- **Ερευνητικός.** Βασίζεται στην ερευνητική δραστηριότητα, η οποία σχετίζεται με το γνωστικό αντικείμενο.

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

**Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή** είναι η οργανωμένη και καθολική παροχή ερεθισμάτων τέτοιου είδους και μορφής, ώστε να επιστρέψουν οι ψυχικά ασθενείς εύκολα στο περιβάλλον τους και να αποτελέσει η παραμονή στην Κλινική τη μη αποστασιοποίηση από τη ζωή και την ενεργοποίηση. Αυτός ήταν και ο βασικός γνώμονας που οδήγησε να γίνει η επιλογή των ερεθισμάτων, από την καθημερινή ζωή, δηλαδή ερεθίσματα που αφορούν:

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

**Ο ρόλος του Νοσηλευτή** έχει πολλούς σημαντικούς ρόλους στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Τμήματος.

- **Ο ρόλος του παρατηρητή.** Από αυτόν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος, ώστε να μπόουν οι ακριβείς στόχοι για τον ασθενή και να εκτιμηθούν οι ανάγκες του επακριβώς. Δηλαδή ο Νοσηλευτής παρατηρεί την πορεία της νόσου του ασθενή και ποιες δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής έχει συγκρατήσει και ποιες έχει χάσει.
- **Ο ρόλος του εκπαιδευτή.** Ο Νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή σε πρακτικά, εργαστηριακά και κοινωνικά θέματα με δύο τρόπους:
  1. Ο Νοσηλευτής βοηθάει στο να παρατηρεί ο ασθενής το πώς συμπεριφέρεται το προσωπικό (π.χ. όταν χαιρετάει κάποιος κάποιον, ώστε να του εντυπωθούν κάποιοι κανόνες συμπεριφοράς).
  2. Ο Νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τις δραστηριότητες που θα μάθει στο Τμήμα (π.χ. λήψη φαρμάκων, βασική υγιεινή φροντίδα, οικιακές δραστηριότητες, οργάνωση ελεύθερου χρόνου και λουπές ασχολίες).

Ο Νοσηλευτής μπορεί να έχει ακόμα έναν γονεϊκό ρόλο (πατρικό ή μητρικό). Το πρόγραμμα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πολλές φορές παρόμοιο με την ανάπτυξη ενός ανθρώπου, μόνο που τα σχέδιά του διαρκούν λιγότερο. Με αυτόν τον ρόλο ο Νοσηλευτής ρυθμίζει τον τρόπο ζωής και την συμπεριφορά του ασθενούς. Έτσι σιγά-σιγά ο ασθενής αναλαμβάνει τις ευθύνες του και μαθαίνει τι είναι κοινωνικά αποδεκτό, στηριζόμενος πάντα σε κάθε του προσπάθεια από τον Νοσηλευτή του Ψυχιατρικού Τμήματος.<sup>25</sup>

---

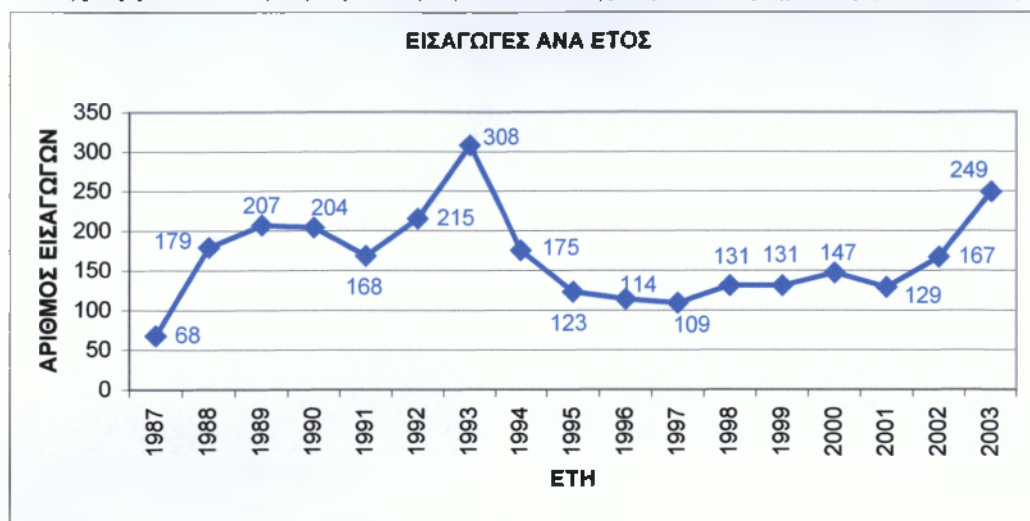
<sup>25</sup> Α. Γιαννακοπούλου, και Ι Κουβαρής, *Ψυχιατρικοί Τομείς στα Γενικά νοσοκομεία Περιπτώσεις Εναγγελισμού και Σεισμανόγλειου*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 2001, σ. 52-55.



### 2.3.4. ΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Ο αριθμός εισαγωγών αναλυτικά όλων των χρόνων λειτουργίας του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι ο εξής:

Διάγραμμα 1: Ο αριθμός εισαγωγών του Ψυχιατρικού Τμήματος (1987-2003).



Πηγή: Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από το Διάγραμμα 1 παρατηρούμε ότι υπάρχουν αυξομειώσεις στο συνολικό αριθμό των εισαγωγών από το 1987 μέχρι το 2003, ο οποίος είναι 2.824. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι στο έτος 1987 περιλαμβάνονται οι εισαγωγές που έγιναν κατά το τελευταίο τετράμηνο του χρόνου, καθώς εκείνη την περίοδο ξεκίνησε η λειτουργία του Ψυχιατρικού Τμήματος. Οι περισσότερες εισαγωγές έγιναν κατά τα έτη 1993 με 308 εισαγωγές, το 2003 με 249 εισαγωγές και το 1992 με 215 εισαγωγές, ενώ οι λιγότερες έγιναν κατά τα έτη 1997 με 109 εισαγωγές, το 1996 με 114 εισαγωγές και το 1995 με 123 εισαγωγές.

### 2.3.5. ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Οι διαγνωστικές ομάδες των ασθενειών που παρακολουθούνταν στο Ψυχιατρικό Τμήμα κατά τα έτη 2001-2003 είναι οι εξής:

**Πίνακας 7: Οι διαγνώσεις του Ψυχιατρικού Τμήματος (2001-2003).**

Έτη Διαγνώσεις	2001	Ποσοστά	2002	Ποσοστά	2003	Ποσοστά
	Συναισθηματικές διαταραχές	51	40%	60	36%	92
Σχιζοφρένεια & παραληρητικές διαταραχές	46	35%	47	28%	73	29,4%
Άνοιες	5	4%	16	9,6%	21	8,4%
Αλκοολισμός	-	-	7	4,2%	10	4%
Διαταραχές προσωπικότητας	8	6%	4	2,4%	9	3,6%
Διαταραχές άγχους-πανικού	-	-	6	3,6%	7	2,8%
Νευρώσεις	5	4%	3	1,8%	2	0,8%
Άλλες παθήσεις	5	4%	16	9,6%	30	12%
Αδιάγνωστα περιστατικά	9	7%	8	4,8%	5	2%
<b>Σύνολο</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>
Πρώτη νοσηλεία	66	51%	103	61,7%	139	55,8%
Επανεισαγωγές:	63	49%	64	38,3%	110	44,2%
<b>Σύνολο</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

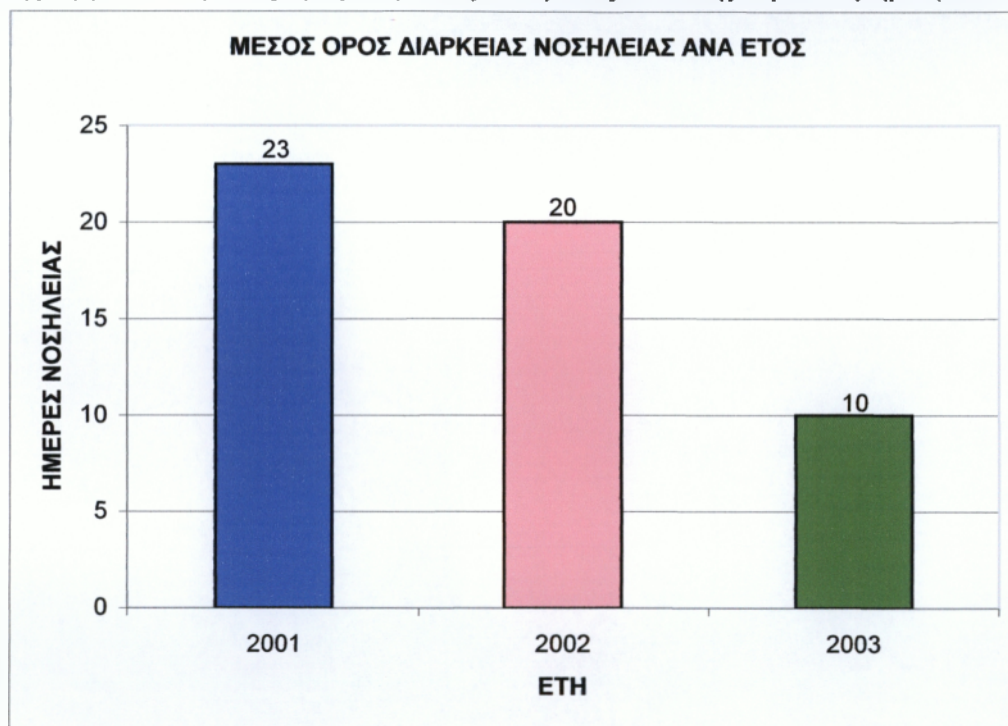
Από τον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι κατά τη διάρκεια και των τριών ετών το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη διαγνωστική ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών, με αμέσως επόμενη τη σχιζοφρένεια και τις παραληρητικές διαταραχές. Το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στη διαγνωστική ομάδα των νευρώσεων και ακολουθούν οι διαταραχές άγχους και πανικού.

Επιπροσθέτως από τον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι τα νέα περιστατικά συνεχώς αυξάνονται από χρονιά σε χρονιά. Συγκεκριμένα κατά 37 και 36 περισσότερα καινούργια περιστατικά για τα έτη 2002 και 2003 αντίστοιχα. Επιπλέον κατά τα έτη 2001 και 2002 παρατηρείται ότι οι επανεισαγωγές είναι σχεδόν ίδιες, αλλά κατά το έτος 2003 παρατηρείται μεγάλη αύξηση κατά 46 επανεισαγωγές περισσότερες. Οι αυξήσεις αυτές σε νέα περιστατικά και επανεισαγωγές εξαρτώνται από την παρουσίαση περισσότερων ψυχικών προβλημάτων στον πληθυσμό.

### 2.3.6 Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Στο ακόλουθο Ραβδόγραμμα παρουσιάζεται ο μέσος όρος διάρκειας νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα κατά τα έτη 2001-2003.

**Ραβδόγραμμα 1:** Ο μέσος όρος διάρκειας νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα (2001-2003).



**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από το Ραβδόγραμμα 1 παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος διάρκειας νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου συνεχώς μειώνεται κατά τα έτη 2001-2003. Συγκεκριμένα το 2002 μειώθηκε κατά τρεις (3) ημέρες από το 2001 και το 2003 μειώθηκε, κατά το ήμισυ από το 2002, σε δέκα (10) ημέρες. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την καλή απόδοση του Τμήματος και την προσπάθεια του προσωπικού του να αποφευχθεί η ιδρυματοποίηση των ασθενών και να περιοριστεί η χρονιοποίηση του εκάστοτε προβλήματος. Με αποτέλεσμα να επηρεάζεται θετικά η ψυχική υγεία των ασθενών, καθώς και η κοινωνική και επαγγελματική τους δραστηριότητα. Επίσης όσο μειώνεται ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών τόσο μειώνεται και το κόστος νοσηλείας για το νοσοκομείο.

### 2.3.7. Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Με την Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική μπορεί να παραπεμφθεί κάποιος ασθενής, εφόσον το έχει ανάγκη, από οποιοδήποτε Τμήμα του νοσοκομείου στο Ψυχιατρικό Τμήμα, έτσι ώστε να διαγνωστεί και να αντιμετωπισθεί οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή ή οποιαδήποτε ανεπιθύμητη συμπεριφορά του.

Στο ΓΝΒ «Αχιλλοπούλειο» υπάρχει Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική, δηλαδή ψυχιατρική κάλυψη των άλλων Τμημάτων του νοσοκομείου. Η ψυχιατρική κάλυψη των υπόλοιπων Τμημάτων του νοσοκομείου είναι εικοσιτετράωρη. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται άσκοπες διακομιδές που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία του ασθενή. Τις περισσότερες φορές, ο πανικός που δημιουργείται από την ανησυχία ενός ασθενή, περνάει με απλούς ψυχιατρικούς χειρισμούς.

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η παρουσία της Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής στο νοσοκομείο μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην επιτυχή απόδοση της Ψυχιατρικής, στην ελάττωση του νοσηλευτικού κόστους, με την αποφυγή άχρηστων εξετάσεων και βραχύνοντας το χρόνο νοσηλείας των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Στο Ραβδόγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο αριθμός των περιστατικών στην Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική του Ψυχιατρικού Τμήματος του νοσοκομείου για τα έτη 2001-2003.

**Ραβδόγραμμα 2:** Ο αριθμός των περιστατικών στην Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική (2001-2003).



**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από το Ραβδόγραμμα 2 παρατηρούμε τη συνεχή μείωση των περιστατικών στην Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική, από χρόνο σε χρόνο. Η μείωση αυτή πιθανόν να οφείλεται σε μη στέρεες σχέσεις συνεργασίας του Ψυχιατρικού Τμήματος με τα υπόλοιπα νοσηλευτικά Τμήματα του νοσοκομείου. Ακόμη μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης, και κατάρτισης των ασθενών για το Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου.

### 2.3.8. ΟΙ ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΕΣ ΕΝΤΟΛΕΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Πίνακας 8: Οι εισαγγελικές εντολές του Ψυχιατρικού Τμήματος (2001-2003).

Έτη	2001		2002		2003	
	2001	Ποσοστά	2002	Ποσοστά	2003	Ποσοστά
<b>Εισαγγελικές Εντολές</b>						
Διαπίστωση εξάρτησης από τοξικές ουσίες	16	16%	7	6%	19	21%
Διακομιδή στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου)	78	80%	94	80,3%	59	64%
Μετατροπή σε εκούσια νοσηλεία	4	4%	6	5,1%	3	3%
Άλλες	-	-	10	8,6%	11	12%
<b>Σύνολο</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Πηγή: Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχλλοπούλειο».

### 2.3.9. ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Οι δραστηριότητες των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι οι εξής:

1. Φροντίδα της ατομικής υγιεινής με την επίβλεψη του Νοσηλευτικού προσωπικού σε άτομα με οργανικά ψυχοσύνδρομα, επανεκπαίδευση.
2. Συμμετοχή στην διαδικασία σίτισης (προετοιμασία, σερβίρισμα, καθαριότητα) υπό την εποπτεία του Νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Απασχόληση σε μαγειρική-ζαχαροπλαστική.
4. Κέντημα, χειροτεχνία, κατασκευές με την επίβλεψη του Νοσηλευτικού προσωπικού.
5. Έξοδοι, περίπατοι, με τη συνοδεία του Νοσηλευτικού προσωπικού.
6. Εκπαίδευση από το Νοσηλευτικό προσωπικό για την επανάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

### **2.3.10. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Το πρόγραμμα των ημερήσιων δραστηριοτήτων των ασθενών του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι το ακόλουθο:

07:30-08:00	Έγερση-ατομική καθαριότητα.
08:00-08:30	Προετοιμασία και λήψη πρωινού.
08:30-09:00	Καθαριότητα και τακτοποίηση ατομικών ειδών.
09:00-10:30	Επίσκεψη ιατρών.
10:30-12:00	Εργασιοθεραπεία-έξοδοι υπό την επίβλεψη της εργοθεραπεύτριας.
12:00-13:00	Ελεύθερος χρόνος-προετοιμασία φαγητού.
13:00-14:00	Φαγητό-καθαριότητα τραπεζαρίας.
14:00-16:00	Ξεκούραση.
16:00-16:30	Ατομική καθαριότητα.
16:30-18:00	Επισκεπτήριο-ελεύθερη συζήτηση με καφέ.
18:00-19:30	Απασχόληση των ασθενών με ελεύθερες δραστηριότητες ή έξοδος.
19:30-20:00	Ελεύθερος χρόνος.
20:00-21:00	Φαγητό-καθαριότητα τραπεζαρίας.
21:00-22:00	Διασκέδαση (τηλεόραση, μουσική).
22:00	Ύπνος.

## 2.4. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

### 2.4.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Τα Εξωτερικά Ιατρεία λειτουργούν τρεις φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς τα επισκέπτονται με την διαδικασία των τηλεφωνικών ραντεβού, με τα οποία προγραμματίζεται η ημερομηνία και η ώρα κάθε επίσκεψης. Τα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τομέα λειτουργούν στο υπόγειο του νοσοκομείου και ο χώρος αναμονής είναι κοινός για όλους τους προσερχόμενους. Στα Εξωτερικά Ιατρεία υπάρχει ένας ψυχίατρος και μία νοσηλεύτρια.

### 2.4.2. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Στον Πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε την κίνηση των ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψυχιατρικού Τομέα κατά τα έτη 2001-2003.

Πίνακας 9: Ο αριθμός εξετασθέντων στα Εξωτερικά Ιατρεία (2001-2003).

Έτη	2001	Ποσοστά	2002	Ποσοστά	2003	Ποσοστά
	<b>Εξετασθέντες</b>					
Καινούργια περιστατικά	204	27,4%	190	23,4%	347	34%
Επανεξέταση (τακτική παρακολούθηση)	540	72,6%	621	76,6%	668	66%
Συνολική προσέλευση	744	100%	811	100%	1.015	100%
Προτάθηκαν για εισαγωγή	47	-	30	-	39	-
Δέχτηκαν	22	-	22	-	24	-

Πηγή: Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από τον Πίνακα 9 παρατηρούμε ότι υπάρχει αυξομείωση σε καινούργια περιστατικά που επισκέπτονται τα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου. Όσον αφορά την επανεξέταση των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου, παρατηρείται μία συνεχώς αυξανόμενη τάση. Αυτό το γεγονός βοηθά στη μείωση των επανεισαγωγών στο Ψυχιατρικό Τμήμα.

### 2.4.3. ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Στον ακόλουθο Πίνακα παρουσιάζονται οι διαγνώσεις των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψυχιατρικού Τομέα κατά τα έτη 2001-2003.

**Πίνακας 10:** Οι διαγνώσεις των Εξωτερικών Ιατρείων (2001-2003).

Διαγνώσεις	Έτη		2002		2003	
	2001	Ποσοστά	2002	Ποσοστά	2003	Ποσοστά
Συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη)	472	49,5%	287	35,4%	269	26,5%
Ψυχώσεις	348	36,5%	336	41,4%	305	30%
Οργανικά ψυχοσύνδρομα	24	2,5%	72	8,9%	25	2,5%
Αλκοολισμός	-	-	5	0,6%	15	1,5%
Διαταραχές άγχους-πανικού	-	-	20	2,5%	73	7,2%
Άλλες παθήσεις	110	11,5%	64	7,9%	154	15,2%
Πιστοποιητικά υγείας για διάφορες υπηρεσίες	-	-	27	3,3%	174	17,1%
<b>Σύνολο</b>	<b>954</b>	<b>100%</b>	<b>811</b>	<b>100%</b>	<b>1.015</b>	<b>100%</b>

**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από τον Πίνακα 10 παρατηρούμε ότι κατά τη διάρκεια και των τριών ετών το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στη διαγνωστική ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών (κατάθλιψη), με αμέσως επόμενη τις ψυχώσεις. Το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στη διαγνωστική ομάδα του αλκοολισμού και ακολουθούν οι διαταραχές άγχους και πανικού.

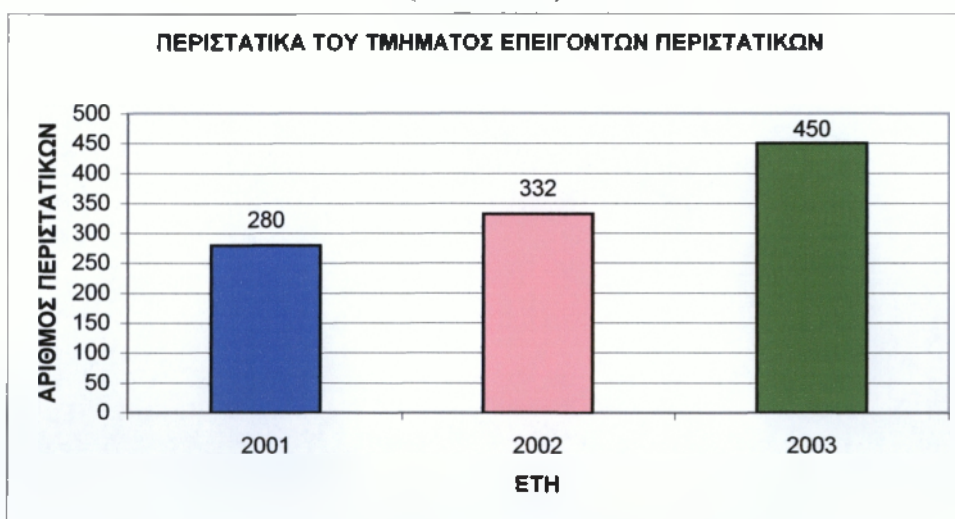


## 2.5. ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»

### 2.5.1. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών υπάρχει ένας εφημερεύων ιατρός. Στο επόμενο Ραβδόγραμμα φαίνεται ο αριθμός των περιστατικών που επισκέφτηκε το Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών.

**Ραβδόγραμμα 3:** Ο αριθμός των περιστατικών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (2001-2003).



**Πηγή:** Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Από το Ραβδόγραμμα 3 παρατηρούμε ότι η κίνηση των Επειγόντων Περιστατικών είναι συνεχώς αυξανόμενη κατά την τριετία 2001-2003. Αυτό ίσως να οφείλεται στην παρουσίαση περισσότερων ψυχικών προβλημάτων στον πληθυσμό.

## **2.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Η Κοινωνική Υπηρεσία άρχισε τη λειτουργία της στις 29 Αυγούστου 1978 και βρίσκεται στο ισόγειο του νοσοκομείου. Στην Κοινωνική Υπηρεσία εργάζονται πέντε (5) Κοινωνικοί Λειτουργοί, από τις οποίες τρεις είναι μόνιμες και δύο (2) είναι αποσπασμένες. Οι ασθενείς που επισκέπτονται την Κοινωνική Υπηρεσία είναι παιδιά έφηβοι και ενήλικες, οι οποίοι είναι εξωνοσοκομειακοί και ενδονοσοκομειακοί (από διάφορες Κλινικές του νοσοκομείου).

Ο σκοπός λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η συμβολή στην πρόληψη και η αντιμετώπιση συναισθηματικών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται σε άτομα ή ομάδες ατόμων εξαιτίας διατάραξης της σωματικής τους υγείας ή οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντός τους και δυσχεραίνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία της διαταραχής και την αποκατάστασή τους.

Η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με την αντιμετώπιση περιστατικών βίας και ξυλοδαρμού, εγκαταλελειμμένων και άστεγων ατόμων, άγαμης μητέρας, νεογνών στα αζήτητα, θανάτων εγκαταλελειμμένων ατόμων κ.α.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός που μπαίνει στο χώρο του ασθενούς, όπου αυτός κινείται (σπίτι, γειτονιά κ.λ.π.) για να συλλέξει στοιχεία, έτσι ώστε να κατανοήσει τις οικογενειακές, τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος και τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ασθενούς και να μπορέσει να θεραπεύσει τη διαταραχή του. Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός ενημερώνει την οικογένεια του ασθενούς για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και για τη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθείται. Αυτό γίνεται για την επιτυχή και βαθμιαία επανένταξη του ασθενούς και τον επαναπροσδιορισμό των ρόλων και των τρόπων μεταξύ του πάσχοντα και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντός του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί να βελτιώσει τις σχέσεις μεταξύ της οικογένειας και του ασθενούς, να αποκτήσει ο ασθενής σχετική με τα προβλήματα γνώση, να προσαρμόσει τον ασθενή στο οικογενειακό και ευρύτερα κοινωνικό περιβάλλον του, να αναπτύξει στον ασθενή την ικανότητα για την επίλυση προβληματικών καθημερινών καταστάσεων και να του προσφέρει υποστηρικτική εργασία. Ο κύριος στόχος της εργασίας αυτής είναι ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να εμφυσήσει στον ασθενή το συναίσθημα της ανεξαρτησίας, της ατομικότητας, της ευθύνης, της επιτυχίας αλλά και τη διάθεση για τη λύση προβλημάτων.

## **2.7. ΓΡΑΦΕΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Το Γραφείο των Ψυχολόγων άρχισε να λειτουργεί τον Ιούνιο του 1986, το οποίο δεν βρίσκεται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά βρίσκεται στο ισόγειο του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα» επί της οδού Αθανασάκη 18. Στο Γραφείο των Ψυχολόγων εργάζονται τρεις (3) Ψυχολόγοι. Οι ασθενείς που επισκέπτονται το Γραφείο των Ψυχολόγων είναι από τριών (3) μέχρι εβδομήντα πέντε (75) χρονών, οι οποίοι προέρχονται από τους Νομούς όλης της Θεσσαλίας, τους Νομούς Φθιώτιδας, Φωκίδας και Γρεβενών καθώς μπορεί να είναι και ενδονοσοκομειακοί ασθενείς (από διάφορες Κλινικές του νοσοκομείου).

Ο σκοπός λειτουργίας του Γραφείου Ψυχολόγων είναι η μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων που επισκέπτονται το Γραφείο, η πρόληψη και η αντιμετώπιση παθολογικών συμπεριφορών, καθώς και η εξυπηρέτηση τυχόν αναγκών που προκύπτουν από τις υπόλοιπες Κλινικές του νοσοκομείου στα πλαίσια της Διασυνδετικής.

Οι δραστηριότητες των Ψυχολόγων είναι οι εξής:

1. Ψυχολογική κλινική εξέταση ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ή που παραπέμπονται από αυτό.
2. Υποστηρικτική, Συμβουλευτική, Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και Θεραπεία.
3. Πραγματοποίηση νοομετρικών δοκιμασιών με *IQ tests (WISC, WAIS, RAVEN)*, προβλητικών δοκιμασιών (*Rorschach*), και δοκιμασιών προσωπικότητας (*MMPI*).
4. Πραγματοποίηση ομιλιών που στόχο έχουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα που αφορούν την Ψυχική Υγεία.
5. Πραγματοποίηση μαθημάτων στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου.

## **2.8. ΓΡΑΦΕΙΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Στον Ψυχιατρικό Τομέα του νοσοκομείου λειτουργεί και Γραφείο Λογοθεραπείας, το οποίο δεν βρίσκεται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά βρίσκεται στο ισόγειο του Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα» επί της οδού Αθανασάκη 18. Στο Γραφείο Λογοθεραπείας εργάζεται μία (1) Λογοθεραπεύτρια, η οποία όμως έχει πάρει μακρόχρονη άδεια τοκετού και λοχείας. Γι' αυτό το λόγο δεν μπόρεσα να συλλέξω στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία του Γραφείου Λογοθεραπείας.

## 2.9. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ



Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.

### 2.9.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου βρίσκεται επί της οδού Νικοτσάρα 20. Είναι αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο», είναι αυτοδιοικούμενη και έχει μερική διοικητική αυτοτέλεια (δηλαδή στο ΚΨΥ υπάρχει μόνο Διευθυντής, δεν υπάρχει Υποδιευθυντής, Τμηματάρχες και Προϊστάμενοι). Επιπλέον είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και λειτουργεί από το Μάρτιο του 1988 στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ.

Το ΚΨΥ Βόλου λειτουργεί καθημερινά (το απόγευμα γίνονται προγραμματισμένα ραντεβού και το σαββατοκύριακο εφημερεύει για τα περιστατικά του ΚΨΥ και του Ξενώνα «Φιλύρα»)

Το ΚΨΥ Βόλου είναι ένα διώροφο κτίριο με άνετους χώρους. Αναλυτικότερα: Στο υπόγειο του Κέντρου υπάρχει μία (1) αίθουσα κεραμικής, μία (1) αίθουσα ζωγραφικής και ένα (1) γυμναστήριο για τη διευκόλυνση των δραστηριοτήτων των ατόμων του Τμήματος Αποκατάστασης.

Στον πρώτο όροφο υπάρχει ένας μεγάλος χώρος υποδοχής για το κοινό, δεκατρία (13) γραφεία για το προσωπικό του ΚΨΥ, ένα (1) κυλικείο-κουζίνα και ένα (1) *WC*.

Στον δεύτερο όροφο υπάρχει μία (1) αίθουσα ψυχοθεραπείας, μία (1) αίθουσα βιβλιοθήκη και μία (1) αίθουσα συνεδριάσεων, δύο (2) γραφεία και ένα (1) *WC*.

### 2.9.2. ΣΚΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου έχει ως αποστολή του την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στα πλαίσια της κοινότητας που λειτουργεί. Προσφέρει ψυχιατρική φροντίδα σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια, προσφέρει επιστημονική βοήθεια για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή και η εργασία τους στην κοινότητα και η αποδοχή τους από αυτή.

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

Το ΚΨΥ Βόλου εφαρμόζει τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η οποία στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα. Για τον στόχο αυτό χρησιμοποιούνται όλοι οι διαθέσιμοι πόροι, δυνάμεις και τεχνικές που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά ασθενή στην κοινότητά του.

Ένα σημαντικό τμήμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι η Προληπτική Ψυχιατρική που αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων που:

- 1) Μειώνουν την επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα (πρωτογενής πρόληψη).
- 2) Μειώνουν την διάρκεια της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (δευτερογενής πρόληψη) με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και θεραπεία περιπτώσεων.
- 3) Μειώνουν την έκπτωση της λειτουργικότητας που προέρχεται από την χρονιότητα της νόσου (τρίτογενής πρόληψη).

### **2.9.3 ΤΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Για την εκπλήρωση των στόχων του ΚΨΥ Βόλου λειτουργούν τρία (3) τμήματα, το Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα και τον τελευταίο χρόνο το Τμήμα Συμβουλευτικής και Διασύνδεσης, το οποίο είναι μετεξέλιξη του Τμήματος Αποκατάστασης.

#### **1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Το αντικείμενο του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι ότι ασκείται προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο σε ενήλικες κατοίκους του Νομού Μαγνησίας. Πραγματοποιείται με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εντός και εκτός του ΚΨΥ Βόλου.

**Οι δραστηριότητες του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι:**

- Ψυχιατρικές συνεντεύξεις.
- Ατομικές ψυχοθεραπείες.
- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.
- Θεραπεία ζευγαριών.
- Ατομικές συμβουλευτικές θεραπείες.
- Ατομικές υποστηρικτικές θεραπείες.
- Ψυχοεκπαιδευτική ομάδα συγγενών σχιζοφρενών.
- Επισκέψεις στο σπίτι.
- Φαρμακοθεραπείες.
- Ενεσοθεραπείες.
- Εργοθεραπεία.
- Διασύνδεση με το Γηροκομείο.
- Συνεργασία με το Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων (ΑΣΚΑ) Κασσαβέτειας.
- Συνεργασία με διάφορους φορείς της κοινότητας για ανίχνευση και πρόληψη ψυχοπαθολογίας.
- Ομιλίες στην κοινότητα για ενημέρωση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας.

**Οι στόχοι του Ψυχιατρικού Τμήματος είναι:**

- Η έγκαιρη ανίχνευση ψυχοπαθολογίας.
- Η παραμονή των ασθενών στην οικογένεια και στην κοινότητα και αποφυγή των εισαγωγών σε κλειστά τμήματα.
- Η ευαισθητοποίηση και η στήριξη ομάδων πληθυσμού υψηλού κινδύνου.
- Οι θεραπείες ψυχιατρικών διαταραχών.
- Η υποστήριξη ατόμων στην αντιμετώπιση προβλημάτων γάμου, σχέσεων γονέων-παιδιών και γεγονότων καθημερινής ζωής.

## **2. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

**Το αντικείμενο του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος** είναι ότι ασκείται προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο σε ανήλικους κατοίκους του Νομού Μαγνησίας. Πραγματοποιείται με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εντός και εκτός του ΚΨΥ Βόλου.

**Οι δραστηριότητες του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος είναι:**

- Παιδοψυχιατρικές συνεντεύξεις.
- Ψυχοκοινωνικές συνεντεύξεις γονέων.
- Ψυχολογικά *tests*.
- Ατομικές ψυχοθεραπείες παιδιών.
- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.
- Λογοθεραπεία.
- Επισκέψεις στο σπίτι.
- Επισκέψεις στα σχολεία.
- Ατομικά ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα.
- Συνεργασία με το Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Αρρένων Βόλου.
- Συνεργασία με το Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων (ΑΣΚΑ) Κασσαβέτειας.
- Παρεμβάσεις σε σχολεία του Νομού σε τρία επίπεδα (καθηγητές, μαθητές, γονείς).
- Συνεργασία με Ιδρύματα και Υπηρεσίες Πρόνοιας της περιοχής.
- Ομιλίες στην κοινότητα για ενημέρωση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

**Οι στόχοι του Παιδοψυχιατρικού τμήματος είναι:**

- Η έγκαιρη ανίχνευση ψυχοπαθολογίας.
- Η συμβουλευτική βοήθεια σε θέματα διαπαιδαγώγησης παιδιών και εφήβων.
- Η ανίχνευση και αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών και άλλων αναπτυξιακών προβλημάτων (λόγου, νοητικής καθυστέρησης, λειτουργικότητας κ.λ.π.).
- Οι θεραπείες παιδοψυχιατρικών διαταραχών.

### 3. ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Μέχρι πριν ένα χρόνο στο ΚΨΥ Βόλου λειτουργούσε το Τμήμα Αποκατάστασης.

**Οι δραστηριότητες του Τμήματος Αποκατάστασης ήταν οι εξής:**

- Ημερήσιο Θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε:
  1. Κεραμική.
  2. Ομάδα Αμοιβόμενης Εργασίας.
  3. Ομάδα Κοινωνικών Θεμάτων και Επικαιρότητας.
  4. Πρόγραμμα Συμπλήρωσης Βασικής Παιδείας (ομαδικό).
  5. Θεατρική Ομάδα.
- Πρόγραμμα Άθλησης (σε συνεργασία με τον Αθλητικό Οργανισμό Δήμου Βόλου).
- Διασυνδέσεις με την κοινότητα (ΟΑΕΔ, Γηροκομείο κ.λ.π.).
- Διασυνδέσεις με κοινωνικές εταιρείες και συνεταιριστικές κινήσεις αποκατάστασης χρόνιων ψυχικά ασθενών σε πανελλήνια και ευρωπαϊκή κλίμακα, οι οποίες περιλαμβάνουν επισκέψεις, συμμετοχή σε κοινές εκδηλώσεις, ανταλλαγή τεχνογνωσίας κ.λ.π.
- Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης στα πλαίσια κοινοτικών προγραμμάτων.
- Συγκεντρώσεις ομάδων.
- Ατομικές συναντήσεις (*Follow up*, εργοθεραπευτικές αξιολογήσεις κ.λ.π.).
- Ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη.
- Βοήθεια στη διαχείριση κοινωνικών θεμάτων των ασθενών.
- Εκπαίδευση.
- Κοινωνική Λέσχη, η οποία λειτουργούσε με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών και περιελάμβανε:
  1. Αυτοδιαχειριζόμενο κυλικείο.
  2. Ψυχαγωγικά παιχνίδια, μουσική.
  3. Προβολή επιλεγμένων ταινιών VIDEO.
  4. Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.
  5. Πολιτιστικές και επιμορφωτικές επισκέψεις.

#### **4. ΤΜΗΜΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ**

Τον τελευταίο χρόνο, όμως, το Τμήμα Αποκατάστασης του ΚΨΥ έχει μετεξελιχθεί και ονομάζεται Τμήμα Συμβουλευτικής και Διασύνδεσης.

Το αντικείμενο του Τμήματος είναι το εξής:

- A. Συμβουλευτική και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, δηλαδή γίνεται:
1. Αξιολόγηση του βαθμού κοινωνικής επανένταξης του ατόμου και συνεχή υποστήριξη στην διαμόρφωση και την τήρηση του ατομικού θεραπευτικού σχεδιασμού σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.
  2. Παρέμβαση για την επίλυση προνοιακών θεμάτων.
  3. Μέριμνα για την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών μέσω της παραπομπής τους σε συνεργαζόμενους αρμόδιους φορείς (συνεργασία, καθοδήγηση των ασθενών για την χρήση άλλων υπηρεσιών και υποστήριξη στον χώρο εργασίας).
- B. Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας, δηλαδή γίνεται:
1. Διαχείριση αιτημάτων από την κοινότητα (συνεργασίες, ομιλίες κ.λ.π.).
  2. Υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης για την ψυχική υγεία στην κοινότητα (σχολεία, υπηρεσίες, σύλλογοι κ.λ.π.).
  3. Διασύνδεση και υποστήριξη άλλων αποκαταστασιακών δομών ψυχικής υγείας (Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες», Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα»).



## 2.9.4. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο Κ.Ψ.Υ. Βόλου απασχολούνται είκοσι τρία (23) άτομα με τις παρακάτω ειδικότητες:

Πίνακας 12: Το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Ειδικότητα	Οργανικές Θέσεις	2002	2003	2004
Ψυχίατροι Επιμελητές Α' & Επιμελητές Β'	4	4	4	4
Παιδοψυχίατρος Επιμελητής Α'	2	1	1	1
ΠΕ Ψυχολόγος	4	3	3	3
ΠΕ Λογοθεραπευτής	1	-	-	-
ΠΕ Ειδικός Παιδαγωγός	1	-	-	-
ΠΕ Εκπαιδευτικός	1	-	-	-
ΤΕ Κοινωνικός Λειτουργός	4	5	5	5
ΤΕ Επισκέπτης Υγείας	3	3	3	3
ΤΕ Εργοθεραπευτής	1	1	1	1
ΤΕ Νοσηλεύτης	1	1	2	2
ΤΕ Διοίκηση Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας	1	1	-	-
ΤΕ Διοικητικός-Λογιστικός	2	2	2	2
ΥΕ Επιμελητής	1	1	1	1
ΥΕ Καθαρίστρια	1	1	1	1
<b>Σύνολο</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Από τον Πίνακα 12 παρατηρούμε ότι με βάσει τις οργανικές θέσεις του ΚΨΥ Βόλου δεν υπάρχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις ειδικότητες της Λογοθεραπείας, της Ειδικής Παιδαγωγικής και του Εκπαιδευτικού. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη Παιδοψυχίατρου, Ψυχολόγου και Διοικητικού Υπαλλήλου. Τέλος, στο Κέντρο υπάρχουν πέντε Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ οι οργανικές θέσεις είναι τέσσερις και δύο Νοσηλεύτες, ενώ η οργανική θέση είναι μία.

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ένα ΚΨΥ είναι ο εξής:

**Ο Ψυχίατρος** που εργάζεται στην Κοινοτική Ψυχιατρική έχει δύο επίπεδα εργασίας όπου θα επικεντρωθεί: το επίπεδο του ατόμου που ζητά βοήθεια και παρουσιάζει κλινικό πρόβλημα και το επίπεδο της ίδιας κοινότητας, όπου ο Ψυχίατρος εργάζεται, με την έννοια της συμμετοχής του στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας.

Η επιτυχημένη εργασία ενός Κοινοτικού Ψυχίατρου συναρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την ίδια τη στάση προς την κοινότητα και τις ικανότητές του. Θα πρέπει να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας π.χ. τι θα γίνει αν ένας ασθενής κρατηθεί στην κοινότητα και αυτοκτονήσει; Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός Ψυχίατρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου

της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβει.

Η ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον κοινοτικό Ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις.

Η συμμετοχή του Ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ είναι ουσιαστική. Εργάζεται στα επίπεδα: 1) της διερεύνησης των ποικίλων τύπων των ψυχολογικών διεργασιών του ασθενή του Κέντρου με τη χρήση των ψυχομετρικών τεστ κ.τ.λ., 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένειά του και 3) της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης.

Η κλινική εμπειρία του Ψυχολόγου συνεισφέρει στην πληρέστερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός ασθενή και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής. Η συνεισφορά, τέλος, του Ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό-ψυχολογικό περιεχόμενο (επκείμενο διαζύγιο στο ζευγάρι), ή και όχι αναγκαστικά ψυχιατρικό, είναι μοναδική, αφού έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατροποίηση του προβλήματος, η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του.

Και στην περίπτωση της εργασίας του Ψυχολόγου υπάρχει επικάλυψη με την εργασία του Ψυχιάτρου και λιγότερο με του Κοινωνικού Λειτουργού, αφού και οι τρεις, έπειτα από ειδική εκπαίδευση, μπορούν να αναλαμβάνουν περιπτώσεις για ψυχοθεραπεία ή να εργάζονται στο συμβουλευτικό επίπεδο.

**Ο Κοινωνικός Λειτουργός** εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινοτικών, πολιτιστικών παραγόντων) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της ψυχικής ασθένειας. Για παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια (άμεσα και έμμεσα), με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικοί φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και άλλους οργανισμούς). Παρεμβαίνει μαζί με τον Ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τις οικογενειακές σχέσεις όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος.

Εργάζεται με την κοινότητα για την αποτελεσματική υποστήριξη των ασθενών χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης (πρόληψη ψυχικής ασθένειας) και στις συγκεντρώσεις της ΕΨΥ (Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής). Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΨΥ. Τέλος ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων «περιπτώσεων». Μέσα από ειδική εκπαίδευση, ο Κοινωνικός Λειτουργός ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

**Ο Επισκέπτης Υγείας** είναι το βασικό στέλεχος της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Εργάζεται με τον ασθενή και την κοινότητα.

1. Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητάς τους από πλευράς αερισμού και φωτεινότητας. Είναι γνωστό πως πολλοί ψυχωσικοί διαμένουν σε τρώγλες κάτω από τραγικές συνθήκες.
2. Ελέγχει την κατάσταση του ασθενούς από πλευράς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον Ψυχίατρο και την οικογένεια του ασθενούς πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του ασθενούς.

3. Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο ασθενής π.χ. τις υπηρεσίες του προστατευμένου εργαστηρίου, του μετανοδοκομειακού Ξενώνα, του τμήματος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας κ.λ.π. Ο Επισκέπτης Υγείας επισκέπτεται το προσωπικό που είναι επιφορτισμένο με τον ασθενή το οποίο τον ενημερώνει για τη νοσηλευτική και ψυχιατρική του κατάσταση στην κοινότητα, ενώ παράλληλα συμμετέχει στον προγραμματισμό της αποκατάστασής του.
4. Συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και την ΕΨΥ, όπου μπορεί να συνδυάζει το γνωστικό του αντικείμενο (Δημόσια Υγιεινή) με την εξειδίκευσή του στην ψυχική υγιεινή, π.χ. να αναπτύξει ομάδες κατοίκων με εκπαιδευτικό στόχο, θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας, όπως είναι το κάπνισμα και οι βλαβερές του συνέπειες, η ατομική καθαριότητα, η πρόληψη του καρκίνου, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η αντισύλληψη.
5. Συμμετέχει στο πρόγραμμα ανίχνευσης «περιπτώσεων» από κοινού με τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον Ψυχίατρο.
6. Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΨΥ.

Για τους **Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς και Επισκέπτες Υγείας** που εργάζονται στην κοινότητα υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν εμπόδια στην αποδοτικότητά τους.

1. **Η επιδεξιότητα της επαφής:** η τέχνη να κάνεις επιτυχημένη επαφή με το άτομο που επισκέπτεται το ΚΨΥ και ζητά βοήθεια για ατομικό ή οικογενειακό πρόβλημα, ή με τον εκπρόσωπο ενός κοινοτικού φορέα ή οργάνωσης ή αρχής που δεν έχει προηγουμένως ευαισθητοποιηθεί στα θέματα ψυχικής υγείας απαιτεί λεπτούς χειρισμούς, η κατανόηση των οποίων είναι θέμα εκπαίδευσης και πείρας. Η θέση του ειδικού που κάνει τις επαφές είναι λεπτή, δεν πρέπει να θίγει με κανένα τρόπο αυτόν που έχει το πρόβλημα ή να του δίνει έμφαση και μεγαλύτερη έκταση. Από την άλλη πλευρά, η επαφή με έναν κοινοτικό εκπρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα μήνυμα σαφές για τα όρια των δυνατοτήτων των μελών του ΚΨΥ και το πεδίο δράσης του κοινοτικού εκπροσώπου.
2. **Η επικάλυψη:** η επικάλυψη αρμοδιοτήτων είναι ένα χρόνιο πρόβλημα που οξύνεται από επαγγελματικές και συνδικαλιστικές διεκδικήσεις και αντιθέσεις. Είναι αλήθεια ότι υπάρχει ένα ποσοστό επικάλυψης στη δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού με τη δουλειά του Επισκέπτη Υγείας, ιδιαίτερα στο έργο της κοινοτικής παρέμβασης ή του συντονισμού των υπηρεσιών. Κάθε εμπόδιο μπορεί να ξεπεραστεί με το ποσοτικό μοίρασμα της ευθύνης για το έργο μεταξύ των Επισκεπτών Υγείας και των Κοινωνικών Λειτουργών και την ισότιμη συνεργασία τους σε τομείς όπου υπάρχει παράλληλη εργασία.

**Ο Εργοθεραπευτής** στο ΚΨΥ είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει:

1. Την άσκηση των χρονίων ασθενών σε δεξιότητες τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής ασθένειας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ (οι δεξιότητες αυτές προσφέρουν τη δυνατότητα ανεξάρτητης και αυτονομίας στο άτομο, ώστε να γίνει παραγωγικό και ανεξάρτητο).
2. Τη φροντίδα για τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους μέσα από την ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία.

3. Την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.
4. Το γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης (συνθήκες διαμονής, εργασιακές σχέσεις).

Ο Εργοθεραπευτής στοχεύει: 1) στην επίτευξη της ατομικής ανεξαρτητοποίησης του ασθενή, ώστε λειτουργικά να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται, 2) στην εργασιακή αποκατάσταση και 3) στην κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες.

Ο Εργοθεραπευτής εργάζεται στο τμήμα αποκατάστασης του ΚΨΥ. Οργανώνει και διευθύνει την κοινωνική θεραπευτική λέσχη που κοινωνικοποιεί και ψυχαγωγεί τα μέλη της. Ο Εργοθεραπευτής εργάζεται επίσης στο προστατευμένο εργαστήριο, που εδρεύει μέσα ή έξω από το ΚΨΥ. Συνεργάζεται στενά με τον Ψυχίατρο και τον Κοινωνικό Λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική κατάσταση του ασθενή και με τον Ψυχολόγο του επαγγελματικού προσανατολισμού για τη συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενή. Τέλος ο Εργοθεραπευτής είναι επιφορτισμένος με τις επαφές με πιθανούς εργοδότες ή βιοτέχνες, ώστε να προσληφθεί ο ασθενής του ΚΨΥ ή να συναφθεί κάποια συμφωνία στο πλαίσιο της ανάθεσης εργασίας, που θα αποφέρει οικονομικό όφελος στον ασθενή στο πλαίσιο της προστατευμένης εργασίας.

Η προσφορά του Εργοθεραπευτή στο ΚΨΥ είναι μοναδική, αφού η εργοθεραπεία υπηρετεί το στόχο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης της ψυχικής ασθένειας.

**Ο Νοσηλευτής** ως μέλος της Ομάδας Ψυχικής Υγείας του ΚΨΥ εργάζεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα στους ακόλουθους τομείς:

1. Στην κλινική/φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς και την παρακολούθησή του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες. Εδώ εντάσσεται και η συμμετοχή του Νοσηλευτή στη διαχείριση του μικρού φαρμακείου και της διατήρησης της συμμόρφωσης του ασθενούς στην αγωγή με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.
2. Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά ασθενή με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
3. Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων.
4. Στη νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας που μπορεί να υπάρξει σε ένα ΚΨΥ.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας του είναι:

- Να συμμερίζεται την κοινή ιδεολογία της ομάδας.
- Να κάνει καλή επαφή και θεραπευτική προσέγγιση.
- Να γνωρίζει καλή κλινική ψυχοπαθολογία-νοσολογία.
- Να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους στον τομέα του ή στον ιατρικό τομέα.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Μ. Μαδιανός, *Κοινωνική Ψυχιατρική. Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτη, Αθήνα 2000, σ. 151-159.

## **2.9.5. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Η λειτουργία του ΚΨΥ Βόλου ξεκινά με τη χρήση του *INTAKE* (η πρώτη επαφή του ασθενή με το ΚΨΥ και η καταγραφή του περιστατικού), που λαμβάνεται από κάποιο άτομο του Επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου και περιλαμβάνει μερικές απλές πληροφορίες για τον ασθενή. Αν ο ασθενής είναι παιδί ή έφηβος (μέχρι 17 χρόνων και εφόσον επικοινωνεί γι' αυτό πρόσωπο της στενής του οικογένειας) καταγράφεται σαν περιστατικό του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, αν είναι ενήλικας (πάνω από 18 χρόνων και εφόσον επικοινωνεί ο ίδιος, εργάζεται ή ζει μόνος του) τότε καταγράφεται σαν περιστατικό του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων.

Στη συνέχεια, όλα τα *INTAKES* της εβδομάδας συλλέγονται και συζητούνται στις ομάδες προσωπικού των δύο τμημάτων, που συνεδριάζουν μία φορά την εβδομάδα. Στην ομάδα των ενηλίκων αποφασίζεται ανάλογα με το αίτημα, ποιος θα είναι ο επαγγελματίας που θα κάνει την πρώτη επαφή με τον ασθενή. Στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα ακολουθείται συγκεκριμένη διαγνωστική διαδικασία, που ξεκινά με τη λήψη του ψυχοκοινωνικού ιστορικού από τους γονείς και συνεχίζεται με τις ψυχοκοινωνικές δοκιμασίες και τις παιδοψυχιατρικές συνεντεύξεις του παιδιού ή του εφήβου.

Στο Τμήμα των Ενηλίκων, εφόσον ολοκληρωθεί η αρχική διερεύνηση και εκτίμηση των δεδομένων του περιστατικού, επανέρχεται προς συζήτηση στην ομάδα του προσωπικού και αποφασίζεται η συνέχιση της διαγνωστικής ή θεραπευτικής παρέμβασης, κατά περίπτωση. Το ίδιο γίνεται και στην ομάδα του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, μετά την ολοκλήρωση της διαγνωστικής διαδικασίας, για την επιλογή του είδους της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η διαγνωστική κατάταξη των ασθενών γίνεται με το διαγνωστικό ταξινομητικό σύστημα DSM III-R και το διαγνωστικό σύστημα ICD-10.

## **2.9.6. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΠΑΣΧΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Ο ψυχικές διαταραχές από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς που επισκέπτονται το ΚΨΥ Βόλου είναι οι εξής:

Οι ενήλικες του Ψυχιατρικού Τμήματος πάσχουν από:

1. Σχιζοφρένεια
2. Ψυρώσεις
3. Νευρώσεις
4. Μανιοκατάθλιψη
5. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
6. Φοβίες
7. Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση
8. Διαταραχές προσωπικότητας
9. Διαταραχές συμπεριφοράς
10. Καταθλιπτικές διαταραχές

Επιπλέον στους ενήλικες του Ψυχιατρικού Τμήματος γίνονται:

1. *Tests* νοημοσύνης και προσωπικότητας
2. *Tests* ανίχνευσης ψυχοπαθολογίας

Τα παιδιά και οι έφηβοι του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος πάσχουν από:

1. Ψυχοκοινωνικές διαταραχές ανάπτυξης
2. Διαταραχές ανάπτυξης
3. Διαταραχές διαγωγής
4. Διαταραχές λόγου
5. Νυχτερινή ενούρηση
6. Μαθησιακές δυσκολίες
7. Παιδικές Ψυχώσεις

### **2.9.7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Από το 1988-2004 ο συνολικός αριθμός των περιστατικών (*INTAKES*) που έχουν επισκεφτεί το ΚΨΥ Βόλου είναι: 4.115 Ενήλικες και 2.953 Παιδιά και Έφηβοι.

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφεται, ενδεικτικά για τα έτη 2002-2003, ο αριθμός περιστατικών (*INTAKES*) και ο αριθμός Θεραπευτικών Πράξεων για τα έτη 2002-2003.

**Πίνακας 13:** Αριθμός περιστατικών (*INTAKES*) και Θεραπευτικών Πράξεων (Ραντεβού) για τα έτη 2002-2003.

	<b>2002</b>	<b>2003</b>
<b>Αριθμός περιστατικών (<i>INTAKES</i>)</b>		
<b>Ενήλικες</b>	375	280
<b>Παιδιά &amp; Έφηβοι</b>	226	195
<b>Σύνολο</b>	<b>601</b>	<b>475</b>
<b>Αριθμός Θεραπευτικών Πράξεων (Ραντεβού)</b>		
<b>Τμήμα Ενηλίκων</b>	4.984	5.193
<b>Παιδοψυχιατρικό Τμήμα</b>	1.521	1.746
<b>Τμήμα Αποκατάστασης</b>	513	734
<b>Σύνολο</b>	<b>7.018</b>	<b>7.673</b>

Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Από τον Πίνακα 13 παρατηρούμε ότι το 2003 υπάρχει μία μείωση 126 περιστατικών, τα οποία επισκέφτηκαν το ΚΨΥ Βόλου για πρώτη φορά, σε σύγκριση με το 2002. Συγκεκριμένα το 2003 επισκέφτηκαν το Κέντρο για πρώτη φορά ενενήντα πέντε (95) περιστατικά Ενηλίκων και τριάντα ένα (31) περιστατικά Παιδιών και Εφήβων λιγότερα από ότι το έτος 2002.

Παρόλο του μικρότερου αριθμού περιστατικών (*INTAKES*) που επισκέφτηκαν για πρώτη φορά το Κέντρο κατά το έτος 2003 σε σύγκριση με το έτος 2002, παρατηρείται ότι το 2003 πραγματοποιήθηκαν 655 περισσότερες Θεραπευτικές Πράξεις απ' ότι το 2002. Συγκεκριμένα το 2003 πραγματοποιήθηκαν 209 Θεραπευτικές Πράξεις (Ραντεβού) περισσότερες στο Τμήμα Ενηλίκων, 225 στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα και 221 στο Τμήμα Αποκατάστασης, σε σύγκριση με το έτος 2002.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι το έτος 2002 πραγματοποιήθηκαν περίπου 11,5 φορές περισσότερες Θεραπευτικές Πράξεις (ραντεβού) απ' ότι ήταν τα περιστατικά που επισκέφτηκαν για πρώτη φορά το ΚΨΥ Βόλου. Κατά το έτος 2003 πραγματοποιήθηκαν περίπου 16 φορές περισσότερες Θεραπευτικές Πράξεις απ' ότι ήταν τα περιστατικά που επισκέφτηκαν για πρώτη φορά το Κέντρο.

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο ΚΨΥ Βόλου επισκέπτονται το Κέντρο περισσότερες ενήλικες γυναίκες, με υπεροχή 3%-4% κατά προσέγγιση έναντι των ενηλίκων ανδρών. Ακόμη επισκέπτονται το ΚΨΥ περισσότερα ανήλικα αγόρια, με υπεροχή 6%-7% κατά προσέγγιση έναντι των ανήλικων κοριτσιών.

Στη προσπάθεια ανάλυσης του παραπάνω γεγονότος, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι ενήλικες γυναίκες εμπιστεύονται περισσότερο το ΚΨΥ απ' ότι οι ενήλικες άνδρες. Αυτό όμως είναι σχετικό. Δεδομένου πως οι γυναίκες είναι αυτές που κατά κύριο λόγο στην Ελληνική οικογένεια μένουν περισσότερο στο σπίτι, είναι φυσικό, λοιπόν, να ενημερώνονται περισσότερο σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας και σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην πόλη τους. Επίσης, τις περισσότερες φορές οι μητέρες είναι αυτές που ασχολούνται με το σχολείο των παιδιών και έτσι μέσω των προγραμμάτων που ανέπτυξε το ΚΨΥ στα σχολεία της περιοχής ήρθαν σε επαφή μαζί του.

Εξάλλου οι γυναίκες από τη φύση τους είναι πιο συναισθηματικές και γι' αυτό το λόγο φορτίζονται περισσότερο. Η σύγχρονη εποχή γεμίζει με άγχος τη γυναίκα, η οποία έχει πολλαπλούς ρόλους (εργαζόμενη, νοικοκυρά, σύζυγος, μητέρα). Ο ρυθμός της ζωής της την γεμίζει με άγχη τα οποία δεν ξεπερνιούνται τόσο εύκολα.

Σε αντίθεση με αυτά οι άνδρες δεν ενημερώνονται τόσο πολύ για θέματα ψυχικής υγείας αλλά και αν ενημερωθούν δεν ζητούν τόσο εύκολα τη βοήθεια των ειδικών. Αυτό έχει συνυφαστεί με την παλαιόχρονη αντίληψη που θέλει τον άνδρα σαν το πιο ενεργητικό και δυνατό μέλος της οικογένειας. Οι ίδιοι οι άνδρες συχνά δεν εκδηλώνουν τους πραγματικούς τους φόβους και τις περισσότερες φορές δεν δέχονται ή δεν γνωρίζουν στη χειρότερη περίπτωση πως χρειάζονται βοήθεια.

Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία των παιδιών είναι ιδιαίτερη και τελείως διαφορετική από αυτή των ενηλίκων. Συγκεκριμένα στις παιδικές ηλικίες τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα συναισθηματικά έναντι των κοριτσιών και αυτό οφείλεται στο ότι σε αυτή την ηλικία πληροφορούνται και βιώνουν τις διαφορές των δύο φύλων και τον ρόλο που καλούνται να παίξουν στη σύγχρονη κοινωνία. Ένα αγόρι περνάει τη φάση της εφηβείας πολύ πιο επώδυνα αφού πλέον υφίσταται αλλαγές σωματικές και συναισθηματικές ξένες προς αυτό. Σε αυτές τις ηλικίες αρχίζει να καταλαβαίνει τις διαφορές που έχει με τα θηλυκά μέλη της οικογένειας του και αναζητά πια ένα ανδρικό πρότυπο συνήθως τον πατέρα. Λόγω όμως της σύγχρονης ζωής κατά κανόνα οι γονείς και περισσότερο οι πατεράδες λείπουν τον περισσότερο καιρό και δεν βρίσκουν αρκετό χρόνο να ασχοληθούν με τα προβλήματα των παιδιών. Έτσι τα αγόρια βιώνουν καταστάσεις αρκετά δύσκολες γι' αυτά που συνήθως οδηγούν την οικογένεια στην αντίληψη πως το παιδί έχει κάποιο πρόβλημα.

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

## 2.9.8. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το σύνολο και το είδος των παρεμβάσεων του ΚΨΥ Βόλου στην κοινότητα κατά το χρονικό διάστημα από 1 Ιανουαρίου 1993 έως 31 Δεκεμβρίου 2003.

**Πίνακας 14:** Οι παρεμβάσεις του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου στην Κοινότητα κατά τα έτη 1993-2003.

<b>Α) ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>						
	Στο ΚΨΥ Βόλου	Σε σχολεία του Νομού	Σε σχολεία της Περιφέρειας	Οργανωμένες συστηματικές παρεμβάσεις	Σεμινάρια	Σύνολο
Μαθητές	-	1	-	1	-	2
Γονείς	-	4	-	-	-	4
Δάσκαλοι	-	1	3	-	-	4
Σύνολο	-	6	3	1	-	10
<b>Β) ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>						
	Στο ΚΨΥ Βόλου	Σε σχολεία του Νομού	Σε σχολεία της Περιφέρειας	Οργανωμένες συστηματικές παρεμβάσεις	Σεμινάρια	Σύνολο
Μαθητές	8	17	6	7	-	38
Γονείς	12	8	4	-	-	24
Καθηγητές	4	11	6	-	3	24
Σύνολο	24	36	16	7	3	86
Γ) Παρέμβαση με διανομή ενημερωτικού επιστημονικού εντύπου και συνεργασία στο χώρο των σχολείων με τους Εκπαιδευτικούς σε Σχολεία του Νομού Μαγνησίας (Δημοτικά, Γυμνάσια και Λύκεια).						94
Δ) Παρεμβάσεις στα ΜΜΕ (συζητήσεις, ομιλίες).						6
Ε) Οργάνωση Ημερίδων, Σεμιναρίων και εκδηλώσεων.						23
ΣΤ) Παρεμβάσεις σε Συλλόγους, Οργανώσεις και Υπηρεσίες (ομιλίες-συνεργασία).						25
Ζ) Παρεμβάσεις της Ψυχιατρικής ομάδας του ΚΨΥ στους φιλοξενούμενους του Γηροκομείου Βόλου.						52
Η) Διαλέξεις-Ενημερωτικές συναντήσεις σε Συλλόγους και Υπηρεσίες του Νομού.						26
Θ) Σεμινάρια των ιατρών του ΚΨΥ σε Γενικούς Ιατρούς για την Ψυχική Υγεία.						9
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>						<b>331</b>

Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.



### **2.9.9. Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Σε σχέση με τη δράση του ΚΨΥ Βόλου στην κοινότητα, υπάρχει ειδική επιτροπή εργαζομένων του ΚΨΥ που διαχειρίζεται τα αιτήματα της κοινότητας και είναι υπεύθυνη για να απαντήσει σε αυτά. Ωστόσο, στην εφαρμογή των προγραμμάτων στην κοινότητα συμμετέχει όλο το προσωπικό του Κέντρου κατά περίπτωση. Επίσης, εκπρόσωπος του Κέντρου συμμετέχει στην Επιτροπή Κοινωνικών Φορέων της περιοχής που έχει συγκροτήσει ο Δήμος Βόλου, και δύο άλλα μέλη του προσωπικού συμμετέχουν στις Υποεπιτροπές Φορέων Τρίτης Ηλικίας και Φορέων Προγραμμάτων Αποκατάστασης. Ειδικά για τα θέματα Τρίτης Ηλικίας, λειτουργεί επίσης Επιτροπή, με μέλη από το προσωπικό του Κέντρου και εκπροσώπους των ΚΑΠΗ της περιοχής, για το σχεδιασμό, οργάνωση και υλοποίηση κοινών προγραμμάτων. Από τη συνεργασία αυτή προήλθε η διοργάνωση Ημερίδας με θέμα «Τρίτη Ηλικία και Ψυχική Υγεία».

Ειδικό πρόγραμμα παρέμβασης στους μαθητές των σχολείων της περιοχής μας σε συνεργασία με την Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση έχει αναπτυχθεί από το 1989. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει συναντήσεις με τους μαθητές ανά δεκαπενθήμερο, στο χώρο του σχολείου, σε ώρα μαθήματος που παραχωρήθηκε στο ΚΨΥ κατά τη διάρκεια όλης της σχολικής χρονιάς. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικά σχολεία της Νέας Ιωνίας για συναγωγή συγκριτικών συμπερασμάτων.

Επίσης πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τους γονείς και τους καθηγητές των μαθητών, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Στόχοι του προγράμματος ήταν η διευκόλυνση της επικοινωνίας των μαθητών μεταξύ τους, η διαπραγμάτευση θεμάτων που τους απασχολούσαν και τέλος η ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, από τις αρχές της λειτουργίας του, το ΚΨΥ Βόλου λειτουργεί ειδικό πρόγραμμα με τα μέλη του Ιδρύματος Αγωγής Ανηλίκων Αρρένων Βόλου και με τη Στέγη Ανηλίκων Βόλου (παιδιά και έφηβοι από 8-17 χρόνων), που περιλαμβάνει ομαδικές συναντήσεις με τα παιδιά και τακτικές συνεργασίες με το προσωπικό των Ιδρυμάτων.

Τακτική επικοινωνία άλλωστε, έχει το ΚΨΥ Βόλου με την Παιδόπολη Αγριάς του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, με αμφίδρομη κατεύθυνση, είτε δηλαδή για θεραπευτική αντιμετώπιση κάποιων μεμονωμένων περιστατικών του Ιδρύματος, είτε για τοποθέτηση και διαμονή παιδιών που παρακολουθούνται στο ΚΨΥ για κάποια περίοδο οικογενειακής τους κρίσης.

Με πρωτοβουλία και ενέργειες του Κέντρου ιδρύθηκε Εταιρεία Φύλων του ΚΨΥ Βόλου, στην οποία συμμετέχουν πολίτες του Νομού με ενδιαφέρον και διάθεση να συμβάλλουν στην προώθηση των θεμάτων ψυχικής υγείας.

Τέλος, εκπρόσωποι του Κέντρου πραγματοποιούν διαλέξεις σε φορείς, υπηρεσίες και ειδικές ομάδες πληθυσμού για θέματα ψυχικής υγείας, εφόσον έχει προηγηθεί από μέρους τους σχετική πρόσκληση. Επίσης το ΚΨΥ με την επιστημονική του ταυτότητα συμμετέχει στην οργάνωση ειδικών προγραμμάτων που υλοποιούνται από άλλους φορείς της κοινότητας (Δήμος Βόλου, Δήμος Νέας Ιωνίας κ.α.).

Στο ΚΨΥ Βόλου λειτουργεί πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης που περιλαμβάνει ομιλίες ειδικών σε διαγνωστικά θέματα, με ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών, βιβλιογραφική ενημέρωση και εισηγήσεις από μέλη του προσωπικού για θέματα αρμοδιότητάς τους και θέματα ιδιαίτερής τους κατάρτισης, παρουσίαση περιστατικών, προβολή VIDEO κ.α.

## **2.9.10. Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»**

Το ΚΨΥ Βόλου από την αρχή σχεδόν της λειτουργίας του, επιδίωξε τη συνεργασία με διάφορα Τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο», με πολλαπλούς στόχους. Έτσι υπάρχει μόνιμη συνεργασία με την Παιδιατρική Κλινική, τη Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας και τη Χειρουργική Κλινική, μέσω του Ογκολογικού της Ιατρείου, ενώ κατά περίπτωση, αναπτύσσεται συνεργασία και με τις άλλες Κλινικές του νοσοκομείου.

Με την Παιδιατρική Κλινική έχει δημιουργηθεί συγκεκριμένο σύστημα παραπομπών με δομημένο ερωτηματολόγιο (με το οποίο γίνεται μία πρώτη παιδοψυχιατρική εξέταση στα νοσηλεύόμενα παιδιά), αφού προηγήθηκε πρόγραμμα ευαισθητοποίησης στα παιδοψυχιατρικά θέματα του προσωπικού της Κλινικής, διάρκειας τριών μηνών.

Σε συνεργασία με τη Μονάδα Μεσογειακής Αναμίας λειτουργούν σε χώρους του ΚΨΥ Βόλου, από το 1989, ομάδες πασχόντων και ομάδες μητέρων των πασχόντων με τη συμμετοχή παιδιάτρου της Μονάδας.

Το πρόγραμμα συνεργασίας με το Ογκολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου περιλαμβάνει συμμετοχή μελών του προσωπικού του Κέντρου σε ομάδα με μέλη του Ιατρείου, για ανταλλαγή απόψεων, προετοιμασία ομάδων ψυχοθεραπευτικής στήριξης καρκινοπαθών, με απώτερο στόχο την πρόληψη της νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών ασθενών της περιοχής μας.

## **2.9.11. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» μέσω του ΚΨΥ Βόλου από τα τέλη του 1993 μέχρι τον Ιούνιο του 1995 υλοποίησε πρόγραμμα με τίτλο «Δημιουργία πρότυπης βιοτεχνικής μονάδας στον τομέα του υποδήματος για ψυχικά πάσχοντες» στα πλαίσια της πρωτοβουλίας *HORIZON II* (1/10/1993-30/9/1994 αρ. εγκρ.: Οικ. 114676/24-5-1993 και 1/10/1994-30/6/1995 αρ. εγκρ.: 181403/10-7-1995). Το πρόγραμμα αυτό έχει ολοκληρώσει το πρώτο του κύκλο που περιελάμβανε εκπαίδευση των εκπαιδευτών σε θέματα ψυχικής υγείας, επαγγελματική κατάρτιση δώδεκα (12) ψυχικά πασχόντων στην κατασκευή του παπουτσιού, αξιολόγηση ικανοτήτων και μόνιμη τοποθέτηση σε τομείς εξειδίκευσης. Η εμπειρία που αποκτήθηκε από την υλοποίηση του προγράμματος είναι τεράστια σε όλους τους τομείς επειδή ακριβώς την κύρια ευθύνη παρακολούθησης είχε η Θεραπευτική Ομάδα του Τμήματος Αποκατάστασης του ΚΨΥ Βόλου. Η εμπειρία αυτή εμπλουτίστηκε με την συχνή επιμόρφωση των μελών της ομάδας από σεμινάρια, διακρατικές συνεργασίες, συμμετοχές σε ευρωπαϊκά δίκτυα κ.λ.π.

Παράλληλα με την υλοποίηση του παραπάνω προγράμματος μέσα στο 1995 και στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 εγκρίθηκε από την ΕΕ και πραγματοποιήθηκε η αγορά κτιρίου και η δημοπράτηση εξοπλισμού για την λειτουργία Ξενώνα και Κέντρου Προ και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ψυχικά πάσχοντες, το οποίο περιλαμβάνει τρία (3) Εργαστήρια (Αυτοματοποίηση Γραφείου, Ραφείο, Γαζωτήριο Υποδημάτων).

Μέσα στο 1997 υποβλήθηκε αίτηση συνδρομής στα πλαίσια της κοινοτικής πρωτοβουλίας *HORIZON-άξονας ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ* για την έγκριση προγράμματος με τίτλο «Δημιουργία πρότυπης βιοτεχνικής μονάδας στον τομέα του υποδήματος για χρόνια ψυχικά πάσχοντες», ώστε να δοθεί η ευκαιρία συνέχισης και ολοκλήρωσης της αρχικής προσπάθειας, για την χρονική περίοδο από 1 Οκτωβρίου 1997 έως 31 Δεκεμβρίου 1999. Το προτεινόμενο πρόγραμμα στόχευε στην ουσιαστική εξασφάλιση κατάρτισης και επαγγελματικής

αποκατάστασης σε ψυχικά πάσχοντες που από μόνοι τους δεν είχαν τα προσόντα για να τα επιτύχουν.

Αυτό συμβαίνει διότι οι ψυχικά πάσχοντες που είναι ικανοί να καταρτιστούν και να εργαστούν έχουν δύο σοβαρά μειονεκτήματα:

1. Είναι σε μεγάλο ποσοστό χωρίς εξειδίκευση και χωρίς εργασιακά προσόντα.
2. Δεν απορροφώνται σε εργασίες λόγω της απροθυμίας και της προκατάληψης των εργοδοτών.

Αυτά τα μειονεκτήματα καταρρίπτονται με την εφαρμογή του προγράμματος που προτάθηκε. Το προτεινόμενο πρόγραμμα περιελάμβανε:

1. Δημιουργία βάσης δεδομένων και της πληροφόρησης σχετικά με την ύπαρξη θέσεων εργασίας.
2. Πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης που αφορά την κατασκευή του υποδήματος (αποτελεί συνέχεια του *HORIZON II*).
3. Δημιουργία συνεταιρισμού απασχόλησης στην κατασκευή και παραγωγή υποδημάτων.
4. Διοργάνωση Ημερίδας για προώθηση της ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης των πολιτών στα προβλήματα των ψυχικά πασχόντων καθώς και στα αποτελέσματα της εφαρμογής του προγράμματος.
5. Έκδοση εγχειριδίων προσαρμοσμένων στις ιδιαιτερότητες των ψυχικά πασχόντων
6. Πρόγραμμα διάχυσης της πληροφόρησης μέσω των ΜΜΕ.

Με την πραγματοποίηση του προτεινόμενου προγράμματος εκτός από τα θετικά αποτελέσματα στην εξασφάλιση εργασιακών προσόντων των ψυχικά πασχόντων και στην επαγγελματική τους αποκατάσταση επιτεύχθηκε και σημαντική βελτίωση στην ψυχιατρική κατάστασή τους γεγονός που επιβεβαιώθηκε από την εφαρμογή του πρώτου κύκλου κατάρτισης (*HORIZON II*).

### **2.9.12. ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**

Το ΚΨΥ Βόλου συμμετείχε σε πέντε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης που υλοποιήθηκαν στα πλαίσια του επιχειρησιακού προγράμματος του Υπουργείου Εργασίας «Καταπολέμηση του Κοινωνικού Αποκλεισμού από την αγορά εργασίας». Φορέας υλοποίησης ήταν το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας (ΚΕΚΑΝΑΜ ΑΕ).

Το ΚΨΥ Βόλου, ως πιστοποιημένος φορέας παροχής Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (ΣΥΥ) συνεργάστηκε με το ΚΕΚΑΝΑΜ στην υλοποίηση των εξής προγραμμάτων καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας κατά την περίοδο 1996:

- Κατάρτιση αποφυλακισμένων σε τουριστικά επαγγέλματα.
- Κατάρτιση Βορειοηπειρωτών στην επεξεργασία πλάκας Πηλίου.
- Κατάρτιση ανήλικων παραβατών στην επισκευή και συντήρηση δικύκλων.
- Κατάρτιση φυλακισμένων στην παρασκευή αρτοσκευασμάτων.
- Κατάρτιση ψυχικά πασχόντων στον αυτοματισμό γραφείου.

Επιπλέον, το 1996, το ΚΨΥ Βόλου συμμετείχε στο ερευνητικό πρόγραμμα «ΔΑΦΝΗ» με θέμα «Βία στην οικογένεια» και στα πλαίσια διακρατικής συνεργασίας με Γερμανούς και Άγγλους επιστήμονες.

### **2.9.13. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το ΚΨΥ Βόλου είναι οι εξής:

1. Έρευνα τρίτης ηλικίας (ψυχοκοινωνικοί παράμετροι).
2. Επιδημιολογική έρευνα για την Ψυχιατρική Νοσηρότητα του πληθυσμού Βόλου-Νέας Ιωνίας, χρηματοδοτούμενη από το Κεντρικό Σύστημα Υγείας (ΚεΣΥ).
3. Έρευνα διαταραχών ύπνου σε παιδιά.
4. Μελέτη εφηβικού πληθυσμού που προσέρχεται στο ΚΨΥ ως προς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.
5. Ανίχνευση της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα ψυχοφάρμακα.
6. Συμμετοχή στην Πανευρωπαϊκή έρευνα με θέμα «Υπερκινητικό παιδί».
7. Μελέτη της στάσης των επαγγελματιών ως προς την ψυχική αρρώστια.
8. Έρευνα διαταραχών μνήμης σε ηλικιωμένους.

### **2.9.14. ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΕ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΛΟΥ**

Οι συμμετοχές σε Συμβούλια και Επιτροπές του ΚΨΥ Βόλου είναι οι εξής:

1. Συμμετοχή στο Συμβούλιο Κακοποίησης-Παραμέλησης (ΚαΠα).
2. Μέλη της Οργάνωσης των φορέων που υλοποιούν Ευρωπαϊκά Προγράμματα Αποκατάστασης (*Confederation of European Firms, Employment Initiatives and Cooperatives for Psychically Disabled (CEFEC)*).
3. Μέλη του Ελληνικού Κλάδου της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*).

## 2.10. ΞΕΝΩΝΑΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»



Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».

### 2.10.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»

Μέσα στα πλαίσια του επιδοτούμενου προγράμματος «Ψυχαργός Α' φάση» που υλοποιήθηκε από την ΕΕ, δημιουργήθηκε ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».<sup>27</sup> Τα έσοδα για τη λειτουργία του Ξενώνα, τα δύο πρώτα χρόνια, προήλθαν από το επιδοτούμενο πρόγραμμα «Ψυχαργός Α' φάση» της ΕΕ. Τα επόμενα χρόνια τα έσοδα προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσω του νοσοκομείου. Το κτίριο που στεγάζεται ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» είναι ιδιοκτησία του νοσοκομείου, βρίσκεται επί της οδού Αθανασάκη 18 και ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 23 Ιουνίου 2000. Βρίσκεται τοπογραφικά σε μία από τις καλύτερες περιοχές της πόλης του Βόλου, στον Άναυρο σε μικρή απόσταση από τη θάλασσα και κοντά στο κέντρο του Βόλου. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στους ενοίκους να συνδυάζουν την γρήγορη και εύκολη μετακίνηση τους στο κέντρο της πόλης αλλά και σε χώρους αναψυχής και διασκέδασης.

Πρόκειται για ένα πεντάοροφο κτίριο, υψηλής αρχιτεκτονικής, με άνετους και λειτουργικούς χώρους οι οποίοι έχουν κατασκευασθεί με βάση τις καθημερινές ανάγκες διαβίωσης των ενοίκων μέσα σε αυτό. Αναλυτικότερα:

**Στο υπόγειο** βρίσκονται βοηθητικοί χώροι με αποθήκες και πλυντήρια.

**Στο ισόγειο** υπάρχει ο χώρος υποδοχής, τρία (3) γραφεία, τα οποία χρησιμοποιούνται από γραφεία του νοσοκομείου (Γραφείο Ψυχολόγων, Γραφείο Λογοθεραπείας), ένα (1) κουζίνακι και ένα (1) *WC*.

<sup>27</sup> Ο Ξενώνας Βόλου πήρε το όνομα του από τη φιλύρα, η οποία είναι δέντρο της οικογένειας τιλιδών. Από τα άνθη της φιλύρας παράγεται το αφένημα τίλιο, το οποίο είναι καταπραυντικό και ελαφρό υπνωτικό για νευρασθενικούς, υστερικούς και υποχονδριακούς.

**Στον πρώτο όροφο** υπάρχουν δύο (2) εργαστήρια παραγωγής δερμάτινων ειδών και ένα (1) WC.

**Στον δεύτερο όροφο** βρίσκονται τα υπνοδωμάτια των ενοίκων (τρία (3) δίκλινα και ένα (1) μονόκλινο), ένα (1) καθιστικό, μία (1) αποθήκη και μία (1) τουαλέτα-μπάνιο των ενοίκων.

**Στον τρίτο όροφο**, επίσης, υπάρχουν υπνοδωμάτια των ενοίκων (τρία (3) δίκλινα και ένα (1) μονόκλινο), ένα (1) καθιστικό, μία (1) αποθήκη και μία (1) τουαλέτα-μπάνιο των ενοίκων.

**Στον τέταρτο όροφο** υπάρχει μία (1) τραπεζαρία-καθιστικό και μία (1) κουζίνα για τους ενοίκους. Επίσης υπάρχουν τρία (3) γραφεία (ένα (1) γραφείο για τον Ψυχολόγο, ένα (1) γραφείο για τις Νοσηλεύτριες και ένα (1) γραφείο Εργοθεραπείας), ένα (1) κουζινάκι και ένα (1) WC για το προσωπικό.

**Στον πέμπτο όροφο** υπάρχει ένα (1) σαλόνι, ένα (1) κουζινάκι και μία (1) τραπεζαρία.

## **2.10.2. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» αποτελεί Μονάδα όπου παρέχονται υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε ψυχικά ασθενείς. Λειτουργεί με κύρια βάση τις αρχές της τομεοποίησης, της κοινοτικής Ψυχιατρικής, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης και της κοινωνικής επανένταξης.

Ο Ξενώνας δεν αποτελεί απλώς μία μορφή προστατευμένης στέγασης αλλά είναι χώρος μετάβασης από το άσυλο στην κοινότητα, όπου κύριοι παράγοντες επιτυχημένης λειτουργίας είναι η ομαδική εργασία του προσωπικού, η συμπληρωματικότητα των ρόλων, η υπέρβαση των παραδοσιακών νοοτροπιών ασυλιακού τύπου και η δημιουργία ενός νέου επαγγελματικού προτύπου.

Ο Ξενώνας 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 φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι η προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι θεραπευτική ή άτομα που χρειάζονται μία περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα.

Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Η δε διαμονή σε αυτόν δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα αλλά αποτελεί μέρος μιας μεταβατικής διαδικασίας που στοχεύει σε πιο αυτόνομη μορφή διαβίωσης.

Στόχος του Ξενώνα είναι η παροχή στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών, η ανάπτυξη δραστηριοτήτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η συμμετοχή σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ειδικότερα, η λειτουργία του Ξενώνα στοχεύει:

- στη βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της αύξησης των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της απασχόλησης,
- στη διαρκή βελτίωση της λειτουργικότητας, των ικανοτήτων και του δυναμικού τους και στην ανάπτυξη του επιπέδου ανεξαρτησίας τους,
- στην ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους,
- στην ενθάρρυνση της κοινωνικής τους συμμετοχής και της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου στην κοινότητα,

- Στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, της ποιότητας της ζωής και της αυτόνομης διαβίωσης στην κοινότητα.
- Στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων και στην παροχή ικανού θεραπευτικού περιβάλλοντος που να αναφέρει την κοινωνική περιθωριοποίηση και να ευνοεί την κοινωνική επανένταξη.
- Στην υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων.
- Στην προεπαγγελματική και επαγγελματική τους κατάρτιση.

Γενικά, 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 οκτώ (8) μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού βαθμού υποστήριξης.
- **Μέσης διάρκειας παραμονής:** όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι είκοσι (20) μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα υψηλού έως μέσου βαθμού υποστήριξης.
- **Μακράς διάρκειας παραμονής:** όπου παρέχεται φιλοξενία μέχρι τριάντα έξι (36) μήνες και εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου έως χαμηλού βαθμού υποστήριξης.

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.

Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» είναι μακράς διάρκειας παραμονής και δεν υπάρχει κάποιο όριο στο χρονικό διάστημα που θα παραμείνουν οι ένοικοι στον Ξενώνα. Επίσης, εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου βαθμού υποστήριξης. Συγκεκριμένα, υπάρχουν Νοσηλεύτριες στον Ξενώνα «Φιλύρα» από τις 7:30 π.μ. μέχρι τις 10:30 μ.μ., σε δύο βάρδιες. Η μία βάρδια είναι από τις 7:30 π.μ. μέχρι τις 3:30 μ.μ. και η άλλη από τις 3:30 μ.μ. μέχρι τις 10:30 μ.μ. Το βράδυ υπάρχουν δύο (2) άτομα σε επιφυλακή από το σπίτι τους, ένα (1) άτομο από το Ιατρικό προσωπικό του Ξενώνα και μία (1) Νοσηλεύτρια.

### **2.10.3. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ» ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥΣ**

Το προσωπικό του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» είναι το εξής:

- Ένας (1) Επιστημονικός Υπεύθυνος, ο οποίος είναι Ψυχίατρος (*part-time*).
- Μία (1) Διοικητικά Υπεύθυνη η οποία είναι Υποδιευθύντρια του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Ένας (1) Ψυχολόγος ΠΕ.
- Μία (1) Κοινωνική Λειτουργός ΤΕ.
- Μία (1) Εργοθεραπεύτρια ΤΕ.
- Δύο (2) Νοσηλεύτριες ΤΕ.
- Τέσσερις (4) Νοσηλεύτριες ΔΕ.
- Μία (1) Εκπαιδύτρια-Τεχνίτρια δερμάτινων ειδών.
- Ένα (1) άτομο Γενικών Καθηκόντων ΥΕ.

**Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος** ασκεί τη συνολική εποπτεία της λειτουργίας του Ξενώνα επιστημονικά, διοικητικά, διαχειριστικά και εκπαιδευτικά, σε επίπεδο σχεδιασμού, οργάνωσης και αξιολόγησης των θεμάτων που αφορούν τους ενοίκους, το προσωπικό και τις διαδικασίες λειτουργίας για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Συνεργάζεται με τις διάφορες ειδικότητες για την επίλυση των ιατρικών και μη ιατρικών προβλημάτων των ενοίκων.

Σε συνεργασία με την Θεραπευτική Ομάδα καταρτίζει εξαμηνιαίο τουλάχιστον πρόγραμμα των υπηρεσιών που παρέχονται στη Μονάδα καθώς επίσης και Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για κάθε ένοικο, το οποίο αναθεωρείται τουλάχιστον κάθε έξι μήνες. Όλες οι δραστηριότητες καταγράφονται λεπτομερώς και συστηματικώς στον ατομικό φάκελο του ενοίκου, με τη συνεργασία του τελευταίου. Στον ατομικό του φάκελο καταχωρείται επίσης κάθε δραστηριότητα του ατόμου μέσα και έξω από τη στεγαστική δομή. Τα Ατομικά Θεραπευτικά Προγράμματα κατατίθενται στο Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και στο Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχλλοπούλειο», οι οποίοι έχουν και την από κοινού αρμοδιότητα ελέγχου της πλήρους και ακριβούς εφαρμογής τους.

Σε συνεργασία με την Θεραπευτική Ομάδα, ο Επιστημονικά Υπεύθυνος αναλαμβάνει τη διασύνδεση της δομής με τους φορείς που θεωρούνται απαραίτητοι για την ένταξή της στην κοινότητα αλλά και για την επίλυση προβλημάτων τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν στα πλαίσια της δομής. Επίσης σε συνεργασία με τον Οικονόμο και το Διαχειριστή προβαίνει στις απαραίτητες προμήθειες των απαραίτητων για τη σωστή λειτουργία της στεγαστικής δομής υλικών.

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος καθορίζει τον εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης του κάθε μέλους του προσωπικού καθώς και την κατανομή του χρόνου αυτού μέσα στο εικοσιτετράωρο, σύμφωνα με τις ανάγκες του Ξενώνα. Η απόφαση αυτή υπόκειται στην έγκριση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Η προσαρμοστικότητα των επαγγελματιών υγείας στο ωράριο απασχόλησης αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ομαλής λειτουργίας της Μονάδας Αποκατάστασης.

Επιπλέον ο Επιστημονικά Υπεύθυνος προσδιορίζει τον αριθμό των εργαζομένων στη Μονάδα, ανάλογα με τη χρονική φάση της λειτουργίας τους, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ενοίκων. Διασφαλίζει ότι οι ρόλοι των εργαζομένων, εκτός από τα καθήκοντα που απορρέουν από την ειδικότητά τους, συνδυάζονται και προσαρμόζονται στους αποκαταστατικούς στόχους καθώς και στο χρόνο απασχόλησης στη Μονάδα.

Αντιπροσωπεύει τη Θεραπευτική Ομάδα απέναντι στο φορέα στον οποίο ανήκει η στεγαστική δομή και λογοδοτεί σε αυτόν για το σύνολο των δραστηριοτήτων της Μονάδας. Τέλος, υποβάλλει ετήσια έκθεση στην Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με ψυχικές διαταραχές του άρθρου 2 του Ν.2716/99.

**Ο Ψυχίατρος** έχει την ευθύνη της φαρμακευτικής αγωγής, παραπέμπει τους ενοίκους για αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων υγείας τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν στον Ξενώνα και ενημερώνει τον Επιστημονικό Υπεύθυνο για οποιαδήποτε θεραπευτική ανάγκη υποπέσει στην αντίληψή του κατά την επαφή του με τους ενοίκους. Επίσης, διασφαλίζει εκ μέρους της Θεραπευτικής Ομάδας, την διασύνδεση με τις άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας και το πλαίσιο συνεργασίας σε επίπεδο παραπομπής.



**Ο Ψυχολόγος** είναι αρμόδιος για δραστηριότητες που επικεντρώνονται στους ενοίκους αλλά και στους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στη στεγαστική δομή, στις οικογένειές τους, στο πλαίσιο κατάρτισης και εργασιακής απασχόλησης και στην κοινότητα.

Ειδικότερα ως προς τους ενοίκους, ο ρόλος του Ψυχολόγου συνίσταται αρχικά στην παρατήρηση και κλινική εκτίμηση της συμπεριφοράς τους. Συνεργάζεται με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο για το σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης για τον κάθε ένοικο. Προετοιμάζει και συντονίζει σε συνεργασία με τον Επιστημονικό Υπεύθυνο τις κοινές συναντήσεις της Θεραπευτικής Ομάδας, του προσωπικού και των ενοίκων της δομής.

Αναλαμβάνει την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των ενοίκων και την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων αντιμετώπισης κρίσεων, διαχείρισης άγχους, αποκατάστασης συγκεκριμένων δεξιοτήτων και λειτουργιών, βελτίωσης διαπροσωπικών σχέσεων, χειρισμού συγκρούσεων και αλλαγών συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις αυτές γίνονται σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο. Ως προς το πλαίσιο επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης, κινητοποιεί τους ενοίκους και διαχειρίζεται το άγχος που σχετίζεται με την εκπαιδευτική και εργασιακή διαδικασία.

Εκπαιδεύει τους επαγγελματίες στην εφαρμογή των εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης και στη δοκιμή τους μαζί με τον ένοικο για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται απαραίτητο.

Ενισχύει την εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και αναπτύσσει δραστηριότητες εκπαίδευσής της σε θέματα κατανόησης της ψυχικής ασθένειας και επικοινωνίας, συναλλαγής και υποστήριξης του συγγενικού τους προσώπου. Διαχειρίζεται επίσης προβλήματα και συγκρούσεις μεταξύ του ενοίκου και της οικογένειάς του.

Τέλος, σχεδιάζει και υλοποιεί παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας και αποστιγματισμού των ενοίκων της στεγαστικής δομής.

**Η Κοινωνική Λειτουργός** είναι υπεύθυνη για την εκτίμηση και τη διαχείριση των κοινωνικών και προνοιακών αναγκών των ενοίκων, την υποστήριξη των σχέσεων με την οικογένεια και με το κοινωνικό τους δίκτυο καθώς και για τη συνεργασία με την κοινότητα. Ειδικότερα:

1. Συμμετέχει στο διαγνωστικό έργο με τη διερεύνηση του κοινωνικού ιστορικού και την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση των ενοίκων, του οικογενειακού και υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος καθώς και με τη θεώρηση της κοινωνικής διάστασης των αναγκών των ενοίκων στην κατάρτιση του Ατομικού τους Θεραπευτικού Προγράμματος.
2. Αναλαμβάνει τη συστηματική συνεργασία με το οικογενειακό τους περιβάλλον στα πλαίσια της ενεργοποίησής του για την ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων στην προοπτική της αποκατάστασής τους.
3. Υποστηρίζει και προωθεί τα κοινωνικά δικαιώματα των ενοίκων, διευρύνοντας και αξιοποιώντας κάθε είδους κοινωνικοπρονοιακών παροχών, υπηρεσιών, πηγών και προγραμμάτων υποστήριξης της κοινότητας.
4. Συνεισφέρει στο περιβάλλον της Μονάδας και στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργίας για τη δημιουργία θεραπευτικής υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, συνεργαζόμενος τόσο ατομικά όσο και ομαδικά με τους ενοίκους.
5. Συμβάλλει στη διασύνδεση της Μονάδας με την κοινότητα μέσω της κοινωνικής μελέτης της κοινότητας, της ανάλυσης της δυναμικής της, της επιλογής τρόπων συστηματικής διασύνδεσης και ένταξης της Μονάδας στο κοινοτικό πλαίσιο, της εκτίμησης και αξιοποίησης των κοινοτικών πηγών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων, καθώς και μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων αγωγής ψυχικής υγείας της κοινότητας.

**Η Εργοθεραπεύτρια** είναι υπεύθυνη για την εκπαίδευση των ενοίκων, η οποία περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες δράσεις που έχουν ως αντικείμενο τη βελτίωση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, με στόχο την κατά το δυνατόν καλύτερη επανένταξη των ενοίκων (π.χ. στην προμήθεια τροφίμων και ποτών, ενδυμάτων, ειδών υπόδησης, ειδών καθαριότητας και υγιεινής). Η εκπαίδευση γίνεται ατομικά ή σε ομάδες και ανάλογα με το αντικείμενο εκπαίδευσης μπορούν να εμπλακούν και άλλες ειδικότητες εκτός της εργοθεραπεύτριας.

Είναι αρμόδια για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών και των δεξιοτήτων εκείνων των ενοίκων οι οποίες είναι απαραίτητες για την επαγγελματική τους αποκατάσταση σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας.

Είναι επίσης αρμόδια για την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των ενοίκων μέσα και έξω από τη Μονάδα καθώς και για την οργάνωση εκδηλώσεων όπως γιορτές, γενέθλια, προβολή ταινιών, εξόδων με εκπαιδευτικό και ψυχαγωγικό χαρακτήρα κ.λ.π. σε συνεργασία με την υπόλοιπη Θεραπευτική Ομάδα και τους ενοίκους.

**Οι Νοσηλεύτριες** του Ξενώνα φροντίζουν γενικά τους ενοίκους και τους εκπαιδεύουν σε θέματα ατομικής υγιεινής και διαχείρισης των ατομικών ειδών τους.

- Συμμετέχουν στις ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων (κοινωνικοποίηση – αποϊδρυματισμός – εκπαίδευση - αυτοεξυπηρέτηση) και συνοδεύουν τους ενοίκους σε εξωτερικές δραστηριότητες.
- Ενημερώνουν τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας για τυχόν προβλήματα σωματικής υγείας ή αλλαγές στη συμπεριφορά του ενοίκου.
- Είναι υπεύθυνες για την προετοιμασία και τη χορήγηση φαρμάκων.
- Συμμετέχουν ενεργά στην προετοιμασία του εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας των ενοίκων.

**Το Πρόσωπο Αναφοράς** είναι ένας επαγγελματίας υγείας, ο οποίος δημιουργεί μία ιδιαίτερη σχέση με κάθε ένοικο, η οποία βοηθά στην επίλυση των προβλημάτων του τελευταίου. Το Πρόσωπο Αναφοράς οργανώνει και συντονίζει τη φροντίδα για κάθε ένοικο, όπως αυτή προκύπτει από το Ατομικό Πρόγραμμα Θεραπείας του τελευταίου.

Το Πρόσωπο Αναφοράς επιλέγεται και ορίζεται από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο. Όλοι οι εργαζόμενοι στον Ξενώνα μπορούν να αναλάβουν το ρόλο του Προσώπου Αναφοράς. Ο αριθμός των ενοίκων δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις ανά Πρόσωπο Αναφοράς.

Το Πρόσωπο Αναφοράς αναλαμβάνει να οργανώσει και να συντονίσει τη φροντίδα για τον ένοικο σύμφωνα με τους στόχους της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Έχει τακτική επικοινωνία μαζί του σε προκαθορισμένες ημέρες και ώρες αλλά και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να δημιουργείται μία υποστηρικτική σχέση με σκοπό την επεξεργασία των αναγκών της καθημερινής ζωής του ενοίκου στη δομή και στην κοινότητα και την επίλυση των τυχόν προβλημάτων του.

Το Πρόσωπο Αναφοράς ενημερώνει τη Θεραπευτική Ομάδα για την κατάσταση του ενοίκου, συμμετέχει στον επανασχεδιασμό του ατομικού του προγράμματος και συλλέγει πληροφορίες γι' αυτόν από όλα τα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας. Το Πρόσωπο Αναφοράς δρα με τον ένοικο και όχι αντ' αυτού, αναγνωρίζοντας και ενθαρρύνοντας τις δυνατότητες και τις ικανότητες του.

**Η Εκπαιδύτρια-Τεχνίτρια** δερμάτινων ειδών εκπαιδεύει τους ενοίκους για την απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων πάνω στην δημιουργία δερμάτινων ειδών και τους βοηθά να τελειώνουν μία δουλειά γρήγορα και σωστά σ' ότι αφορά την ποιότητα της δουλειάς τους.

#### **2.10.4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Η επιλογή των ατόμων που φιλοξενούνται στον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» γίνεται ύστερα από αίτησή τους ή μετά από παραπομπή από Μονάδες Ψυχικής Υγείας, με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυγιατρικής ομάδας.

Κατά την επιλογή των ενοίκων πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ότι οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις τους πρέπει να βρίσκονται σε φάση σταθεροποίησης έτσι ώστε να μπορούν να συμμετάσχουν στη ζωή στον Ξενώνα, καθώς και στις διαδικασίες αλλαγής, εκπαίδευσης και αποκατάστασης. Τα δεδομένα της αξιολόγησης της ενταξιμότητας του ενδιαφερομένου στη Μονάδα συζητώνται σε κλινική συνάντηση της Θεραπευτικής Ομάδας του Ξενώνα υπό της εποπτεία του Επιστημονικά Υπεύθυνου, όπου και αποφασίζεται η αποδοχή ή όχι του αιτήματός του.

Μετά την αίτηση ένταξης του ενδιαφερομένου στη δομή, πραγματοποιείται συνάντηση μαζί του, όπου του γνωστοποιείται ο σκοπός, ο τρόπος λειτουργίας και οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας, η διαδικασία αξιολόγησης της ενταξιμότητάς του και η αναγκαιότητα συνεργασίας με τους θεράποντες και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόνοιας με τις οποίες ο ενδιαφερόμενος συνεργάζεται ή συνεργάστηκε στο παρελθόν. Ακολούθως ζητείται εγγράφως η σύμφωνη γνώμη του για την εξέλιξη της διαδικασίας.

Η απάντηση στο αίτημα ένταξης στη Μονάδα ανακοινώνεται στον ενδιαφερόμενο κατά τη διάρκεια μιας τελικής συνάντησης και γνωστοποιείται στον θεράποντα ψυχίατρο ή στις υπηρεσίες που τον παρέπεμψαν.

Κατά την περίοδο ένταξης του ενοίκου στη Μονάδα εφαρμόζεται ένα στάδιο προετοιμασίας και υποδοχής του, μέσω οργανωμένων και συντονισμένων συνεργασιών και συναντήσεων με το προσωπικό και τους ενοίκους, με σκοπό την ομαλή ένταξη και προσαρμογή στο νέο περιβάλλον διαμονής του.

Κατά την περίοδο αυτή, ο ένοικος πληροφορείται εγγράφως, λεπτομερώς και με απόλυτη σαφήνεια για τα δικαιώματα και τις ευθύνες του, το νομικό καθεστώς, τον τρόπο λειτουργίας, τις διαδικασίες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας, καθώς και για τις εγκαταστάσεις και τις ανέσεις οι οποίες θα του παρασχεθούν.

Μετά την πάροδο δύο μηνών από την ένταξη του ενοίκου στον Ξενώνα, κατά τους οποίους αξιολογούνται οι ιδιαίτερες ανάγκες του, συζητώνται οι σχετικές προτάσεις σε κλινική συνάντηση του προσωπικού και αποφασίζεται ο σχεδιασμός ενός Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος.

### **2.10.5. ΟΙ ΕΝΟΙΚΟΙ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Η δυναμικότητα του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» είναι δεκατέσσερις (14) κλίνες. Στην έναρξη λειτουργίας του φιλοξενούνταν δεκατέσσερις (14) ενήλικες άνδρες. Από την άνοιξη του 2004, όμως, έξι (6) από αυτούς κατοικούν στα Προστατευμένα Διαμερίσματα και στον Ξενώνα διαμένουν οκτώ (8) άνδρες ηλικίας 30-57 χρόνων. Όλοι οι ένοικοι του Ξενώνα πάσχουν από σχιζοφρενική ψύχωση.<sup>28</sup>

Οι ένοικοι πριν την ένταξή τους στον Ξενώνα νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου) κατά μέσο όρο για δώδεκα (12) χρόνια. Η προσαρμογή των ασθενών στο καινούριο περιβάλλον του Ξενώνα υπήρξε γρήγορη, άλλωστε οι περισσότεροι είχαν γεννηθεί ή ζήσει για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο Νομό Μαγνησίας, μόνο δύο ένοικοι κατάγονται από το Νομό Καρδίτσας.

Όλοι οι ένοικοι του Ξενώνα, εκτός από δύο άτομα, διατηρούν επικοινωνία με τους συγγενείς τους. Οι φιλοξενούμενοι επισκέπτονται οι ίδιοι τους συγγενείς τους και ορισμένοι διανυκτερεύουν περιστασιακά κοντά τους. Η επαφή των συγγενών με τους ενοίκους αφενός ελαττώνει την απόρριψη εκ μέρους των συγγενών και αφετέρου τους δίνεται η δυνατότητα να εμπλακούν στο μέτρο του δυνατού στην προσπάθεια αποκατάστασης και επανένταξης των ενοίκων.

### **2.10.6. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΝΟΙΚΟΥΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Ο Ξενώνας λειτουργεί βάσει δομημένου καθημερινού προγράμματος με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ενοίκων στην κοινότητα. Το πρόγραμμα αυτό συναποτελείται από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων οι οποίες έχουν παράλληλα θεραπευτικό και αποκαταστασιακό χαρακτήρα, αφορούν τους ενοίκους ατομικά ή ομαδικά και λαμβάνουν χώρα τόσο εντός όσο και εκτός της Μονάδας.

Το πρόγραμμα λειτουργίας της Μονάδας διαφοροποιείται ανάλογα με την εξέλιξη των ενοίκων της στα εξής στάδια:

- Πρόγραμμα προσαρμογής, ατομικών δεξιοτήτων και αυτοφροντίδας.
- Πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Πρόγραμμα κοινωνικοποίησης.
- Πρόγραμμα προετοιμασίας διαβίωσης σε πλέον αυτόνομα περιβάλλοντα.

Το πρόγραμμα λειτουργίας της Μονάδας ενδεικτικά συμπεριλαμβάνει:

- Ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες αυτοφροντίδας σε θέματα υγιεινής, ατομικής περιποίησης και προσωπικής εμφάνισης.
- Φροντίδας προσωπικού χώρου.
- Απασχόληση στο Εργαστήριο δερμάτινων ειδών που λειτουργεί στον Ξενώνα.
- Ενημέρωση μέσω τηλεόρασης, εφημερίδων και περιοδικών.
- Διαχείριση των κοινών καθημερινών αναγκών μέσω της

<sup>28</sup> Η σχιζοφρενική ψύχωση είναι μία παθολογική κατάσταση της ψυχικής σφαίρας, με την οποία επηρεάζεται σοβαρά η εκτίμηση και η αυτογνωσία του ατόμου. Η ασθένεια αυτή γίνεται φανερή εξαιτίας της διατεταγμένης συμπεριφοράς του ατόμου και χαρακτηρίζεται από τέλεια αποδιοργάνωση του εγώ, που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε τέλεια αποσύνθεσή του.

προετοιμασίας των γευμάτων, της καθαριότητας των κοινόχρηστων χώρων και της αγοράς των προμηθειών.

- Διαχείριση των κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω της εκπαίδευσης σε συναλλαγές, κυκλοφοριακής αγωγής, μετακίνησης με μέσα μαζικής μεταφοράς και χρήσης συσκευών.
- Διαχείριση της κοινωνικοποίησης μέσω γνωριμίας με την κοινότητα, συμμετοχής σε κοινοτικές εκδηλώσεις και πολιτιστικές δραστηριότητες και ψυχαγωγίας.

Άλλες υπηρεσίες και δραστηριότητες καθημερινής ζωής που παρέχονται στον Ξενώνα αφορούν επίσης:

- Τη φαρμακευτική αγωγή των ενοίκων.
- Την ψυχολογική στήριξη στους ενοίκους και στις οικογένειές τους.
- Την κατάρτιση προγραμμάτων εκπαίδευσης για το προσωπικό της δομής.
- Τη συνεχή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και ανάλογων ερευνητικών δραστηριοτήτων.
- Ανάπτυξη γραπτών προτύπων και δεικτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας.
- Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.

Συγκεκριμένα υπάρχει κοινωνικό, ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό για κάθε ένοικο, το οποίο ανάλογα με την πορεία του συμπληρώνεται ανά τρίμηνο. Η Θεραπευτική Ομάδα λειτουργεί με το σύστημα του Προσώπου Αναφοράς για κάθε ένοικο με στόχο την εξατομικευμένη παρακολούθηση και κατ' επέκταση την ενημέρωση της Θεραπευτικής Ομάδας για την πορεία του.

Στα πλαίσια του Θεραπευτικού Προγράμματος λειτουργεί μία φορά την εβδομάδα Θεραπευτική Ομάδα, με κύριο συντονιστή τον Ψυχολόγο, στην οποία συζητούνται θέματα που αφορούν τους ενοίκους. Οι ένοικοι συμμετέχουν ενεργά σ' αυτήν την ομάδα και θέτουν προς συζήτηση όποιο θέμα τους απασχολεί.

#### **2.10.7. Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Η διοικητικό-οικονομική διαχείριση κάθε Ξενώνα είναι αυτοτελής και αυτόνομη. Η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης συντάσσει το δικό της κλειστό προϋπολογισμό, στα πλαίσια της οικονομικής διαχείρισης του οποίου εμπεριέχονται η καταγραφή, η έγκριση, η παρακολούθηση και ο έλεγχός του. Ο προϋπολογισμός του Ξενώνα ενσωματώνεται στον προϋπολογισμό του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχλλοπούλειο» 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.

### **2.10.8. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Η συνεργασία, η επαφή και η δημιουργία καλών σχέσεων με την κοινότητα θεωρείται ζήτημα πρωταρχικής σημασίας για την αρμονική ενσωμάτωση του Ξενώνα στη ζωή της και για την επίτευξη των στόχων του. Γι' αυτό το λόγο, ο Επιστημονικά Υπεύθυνος και η Θεραπευτική Ομάδα έχουν κάνει προσπάθειες ενημέρωσης της τοπικής κοινωνίας για τον Ξενώνα μέσω δημοσιευμάτων σε τοπικές εφημερίδες, μέσω του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου, μέσω του νοσοκομείου, μέσω διάφορων εκδηλώσεων, μέσω της Εκκλησίας και μέσω επαφών με διάφορες υπηρεσίες του Νομού (Δήμος, Νομαρχία, ΟΑΕΔ κ.α.). Με την ενημέρωση της κοινότητας αποφεύγεται ο στιγματισμός και καταπολεμούνται οι προκαταλήψεις που αφορούν τους ψυχικά ασθενείς.

### **2.10.9. ΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» παρέχει τις εξής εκπαιδευτικές δραστηριότητες:

- Κλινική άσκηση σε σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας, Ψυχολογίας, Εργοθεραπείας και Νοσηλευτικής.
- Πρακτική άσκηση στους μαθητές της ΜΤΕΝΣ, που βρίσκεται στην περιοχή Αγριά του Βόλου.
- Στον Ξενώνα έχει εκπαιδευτεί και το προσωπικό που εργάζεται στο Οικοτροφείο της Λαμίας.

### **2.10.10. ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΕΡΜΑΤΙΝΩΝ ΕΙΔΩΝ ΤΟΥ ΞΕΝΩΝΑ ΒΟΛΟΥ «ΦΙΛΥΡΑ»**

Το εργαστήριο δερμάτινων ειδών που λειτουργεί στον πρώτο όροφο του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιούνιο του 2000 σαν ραφείο φοντιών και ήταν επιδοτούμενο πρόγραμμα προεπαγγελματικής κατάρτισης από την ΕΕ, μέσα στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός Α' φάση». Το αντικείμενο ήταν τέτοιο που ούτε έσοδα επέφερε και οι ένοικοι δυσκολεύονταν στην εκπαίδευσή τους. Επιπλέον αν και ήταν χρηματοδοτούμενο το πρόγραμμα τα χρήματα του προγράμματος καθυστέρησαν να δοθούν και οι ανάγκες των ενοίκων αλλά και του Ξενώνα γίνονταν πιεστικές.

Έτσι οι υπεύθυνοι του Ξενώνα αναγκάστηκαν να προχωρήσουν δειλά-δειλά σε αλλαγή αντικειμένου περίπου στο τέλος του 2000. Ξεκίνησαν την κατασκευή δερμάτινων αντικειμένων (π.χ. τσάντες, ζώνες, πορτοφόλια, δερμάτινοι φάκελοι, μπρελόκ, κλειδοθήκες, σημειωματάρια κ.ά.) με την ελπίδα ότι η προώθησή τους στην αγορά θα ήταν πιο εύκολη. Τότε οι υπεύθυνοι εγκατέστησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» μία βιτρίνα στην οποία απασχολούνταν περιοδικά οι ένοικοι του Ξενώνα. Παράλληλα την ίδια χρονική περίοδο οι ένοικοι συμμετείχαν σε έκθεση του *PRAXIS* (Συνεταιρισμός ατόμων με ειδικές ανάγκες) που διοργανώθηκε στο Πεδίο του Άρεως Βόλου.

Το Νοέμβριο του 2000 το εργαστήριο ανέλαβε την κατασκευή 430 δερμάτινων φακέλων για συνέδριο της ΜΥΠΕΠ (Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης). Με μεγάλη συμμετοχή και προσπάθεια από τους ενοίκους ολοκληρώθηκε η παραγγελία στο χρονικό περιθώριο που είχε τεθεί. Κατόπιν συνεχίστηκε η κατασκευή δερμάτινων αξεσουάρ και χάρη στην υποστήριξη των εργαζομένων του νοσοκομείου με αρκετά καλά αποτελέσματα. Τον Οκτώβριο του 2001 το εργαστήριο ανέλαβε την κατασκευή 570 ζωνών για το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου.

Όλο αυτό το χρονικό διάστημα, οι προσπάθειες του προσωπικού του Ξενώνα επικεντρώνονται στην εκπαίδευση των ενοίκων για την απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων δηλαδή στην τήρηση του ωραρίου, στην κατανόηση της ανάγκης για εργασία και ειδικότερα τη συγκεκριμένη εργασία. Στο να διατηρούν το χώρο εργασίας καθαρό και τακτοποιημένο. Στην ανάληψη πρωτοβουλιών και στην προσπάθεια συνεργασίας μεταξύ τους. Ακόμα στο να γίνουν πιο υπεύθυνοι, να τελειώνουν μία δουλειά γρήγορα και σωστά σ' ότι αφορά την ποιότητα της δουλειάς τους.

Οι προσπάθειες του προσωπικού δεν στέφθηκε πάντοτε με επιτυχία. Το ποσοστό συμμετοχής των ενοίκων στο εργαστήριο ποικίλλει ανάλογα με τα προσωπικά προβλήματα του καθενός. Είναι γεγονός ότι μετά από τέσσερα χρόνια λειτουργίας για ορισμένους ενοίκους είναι ακόμα συνεχής η ανάγκη ενθάρρυνσης και παρότρυνσης για την παρακολούθηση του εργαστηρίου αλλά και σε γενικότερα θέματα λειτουργίας του Ξενώνα. Το κίνητρο που μπόρεσε να προσφέρει το προσωπικό του Ξενώνα στους ενοίκους για τη συμμετοχή τους στο εργαστήριο ήταν τα έσοδά του να μοιράζονται στους ίδιους ανάλογα με τη συμμετοχή τους. Παράλληλα από τα έσοδα του εργαστηρίου χρηματοδοτούνται ορισμένες κοινωνικές εκδηλώσεις των ενοίκων (π.χ. έξοδος για καφέ) και λύθηκαν κάποια άλλα προβλήματα ρευστότητας που αντιμετώπιζει ο Ξενώνας κατά τη λειτουργία του.

## 2.11. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΒΟΛΟΥ



Η Προστατευμένη Μονοκατοικία, επί της οδού Βρυούλλων 10, στην περιοχή της Νέας Ιωνίας.



Το Προστατευμένο Διαμέρισμα, επί της οδού Σέφεν με Ιάσονος, στο κέντρο του Βόλου.

### 2.11.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΩΝ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ ΒΟΛΟΥ

Το 2004 ξεκίνησε στο Νομό Μαγνησίας η λειτουργία ενός ακόμη προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στα πλαίσια του κανονισμού 815/84. Πρόκειται για δύο Προστατευμένα Διαμερίσματα στο Βόλο.

Το πρόγραμμα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων είναι για δεκαοκτώ (18) μήνες χρηματοδοτούμενο από το πρόγραμμα «Ψυχαργός Β' φάση» που υλοποιείται από την ΕΕ. Στη συνέχεια, τα έξοδα για τη λειτουργία τους θα παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

Το πρώτο Προστατευμένο Διαμέρισμα ξεκίνησε τη λειτουργία του 15 Απριλίου 2004. Η χρηματοδότηση για την αγορά και τον εξοπλισμό του Προστατευμένου Διαμερίσματος προήλθε από το επιδοτούμενο πρόγραμμα «Ψυχαργός Β' φάση» που υλοποιείται από την ΕΕ. Πρόκειται για μία μονοκατοικία επί της οδού Βρυούλλων 10 στην περιοχή της Νέας Ιωνίας, στην οποία υπάρχουν δύο (2) υπνοδωμάτια (ένα (1) δίκλινο και ένα (1) μονόκλινο), ένα (1) σαλόνι, μία (1) τραπεζαρία, μία (1) κουζίνα, ένα (1) μπάνιο και δύο αποθήκες στην αυλή.

Το δεύτερο Προστατευμένο Διαμέρισμα ξεκίνησε τη λειτουργία του 28 Ιουνίου 2004. Πρόκειται για ένα διαμέρισμα στο κέντρο του Βόλου, επί της οδού Σέφεν με Ιάσονος στον δεύτερο όροφο, το οποίο είναι ιδιοκτησία του νοσοκομείου. Στο διαμέρισμα υπάρχουν δύο (2) υπνοδωμάτια (ένα (1) δίκλινο και ένα (1) μονόκλινο), ένα (1) σαλόνι, μία (1) τραπεζαρία, μία (1) κουζίνα και ένα (1) μπάνιο.



## **2.11.2. ΣΚΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΩΝ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΩΝ ΒΟΛΟΥ**

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 πρέπει να υπερβαίνει τα έξι.

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 τους.

## **2.11.3. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΒΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ ΤΟΥΣ**

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου διαμένουν άτομα που φιλοξενούνταν στον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα». Συγκεκριμένα στα Προστατευμένα Διαμερίσματα κατοικούν άτομα τα οποία από την φιλοξενία τους στον Ξενώνα έχουν πετύχει το μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τους υπόλοιπους ενοίκους. Για να καταφέρουν οι ένοικοι να μείνουν στα Προστατευμένα Διαμερίσματα, τους έγινε συστηματική εκπαίδευση διάρκειας πέντε μηνών, από το προσωπικό του Ξενώνα, έτσι ώστε να καταφέρουν να ζήσουν μόνοι τους. Η εκπαίδευση περιελάμβανε εκμάθηση ατομικής υγιεινής, καθαρισμού χώρου, σωστής συμπεριφοράς στην κοινότητα, διαχείρισης χρημάτων κ.ά.

Η διαβίωση των ενοίκων στα Προστατευμένα Διαμερίσματα είναι ημιαυτόνομη. Καθώς πρωί και απόγευμα σε καθημερινή βάση κάποιο άτομο από το προσωπικό του Ξενώνα επισκέπτεται τους ενοίκους των Προστατευμένων Διαμερισμάτων για να τους χορηγήσει τα φάρμακα, να τους βοηθήσει να αγοράσουν τα προϊόντα που χρειάζονται, να ελέγξει τα διαμερίσματα από πλευράς καθαριότητας, και να προσφέρει τη βοήθεια του για οτιδήποτε χρειάζονται ή για οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζουν.

Σε κάθε Προστατευμένο Διαμέρισμα διαμένουν τρεις (3) ενήλικες άνδρες, ηλικίας 31-54 χρόνων με καταγωγή από το Νομό Μαγνησίας, οι οποίοι πάσχουν από σχιζοφρενική ψύχωση. Τα άτομα αυτά, πριν την διαμονή τους στον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα», νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου) για χρονικό διάστημα από τρεις μήνες μέχρι δέκα χρόνια.

Το προσωπικό του Ξενώνα βασιζόμενο στην εκπαίδευση που πραγματοποιήθηκε επέτρεψε την διαμονή των συγκεκριμένων ενοίκων στα Προστατευμένα Διαμερίσματα δοκιμαστικά, λόγω του ότι μερικές φορές υπάρχουν υποτροπές των ενοίκων. Η υποτροπή της ψυχικής κατάστασης του ασθενή οδηγεί αναγκαστικά σε επανεισαγωγή του, είτε στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου, είτε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου), ανάλογα με το βαθμό υποτροπής του.

## 2.12. ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»



Ο χώρος του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».

### 2.12.1. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Είναι γνωστό ότι η κοινωνική επανένταξη των χρονίων ψυχικά πασχόντων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αν δεν συνοδεύεται από συστηματικές ενέργειες που θα αναπτύσσουν τις λειτουργικές δυνατότητες των ασθενών και στον τομέα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης τους, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του καθένα. Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου εδώ και μερικά χρόνια υιοθέτησαν την αντίληψη ότι είναι αναγκαία η εξομοίωση των συνθηκών εργασίας των ψυχικά μειονεκτούντων με αυτές που επικρατούν γενικά στην ελεύθερη αγορά. Έχοντας υπόψη την συνεργατική ιδέα για ισότιμη θέση του κάθε εργαζόμενου στη μονάδα παραγωγής και την δυσκολία των ψυχικά μειονεκτούντων ατόμων να ενταχθούν στην αγορά εργασίας, άρχισαν από το 1992 να μελετούν την δυνατότητα εφαρμογής ενός προγράμματος στα πλαίσια της πρωτοβουλίας *HORIZON*. Το πρόγραμμα αυτό έπρεπε να καλύπτει τις παραπάνω ανάγκες και επιπλέον να ενισχύει την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό των ψυχικά ασθενών, να τους βοηθάει να επανακτήσουν την εμπιστοσύνη και την πίστη τους στην ικανότητα να δημιουργούν, να παράγουν, να προσφέρουν και να αμείβονται γι' αυτά, καθώς επίσης να τους δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική πραγματικότητα.

### 2.12.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Από το 1992 μέχρι το 1997, η Θεραπευτική Ομάδα του Τμήματος Αποκατάστασης του ΚΨΥ Βόλου αναπτύσσοντας μία πιο συστηματική συνεργασία με το τοπικό γραφείο ατόμων με ειδικές ανάγκες του ΟΑΕΔ διαπίστωσε τα εξής:

1. Την ορθότητα της πάγιας άποψής της, ότι ο ψυχικά πάσχων αποδίδει τα μέγιστα μέσα από μία δομή συνεταιριστικού τύπου με την υποστήριξη του φορέα.
2. Την ανάγκη εξεύρεσης αντικειμένου εργασίας με πολλούς τομείς, ώστε να υπάρχει καταμερισμός και εξειδίκευση ανάλογα με τις δυνατότητες του κάθε εργαζομένου.

3. Την έλλειψη επικινδυνότητας, όσο είναι δυνατόν, στο αντικείμενο εργασίας.
4. Την εξεύρεση αντικειμένου εργασίας που να παρουσιάζει έλλειψη ειδικών τεχνιτών, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα και μεμονωμένης απασχόλησης ψυχικά μειονεκτούντων σε επιχειρήσεις υποδηματοποιίας.
5. Την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κατάρτιση και την σύσταση του συνεταιρισμού. (Κάποια βιοτεχνική μονάδα με σχετικό αντικείμενο εργασίας η οποία θα είναι σε θέση να υποστηρίξει την κατάρτιση και τον συνεταιρισμό).

Έτσι λοιπόν αποφασίστηκε σαν αντικείμενο κατάρτισης η κατασκευή υποδημάτων και γεννήθηκε η ιδέα της δημιουργίας μιας πρότυπης συνεταιριστικής βιοτεχνικής μονάδας υποδήματος για χρόνια ψυχικά πάσχοντες, στα πλαίσια ενός τριετούς σχεδιασμού.

Τα προβλήματα τα οποία έπρεπε να αντιμετωπιστούν αρχικά ήταν τα εξής:

1. Η εξασφάλιση ρεαλιστικών συνθηκών εργασίας από την βασική εκπαίδευση έως την δημιουργία συνεταιριστικής μονάδας.
2. Μείωση του κόστους υποδομής στο ελάχιστο (χώρος, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις).

Για την επίλυσή τους η Θεραπευτική Ομάδα του ΚΨΥ Βόλου υιοθέτησε την λύση της επιλογής ιδιώτη επιχειρηματία και ξεκίνησε έναν αγώνα ευαισθητοποίησης των βιοτεχνών της περιοχής, οι οποίοι με τα κατάλληλα κίνητρα θα μπορούσαν να υλοποιήσουν το πρόγραμμα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της ομάδας η λύση αυτή θα εξασφάλιζε:

1. Την έτοιμη υποδομή (χώρος, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός).
2. Τις ρεαλιστικές συνθήκες εργασίας (μία βιοτεχνία μικρής εμβέλειας θα αποτελούσε ενεργό κύτταρο για την προσαρμογή και εκπαίδευση των ψυχικά πασχόντων διατηρώντας ταυτόχρονα την ρεαλιστικότητα των συνθηκών χωρίς αναγκαστικά να επιβάλλεται η καθιέρωση προστατευτικού πλαισίου εργασίας).

Το πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης που αφορά την κατασκευή του υποδήματος, περιελάμβανε:

1. Εκπαίδευση εκπαιδευτών σε θέματα ψυχικής υγείας.
2. Βασική θεωρητική και πρακτική κατάρτιση δώδεκα (12) ψυχικά πασχόντων στην κατασκευή του υποδήματος.
3. Συμπλήρωση της βασικής πρακτικής κατάρτισης με μεγαλύτερη παραμονή των εκπαιδευομένων στο κάθε τμήμα.
4. Αξιολόγηση ικανοτήτων των εκπαιδευομένων όσον αφορά την βασική τους κατάρτιση στην κατασκευή του υποδήματος.
5. Μόνιμη τοποθέτηση στους τομείς εξειδίκευσης.
6. Ένταξη στην παραγωγική εργασία (εκμάθηση της παραγωγικής διαδικασίας και μείωση του κόστους παραγωγής του προϊόντος).
7. Εκπαίδευση σε θέματα *marketing, management*, χρηματοδοτήσεων επιχειρήσεων, διακίνησης και εμπορίας του παραγόμενου προϊόντος.

Έτσι λοιπόν το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» και το ΚΨΥ Βόλου στα πλαίσια της κοινοτικής πρωτοβουλίας ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΞΟΝΑΣ "HORIZON" υλοποίησε από το 1997 μέχρι το 2000 πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης για άτομα ψυχικά πάσχοντες, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, με τίτλο «Δημιουργία πρότυπης βιοτεχνικής μονάδας στο τομέα κατασκευής του υποδήματος για χρόνια ψυχικά πάσχοντες». Επίσης, στο πρόγραμμα συμμετείχαν ως εθνικοί εταίροι το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας (ΚΕΚΑΝΑΜ ΑΕ) και η Εταιρία Κοινωνικής Παρέμβασης και Πολιτισμού (ΕΚΠΟΛ) της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας.

Στόχος του προγράμματος ήταν οι ψυχικά πάσχοντες αφού εκπαιδευθούν στην κατασκευή του υποδήματος να ενταχθούν στην αγορά εργασίας δημιουργώντας δική τους επιχείρηση. Η εκπαίδευση τους πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις λειτουργούσας βιοτεχνίας υποδημάτων στο Βόλο και ήταν διάρκειας δέκα (10) μηνών.

### **2.12.3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»**

Με το πέρας της εκπαίδευσης των ψυχικά ασθενών οκτώ (8) άτομα από τους εκπαιδευθέντες με τη συνδρομή του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» προχώρησαν το 2000 στη σύσταση βιοτεχνικής μονάδας κατασκευής υποδημάτων συνεταιριστικού τύπου, επιχορηγούμενη από το ΟΑΕΔ. Ο Συνεταιρισμός στεγάζεται σε έναν ενοικιαζόμενο χώρο 350 τ.μ., επί της οδού Δερβενακίων 10 στον πρώτο όροφο.

Το 2001, το ΚΨΥ Βόλου σε ότι αφορά την προώθηση των χρηστών του προγράμματος στην αγορά εργασίας, επέλεξε την λύση της αυτοαπασχόλησής τους, δημιουργώντας οι ίδιοι με τη πολύπλευρη στήριξη του Κέντρου πρότυπη βιοτεχνική μονάδα κατασκευής υποδημάτων συνεταιριστικού τύπου. Πέραν όμως της επαγγελματικής αποκατάστασης των δώδεκα (12) ψυχικά πασχόντων, ο Συνεταιρισμός αποτελεί μελλοντική δομή εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης και για άλλους ψυχικά πάσχοντες της περιοχής.

Επιλέχτηκε δε αυτή η μορφή απασχόλησης και ένταξης στην αγορά εργασίας για τους ψυχικά πάσχοντες του προγράμματος διότι η θεραπευτική ομάδα του ΚΨΥ Βόλου υιοθέτησε την αντίληψη ότι η απασχόληση των ψυχικά πασχόντων εντός μιας δομής που υποστηρίζεται-συμμετέχοντας σ' αυτήν- και από άτομα υγιή και φορείς, έχει μεγαλύτερη βιωσιμότητα από την περίπτωση της παροχής εξαρτημένης εργασίας από τους ψυχικά πάσχοντες σε εργοδότες.

Ως νομική μορφή επιλέχθηκε ο αστικός συνεταιρισμός. Η συγκεκριμένη μορφή εξασφαλίζει:

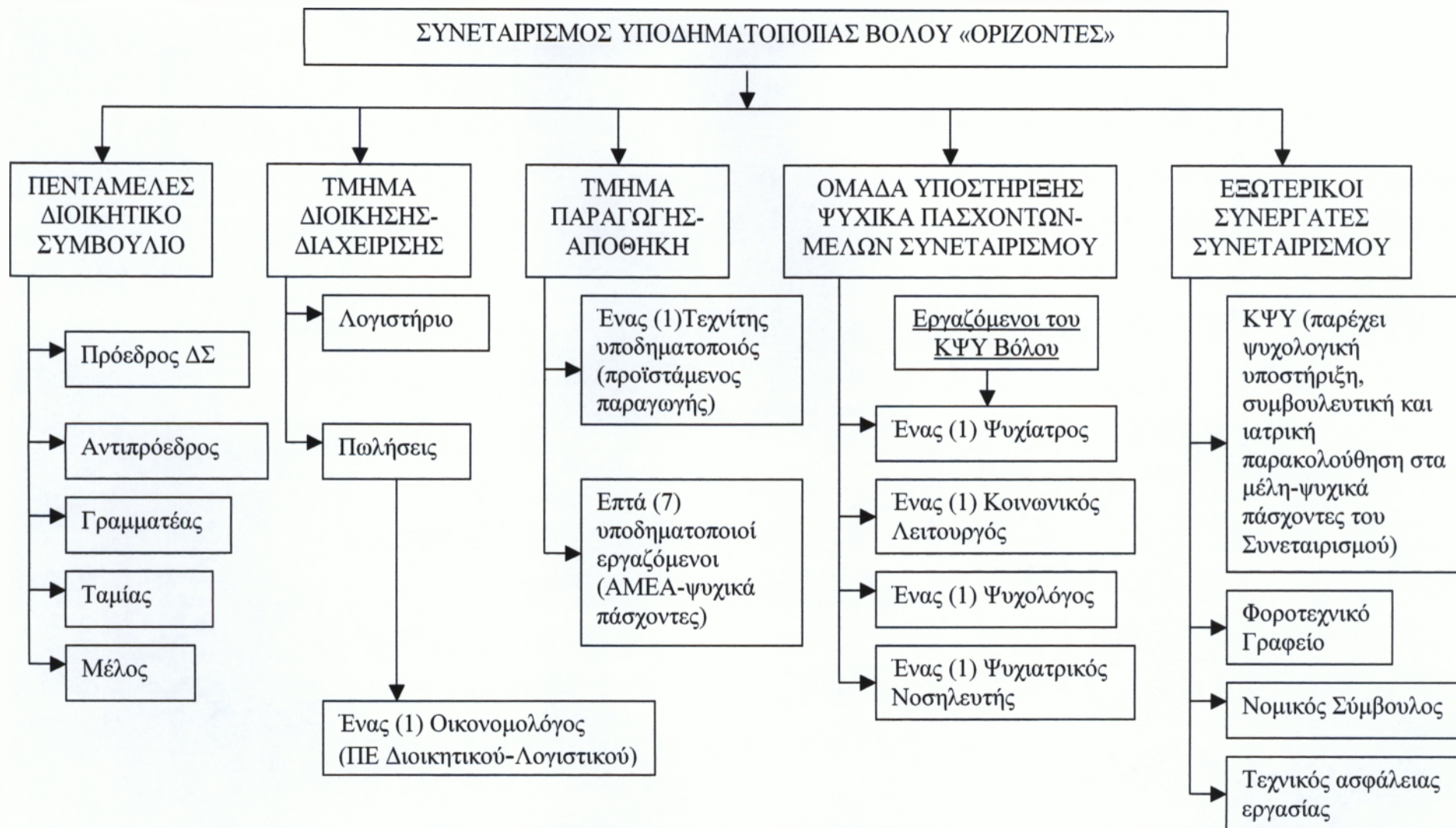
1. Περιορισμένη ευθύνη των μελών του Συνεταιρισμού. Το ύψος της συνεταιριστικής μερίδας καθορίστηκε στα δεκαπέντε (15) ευρώ. Έτσι μπορούσαν να συμμετέχουν ως μέλη στο συνεταιρισμό φυσικά πρόσωπα υγιή σε εθελοντική βάση εφόσον εξασφαλίζεται η περιορισμένη ευθύνη για τυχόν αρνητικά αποτελέσματα του Συνεταιρισμού.
2. Στον στρατηγικό σχεδιασμό του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου είναι μελλοντικά η ίδρυση Κοινωνικού Συνεταιρισμού Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) στο Νομό Μαγνησίας έχοντας ως βάση τον Συνεταιρισμό υποδηματοποιίας. Από νομικής πλευράς αυτό είναι πιο εύκολο με τροποποίηση του καταστατικού του συνεταιρισμού από αστικό σε ΚοιΣΠΕ. Οποιαδήποτε άλλη νομική μορφή προϋποθέτει την διάλυση της υπάρχουσας δομής και την σύσταση νέας εξ' αρχής.

#### 2.12.4. ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»

Η ύπαρξη εκ του καταστατικού Γενικής Συνέλευσης και Διοικητικού Συμβουλίου (ΔΣ) εξασφαλίζει την ισότιμη συμμετοχή των ψυχικά ασθενών στις αποφάσεις και την λειτουργία του Συνεταιρισμού. Στο Συνεταιρισμό συμμετέχουν ως μέλη του ΔΣ το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, ο σύλλογος εργαζομένων του ΓΝΒ και η ANEM (Αναπτυξιακή Εταιρεία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας) με εκπροσώπους των. Το ΔΣ του Συνεταιρισμού απαρτίζεται από του κάτωθι:

- **Πρόεδρος:** Εργοθεραπευτής, μόνιμος υπάλληλος του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου.
- **Αντιπρόεδρος:** Μέλος του ΔΣ της ANEM.
- **Γραμματέας:** Προϊσταμένη οίκου MTENS, Πρόεδρος του Σωματίου εργαζομένων του ΓΝΒ.
- **Ταμίας:** Ψυχίατρος-Παιδοψυχίατρος, Διευθύντρια του ΚΨΥ Βόλου, εκπρόσωπος του ΣΔ του ΓΝΒ.
- **Μέλος:** Εκπρόσωπος των ψυχικά πασχόντων-μελών του Συνεταιρισμού.

2.12.5. ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»



Πηγή: Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».

## 2.12.6. ΟΙ ΕΤΗΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»

Οι ετήσιες δαπάνες του Συνεταιρισμού ανέρχονται στο ποσό των 37.367 ευρώ. Αναλυτικότερα οι δαπάνες περιλαμβάνουν:

**Πίνακας 12:** Οι ετήσιες δαπάνες του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΠΟΣΟ (ΕΥΡΩ)
Μισθολογικό κόστος	25.532
Ενοίκιο	5.635
ΟΤΕ	700
ΔΕΥΑΜΒ (Νερό)	210
ΔΕΗ	1.000
Θέρμανση	1.000
Υλικά καθαριότητας	200
Διατροφή ασθενών (καφές, αναψυκτικό)	300
Μετακινήσεις στελεχών για τις ανάγκες του Συνεταιρισμού (νοσοκομεία, προμηθευτές)	900
Φορτωτικές (Μεταφορές Εμπορευμάτων)	750
Ταχυδρομικά τέλη	300
Γραφική ύλη	150
Συντήρηση μηχανημάτων	350
Εισφορά στο Επιμελητήριο Μαγνησίας	200
Δημοσίευση ισολογισμού	140
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>37.367</b>

Πηγή: Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».

## 2.12.7. ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΕ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΤΕΛΕΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»

Ο Συνεταιρισμός κατά τα έτη 2001 και 2002 έχει συμμετάσχει σε διαγωνισμούς και έχει εκτελέσει παραγγελίες προμήθειας με νοσηλευτικό υπόδημα στα παρακάτω νοσοκομεία:

### ΕΤΟΣ 2001

#### Συμμετοχή σε διαγωνισμούς:

- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί».
- Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο».
- Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας.
- Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης.

- Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.
- Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία».
- Περιφερειακό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας».

**Κατακύρωση διαγωνισμών και εκτέλεση παραγγελιών:**

- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί».
- Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.

**ΕΤΟΣ 2002**

**Συμμετοχή σε διαγωνισμούς:**

- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο».
- Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων.
- Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής.
- Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης.
- Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης.
- Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών.
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα».
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ».
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό».

**Κατακύρωση διαγωνισμών και εκτέλεση παραγγελιών:**

- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.
- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο».
- Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας.
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό».
- Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων.
- Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής.
- Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών.



Στον ακόλουθο πίνακα παρατίθεται η κατάσταση παράδοσης υποδημάτων ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.

**Πίνακας 13: Κατάσταση παράδοσης υποδημάτων σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα (2001-2003).**

ΕΙΔΗ	ΖΕΥΓΗ Ή ΑΡΙΘΜΟΣ	ΑΞΙΑ ΜΕ ΦΠΑ (ΕΥΡΩ)	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ
<b>ΕΤΟΣ 2001</b>				
Μοκασίν Γυναικεία	256	6.338,58	Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	26/01/2001
Μοκασίν Γυναικεία	140	3.466,41	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»	02/05/2001
Μοκασίν Γυναικεία	317	7.884,30	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	29/05/2001
Μοκασίν Γυναικεία	217	5.861,39	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»	19/06/2001
Μοκασίν Γυναικεία	25	675,28	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»	05/07/2001
Μοκασίν Γυναικεία	111	3.651,68	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	08/10/2001
Σαμπό	385	10.665,88	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	08/10/2001
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.451</b>	<b>38.543,52</b>		
<b>ΕΤΟΣ 2002</b>				
Μοκασίν Γυναικεία	58	1.566,59	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»	11/01/2002
Ανδρικά Μποτάκια	415	10.778,30	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	05/02/2002
Μοκασίν Γυναικεία	317	8.450,02	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	05/02/2002
Ζώνες Δερμάτινες	469	2.224,75	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	05/02/2002
Μοκασίν Γυναικεία	23	557,53	Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων	26/02/2002
Σαμπό	8	221,65	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	20/03/2002
Σαμπό	380	6.972,62	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	01/04/2002
Σαμπό	926	21.129,01	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό»	05/06/2002
Σαμπό	300	7.895,97	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών	12/07/2002
Μοκασίν Γυναικεία	220	5.944,84	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»	24/07/2002
Σαμπό	220	5.321,80	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»	24/07/2002
Σαμπό	248	5.150,46	Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	09/10/2002
Σαμπό	62	1.441,02	Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	15/11/2002

Σαμπό	186	4.380,82	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	10/12/2002
Μοκασίν Γυναίκες	10	260,00	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	10/12/2002
Σαμπό	250	5.925,00	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	16/12/2002
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>4.092</b>	<b>88.220,38</b>		
<b>ΕΤΟΣ 2003</b>				
Σαμπό	27	615,54	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	24/01/2003
Σαμπό	136	7.640,17	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	29/01/2003
Μοκασίν Γυναίκες	121			
Σαμπό	26	735,16	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	06/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	1			
Σαμπό	8	380,57	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	06/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	5			
Σαμπό	18	519,00	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	06/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	1			
Σαμπό	6	162,00	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	06/02/2003
Σαμπό	13	284,03	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	06/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	1			
Σαμπό	4	94,27	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	18/02/2003
Σαμπό	5	117,70	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	18/02/2003
Σαμπό	8	248,98	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	20/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	1			
Σαμπό	32	1.492,88	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	20/02/2003
Μοκασίν Γυναίκες	19			
Μοκασίν Γυναίκες	3	78,02	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	04/03/2003
Σαμπό	388	9.674,16	Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας	04/03/2003
Σαμπό	21	446,04	Ίδρυμα «Άσπρες Πεταλούδες» Βόλου	22/04/2003
Δερμάτινα Σημειωματάρια	25	295,30	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»	14/05/2003
Δερμάτινα Σημειωματάρια	26	307,11	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»	14/05/2003
Υποδήματα Νοσηλευτών Ανδρικά	82	2.031,96	Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»	20/05/2003

Σαμπό	307	5.433,90	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	17/06/2003
Σαμπό	20	354,00	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	15/07/2003
Σαμπό	14	247,80	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	01/08/2003
Υποδήματα Νοσηλευτών Ανδρικά	6	202,96	Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»	01/09/2003
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1.324</b>	<b>31.361,55</b>		

Πηγή: Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».

## **2.12.8. ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»**

Η ΕΚΠΟΛ της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας ανέλαβε την ενημέρωση της κοινής γνώμης σε θέματα ισότητας ευκαιριών στην αγορά εργασίας, ώστε μέσω δελτίων τύπου, ραδιοφωνικών και τηλεοπτικών εκπομπών, αλλά και του ηλεκτρικού δικτύου να ευαισθητοποιηθούν οι κοινωνικοί εταίροι και η κοινή γνώμη για την επαγγελματική πρόωθηση μειονεκτούντων ατόμων και συνακόλουθα, για τη σταδιακή επανένταξή τους στον κοινωνικό ιστό και την παραγωγική διαδικασία.

## **2.12. 9. ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΥ ΥΠΟΔΗΜΑΤΟΠΟΙΑΣ ΒΟΛΟΥ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»**

Στην παρούσα φάση ο Συνεταιρισμός έχει προσανατολισθεί στην παραγωγή του νοσοκομειακού παπουτσιού με σκοπό τον εφοδιασμό των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας. Η επιλογή αυτή αποτελεί μέρος των ενεργειών που έπρεπε να γίνουν στα πλαίσια ενός πενταετούς σχεδιασμού για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας της επιχείρησης.

Επιπλέον ενέργειες είναι η εξειδίκευση και βελτίωση του παραγόμενου προϊόντος, η σταθερότητα της αγοράς, εξασφάλιση με διάφορες ενέργειες ικανού αριθμού νοσοκομείων για την απορρόφηση του προϊόντος και τέλος συνεργασία με βιοτεχνικές μονάδες κατασκευής υποδημάτων, οι οποίες να είναι σε θέση να βοηθήσουν τον Συνεταιρισμό, αναλαμβάνοντας μέρος της κατασκευής, για την εκτέλεση μεγάλων παραγγελιών.

Ο σχεδιασμός μετά τα πρώτα πέντε χρόνια λειτουργίας του Συνεταιρισμού και με την προϋπόθεση εξασφάλισης των παραπάνω, περιλαμβάνει:

- Αύξηση των συνεργασιών με βιοτεχνικές μονάδες.
- Κατασκευή και άλλων σχεδίων παπουτσιών για γενικότερη χρήση (ανάπτυξη σχεδιαστικού τομέα).
- Δημιουργία πρατηρίου για την προώθηση του παραγόμενου προϊόντος και ενασχόληση συστηματικότερα με την εμπορεία σε συνεργασία με το εργαστήριο δερμάτινων ειδών του Ξεώνα Βόλου «Φιλύρα».
- Λειτουργία του Συνεταιρισμού στο Κέντρο Εκπαίδευσης και για άλλους ψυχικά πάσχοντες σχετικά με την χρήση του δέρματος, ενώ η περαιτέρω ανάπτυξή του θα δημιουργήσει και νέες θέσεις εργασίας.

Έχοντας σαν γνώμονα τα παραπάνω, πιστεύουμε ότι ο Συνεταιρισμός θα μπει δυναμικά στην αγορά εργασίας, δίνοντας την δυνατότητα στα μέλη του (ψυχικά πάσχοντες) να ενταχθούν ισότιμα στον εργασιακό και κοινωνικό χώρο, γεγονός σημαντικό για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους.

#### **2.12.10. ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ**

Παράλληλα με την υλοποίηση του προγράμματος για την εξασφάλιση κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πάσχόντων σε εθνικό επίπεδο, λειτουργεί και διακρατικό πρόγραμμα με τίτλο «*PLANNING FOR SUCCESS*» με την συμμετοχή Σουηδών και Ιρλανδών εταιρών. Στόχοι του προγράμματος είναι:

1. Η υποστήριξη της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ειδικές ανάγκες, μέσω διαδικασιών από κοινού μάθησης και άμεσης και γρήγορης πληροφόρησης για τις συντελούμενες τεχνολογικές εξελίξεις που αφορούν στην οργάνωση και τα απαιτούμενα προσόντα εργασίας.
2. Βελτίωση της παρεχόμενης κατάρτισης, χάρη στην ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας.
3. Ανάδειξη καλών πρακτικών για τους ψυχικά πάσχοντες, όσον αφορά τις δράσεις που αποσκοπούν στη μείωση της απόστασης μεταξύ αυτών και της αγοράς εργασίας και της βελτίωσης της θέσης τους στην κοινωνία. Επίσης, έκδοση βιβλίου με αντικείμενο τις καλύτερες δυνατές πρακτικές κατάρτισης και υποστήριξης ατόμων με ειδικές ανάγκες.
4. Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της πληροφορικής και η ενσωμάτωσή τους στα προγράμματα που υλοποιούνται.

Στα πλαίσια της συνεργασίας πραγματοποιήθηκαν διακρατικές συναντήσεις στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας (Νοέμβριος 1998), στη Στοκχόλμη της Σουηδίας (Μάρτιος 1998 και Μάιος 1999), αλλά και στο Βόλο (Δεκέμβριος 1999), οι οποίες έδωσαν την ευκαιρία να πραγματοποιηθεί πολύτιμη ανταλλαγή τεχνογνωσίας και εξοικείωση των συμμετεχόντων με τις ανάλογες δομές και τη λειτουργία τους σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### 2.13. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)



Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

#### 2.13.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, σε όλη την Ελλάδα, είναι κοινωφελή ιδρύματα για την εξυπηρέτηση του κοινού στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, τα οποία επιχορηγούνται και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής είναι ΝΠΙΔ, διότι διέπονται νομικά από ιδιωτικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής ανήκουν κάποια κληροδοτήματα από δωρεές ιδιωτών και γι' αυτό το λόγο δεν έχουν αλλάξει νομική υπόσταση. Το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ιδρύθηκε το 1956 στην Αθήνα σαν Τομέας Ψυχικής Υγιεινής του «Εθνικού Ιδρύματος Νεότητας».

Στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, σε όλη την Ελλάδα, μπορεί να λειτουργούν οι εξής υπηρεσίες:

1. Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες.
2. Συμβουλευτικά-Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων.
3. Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης.
4. Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.
5. Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής.
6. Θεραπευτική Μονάδα.
7. Υπηρεσία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων.
8. Μονάδες Θεραπείας Συμπεριφοράς.
9. Μονάδα Επείγουσας Τηλεφωνικής Βοήθειας (SOS).
10. Συμβουλευτική Υπηρεσία Αλλοδαπών.

Επίσης, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, σε όλη την Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί τα εξής προγράμματα από την ΕΕ και τον ΟΑΕΔ:

- Πρόγραμμα Θεραπευτικής Ειδικής Αγωγής.
- Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κωφαλάλων σε Η/Υ.
- Πρόγραμμα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Αυτιστικών και Ψυχοσικών.

- Πρόγραμμα Αποϊδρυματοποίησης ψυχοσικών με επανένταξη σε «Ανάδοχες Οικογένειες».
- Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης ψυχοσικών σε «Προστατευμένα Διαμερίσματα».
- Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανένταξης ψυχοσικών σε «Οικοτροφεία».

### **2.13.2. ΣΚΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)**

Από το 1987 λειτουργεί στο Βόλο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο έχει μόνο Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία. Πρόκειται για ένα ενοικιαζόμενο διώροφο κτίριο επί της οδού Κοραή 74, όπου σε κάθε όροφο υπάρχουν τρία (3) γραφεία, βοηθητικοί χώροι και μία (1) κουζίνα.

Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου) είναι οι παρακάτω:

1. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων.
2. Η ενημέρωση του κοινού και η ευαισθητοποίηση-ενημέρωση ειδικών επαγγελματικών ομάδων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή.
3. Η εξειδίκευση και η επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας.
4. Η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων και φαινομένων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.
5. Η εφαρμογή πρότυπων θεραπευτικών προγραμμάτων.
6. Η οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών και ενδιάμεσων δομών θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών και αποκατάστασης στο επίπεδο της κοινότητας.

### **2.13.3. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)**

Το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου) αποτελείται από έξι (6) άτομα.

- Ένας (1) Λογοπαιδικός.
- Δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί.
- Ένας (1) Κοινωνιολόγος-Διοικητικός Υπεύθυνος.
- Ένας (1) Γραμματέας.
- Μία (1) Καθαρίστρια.

Πρόκειται, όμως, να εργαστούν στο Κέντρο οι εξής επαγγελματίες ψυχικής υγείας:

- Ένας (1) Παιδοψυχίατρος.
- Ένας (1) Ψυχολόγος.

#### **2.13.4. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) επισκέπτονται παιδιά και έφηβοι ηλικίας 3-18 χρόνων από όλη τη Θεσσαλία και τη Στερεά Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το επισκέπτονται παιδιά και έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου, μάθησης και συμπεριφοράς. Στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) γίνεται μόνο η διάγνωση κάποιου ελαφρού ψυχιατρικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ένα παιδί ή ένας έφηβος. Για τη θεραπεία αυτών των ελαφρών ψυχιατρικών προβλημάτων, καθώς και για τη διάγνωση και θεραπεία σοβαρότερων ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν παιδιά και έφηβοι, παραπέμπονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) οι συναντήσεις γίνονται μετά από τηλεφωνικά ραντεβού. Στο πρώτο ραντεβού πηγαίνουν μόνοι τους οι γονείς χωρίς το παιδί ή τον έφηβο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα και κρατείται το ιστορικό του. Συγκεκριμένα συζητείται μεταξύ των γονέων και του ειδικού ποιο είναι το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το παιδί ή ο έφηβος, πότε παρουσιάστηκε και κάποια δημογραφικά στοιχεία για την οικογένεια (π.χ. χωρισμός γονέων κ.λ.π.). Έπειτα, αναλόγως το περιστατικό αποφασίζεται ποιος ειδικός θα εξετάσει το παιδί ή τον έφηβο στο επόμενο ραντεβού.

#### **2.13.5. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)**

Στη συνέχεια παρουσιάζεται, ενδεικτικά, σε πίνακα το σύνολο των περιστατικών που επισκέφτηκαν το Κέντρο ανά φύλο και ανά ηλικιακές ομάδες κατά το έτος 2003.

**Πίνακας 14:** Αριθμός εξυπηρετούμενων ανά φύλο και ανά ηλικιακές ομάδες για το έτος 2003.

Ηλικιακή Κατηγορία	Φύλο				Σύνολο	Ποσοστά
	Αγόρια	Ποσοστά	Κορίτσια	Ποσοστά		
Προσχολική ηλικία	66	22,3%	43	24,4%	109	23,1%
6-12	181	61,1%	114	64,8%	295	62,5%
12-18	49	16,6%	19	10,8%	68	14,4%
<b>Σύνολο</b>	<b>296</b>	<b>100%</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>	<b>472</b>	<b>100%</b>
<b>Ποσοστό</b>	<b>62,7%</b>	<b>-</b>	<b>37,2%</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Από τον Πίνακα 14 παρατηρούμε ότι το 2003, επισκέφτηκαν το Κέντρο περισσότερα αγόρια με ποσοστό 62,7%, έναντι των κοριτσιών που έχουν το 37,2%. Επίσης, τα περισσότερα περιστατικά παρουσιάζονται στην παιδική ηλικία των 6-12 χρόνων και στα αγόρια και στα κορίτσια με συνολικό ποσοστό 62,5%, ακολουθούν τα περιστατικά της προσχολικής ηλικίας με ποσοστό 23,1% και τα λιγότερα περιστατικά στην εφηβική ηλικία των 12-18 χρόνων με ποσοστό 14,4%.

### 2.13.6. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΠΑΣΧΟΥΝ ΟΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι κατηγορίες αναπηρίας από τις οποίες πάσχουν τα παιδιά και οι έφηβοι που επισκέφθηκαν το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) κατά το 2003.

**Πίνακας 15:** Κατηγορίες αναπηρίας στις οποίες υπάγονται οι εξυπηρετούμενοι για το έτος 2003.

Κατηγορίες Αναπηρίας	Αριθμός παιδιών και εφήβων	Ποσοστά
Με βαριές/πολλαπλές αναπηρίες και χρόνια νοσήματα.	2	0,4%
Με γνωστικές-νοητικές αναπηρίες.	292	62%
Με προβλήματα ψυχικής υγείας.	95	20,1%
Με αισθητηριακή αναπηρία (τυφλοί, κωφοί, κωφάλαλοι).	6	1,3%
Με πολλαπλές αναπηρίες.	1	0,2%
Με βαριές/πολλαπλές αναπηρίες και χρόνια νοσήματα και με προβλήματα ψυχικής υγείας.	1	0,2%
Με γνωστικές-νοητικές αναπηρίες και με προβλήματα ψυχικής υγείας.	71	15%
Με γνωστικές-νοητικές αναπηρίες και με αισθητηριακή αναπηρία (τυφλοί, κωφοί, κωφάλαλοι).	1	0,2%
Με γνωστικές-νοητικές αναπηρίες, με προβλήματα ψυχικής υγείας και με πολλαπλές αναπηρίες.	1	0,2%
Με προβλήματα ψυχικής υγείας και με άλλες αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις (π.χ. μεσογειακή αναιμία, παθήσεις νευρικού, κυκλοφορικού, αναπνευστικού συστήματος.)	2	0,4%
<b>Σύνολο</b>	<b>472</b>	<b>100%</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Από τον Πίνακα 15 παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά που επισκέφθηκαν το Κέντρο πάσχουν από γνωστικές και νοητικές αναπηρίες με ποσοστό 62%, ακολουθούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας με ποσοστό 20,1% και οι υπόλοιπες αναπηρίες παρουσιάζονται με μικρότερα ποσοστά.



### 2.13.7. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΜΗΝΙΑΙΩΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται κατά προσέγγιση ο αριθμός των εξυπηρετούμενων του Κέντρου σε μηνιαία βάση.

**Πίνακας 16:** Αριθμός περιστατικών που κατά προσέγγιση εξυπηρετούνται σε μηνιαία βάση.

	Αριθμός περιστατικών	Ποσοστό
Νέα Περιστατικά	15	21,4%
Περιστατικά που επανεξετάζονται	10	14,3%
Περιστατικά που συνεχίζονται από προηγούμενους μήνες.	45	64,3%
Σύνολο	70	100%

Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Από τον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι επισκέπτονται το Κέντρο μηνιαίως 70 άτομα. Τα περισσότερα είναι περιστατικά που συνεχίζουν να επισκέπτονται το Κέντρο από προηγούμενους μήνες, με ποσοστό 64,3%, τα νέα περιστατικά ακολουθούν με ποσοστό 21,4% και τα λιγότερα είναι περιστατικά που επανεξετάζονται, με ποσοστό 14,3%.

### 2.13.8. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)

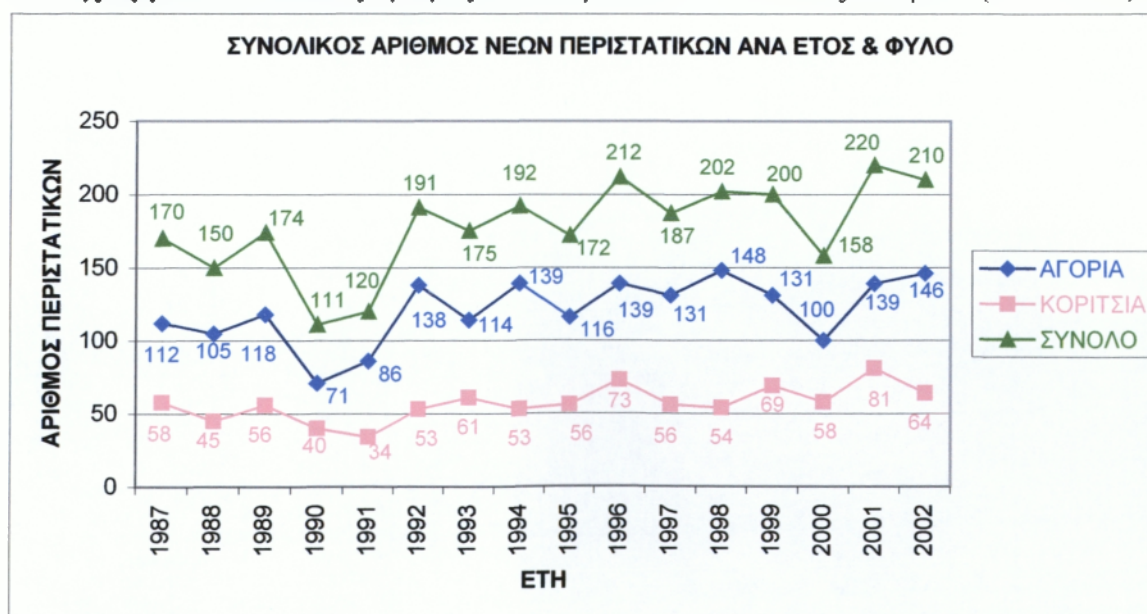
Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των νέων περιστατικών ανά έτος και φύλο από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του Κέντρου και μέχρι το 2002 και από το διάγραμμα φαίνεται η τάση του συνολικού αριθμού των νέων περιστατικών ανά έτος και φύλο.

Πίνακας 17: Συνολικός αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος και φύλο (1987-2002).

Έτος	Αγόρια	Ποσοστό	Κορίτσια	Ποσοστό	Σύνολο	Ποσοστό
1987	112	5,8%	58	6,4%	170	6%
1988	105	5,4%	45	4,9%	150	5,3%
1989	118	6,1%	56	6,1%	174	6,1%
1990	71	3,7%	40	4,4%	111	3,9%
1991	86	4,4%	34	3,7%	120	4,2%
1992	138	7,1%	53	5,8%	191	6,7%
1993	114	5,9%	61	6,7%	175	6,2%
1994	139	7,2%	53	5,8%	192	6,7%
1995	116	6%	56	6,1%	172	6%
1996	139	7,2%	73	8%	212	7,5%
1997	131	6,8%	56	6,1%	187	6,6%
1998	148	7,7%	54	5,9%	202	7,1%
1999	131	6,8%	69	7,6%	200	7%
2000	100	5,2%	58	6,4%	158	5,6%
2001	139	7,2%	81	8,9%	220	7,7%
2002	146	7,6%	64	7%	210	7,4%
Σύνολο	1.933	100%	911	100%	2.844	100%
Ποσοστό	68%	-	32%	-	100%	-

Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Διάγραμμα 2: Συνολικός αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος και φύλο (1987-2002).



Πηγή: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Από τον Πίνακα 17 παρατηρούμε ότι κατά την δεκαπενταετία (1987-2002) τα περισσότερα νέα περιστατικά που επισκέφτηκαν το Κέντρο ήταν αγόρια, με ποσοστό 68%, έναντι των κοριτσιών που κατείχαν το 32%. Επίσης, τα περισσότερα νέα περιστατικά παρουσιάστηκαν το έτος 2001 με ποσοστό 7,7% και τα λιγότερα το έτος 1990 με ποσοστό 3,9%.

Από το Διάγραμμα 2 παρατηρούμε ότι από το 1987 μέχρι το 2002 υπάρχουν μεγάλες αυξομειώσεις στο συνολικό αριθμό των νέων περιστατικών. Όσον αφορά τα κορίτσια, υπάρχουν μικρές αυξομειώσεις στα νέα περιστατικά, ενώ στα αγόρια υπάρχουν μεγαλύτερες αυξομειώσεις.

### **2.13.9. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΟΛΟΥ)**

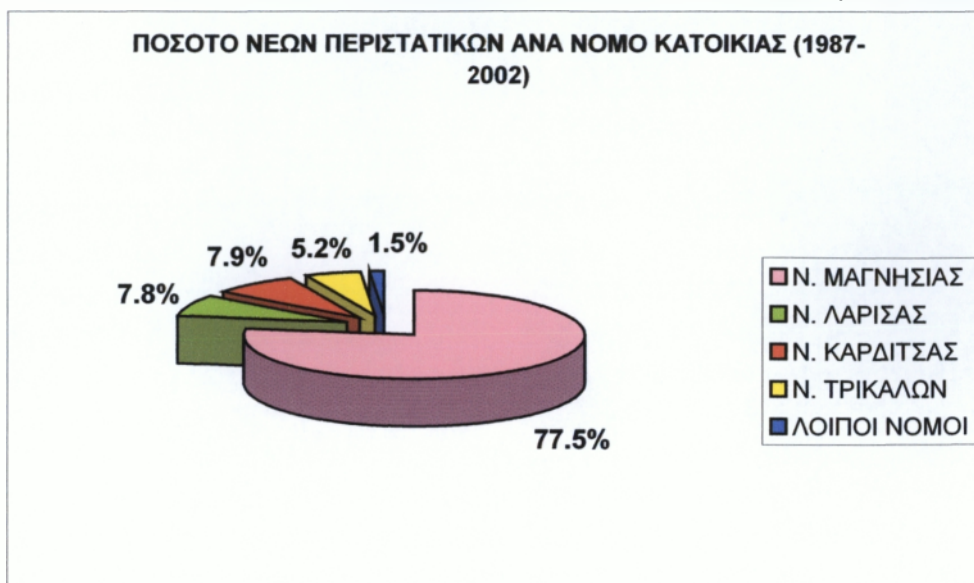
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των νέων περιστατικών ανά έτος και Νομό κατοικίας που επισκέφτηκαν το Κέντρο από το 1987 μέχρι το 2002 και στην παρακάτω πίτα φαίνεται το μέγεθος των νέων περιστατικών ανά Νομό κατοικίας για το ίδιο χρονικό διάστημα.

**Πίνακας 18:** Συνολικός αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος και Νομό κατοικίας (1987-2002).

<b>Νομοί</b> <b>Έτη</b>	<b>Μαγνησία</b>	<b>Λάρισα</b>	<b>Καρδίτσα</b>	<b>Τρίκαλα</b>	<b>Λοιποί Νομοί</b>	<b>Σύνολο</b>
1987	141	14	6	8	1	170
1988	106	18	16	10	-	150
1989	135	19	3	17	-	174
1990	81	11	10	9	-	111
1991	105	8	3	4	-	120
1992	163	13	8	6	1	191
1993	144	18	5	7	1	175
1994	143	25	15	4	5	192
1995	134	9	12	16	1	172
1996	163	22	18	8	1	212
1997	138	21	15	10	3	187
1998	160	18	15	8	1	202
1999	166	8	17	4	5	200
2000	127	5	15	10	1	158
2001	155	8	37	7	13	220
2002	144	5	31	21	9	210
<b>Σύνολο</b>	<b>2.205</b>	<b>222</b>	<b>226</b>	<b>149</b>	<b>42</b>	<b>2.844</b>

**Πηγή:** Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

**Πίνα 1:** Συνολικό ποσοστό νέων περιστατικών ανά Νομό κατοικίας (1987-2002).



**Πηγή:** Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Από την Πίνα 1 παρατηρούμε ότι τα περισσότερα νέα περιστατικά προέρχονται από το Νομό Μαγνησίας, με ποσοστό 77,5% και τα λιγότερα νέα περιστατικά από τους Λοιπούς Νομούς της Στερεάς Ελλάδας, με ποσοστό 1,5%.

## 2.7 ΟΙ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΣΟΥΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Σύμφωνα με το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) Θεσσαλίας, μέχρι το τέλος της εφαρμογής της Β' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2004-2006), πρόκειται να λειτουργήσουν στο Νομό Μαγνησίας οι εξής νέες Δομές Ψυχικής Υγείας:

1. Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, Εφήβων και Παίδων.
2. Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας.
3. Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών ναρκωτικών.
4. Κινητή Μονάδα.
5. Δύο Εργαστήρια Κατάρτισης.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> ΠεΣΥΠ Θεσσαλίας, "Υγεία-Πρόνοια" Προτεραιότητες-Στόχοι 2002-2004/Απολογισμός, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ΠεΣΥΠ Θεσσαλίας, Λάρισα 2004, σ. 73.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

**"ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ  
ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ  
ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ"**

### 3.1. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

#### 3.1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το Δεκέμβριο του 2004 μέχρι τον Ιανουάριο του 2005 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα για τις στάσεις και αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια ενός δείγματος 100 ενηλίκων πολιτών του Νομού Μαγνησίας. Η έρευνα έγινε με την συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων από κατοίκους αστικών, ημιαστικών, αγροτικών και νησιωτικών περιοχών του Νομού Μαγνησίας. Επίσης συμπληρώθηκαν από 50 άνδρες και 50 γυναίκες διαφορετικών ηλικιών (από 18 μέχρι 83 χρόνων) και διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, μεταλυκειακή και τριτοβάθμια εκπαίδευση).

Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ανάλογα με τον αριθμό του πληθυσμού κάθε περιοχής του Νομού, ο οποίος φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 19. Επίσης, οι ηλικιακές κατηγορίες και οι εκπαιδευτικές βαθμίδες στις οποίες ανήκουν οι ερωτώμενοι παρουσιάζονται στους Πίνακες 20 και 21 αντίστοιχα.

**Πίνακας 19:** Ο πληθυσμός του Νομού Μαγνησίας ανά περιοχή και η κατανομή των ερωτηματολογίων.

	Πληθυσμός	Ποσοστό Πληθυσμού	Ερωτηματολόγια
Αστικές περιοχές	116.439	56%	56
Ημιαστικές περιοχές	32.626	16%	16
Αγροτικές περιοχές	44.374	21%	21
Νησιωτικές περιοχές	13.556	7%	7
<b>Σύνολο</b>	<b>206.995</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Μαγνησίας.

**Πίνακας 20:** Ο αριθμός των ερωτώμενων ανά ηλικιακή κατηγορία.

Ηλικιακές Κατηγορίες	Αριθμός ερωτώμενων
18-29	30
30-39	22
40-49	27
50-59	12
60-69	6
70 και άνω	3
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

**Πίνακας 21:** Ο αριθμός των ερωτώμενων ανά εκπαιδευτική βαθμίδα.

Εκπαιδευτικές Βαθμίδες	Αριθμός ερωτώμενων
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό)	13
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο, Τεχνική Σχολή, Λύκειο)	43
Μεταλυκειακή εκπαίδευση (ΙΕΚ κ.λ.π.)	14
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακά)	30
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τους Πίνακες 20 και 21 παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ερωτώμενων που αντιστοιχεί σε κάθε ηλικιακή κατηγορία και σε κάθε εκπαιδευτική βαθμίδα είναι δυσανάλογος, σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες και με τις υπόλοιπες εκπαιδευτικές βαθμίδες αντίστοιχα. Αυτό παρουσιάζεται λόγω του ότι το δείγμα ήταν τυχαίο όσον αφορά την ηλικία και την εκπαίδευση των ερωτώμενων.

Εξαιτίας του τυχαίου δείγματος, παρατηρούμε από τον Πίνακα 20 ότι τα περισσότερα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε νέους ανθρώπους. Η δυσαναλογία αυτή ίσως οδηγήσει στην παρουσία σύγχρονων στάσεων και αντιλήψεων των πολιτών του Νομού Μαγνησίας γύρω από την ψυχική ασθένεια.

Πριν ένα χρόνο περίπου, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) πραγματοποίησε μία έρευνα με ερωτηματολόγια για τις στάσεις και αντιλήψεις γύρω από την ψυχική ασθένεια σε όλη την Ελλάδα. Από το ερωτηματολόγιο του ΕΠΨΥ χρησιμοποιήθηκαν μερικές ερωτήσεις για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου που συμπληρώθηκε από κατοίκους του Νομού Μαγνησίας (βλ. Παράρτημα).

Κατά τη διάρκεια της έρευνας υπήρξαν και κάποιες δυσκολίες. Μερικές φορές, οι ερωτώμενοι, ενώ αρχικά ήταν πρόθυμοι να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια δυσκολεύονταν να γράψουν την άποψη τους, ίσως γιατί θεωρούσαν ότι το θέμα της ψυχικής υγείας είναι πολύ προσωπικό ζήτημα, μπορεί ακόμη να νόμιζαν ότι θα έβλεπα τις απαντήσεις που θα έδινε ο καθένας, αν και τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα.

### 3.1.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Τα θέματα που διερευνούνται είναι τα εξής:

1. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών.
2. Η ενημέρωση των πολιτών για τον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας της ψυχικής ασθένειας.
3. Η ενημέρωση των πολιτών για τους ψυχικά ασθενείς.
4. Η ικανότητα των ψυχικά ασθενών για να εργαστούν.
5. Η ενόχληση των πολιτών από την παρουσία των ψυχικά ασθενών.
6. Ο φόβος των πολιτών για τους ψυχικά ασθενείς.
7. Ο βαθμός επηρεασμού της προσωπικής ζωής των πολιτών εξαιτίας της ύπαρξης κάποιου ψυχικά ασθενή στο περιβάλλον τους.
8. Η εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

**Πίνακας 22:** Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή για κάποια ψυχική ασθένεια; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Εσείς ο ίδιος/ίδια	3	2,6%
Σύζυγος	4	3,5%
Παιδί	1	0,9%
Άλλο συγγενικό πρόσωπο	20	17,5%
Φίλος	8	7,0%
Γνωστός	25	22,0%
Συνεργάτης/Συνάδελφος	10	8,7%
Δε γνωρίζω τέτοιο άτομο	43	37,7%
Σύνολο	114	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 22 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (37,7%) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν κάποιο άτομο που να κάνει θεραπεία για κάποια ψυχική ασθένεια. Επίσης, 22% των ερωτώμενων απάντησαν ότι έχουν κάποιο γνωστό και 17,5% κάποιο συγγενικό πρόσωπο που κάνει θεραπεία για κάποια ψυχική ασθένεια. Δηλαδή τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζονται στις απαντήσεις που δεν απευθύνονται στο στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.



**Πίνακας 23:** Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνιζε κάποια ψυχική ασθένεια;	48	29	22	1	100
	48,0%	29,0%	22,0%	1,0%	100,0%
2. Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	54	27	13	6	100
	54,0%	27,0%	13,0%	6,0%	100,0%
3. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια;	12	79	4	5	100
	12,0%	79,0%	4,0%	5,0%	100,0%
4. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	10	72	12	6	100
	10,0%	72,0%	12,0%	6,0%	100,0%
5. Θα ξεκινούσατε φίλια με κάποιο άτομο που γνωρίζετε ότι πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	44	34	22	0	100
	44,0%	34,0%	22,0%	0,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από την πρώτη ερώτηση του Πίνακα 23 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (48%) απάντησαν ότι θα μπορούσαν να διατηρήσουν μία φίλια με κάποιον που στην πορεία της φιλίας τους εμφάνιζε κάποια ψυχική ασθένεια.

Στην δεύτερη ερώτηση, το 54% των ερωτώμενων απάντησε ότι θα αναστατώνονταν ή θα ενοχλούνταν αν έμενε με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Δηλαδή οι περισσότεροι ερωτώμενοι αναστατώνονται ή ενοχλούνται αν βρίσκεται στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον ένας ψυχικά ασθενής.

Στην τρίτη ερώτηση, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (79%) απάντησαν ότι δεν θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά τους είχε διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια.

Στην τέταρτη ερώτηση, το 72% των ερωτώμενων απάντησε ότι δεν θα δεχόταν να παντρευτεί κάποιο άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Στην πέμπτη ερώτηση, η πλειοψηφία (44%) απάντησε ότι θα ξεκινούσε φίλια με κάποιο άτομο που γνώριζε ότι πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

**Πίνακας 24:** Που θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σε ψυχίατρο	43	25,6%
Σε ψυχολόγο	48	28,0%
Σε νευρολόγο	15	9,0%
Σε οικογενειακό γιατρό (παθολόγο κ.τ.λ.)	9	5,4%
Σε ιερωμένο	21	12,2%
Σε φίλο	1	0,5%
Σε εναλλακτικό γιατρό (ομοιοπαθητική, βελονισμός κ.ο.κ.)	2	1,1%
Σε κοινωνικό λειτουργό	9	5,1%
Σε νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων	16	9,5%
Σε κανένα (θα προσπαθούσα να το αντιμετωπίσω μόνος μου)	6	3,6%
<b>Σύνολο</b>	<b>170</b>	<b>100,0%</b>

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 24 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (28%) θα απευθύνονταν σε ψυχολόγο αν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Επίσης, 25,6% των ερωτώμενων θα απευθύνονταν σε ψυχίατρο.

Αλλά υπάρχει και ένα συνολικό ποσοστό 31,8%, το οποίο φαίνεται να μην είναι ενημερωμένο για το που πρέπει να απευθυνθεί σε περίπτωση εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας. Καθώς απάντησε ότι θα απευθυνόταν σε νευρολόγο (9%), σε οικογενειακό γιατρό (5,4%), σε ιερωμένο (12,2%), σε φίλο (0,5%), σε εναλλακτικό γιατρό (1,1%) και σε κανέναν, διότι θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την ψυχική ασθένεια μόνο του (3,6%).

**Πίνακας 25:** Που θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

	ΑΣΤΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΝΗΣΙΩΤΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σε ψυχίατρο	24	26,4%	5	17,9%	11	27,5%	3	27,3%
Σε ψυχολόγο	27	29,7%	7	25,0%	10	25,0%	4	36,4%
Σε νευρολόγο	8	8,8%	4	14,3%	3	7,5%	0	0,0%
Σε οικογενειακό γιατρό (παθολόγο κ.τ.λ.)	5	5,5%	0	0,0%	2	5,0%	2	18,2%
Σε ιερωμένο	10	11,0%	3	10,7%	7	17,5%	1	9,1%
Σε φίλο	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Σε εναλλακτικό γιατρό (ομοιοπαθητική, βελονισμός κ.ο.κ.)	1	1,1%	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
Σε κοινωνικό λειτουργό	4	4,4%	3	10,7%	1	2,5%	1	9,1%
Σε νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων	8	8,8%	5	17,9%	3	7,5%	0	0,0%
Σε κανένα (θα προσπαθούσα να το αντιμετωπίσω μόνος μου)	3	3,3%	1	3,6%	2	5,0%	0	0,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>40</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 25 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι, σε οποιαδήποτε περιοχή κι αν διαμένουν θα απευθύνονταν σε ψυχολόγο και ψυχίατρο αν παρουσίαζαν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους κάποια συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.

Ακόμη παρουσιάζονται και άλλα σημαντικά ποσοστά ανά περιοχή. Στις ημιαστικές περιοχές 10,7% των ερωτώμενων (το μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες περιοχές) θα απευθύνονταν σε κοινωνικό λειτουργό. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι στα Κέντρα Υγείας του Νομού υπάρχουν μόνο κοινωνικοί λειτουργοί και όχι ψυχίατροι ή ψυχολόγοι. Επίσης στις ημιαστικές περιοχές το 14,3% των ερωτώμενων (το μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες περιοχές) θα απευθυνόταν σε νευρολόγο.

Επίσης, 17,5% των ερωτώμενων που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές (το μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες περιοχές) θα απευθύνονταν σε ιερωμένο.

Στις νησιωτικές περιοχές το 18,2% των ερωτώμενων (το μεγαλύτερο σε σχέση με τις άλλες περιοχές) θα απευθυνόταν σε οικογενειακό γιατρό.

Επομένως, οι κάτοικοι των ημιαστικών, των αγροτικών και των νησιωτικών περιοχών φαίνεται ότι είναι λιγότερο ενημερωμένοι για το που πρέπει να απευθυνθούν αν παρουσίαζαν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους κάποια συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.

**Πίνακας 26:** Γενικά πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές:

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών	28	42	15	4	11	0	100
	28,0%	42,0%	15,0%	4,0%	11,0%	0,0%	100,0%
2. Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους	40	36	5	2	15	2	100
	40,0%	36,0%	5,0%	2,0%	15,0%	2,0%	100,0%
3. Μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα	16	32	26	12	13	1	100
	16,0%	32,0%	26,0%	12,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Στην πρώτη ερώτηση του Πίνακα 26 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς είτε συχνά (42%), είτε σχεδόν πάντα (28%) μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών. Αυτό αποδεικνύει ότι η κοινότητα είναι ενημερωμένη για την λειτουργία των νέων ψυχιατρικών δομών και δείχνει ότι εμπιστεύεται τα νέα μέτρα περί ψυχιατρικής.

Στην δεύτερη ερώτηση, η πλειοψηφία απάντησε ότι οι ψυχικά ασθενείς είτε σχεδόν πάντα (40%) είτε συχνά (36%) χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους.

Στην τρίτη ερώτηση, οι περισσότεροι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς είτε συχνά (32%), είτε σχεδόν πάντα (16%) μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα.

Δηλαδή περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους και λιγότεροι ότι μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις. Επομένως φαίνεται ότι οι πολίτες εμπιστεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό τα φάρμακα παρά την ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις για την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας.

**Πίνακας 27:** Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες; (Μία απάντηση μόνο)

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Φάρμακα από γιατρό	11	11,0%
Ψυχοθεραπεία	7	7,0%
Συνδυασμός φαρμάκων-ψυχοθεραπείας	58	58,0%
Τίποτα από τα παραπάνω, οι ψυχικές ασθένειες δεν θεραπεύονται	5	5,0%
Άλλη θεραπεία (ποια;)*	7	7,0%
Δεν γνωρίζω	12	12,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>
<b>* Άλλες θεραπείες για τις ψυχικές ασθένειες, οι οποίες απαντήθηκαν από τους ερωτώμενους</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	
1. Μυστηριακή ζωή	4	
2. Παρακολούθηση πνευματικού	2	
3. Συνομιλία με ιερωμένο	1	

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 27 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (58%) πιστεύουν ότι ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας είναι η καλύτερη θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες, κάτι το οποίο υποστηρίζει και η ψυχιατρική. Αλλά υπάρχει και ένα συνολικό ποσοστό 24%, το οποίο δεν φαίνεται να είναι ενημερωμένο για την καλύτερη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών. Καθώς απάντησε είτε ότι οι ψυχικές ασθένειες δεν θεραπεύονται (5%), είτε ότι η θεραπεία τους επιτυγχάνεται με τη μυστηριακή ζωή και με τη συνομιλία με ιερωμένο (7%), είτε δεν γνωρίζει την καλύτερη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών (12%).

**Πίνακας 28:** Θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι η δική σας άποψη για τα παρακάτω;

	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΘΕΤΙΚΗ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές	7	80	8	5	100
	7,0%	80,0%	8,0%	5,0%	100,0%
2. Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν ψυχικές διαταραχές στο σπίτι	5	90	4	1	100
	5,0%	90,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από την πρώτη ερώτηση του Πίνακα 28 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (80%) έχουν θετική άποψη για τη διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Στη δεύτερη ερώτηση, 90% των ερωτώμενων έχουν θετική άποψη για το πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν ψυχικές διαταραχές στο σπίτι.

**Πίνακας 29:** Ποιες από τις παρακάτω προτάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά αρρώστους	56	20	16	8	100
	56,0%	20,0%	16,0%	8,0%	100,0%
2. Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια	90	4	3	3	100
	90,0%	4,0%	3,0%	3,0%	100,0%
3. Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας	91	1	5	3	100
	91,0%	1,0%	5,0%	3,0%	100,0%
4. Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες	75	2	18	5	100
	75,0%	2,0%	18,0%	5,0%	100,0%
5. Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή	51	16	26	7	100
	51,0%	16,0%	26,0%	7,0%	100,0%
6. Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας	90	2	4	4	100
	90,0%	2,0%	4,0%	4,0%	100,0%
7. Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών	83	2	13	2	100
	83,0%	2,0%	13,0%	2,0%	100,0%
8. Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία	91	1	4	4	100
	91,0%	1,0%	4,0%	4,0%	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 29 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν δώσει τις εξής απαντήσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας:

Στην πρώτη ερώτηση, 56% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά αρρώστους. Επομένως, φαίνεται ότι οι περισσότεροι πολίτες δεν είναι ενημερωμένοι για την προσπάθεια που γίνεται να μειωθούν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, έτσι ώστε να επιτευχθεί η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και να αυξηθεί ο αριθμός των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Στην δεύτερη ερώτηση, 90% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια. Επίσης φαίνεται ότι οι περισσότεροι πολίτες είναι ενημερωμένοι για τη λειτουργία και τη βοήθεια που παρέχουν οι Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Στην τρίτη ερώτηση, 91% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και την θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας.

Στην τέταρτη ερώτηση, 75% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες.

Στην πέμπτη ερώτηση, 51% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή.

Στην έκτη ερώτηση, 90% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας. Δηλαδή η πλειοψηφία των ερωτώμενων αισθάνεται ότι δεν είναι πλήρως ενημερωμένη σε θέματα ψυχικής υγείας.

Στην έβδομη ερώτηση, 83% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών.

Στην όγδοη ερώτηση, 91% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι πρέπει να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία.

**Πίνακας 30:** Γενικά πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές:

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη	5	22	35	11	24	3	100
	5,0%	22,0%	35,0%	11,0%	24,0%	3,0%	100,0%
2. Προκαλούν δημόσια ενόχληση (π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά)	13	31	33	8	14	1	100
	13,0%	31,0%	33,0%	8,0%	14,0%	1,0%	100,0%
3. Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα	14	25	20	4	37	0	100
	14,0%	25,0%	20,0%	4,0%	37,0%	0,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Στην πρώτη ερώτηση του Πίνακα 30 φαίνεται ότι το 35% των ερωτώμενων πιστεύει ότι σπάνια οι ψυχικά ασθενείς είναι διανοητικά καθυστερημένοι ή έχουν χαμηλά νοημοσύνη και το 11% πιστεύει ότι οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι διανοητικά καθυστερημένοι ή δεν έχουν χαμηλά νοημοσύνη.

Στην δεύτερη ερώτηση φαίνεται ότι 31% των ερωτώμενων πιστεύουν ότι συχνά οι ψυχικά ασθενείς προκαλούν δημόσια ενόχληση και 13% πιστεύουν ότι σχεδόν πάντα προκαλούν δημόσια ενόχληση. Δηλαδή η πλειοψηφία των ερωτώμενων ενοχλείται από την εμφάνιση και τη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών.

Στην τρίτη ερώτηση το 25% των ερωτώμενων πιστεύει ότι συχνά οι ψυχικά ασθενείς έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα και το 14% πιστεύει ότι σχεδόν πάντα οι ψυχικά ασθενείς έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα.

**Πίνακας 31:** Γενικά πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές:

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές	18	26	32	9	14	1	100
	18,0%	26,0%	32,0%	9,0%	14,0%	1,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 31 φαίνεται ότι το 26% των ερωτώμενων πιστεύει ότι συχνά οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές και το 18% πιστεύει ότι σχεδόν πάντα οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές.

**Πίνακας 32:** Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	27	56	16	1	100
	27,0%	56,0%	16,0%	1,0%	100,0%
2. Θα δίνετε δουλειά σε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	35	41	21	3	100
	35,0%	41,0%	21,0%	3,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από την πρώτη ερώτηση του Πίνακα 32 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων (56%) δεν θα αναστατωνόταν ή δεν θα ενοχλούταν αν ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Στη δεύτερη ερώτηση, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (41%) δεν θα έδιναν δουλειά σε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

**Πίνακας 33:** Θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι η δική σας άποψη για τα παρακάτω;

	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΘΕΤΙΚΗ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς	25	51	19	5	100
	25,0%	51,0%	19,0%	5,0%	100,0%

Πηγή: Ίδια Έρευνα.

Από τον Πίνακα 33 φαίνεται ότι 51% των ερωτώμενων είναι υπέρ της δημιουργίας προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζονται και αυτοί.



**Πίνακας 34:** Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	11	82	5	2	100
	11,0%	82,0%	5,0%	2,0%	100,0%
2. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;	62	25	11	2	100
	62,0%	25,0%	11,0%	2,0%	100,0%
3. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	65	24	10	1	100
	65,0%	24,0%	10,0%	1,0%	100,0%
4. Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	21	65	13	1	100
	21,0%	65,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Στην πρώτη ερώτηση του Πίνακα 34 φαίνεται ότι το 82% των ερωτώμενων δεν θα ενοχλούταν εάν καθόταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Στη δεύτερη ερώτηση οι περισσότεροι ερωτώμενοι (62%) θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μία γειτονιά, όπου έχουν βρει ένα σπίτι κατάλληλο για αυτούς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Στην τρίτη ερώτηση οι περισσότεροι ερωτώμενοι (65%) θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μία πολυκατοικία, όπου έχουν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Στην τέταρτη ερώτηση, το 65% δεν θα ενοχλούταν να μετακόμιζε δίπλα του ένας ψυχικά ασθενής.

**Πίνακας 35:** Ας υποθέσουμε ότι δημιουργείται στη γειτονιά σας ένας μικρός Ξενώνας (6-8 ατόμων, που θα έχουν την αναγκαία φροντίδα από επαγγελματίες) για άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, θα ήσασταν υπέρ, κατά ή δε σας πείραζε;

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Υπέρ	42	42,0%
Κατά	1	1,0%
Αδιάφορος/η, δεν θα με πείραζε	57	57,0%
Σύνολο	100	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 35 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (57%) είναι αδιάφοροι, δεν θα τους πείραζε η δημιουργία στη γειτονιά τους ενός Ξενώνα για άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Επίσης 42% των ερωτώμενων είναι υπέρ της δημιουργίας Ξενώνα και το 1% κατά, διότι θεωρεί τους ψυχικά ασθενείς επικίνδυνους και πιστεύει ότι μπορεί να βλάψουν τα παιδιά του.

**Πίνακας 36:** Γενικά πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές:

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους	7	30	37	7	16	3	100
	7,0%	30,0%	37,0%	7,0%	16,0%	3,0%	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 36 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (37%) θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς σπάνια αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους και 7% πιστεύει ότι δεν αποτελούν δημόσιο κίνδυνο.

**Πίνακας 37:** Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	17	77	5	1	100
	17,0%	77,0%	5,0%	1,0%	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 37 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (77%) δεν φοβούνται να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

**Πίνακας 38:** Κατά τη γνώμη σας ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική αρρώστια;

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πολύ λιγότερο επικίνδυνος	11	11,0%
Λιγότερο επικίνδυνος	7	7,0%
Περίπου το ίδιο επικίνδυνος	31	31,0%
Περισσότερο επικίνδυνος	26	26,0%
Πολύ περισσότερο επικίνδυνος	5	5,0%
Δεν γνωρίζω	20	20,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 38 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι 31% πιστεύουν ότι ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περίπου το ίδιο επικίνδυνος από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Αλλά και το 26% των ερωτώμενων θεωρεί έναν συνηθισμένο ψυχικά άρρωστο περισσότερο επικίνδυνο από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

**Πίνακας 39:** Η ψυχική ασθένεια είναι δυνατόν να επηρεάσει την προσωπική μας ζωή από το γεγονός ότι κάποιος που πάσχει, είναι ανάμεσά μας, είτε ανάμεσα στους συγγενείς ή φίλους μας, είτε στο κοινωνικό μας περιβάλλον. Εσάς σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη ζωή σας η ψυχική ασθένεια;

	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	27	27,0%
Λίγο	24	24,0%
Αρκετά	41	41,0%
Σχεδόν σε καθημερινή βάση	8	8,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από τον Πίνακα 39 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (41%) επηρεάζονται αρκετά στην προσωπική τους ζωή από το γεγονός ότι κάποιος ψυχικά ασθενής, είναι ανάμεσα τους, είτε ανάμεσα στους συγγενείς ή φίλους τους, είτε στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

**Πίνακας 40:** Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
1. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	63	25	12	0	100
	63,0%	25,0%	12,0%	0,0%	100,0%
2. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;	29	53	16	2	100
	29,0%	53,0%	16,0%	2,0%	100,0%

Πηγή: Ιδία Έρευνα.

Από την πρώτη ερώτηση του Πίνακα 40 φαίνεται ότι το 63% των ερωτώμενων θα δάνειζε κάτι δικό του σε άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Στη δεύτερη ερώτηση φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (53%) δεν θα νοικίαζαν το σπίτι τους σε κάποιον ψυχικά ασθενή.

### 3.1.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Συνοψίζοντας, τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας για τις Στάσεις και Αντιλήψεις γύρω από την Ψυχική Ασθένεια των Πολιτών του Νομού Μαγνησίας, τα οποία προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από πολίτες του Νομού, είναι τα εξής:

Από τα αποτελέσματα της έρευνας συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στιγματισμός εις βάρος των ψυχικά ασθενών, ειδικά όταν υπάρχει κάποιος ψυχικά ασθενής στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Όταν όμως υπάρχει κάποιος ψυχικά ασθενής στο φιλικό περιβάλλον δεν υπάρχει στιγματισμός.

Σχετικά με την ενημέρωση των πολιτών για τον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας της ψυχικής ασθένειας συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ενημερωμένο για το που πρέπει να απευθυνθεί σε περίπτωση εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας. Αλλά οι κάτοικοι των ημιαστικών, των αγροτικών και των νησιωτικών περιοχών φαίνεται ότι είναι λιγότερο ενημερωμένοι από τους κατοίκους των αστικών περιοχών για το που πρέπει να απευθυνθούν αν παρουσίαζαν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους κάποια συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.

Επίσης, η πλειοψηφία των πολιτών φαίνεται ότι είναι ενημερωμένη για την λειτουργία των νέων ψυχιατρικών δομών και δείχνει ότι εμπιστεύεται τα νέα μέτρα περί ψυχιατρικής.

Ακόμη η πλειονότητα των κατοίκων γνωρίζει ότι ο καλύτερος τρόπος θεραπείας για τις ψυχικές ασθένειες είναι ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας, κάτι το οποίο υποστηρίζει και η ψυχιατρική. Αλλά, οι πολίτες εμπιστεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό τα φάρμακα παρά την ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις για την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι ενημερωμένη και για τους τρόπους που βοηθούν τους ψυχικά ασθενείς να αντιμετωπίσουν την ψυχική ασθένεια και να θεραπευθούν αποτελεσματικά μέσα στην κοινότητα και κοντά στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Συγκεκριμένα γνωρίζουν ότι οι παρακάτω μέθοδοι βοηθούν τους ψυχικά ασθενείς:

- Η διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Η δημιουργία προγράμματος βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν ψυχικές διαταραχές στο σπίτι.
- Η παροχή περισσότερων υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου, ώστε οι ψυχικά ασθενείς να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια.
- Η πραγματοποίηση περισσότερων ερευνών για τα αίτια και την θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας.
- Η δημιουργία περισσότερων μικρών θεραπευτικών Ξενώνων.
- Η μεγαλύτερη έμφαση που πρέπει να δοθεί στη φαρμακευτική αγωγή.
- Η μεγαλύτερη έμφαση που πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας.
- Η αύξηση των ευκαιριών για εργασία και ψυχαγωγία στους ψυχικά ασθενείς.
- Η παροχή των ευκαιριών για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία.

Επίσης, οι περισσότεροι πολίτες είναι υπέρ της δημιουργίας περισσότερων ψυχιατρικών για τους ψυχικά αρρώστους. Επομένως, φαίνεται ότι οι περισσότεροι πολίτες δεν είναι ενημερωμένοι για την προσπάθεια που γίνεται να μειωθούν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, έτσι ώστε να επιτευχθεί η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και να αυξηθεί ο αριθμός των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών για τους ψυχικά ασθενείς από τα αποτελέσματα παρουσιάζεται ότι η πλειοψηφία των πολιτών δεν είναι ενημερωμένη ότι η πιθανώς περιεργη εμφάνιση και συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών οφείλονται σε κάποια βαριά μορφή ψυχικής ασθένειας ή σε κάποια υποτροπή της ασθένειας, η οποία μπορεί να επηρεάζει την εμφάνιση και τη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών. Καθώς οι περισσότεροι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς προκαλούν δημόσια ενόχληση (π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περιεργη συμπεριφορά, ζητιανιά) και έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα. Αντίθετα, η πλειονότητα των πολιτών πιστεύει ότι σπάνια οι ψυχικά ασθενείς είναι διανοητικά καθυστερημένοι ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη.

Σχετικά με την ικανότητα των ψυχικά ασθενών για να εργαστούν συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι πολίτες πιστεύουν ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί να εργαστούν σε κανονικές δουλειές. Επίσης δεν θα τους αναστάτωνε ή δεν θα τους ενοχλούσε να είναι στην ίδια δουλειά με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Και είναι υπέρ της δημιουργίας προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις εργασίας, εκεί που εργάζονται και εκείνοι. Αλλά, η πλειοψηφία των πολιτών δεν θα έδινε δουλειά σε κάποιον ψυχικά ασθενή.

Όσον αφορά την ενόχληση των πολιτών από την παρουσία των ψυχικά ασθενών, από την έρευνα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των πολιτών δεν ενοχλούνται από την παρουσία των ψυχικά ασθενών. Καθώς, οι περισσότεροι ερωτώμενοι δεν θα ενοχλούνταν εάν κάθονταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μία γειτονιά, όπου έχουν βρει ένα σπίτι κατάλληλο για αυτούς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Θα αποφάσιζαν να μείνουν σε μία πολυκατοικία, όπου έχουν βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για αυτούς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια και δεν θα ενοχλούνταν να μετακόμιζε δίπλα τους ένας ψυχικά ασθενής. Επίσης, η πλειονότητα των ερωτώμενων απάντησε ότι δεν θα τους πείραζε η δημιουργία στη γειτονιά τους ενός Ξενώνα για άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Επομένως, ο κόσμος δέχεται τη δημιουργία δομών πρωτοβάθμιας ψυχικής φροντίδας στη γειτονιά του.

Σχετικά με το φόβο που νιώθουν οι πολίτες για τους ψυχικά ασθενείς, από την έρευνα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των πολιτών δεν φοβούνται τους ψυχικά ασθενείς. Καθώς, οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι οι ψυχικά ασθενείς σπάνια αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους και δεν φοβούνται να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια. Επίσης, οι περισσότεροι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περίπου το ίδιο επικίνδυνος από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

Ακόμη, από την έρευνα αποδεικνύεται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι επηρεάζονται αρκετά στην προσωπική τους ζωή από το γεγονός ότι κάποιος ψυχικά ασθενής, είναι ανάμεσα τους, είτε ανάμεσα στους συγγενείς ή φίλους τους, είτε στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Σχετικά με την εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στους ψυχικά ασθενείς συμπεραίνουμε ότι οι πολίτες δεν εμπιστεύονται αρκετά τους ψυχικά ασθενείς. Καθώς η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν θα νοίκιαζε το σπίτι του σε κάποιον ψυχικά ασθενή. Αλλά οι περισσότεροι θα δάνειζαν κάτι δικό τους σε άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια.

### **3.2. ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

Θεωρήσαμε σημαντικό να προσεγγίσουμε μια σειρά ζητήματα, που αφορούν τις Μονάδες Ψυχιατρικών Φροντίδων στο Νομό Μαγνησίας, συζητώντας με το επιστημονικό προσωπικό που προσφέρει αυτές τις φροντίδες στην περιοχή αυτή. Για πρακτικούς λόγους, περιοριστήκαμε σε μια συνέντευξη με τον κ. Βίκτωρα Σπηλιωτόπουλου, ο οποίος υπηρετεί ως Κοινωνικός Λειτουργός στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου και επιπλέον είναι και Κοινωνιολόγος. Η εμπειρία που έχει αποκτήσει καθ' όλη την περίοδο που υπηρετεί σε Μονάδα παροχής ψυχιατρικών φροντίδων στην περιοχή ενδιαφέροντος, αλλά και η κοινωνιολογική του προσέγγιση στα θέματα που μας ενδιαφέρουν, θεωρήθηκαν ότι μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Τα θέματα που επιδιώξαμε να προσεγγίσουμε στην προσωπική συνέντευξη με τον κ. Βίκτωρα Σπηλιωτόπουλου είναι τα εξής:

1. Επίπεδο κάλυψης αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού του Νομού Μαγνησίας.
2. Επίπεδο πρόσβασης σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
3. Επίπεδο ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας και για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
4. Επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων ψυχικής υγείας.
5. Επίπεδο επάρκειας ανθρώπινων πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
6. Επίπεδο επάρκειας οικονομικών πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
7. Επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
8. Αξιολόγηση του ρόλου του *management* στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
9. Προβλήματα στη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
10. Παράπονα του κόσμου από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας.
11. Η σπουδαιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
12. Ο τρόπος χρηματοδότησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας.
13. Οι δυσκολίες για την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας.

14. Μελλοντική πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας.

15. Δημιουργία των νέων δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στο Νομό Μαγνησίας.

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο Νομό, προς το παρόν, καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες φροντίδες. Σε περίπτωση, όμως, που αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα, ίσως να μην είναι δυνατόν να επιτευχθεί η κάλυψη όλων αυτών των αναγκών. *«Αν υποθέσουμε ότι το 1/5 του πληθυσμού, στο μέλλον, έχει ανάγκη πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, φαντάζομαι ότι ίσως θα έχουμε πρόβλημα να καλύψουμε τις ανάγκες, με την ανάπτυξη που έχουν μέχρι τώρα οι Ψυχιατρικές Δομές του Νομού»*, μας εξήγησε ο κ. Σπηλιωτόπουλος.

Όσον αφορά την πρόσβαση, σύμφωνα με την άποψη του ειδικού, το επίπεδο πρόσβασης σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας έχει να κάνει με δύο πράγματα. Το πρώτο είναι το πόσο εύκολα, ένα άτομο που έχει ανάγκη ψυχικής φροντίδας κάνει το πρώτο βήμα προς μία Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας. Πολλοί ψυχικά ασθενείς, εξαιτίας του στίγματος επισκέπτονται Δομές Ψυχικής Υγείας άλλων πόλεων της Περιφέρειας. *«Δεν είναι απλό ένας ψυχικά ασθενής να πάει σε μία Ψυχιατρική Δομή, σαν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Για να κάνει, δηλαδή, το πρώτο βήμα μπορεί να περάσουν και ένα και δύο και τρία χρόνια. Ακόμη, πολλοί συμπολίτες μας, λόγω του στίγματος προτιμούν να πάνε στις Ψυχιατρικές Δομές της Λάρισας και πολίτες της Λάρισας έρχονται στις Ψυχιατρικές Δομές του Βόλου»*. Το δεύτερο έχει να κάνει με την ενημέρωση του κόσμου για τις Δημόσιες Δομές Ψυχικής Υγείας του Νομού, η οποία γίνεται μέσω παραπομπών από άλλες υπηρεσίες και με τις επαφές των Δομών με τα σχολεία. Αλλά υπάρχουν και πολίτες στο Νομό που δεν γνωρίζουν την ύπαρξη των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Τα φαινόμενα διακρίσεων και στίγματος εις βάρος ατόμων με ψυχικές ασθένειες απασχολούν σοβαρά τον ίδιο και τους συναδέλφους του κ. Σπηλιωτόπουλου. Μας επιβεβαίωσε ότι υπάρχει στιγματισμός εις βάρος των ατόμων με ψυχικές ασθένειες στην κοινότητα. *«Το στίγμα είναι μία μεγάλη ιστορία, το στίγμα υπάρχει. Για παράδειγμα, είναι πολύ δύσκολο να δοθεί δουλειά σε έναν ψυχικά πάσχοντα, δύσκολα τον εμπιστεύεται κάποιος εργοδότης. Αυτό βέβαια κατανοούμε ότι είναι και λογικό, γιατί η ψυχική ασθένεια δημιουργεί διαταραχή του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, και αν όλα αυτά περάσουν στον εργασιακό χώρο, θα δημιουργηθούν προβλήματα»*. Υποστήριξε ότι υπάρχει ενημέρωση των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας, όχι όμως αυτή που θα έπρεπε. Με την ενημέρωση, όμως, που έχει γίνει τα πράγματα έχουν βελτιωθεί. Οι απόψεις των πολιτών του Νομού, γύρω από την ψυχική ασθένεια, δεν είναι οι ίδιες με παλαιότερα. *«Όταν δημιουργήθηκε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, πριν δεκαεπτά χρόνια, είχαν κάνει οι ένοικοι των πολυκατοικιών της γειτονιάς παράπονα, είχαν κάνει διαδήλωση και διαμαρτύρονταν ότι φέραμε το Ψυχιατρείο στη γειτονιά τους. Το αποτέλεσμα, όμως, είναι ότι στην πορεία, τέσσερις ένοικοι από την πολυκατοικία που βρίσκεται απέναντι από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι τότε διαμαρτύρονταν, χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του Κέντρου, ζητώντας συμβουλές για συγγενείς και φίλους τους. Δηλαδή το Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει ενσωματωθεί πλέον στην γειτονιά, δεν ανησυχεί κανείς. Κάποιοι, όμως, που μένουν ένα χιλιόμετρο μακριά από εδώ, σίγουρα δεν θα θέλουν την δημιουργία ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας στην γειτονιά τους. Αυτό όμως πιστεύω ότι θα αλλάξει σιγά-σιγά»*.

Οι πολίτες δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας. *«Οι πολίτες του Νομού δεν είναι απόλυτα ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα, ο κόσμος δεν έχει ξεκαθαρίσει απόλυτα ποια*



άτομα εξυπηρετεί ο Ξενώνας «Φιλύρα». Νομίζει ότι φιλοξενεί οποιοδήποτε άνθρωπο έχει ανάγκη φιλοξενίας, σε μορφή ξενοδοχειακή. Όμως δεν είναι έτσι, από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Ψυχαργός», το οποίο έχει να κάνει στην πρώτη του φάση με την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών, ο Ξενώνας «Φιλύρα» φιλοξενεί μόνο ανθρώπους που είναι χρόνια ψυχικά πάσχοντες και προέρχονται από μακρόχρονες νοσηλείες στα Δημόσια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Στην δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» που σιγά-σιγά αρχίζουμε να μπαίνουμε, ο Ξενώνας «Φιλύρα» θα λειτουργήσει με κριτήρια κοινωνικοιατροκεντρικά. Δηλαδή για παράδειγμα, αν ένας άνθρωπος έχει ανάγκη να απομονωθεί από το σπίτι του για κάποιο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να βοηθηθεί, παρόλο που έχει στέγη, ίσως υπάρξει στην πορεία δυνατότητα να γίνει η φιλοξενία του για ένα διάστημα στον Ξενώνα».

Στη συνέχεια ο κ. Σπηλιωτόπουλος μας διευκρίνισε ότι εν μέρει υπάρχει ενημέρωση των πολιτών, αλλά δεν είναι πλήρης και οργανωμένη. Αναφέρει ότι για να επιτευχθεί αυτό, ίσως πρέπει να γίνει ενημέρωση διάφορων υπηρεσιών και ιδιωτών γιατρών για τις υπηρεσίες που παρέχουν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού και με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί ευκολότερα η παραπομπή στις Ψυχιατρικές Δομές, των ατόμων που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας. Ακόμη για την καλύτερη ενημέρωση των πολιτών, ίσως χρειαστεί να γίνει και προώθηση των Δημόσιων Δομών Ψυχικής Υγείας του Νομού. «Ίσως να χρειαστεί και διαφήμιση των Ψυχιατρικών Δομών, για την ενημέρωση του κόσμου, η οποία όμως δεν συνάδει τόσο με το χαρακτήρα του δημοσίου, αν θέλεις όμως να παρέχεις στον κόσμο πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας, πρέπει να κάνεις ακόμη και αυτό».

Όσον αφορά το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων ψυχικής υγείας, οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι αρκετά καλές, αλλά δεν είναι και υψηλότερου επιπέδου. Δημόσια Ψυχική Υγεία και Δημοσιοϋπαλληλική νοσοτροπία είναι ασυμβίβαστα πράγματα. Στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας υπάρχουν εσωτερικοί τρόποι λειτουργίας για να ισορροπούνται τα πράγματα, όπου χρειάζεται, παρόλο που δεν βοηθάει το κατεστημένο των αμοιβών. «Για παράδειγμα, αν υπάρχει ανάγκη να εργασθεί κάποιος εργαζόμενος του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και το απόγευμα, θα το κάνει κι ας μην πληρώνεται υπερωρίες». Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι Δημόσιες Δομές Ψυχικής Υγείας είναι διαφορετικές από τις υπηρεσίες που προσφέρει κάποιος άλλος Τομέας Υγείας, ως προς τους εξυπηρετούμενούς του. «Η σχέση που έχει το προσωπικό της Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας με ένα ψυχικά πάσχοντα είναι πιο στενή, πιο ανθρώπινη, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας που έχει η ψυχική ασθένεια. Το προσωπικό στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας προσεγγίζει διαφορετικά τον ψυχικά πάσχοντα, απ' ό,τι τον προσεγγίζουν στις Υπηρεσίες Υγείας. Πρέπει να υπάρχει προς τον ψυχικά ασθενή ένας συγκεκριμένος τρόπος συμπεριφοράς, ένας περιορισμένος τρόπος προσέγγισης και πρέπει να του αφιερώνεται πολλή ώρα. Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας είναι πιο κοντά στον άνθρωπο που θα ζητήσει βοήθεια, από άλλες Υπηρεσίες Υγείας που λειτουργούν αποκλειστικά με ραντεβού και ασχολούνται με οτιδήποτε άλλο, εκτός από την ψυχική υγεία».

Σχετικά με το επίπεδο επάρκειας ανθρώπινων πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού, ο κ. Σπηλιωτόπουλος υποστήριξε ότι το προσωπικό είναι επαρκές, αν εξαιρεθούν οι ελάχιστες ελλείψεις. «Στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου και στον Ξενώνα «Φιλύρα» ίσως χρειάζεται περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω των βαρδιών. Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας δεν καλύπτονται τρεις θέσεις: ενός δεύτερου Παιδοψυχιάτρου, ενός Ψυχολόγου και ενός Ειδικού Παιδαγωγού. Μπορούμε να πούμε ότι έχει προσεχθεί το κομμάτι της επάρκειας του προσωπικού στον Ψυχιατρικό Τομέα, σε αντίθεση με άλλους Τομείς Υγείας».

Όσον αφορά το επίπεδο επάρκειας οικονομικών πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού, ο κ. Σπηλιωτόπουλος διευκρίνισε ότι η χρηματοδότηση δεν είναι επαρκής, αλλά τουλάχιστον καλύπτονται οι σημαντικότερες ανάγκες. Σε σχέση με τα χρήματα που δίνονται στις υπόλοιπες Υπηρεσίες Υγείας, οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας παίρνουν το κομμάτι που τους αναλογεί. Στις Ψυχιατρικές Δομές δόθηκαν πολλά χρήματα, εξαιτίας των αρκετών

ευρωπαϊκών προγραμμάτων για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. «Από ευρωπαϊκό πρόγραμμα αναπτύχθηκε και ο Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου “Ορίζοντες”».

Σχετικά με το επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας ο κ. Σπηλιωτόπουλος ανέφερε ότι είναι ένα διοικητικό θέμα και ότι δεν μπορεί να δώσει μία απόλυτη απάντηση. Αλλά υποστήριξε ότι οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας προτιμότερο θα ήταν να είχαν διοικητική αυτονομία.

Για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας ο κ. Σπηλιωτόπουλος πρότεινε την αυτοδιοίκηση, την πλήρη αυτονομία στη διοίκηση και στη διαχείριση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, μέσα στα λογικά πλαίσια του δημοσίου και με την τήρηση διοικητικού ελέγχου. Με αυτό τον τρόπο θα δίνονταν η δυνατότητα στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας να πραγματοποιούν με ευχέρεια ό,τι είναι αναγκαίο για τη σωστή λειτουργία τους, χωρίς γραφειοκρατικά κωλύματα. «Με την αυτονομία και τα απαραίτητα χρήματα οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας θα πραγματοποιούσαν αρκετά πράγματα: όπως, ενημέρωση της κοινότητας για τη λειτουργία των Ψυχιατρικών Δομών, διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων, λειτουργία των Δομών και το απόγευμα, δημιουργία προγραμμάτων για την απασχόληση των ψυχικά ασθενών παρέχοντας τους το κίνητρο της χρηματικής αμοιβής, ενίσχυση του Συνεταιρισμού Υποδηματοποιίας Βόλου “Ορίζοντες” και διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων για τους ψυχικά ασθενείς».

Στη συνέχεια, ο κ. Σπηλιωτόπουλος ανέφερε τα προβλήματα που υπάρχουν στη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και πρότεινε κάποια λύση για την αντιμετώπιση τους. Τα προβλήματα που δυσχεραίνουν τη σωστή λειτουργία των Δομών Ψυχικής Υγείας είναι: η δυσκολία λήψης αποφάσεων, οι διάφορες καθυστερήσεις, τα διοικητικά και γραφειοκρατικά κωλύματα. Και όλα αυτά προέρχονται από την εξάρτηση των Ψυχιατρικών Δομών από το νοσοκομείο. Για την επίλυση των προβλημάτων αυτών χρειάζεται απόλυτη αυτονομία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και η αποδέσμευση τους από τη λειτουργία του νοσοκομείου, εξασφαλισμένων, όμως, των κονδυλίων. «Ενώ ο Τομέας Ψυχικής Υγείας ανήκει στον Τομέα Υγείας, δεν συγγενεύει με τη λειτουργία οποιαδήποτε Κλινικής του νοσοκομείου. Άλλο σχεδιασμό χρειάζονται οι υπόλοιποι Τομείς Υγείας και άλλο ο Τομέας Ψυχικής Υγείας. Το νοσοκομείο, όμως, λόγω του ότι πλέον είναι ένας “γίγαντας”, έχει ένα σχέδιο δράσης, μία κατεύθυνση και την ίδια διοίκηση για όλους τους Τομείς του, με αποτέλεσμα την γραφειοκρατική κωλυσιεργία στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας».

Όσον αφορά την ύπαρξη παραπόνων του κόσμου από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο Νομό, ο κ. Σπηλιωτόπουλος διευκρίνισε ότι υπάρχουν παράπονα, αλλά υπάρχουν περισσότερα επαινετικά σχόλια. Τα παράπονα προέρχονται κυρίως από αγανακτισμένους γονείς, οι οποίοι βλέποντας την δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα παιδιά τους από τις χρόνιες ψυχικές αρρώστιες, διαμαρτύρονται στο προσωπικό των Δομών Ψυχικής Υγείας ότι δεν γίνεται τίποτα για να θεραπευτούν τα παιδιά τους. «Η χρόνια ψυχική ασθένεια είναι δύσκολο να θεραπευτεί, χρησιμοποιούμε συγκεκριμένα “όπλα” για την θεραπεία της, δεν μπορούμε να κάνουμε και περισσότερα, καθώς υπάρχουν ελλείψεις στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Ακόμη, για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας πρέπει να υπάρξει συνεργασία του ίδιου του ασθενή, κινητοποίηση της κοινωνίας, του οικείου περιβάλλοντος του και του περίγυρου του».

Σχετικά με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, ο κ. Σπηλιωτόπουλος τόνισε ότι είναι μία αναγκαιότητα για τη βελτίωση του συστήματος φροντίδων ψυχικής υγείας. Καθώς, πριν το 1984, η περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων στη χώρα μας ήταν απαράδεκτη. Συγκεκριμένα, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση πραγματοποιήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, από τα ευρωπαϊκά κονδύλια που παρείχε στη χώρα μας και παρέχει ακόμη. «Πριν το 1984, από τις διεθνείς δημοσιεύσεις για τη Λέρο και τις συνθήκες που επικρατούσαν στα Ψυχιατρεία της χώρας μας, η Ευρωπαϊκή Ένωση μας μάλωσε και μας ζήτησε να κάνουμε Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, γιατί υπήρχε τεράστιο πρόβλημα στην ψυχική υγεία. Με τα κονδύλια που μας

παρείχε η Ευρωπαϊκή Ένωση τότε, δημιουργήθηκε και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας που βρισκόμαστε, 75% του Κέντρου είναι κατασκευή της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αν δεν είχε γίνει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν θα υπήρχαν οι Δομές Ψυχικής Υγείας που υπάρχουν σήμερα, πιστεύω ότι θα υπήρχε μόνο ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο για ερευνητικούς σκοπούς και για την προαγωγή της Ψυχιατρικής Επιστήμης. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι καθαρά αναγκαιότητα και πρέπει να προχωρήσει, γιατί στην Ελλάδα το 1/3 των ασθενών είναι ψυχικά πάσχοντες και τα 2/3 πάσχουν από οργανική ασθένεια».

Όσον αφορά για τη σημασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού, ο κ. Σπηλιωτόπουλος ανέφερε ότι είναι πιο σημαντικό να ειπωθεί η σημασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τον κόσμο. Διότι κάποιιο άνθρωπο που έχουν εμπλακεί με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έχουν κατανοήσει ότι είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. «Ένας άνθρωπος, για παράδειγμα, που έχει σοβαρά προβλήματα με το γιο του, γιατί πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή και δεν μπορούν να συμβιώσουν, αλλά ούτε ο γιος του είναι τόσο άσχημα για να εγκλειστεί σε ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για πάντα, δεν είναι μία λύση ο Ξενώνας; Όπου μπορεί να βρίσκεται ο γιος του σε ένα χώρο, να συμβιώνει με άλλους ανθρώπους, να μην δημιουργεί προβλήματα στο σπίτι και οι γονείς του να έχουν τη δυνατότητα να τον βλέπουν καθημερινά. Παλιά ποια θα ήταν η επιλογή; Θα ήταν να βρίσκεται εγκλειστος σε ένα κρατικό κλειστό άσυλο με τη γνωστή εικόνα. Και ένας ψυχικά ασθενής, αν ιδρυματοποιηθεί για 15-20 χρόνια μέσα σε ένα άσυλο θα έχει μία εικόνα τρεις φορές χειρότερη απ' ότι θα έχει ένας ψυχικά πάσχων με την ίδια βαρύτητα πάθησης που ζει στην κοινότητα, κι ας εξακολουθεί να είναι άρρωστος. Ένα άσυλο είναι πολύ διαφορετικό, είναι σαν μία φυλακή για τους ψυχικά ασθενείς. Οπότε απαντώντας εγώ και παίρνοντας το ρόλο ενός ψυχικά πάσχοντα, που μπορώ να φανταστώ, νομίζω ότι σε κάποιους η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση προσέφερε μεγάλη βοήθεια».

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Νομό χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια Κοινωνικών Πλαισίων Στήριξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βέβαια με το μερίδιο που χρηματοδότησε το Ελληνικό Κράτος.

Σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό, ο κ. Σπηλιωτόπουλος ισχυρίστηκε ότι είναι διοικητικές, γραφειοκρατικές και χρηματοδοτικές. «Μεταρρύθμιση σημαίνει εξελισσόμενη διαδικασία, δεν πρέπει να μένουμε στάσιμοι. Γι' αυτό όταν αναπτυχθεί πλήρως και οριστικοποιηθεί ένα μοντέλο Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης πρέπει να λυθούν τα προβλήματα της διοικητικής λειτουργίας, της χρηματοδότησης και των γραφειοκρατικών καλυμάτων. Για παράδειγμα, οι ένοικοι του Ξενώνα "Φιλόρα" έχουν ανάγκη από μία εκδρομή, η ανάγκη αυτή πρέπει να καλυφθεί οικονομικά. Ακόμη, πρέπει να δημιουργηθεί οικονομικό κίνητρο στους ψυχικά ασθενείς, έτσι ώστε να εργάζονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και η απασχόληση αυτή να είναι δημιουργική και να έχει εργοθεραπευτικό χαρακτήρα».

Στο τέλος της συνέντευξης ο κ. Σπηλιωτόπουλος υποστήριξε ότι θα υπάρξει επιτάχυνση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό. Καθώς, υπάρχει σχεδιασμός που προβλέπει άμεσα τη δημιουργία των εξής Δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας: ένα Τμήμα Οξέων Περιστατικών 5-6 κλινών. «Τα οξέα περιστατικά του Νομού μας, αυτή τη στιγμή οδηγούνται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου) ή στις Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές που λειτουργούν στην πόλη μας». Επίσης, προβλέπεται η δημιουργία ενός Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας. «Ο Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας θα καλύπτει ένα διάστημα 2-3 μηνών, μεταξύ της νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα και πριν την επάνοδο του ανθρώπου στη δουλειά του, στο σπίτι του». Ακόμα, στο Νομό Μαγνησίας προβλέπεται η δημιουργία Κινητής Μονάδας. «Είναι πολύ σημαντικό η Κινητή Μονάδα συνεργαζόμενη με τα Κέντρα Υγείας του Νομού να μπορεί να βρίσκεται κοντά στους ανθρώπους που ζουν μακριά από την πόλη και είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσουν τις Ψυχιατρικές Δομές και έχουν ανάγκη από μία πρώτη αντιμετώπιση ενός προβλήματος ψυχικής

υγείας στο χώρο τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, εβδομάδας ή δεκαπενθημέρου». Τέλος, προβλέπεται και η δημιουργία ενός Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στο νοσοκομείο, περίπου οκτώ κλινών. Στη συνέχεια, ανέφερε ότι είναι πολύ σημαντικό και λείπει από την πόλη του Βόλου το Οικοτροφείο, η δημιουργία του οποίου δεν προβλέπεται στο σχεδιασμό. «Το Οικοτροφείο πρέπει να είναι μικρού μεγέθους, να έχει οικογενειακό χαρακτήρα και να καλύπτει τις ανάγκες διαμονής και θεραπείας των ανθρώπων που δεν μπορούν να μείνουν στον Ξενώνα ή στα Προστατευμένα Διαμερίσματα και δεν μπορούν να επανενταχθούν εργασιακά και κοινωνικά. Φυσικά, οι ψυχικά ασθενείς που θα φιλοξενοούνται στο Οικοτροφείο δεν θα αποκλείονται από οποιαδήποτε άλλη Δομή Ψυχικής Υγείας του Νομού, καθώς θα υπάρχει συνεχή αξιολόγηση των ασθενών και αποκατάστασή τους».

Συνοψίζοντας, τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας για την κατάσταση του Συστήματος Φροντίδων Ψυχικής Υγείας στο Νομό Μαγνησίας, που προέκυψαν από τη συνέντευξη με ένα μέλος του επιστημονικού προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού, είναι τα εξής:

1. Προς το παρόν, υπάρχει κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού του Νομού Μαγνησίας, αλλά σε περίπτωση αύξησης του αριθμού των ατόμων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα, θα δημιουργηθεί πρόβλημα, λόγω μη ορθολογικής ανάπτυξης των Ψυχιατρικών Δομών του Νομού Μαγνησίας.
2. Τα άτομα που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας με δυσκολία προσεγγίζουν τις Δομές Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, λόγω του στίγματος που υπάρχει εις βάρος των ψυχικά ασθενών. Με αποτέλεσμα, κάποιοι ψυχικά πάσχοντες να πηγαίνουν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας άλλων πόλεων της Περιφέρειας Θεσσαλίας.
3. Υπάρχει ενημέρωση των πολιτών του Νομού Μαγνησίας σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά όχι αυτή που θα έπρεπε. Με αποτέλεσμα, να υπάρχει στιγματισμός προς τους ψυχικά ασθενείς, αλλά όχι στον υψηλό βαθμό που υπήρχε παλαιότερα.
4. Υπάρχει εν μέρει ενημέρωση των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, αλλά δεν είναι πλήρης και οργανωμένη. Με αποτέλεσμα, κάποιοι πολίτες να έχουν παντελή άγνοια για την ύπαρξη των Ψυχιατρικών Δομών.
5. Η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων ψυχικής υγείας είναι αρκετά καλή, αλλά δεν είναι και υψηλότατου επιπέδου.
6. Υπάρχει επάρκεια ανθρώπινων πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, αν εξαιρεθούν οι ελάχιστες ελλείψεις.
7. Οι οικονομικοί πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας δεν είναι επαρκείς, αλλά τουλάχιστον καλύπτονται οι σημαντικότερες ανάγκες.
8. Το επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας δεν είναι το επιθυμητό.

9. Για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας προτείνεται πλήρη αυτονομία στη διοίκηση και στη διαχείριση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, μέσα στα λογικά πλαίσια του δημοσίου και με την τήρηση διοικητικού ελέγχου.
10. Τα προβλήματα που υπάρχουν στη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι: η δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, διάφορες καθυστερήσεις, διοικητικά και γραφειοκρατικά κωλύματα.
11. Τα παράπονα που υπάρχουν από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας προέρχονται από αγανακτισμένους γονείς, οι οποίοι διαμαρτύρονται ότι δεν γίνεται τίποτα για τη θεραπεία των παιδιών τους από χρόνιες ψυχικές ασθένειες.
12. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι αναγκαιότητα, διότι προσέφερε και προσφέρει πολλά για τη βελτίωση του συστήματος φροντίδων ψυχικής υγείας.
13. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Νομό Μαγνησίας χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης (ΚΠΣ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
14. Οι δυσκολίες που εμποδίζουν την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας είναι διοικητικές, γραφειοκρατικές και χρηματοδοτικές.
15. Στο μέλλον θα υπάρξει επιτάχυνση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας. Υπάρχει σχεδιασμός που προβλέπει άμεσα τη δημιουργία των εξής Δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στο Νομό Μαγνησίας: ένα Τμήμα Οξέων Περιστατικών 5-6 κλινών, ένα Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας, μία Κινητή Μονάδα και ένα Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, περίπου οκτώ κλινών, στο νοσοκομείο.

# **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα πτυχιακή εργασία προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται σε τρεις περιόδους:

α) Η πρώτη ή προεπιστημονική περίοδος, που αρχίζει από την αρχαιότητα ως την ίδρυση του ελληνικού κράτους. Συγκεκριμένα, κατά την αρχαιότητα η ψυχοπάθεια θεωρούνταν ότι προερχόταν από τους θεούς, γι' αυτό και η θεραπεία της γινόταν σε ιερά-νοσοκομεία από ιερείς και μάντεις. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Οθωμανική Αυτοκρατορία γινόταν σε μοναστήρια, όπου οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες και δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές.

β) Η δεύτερη ή ιστορική περίοδος, από τη δημιουργία του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους ως το 1914 χαρακτηρίζεται από την απουσία πολιτειακής σταθερότητας και την έλλειψη οικονομικών πόρων. Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις μέριμνας για την ψυχιατρική περίθαλψη από μέρους της Ελληνικής Πολιτείας εμφανίσθηκαν τριανταπέντε χρόνια μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και αφορούσαν την κατάθεση του πρώτου νόμου σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη, καθώς και την ανάληψη πρωτοβουλιών με στόχο την ίδρυση φρενοκομείου. Η Ελλάδα αποκτά τελικά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο της το 1864, όταν με την προσάρτηση των Ιονίων Νήσων αποκτά και το ιδρυθέν από το 1838, Φρενοκομείο της Κέρκυρας, όπως επίσης και το Άσυλο ψυχοπαθών στο Αργοστόλι της Κεφαλληνίας. Με την προσάρτηση αυτή, αποκτάται και όλη εκείνη η εξέλιξη, που εν τω μεταξύ έχει συντελεσθεί στον υπόλοιπο Δυτικό κόσμο σχετικά με τον ψυχιατρικά ασθενή. Τα νοσοκομεία-άσυλα που ξεκίνησαν τη λειτουργία τους στον ελλαδικό χώρο εκείνη την περίοδο ήταν: το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο, το παλιό νοσοκομείο της Χίου, το τμήμα Ψυχοπαθών του νοσοκομείου Χιρς, το Αιγινήτειο νοσοκομείο, το άσυλο Φρενοπαθών Κυκλάδων και το άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας.

γ) Η τρίτη ή παραδοσιακή περίοδος, που εκτείνεται από το 1914 ως το 1983 χαρακτηρίζεται από την ενεργητικότερη παρέμβαση του ελληνικού κράτους στον υγειονομικό χώρο, που είχε σαν αποτέλεσμα την υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας, καθώς εκδόθηκε μεγάλος αριθμός νόμων και διαταγμάτων, την ίδρυση πολυάριθμων νοσοκομείων και την καθιέρωση ασφάλειας της υγείας.

Το 1915 η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων βασιζόταν στη κράτηση τους σε Αστυνομικά Τμήματα. Την ίδια χρονική περίοδο, όμως, η συρροή προσφύγων λόγω της Μικρασιατικής Καταστροφής αύξησε τον πληθυσμό γεγονός, βέβαια, που αύξησε και τις ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη. Οι αυξημένες αυτές ανάγκες περίθαλψης οδήγησαν στην ίδρυση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα εμφανίσθηκαν στην Ελλάδα και οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1910, επίσης, δημιουργήθηκαν από το ελληνικό κράτος δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές. Τη δεκαετία του 1950, η υπερπληρότητα των υπαρχόντων δημόσιων ψυχιατρείων παίρνει διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα η κυβέρνηση αποφασίζει τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου. Άλλα ψυχιατρεία-άσυλα που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα, εκείνη την περίοδο ήταν το Δημόσιο Παιδαγωγικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης, το Ψυχιατρείο Καλαμάτας, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου. Γύρω στη δεκαετία του '70, συνεχίζονται οι οικοδομικές δραστηριότητες με μόνο στόχο τη δημιουργία ακόμα περισσότερων ασύλων, τα οποία παρέμεναν ο μοναδικός και αποκλειστικός φορέας ψυχιατρικής φροντίδας.

Η πρώτη προσπάθεια αμφισβήτησης της ασυλιακής ψυχιατρικής έγινε το 1956 με την ίδρυση της Πανελληνίας Ένωσης Ψυχικής Υγιεινής με στόχο την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής και την ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70 παρουσιάστηκε επίσης μία άλλη ρωγμή στην κυρίαρχη ψυχιατρική πρακτική και ιδεολογία, με τη δημιουργία του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα-Καισαριανή, του ΚΚΨΥ της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Θεσσαλονίκης που ιδρύονται το 1979 και της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης που ιδρύεται το 1981.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, επιχειρήθηκε το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνόλου Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας). Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα με την ψήφιση του Νόμου 1397 το 1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο νόμος αυτός με το άρθρο 21 για την ψυχική υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για τη μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο Κανονισμός 815/84, που εξέδωσε η τότε ΕΟΚ, αποτέλεσε το διοικητικό και οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Με τον Κανονισμό 815/84 άρχισε μία 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.

Μετά την ολοκλήρωση του Κανονισμού 815/84 αναπτύχθηκαν αρκετές νέες δομές ψυχικής υγείας, αλλά η χώρα δεν είχε ακόμα τομεοποιηθεί, ούτε είχε οργανωθεί ένα περιφερειακό σύστημα ψυχικής υγείας. Ο Νόμος 2071/92 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας» έθεσε τις βάσεις μιας αποκεντρωμένης και τομεοποιημένης ψυχιατρικής καθώς και την προτεραιότητα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, έχοντας ως όριο το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη υποκειμένου της νόσου. Ειδικά ως προς τις διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας, ο Νόμος 2071/92 όρισε η ακούσια νοσηλεία να γίνεται αντικείμενο συνδιαχείρισης από την οικογένεια, τον εισαγγελέα, την ψυχιατρική και το δικαστήριο, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο περισσότερες εγγυήσεις για τον σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών.

Κοντά στην έλευση του 21<sup>ου</sup> αιώνα, ψηφίσθηκε και ο Νόμος 2716/1999, με την βοήθεια του οποίου μπήκαν οι βάσεις για την περιφερειακή οργάνωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (τομεοποίηση, τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας κλπ.).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός».

Η Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε από το 1999 μέχρι το τέλος του 2002. Η πρώτη 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 Κοινοτικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο.

Η Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2002-2006 και αφορά στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. 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.



Πριν την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, στο Νομό Μαγνησίας λειτουργούσαν Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές και ένα Νευρολογικό-Ψυχιατρικό Ιατρείο στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο». Στο τέλος της δεκαετίας του '80, σύμφωνα με τον Κανονισμό 815/84, άρχισε να εφαρμόζεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και στο Νομό Μαγνησίας με την ίδρυση και τη λειτουργία των εξής νέων Ψυχιατρικών Δομών:

1. Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.
3. Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα».
4. Προστατευμένα Διαμερίσματα Βόλου.
5. Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες».
6. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου).

Ο Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» λειτούργησε το 1987 και περιλαμβάνει τις εξής δομές:

1. Ψυχιατρικό Τμήμα με Μονάδα Νοσηλείας.
2. Εξωτερικά Ιατρεία.
3. Επείγοντα Περιστατικά.
4. Κοινωνική Υπηρεσία.
5. Γραφείο Ψυχολόγων.
6. Γραφείο Λογοθεραπείας.
7. Κέντρο Ψυχικής Υγείας.
8. Ξενώνα Αποκατάστασης χρόνιων ψυχοσικών «Φιλύρα».
9. Προστατευμένα Διαμερίσματα.
10. Συνεταιρισμό Υποδηματοποιίας «Ορίζοντες».

Το Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο

- ✓ Παρέχει βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.
- ✓ Καλύπτει τον πληθυσμό όλης της Θεσσαλίας.
- ✓ Παρέχει εικοσιτετράωρη νοσηλεία.
- ✓ Είναι σε θέση να επιτελεί διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο.
- ✓ Εκτελεί εκπαιδευτικό έργο σε όλα τα επίπεδα

Από τη μελέτη του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Στο Ψυχιατρικό Τμήμα υπάρχει έλλειψη Ψυχιάτρων και Ψυχολόγου.
- ✓ Το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι χαμηλό, διότι τρεις νοσηλεύτριες από τις δέκα είναι ΤΕ και από τις τρεις νοσηλεύτριες ΤΕ οι δύο έχουν ειδικότητα στην ψυχιατρική.
- ✓ Υπήρξαν αυξομειώσεις στο συνολικό αριθμό των εισαγωγών από το 1987 μέχρι το 2003.
- ✓ Κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2003 το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε στη διαγνωστική ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών και το μικρότερο εμφανίστηκε στη διαγνωστική ομάδα των νευρώσεων.
- ✓ Τα νέα περιστατικά στο τμήμα συνεχώς αυξάνονταν από χρονιά σε χρονιά (2001-2003). Συγκεκριμένα κατά 37 περισσότερα καινούργια περιστατικά για το έτος 2002 και 36 περισσότερα για το 2003.
- ✓ Κατά τα έτη 2001 και 2002 παρατηρήθηκε ότι οι επανεισαγωγές ήταν σχεδόν ίδιες, αλλά κατά το έτος 2003 παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση κατά 46 επανεισαγωγές περισσότερες από το 2002.
- ✓ Ο μέσος όρος διάρκειας νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου συνεχώς μειωνόταν κατά τα έτη 2001-2003. Συγκεκριμένα το 2002 μειώθηκε

κατά τρεις (3) ημέρες από το 2001 και το 2003 μειώθηκε, κατά το ήμισυ από το 2002, σε δέκα (10) ημέρες.

- ✓ Τα περιστατικά στην Διασυνδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική του τμήματος συνεχώς μειώνονταν από έτος σε έτος. Συγκεκριμένα, το 2002 υπήρξαν 25 λιγότερα περιστατικά από το 2001 και το 2003 13 λιγότερα από το 2002.

Από τη μελέτη των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2003 παρατηρήθηκε αυξομείωση σε καινούργια περιστατικά που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, το 2002 υπήρξαν 14 λιγότερα καινούργια περιστατικά από το 2001 και το 2003 157 περισσότερα από το 2002.
- ✓ Η επανεξέταση των ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου για την ίδια χρονική περίοδο παρουσίασε συνεχώς αυξανόμενη τάση. Συγκεκριμένα, 81 περισσότερες επανεξετάσεις το έτος 2002 από το 2001 και 47 περισσότερες το 2003 από το έτος 2002.
- ✓ Κατά τη διάρκεια και των τριών ετών (2001-2003) το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε στη διαγνωστική ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών (κατάθλιψη) και το μικρότερο ποσοστό εμφανίστηκε στη διαγνωστική ομάδα του αλκοολισμού.

Όσον αφορά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

- ✓ Κατά την τριετία 2001-2003, η κίνηση του Τμήματος των Επειγόντων Περιστατικών ήταν συνεχώς αυξανόμενη. Συγκεκριμένα, το 2002 υπήρξαν 52 περισσότερα επείγοντα περιστατικά από το έτος 2001 και το 2003 118 περισσότερα από το έτος 2002.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» άρχισε τη λειτουργία της στις 29 Αυγούστου 1978. Σ' αυτήν εργάζονται πέντε (5) Κοινωνικοί Λειτουργοί. Ο σκοπός λειτουργίας της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η συμβολή στην πρόληψη και η αντιμετώπιση συναισθηματικών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, που δημιουργούνται σε άτομα ή ομάδες ατόμων εξαιτίας διατάραξης της σωματικής τους υγείας ή οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντός τους και δυσχεραίνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία της διαταραχής και την αποκατάστασή τους.

Το Γραφείο των Ψυχολόγων άρχισε να λειτουργεί τον Ιούνιο του 1986. Στο Γραφείο των Ψυχολόγων εργάζονται τρεις (3) Ψυχολόγοι. Ο σκοπός λειτουργίας του Γραφείου Ψυχολόγων είναι η μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων που επισκέπτονται το Γραφείο, η πρόληψη και η αντιμετώπιση παθολογικών συμπεριφορών, καθώς και η εξυπηρέτηση τυχόν αναγκών που προκύπτουν από τις υπόλοιπες Κλινικές του νοσοκομείου στα πλαίσια της Διασυνδετικής.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου είναι αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο», είναι αυτοδιοικούμενη και έχει μερική διοικητική αυτοτέλεια. Επιπλέον είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ) και λειτουργεί από το Μάρτιο του 1988 στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου έχει ως αποστολή του την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στα πλαίσια της κοινότητας που λειτουργεί. Προσφέρει ψυχιατρική φροντίδα σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια,

προσφέρει επιστημονική βοήθεια για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των χρονίων ψυχικά ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή και η εργασία τους στην κοινότητα και η αποδοχή τους από αυτή. Σκοπός του ΚΨΥ είναι να κάνει έρευνες πάνω στα αίτια που προκαλούν ή επιβαρύνουν την ψυχική διαταραχή, καθώς και να δίνουν συμβουλευτικές προτάσεις στις οικογένειες και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντος για την αντιμετώπισή της.

Στο ΚΨΥ Βόλου λειτουργούν τρία τμήματα:

1. Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, στο οποίο ασκείται προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο σε ενήλικες κατοίκους του Νομού Μαγνησίας, με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εντός και εκτός του ΚΨΥ Βόλου.
2. Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, στο οποίο ασκείται προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο σε ανήλικους κατοίκους του Νομού Μαγνησίας, με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εντός και εκτός του ΚΨΥ Βόλου.
3. Τμήμα Συμβουλευτικής και Διασύνδεσης. Το αντικείμενο του οποίου είναι η συμβουλευτική και η υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους και η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και ευαισθητοποίησης της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας.

Από τη μελέτη του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Στο ΚΨΥ Βόλου υπάρχει έλλειψη Παιδοψυχιάτρου, Ψυχολόγου, Λογοθεραπευτή, Ειδικού Παιδαγωγού, Εκπαιδευτικού και Διοικητικού υπαλλήλου.
- ✓ Το 2003 υπήρξε μία μείωση 126 περιστατικών, τα οποία επισκέφτηκαν το ΚΨΥ Βόλου για πρώτη φορά (*INTAKES*), σε σύγκριση με το 2002. Συγκεκριμένα το 2003 επισκέφτηκαν το Κέντρο για πρώτη φορά ενενήντα πέντε (95) περιστατικά Ενηλίκων και τριάντα ένα (31) περιστατικά Παιδιών και Εφήβων λιγότερα από το έτος 2002.
- ✓ Το 2003 πραγματοποιήθηκαν 655 περισσότερες Θεραπευτικές Πράξεις απ' ότι το 2002. Συγκεκριμένα το 2003 πραγματοποιήθηκαν 209 Θεραπευτικές Πράξεις (Ραντεβού) περισσότερες στο Τμήμα Ενηλίκων, 225 στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα και 221 στο Τμήμα Αποκατάστασης, σε σύγκριση με το έτος 2002.
- ✓ Το ΚΨΥ Βόλου επισκέπτονται περισσότερες ενήλικες γυναίκες, με υπεροχή 3%-4% κατά προσέγγιση, έναντι των ενηλίκων ανδρών. Ακόμη επισκέπτονται το ΚΨΥ περισσότερα ανήλικα αγόρια, με υπεροχή 6%-7% κατά προσέγγιση έναντι των ανήλικων κοριτσιών.
- ✓ Από το 1993-2003 το προσωπικό του ΚΨΥ Βόλου έκανε 331 παρεμβάσεις στην κοινότητα για την ενημέρωση των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας. Οι παρεμβάσεις έγιναν σε μαθητές των σχολείων του Νομού, σε γονείς και σε καθηγητές των μαθητών, στα ΜΜΕ με συζητήσεις και ομιλίες, σε συλλόγους, οργανώσεις και υπηρεσίες, στο Γηροκομείο Βόλου, σε γενικούς ιατρούς με σεμινάρια για την ψυχική υγεία και σε όλη την κοινότητα με διοργάνωση ημερίδων, σεμιναρίων και εκδηλώσεων.
- ✓ Από τις αρχές της λειτουργίας του, το ΚΨΥ Βόλου λειτουργεί ειδικό πρόγραμμα με τα μέλη του Ιδρύματος Αγωγής Ανηλίκων Αρρένων Βόλου και με τη Στέγη Ανηλίκων Βόλου (παιδιά και έφηβοι από 8-17 χρόνων), που περιλαμβάνει ομαδικές συναντήσεις με τα παιδιά και τακτικές συνεργασίες με το προσωπικό των Ιδρυμάτων. Επίσης τακτική επικοινωνία έχει το Κέντρο με την Παιδόπολη Αγριάς του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, με αμφίδρομη κατεύθυνση, είτε δηλαδή για θεραπευτική αντιμετώπιση κάποιων μεμονωμένων περιστατικών του Ιδρύματος, είτε για τοποθέτηση και διαμονή

παιδιών που παρακολουθούνται στο ΚΨΥ για κάποια περίοδο οικογενειακής τους κρίσης.

- ✓ Ακόμη υπάρχει συνεργασία του Κέντρου με διάφορα τμήματα του νοσοκομείου (Παιδιατρική Κλινική, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Χειρουργική Κλινική).

Ο Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Βόλου «Φιλύρα» δημιουργήθηκε 23 Ιουνίου 2000, μέσα στα πλαίσια του επιδοτούμενου προγράμματος «Ψυχαργώς Α' φάση» που υλοποιήθηκε από την ΕΕ. Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» αποτελεί Μονάδα όπου παρέχονται υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε ψυχικά ασθενείς. Ο Ξενώνας δεν αποτελεί απλώς μία μορφή προστατευμένης στέγασης αλλά είναι χώρος μετάβασης από το άσυλο στην κοινότητα.

Ο Ξενώνας φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Ειδικότερα φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα που κρίνεται ότι η προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι θεραπευτική ή άτομα που χρειάζονται μία περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα.

Στόχος του Ξενώνα είναι η παροχή στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών, η ανάπτυξη δραστηριοτήτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η συμμετοχή σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Από τη μελέτη του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» είναι μακράς διάρκειας παραμονής και δεν υπάρχει κάποιο όριο στο χρονικό διάστημα που θα παραμείνουν οι ένοικοι στον Ξενώνα. Επίσης, στον Ξενώνα εφαρμόζεται πρόγραμμα μέσου βαθμού υποστήριξης.
- ✓ Η δυναμικότητα του Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα» είναι δεκατέσσερις (14) κλίνες. Στον Ξενώνα, τώρα, διαμένουν οκτώ (8) άνδρες ηλικίας 30-57 χρόνων, οι οποίοι πάσχουν από σχιζοφρενική ψύχωση.
- ✓ Οι ένοικοι πριν την ένταξή τους στον Ξενώνα νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου) κατά μέσο όρο για δώδεκα (12) χρόνια.
- ✓ Το πρόγραμμα λειτουργίας της Μονάδας διαφοροποιείται ανάλογα με την εξέλιξη των ενοίκων της στα εξής στάδια:
  - α) Πρόγραμμα προσαρμογής, ατομικών δεξιοτήτων και αυτοφροντίδας.
  - β) Πρόγραμμα κοινωνικών δεξιοτήτων.
  - γ) Πρόγραμμα κοινωνικοποίησης.
  - δ) Πρόγραμμα προετοιμασίας διαβίωσης σε πλέον αυτόνομα περιβάλλοντα.
- ✓ Το προσωπικό του Ξενώνα έχει κάνει προσπάθειες ενημέρωσης της τοπικής κοινωνίας για τον Ξενώνα μέσω δημοσιευμάτων σε τοπικές εφημερίδες, μέσω του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου, μέσω του νοσοκομείου, μέσω διάφορων εκδηλώσεων, μέσω της Εκκλησίας και μέσω επαφών με διάφορες υπηρεσίες του Νομού (Δήμος, Νομαρχία, ΟΑΕΔ κ.α.).
- ✓ Ο Ξενώνας Βόλου «Φιλύρα» παρέχει τις εξής εκπαιδευτικές δραστηριότητες:
  - Κλινική άσκηση σε σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας, Ψυχολογίας, Εργοθεραπείας και Νοσηλευτικής.
  - Πρακτική άσκηση στους μαθητές της ΜΤΕΝΣ, που βρίσκεται στην περιοχή Αγριά του Βόλου.

- Στον Ξενώνα έχει εκπαιδευτεί και το προσωπικό που εργάζεται στο Οικοτροφείο της Λαμίας.
- ✓ Στον Ξενώνα λειτουργεί και εργαστήριο δερμάτων ειδών, στο οποίο εργάζονται οι ένοικοι.

Από την άνοιξη του 2004 ξεκίνησε στο Νομό Μαγνησίας η λειτουργία ενός ακόμη προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στα πλαίσια του κανονισμού 815/84. Πρόκειται για δύο Προστατευμένα Διαμερίσματα στο Βόλο. 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.

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 τους.

Σε κάθε Προστατευμένο Διαμέρισμα διαμένουν τρεις (3) ενήλικες άνδρες, ηλικίας 31-54 χρόνων με καταγωγή από το Νομό Μαγνησίας, οι οποίοι πάσχουν από σχιζοφρενική ψύχωση. Τα άτομα αυτά, πριν την διαμονή τους στον Ξενώνα Βόλου «Φιλύρα», νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κατερίνης (Πέτρα Ολύμπου) για χρονικό διάστημα από τρεις μήνες μέχρι δέκα χρόνια.

Το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» και το ΚΨΥ Βόλου στα πλαίσια της κοινοτικής πρωτοβουλίας ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΞΟΝΑΣ "HORIZON" υλοποίησε από το 1997 μέχρι το 2000 πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικής αποκατάστασης για άτομα ψυχικά πάσχοντες, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, με τίτλο «Δημιουργία πρότυπης βιοτεχνικής μονάδας στο τομέα κατασκευής του υποδήματος για χρόνια ψυχικά πάσχοντες».

Στόχος του προγράμματος ήταν οι ψυχικά πάσχοντες αφού εκπαιδευθούν στην κατασκευή του υποδήματος να ενταχθούν στην αγορά εργασίας δημιουργώντας δική τους επιχείρηση. Η εκπαίδευση τους πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις λειτουργούσας βιοτεχνίας υποδημάτων στο Βόλο και ήταν διάρκειας δέκα (10) μηνών.

Με το πέρας της εκπαίδευσης των ψυχικά ασθενών οκτώ (8) άτομα από τους εκπαιδευθέντες με τη συνδρομή του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο» προχώρησαν το 2000 στη σύσταση βιοτεχνικής μονάδας κατασκευής υποδημάτων συνεταιριστικού τύπου, επιχορηγούμενη από το ΟΑΕΔ. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκε ο Συνεταιρισμός Υποδηματοποιίας Βόλου «Ορίζοντες», ο οποίος κατά τα έτη 2001-2003 συμμετείχε σε διαγωνισμούς και εκτέλεσε παραγγελίες προμήθειας με νοσηλευτικό υπόδημα σε πολλά νοσοκομεία της χώρας.

Από το 1987 λειτουργεί στο Βόλο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο έχει μόνο Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία. Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου) είναι:

1. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων.
2. Η ενημέρωση του κοινού και η ευαισθητοποίηση-ενημέρωση ειδικών επαγγελματικών ομάδων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή.
3. Η εξειδίκευση και η επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας.
4. Η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων και φαινομένων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.
5. Η εφαρμογή πρότυπων θεραπευτικών προγραμμάτων.

6. Η οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών και ενδιάμεσων δομών θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών και αποκατάστασης στο επίπεδο της κοινότητας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) επισκέπτονται παιδιά και έφηβοι ηλικίας 3-18 χρόνων Συγκεκριμένα, το επισκέπτονται παιδιά και έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου, μάθησης και συμπεριφοράς. Στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία (Παράρτημα Βόλου) γίνεται μόνο η διάγνωση κάποιου ελαφρού ψυχιατρικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ένα παιδί ή ένας έφηβος. Για τη θεραπεία αυτών των ελαφρών ψυχιατρικών προβλημάτων, καθώς και για τη διάγνωση και θεραπεία σοβαρότερων ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν παιδιά και έφηβοι, παραπέμπονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.

Από τη μελέτη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής-Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας (Παράρτημα Βόλου) προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Στο Κέντρο υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού.
- ✓ Κατά το 2003, επισκέφτηκαν το Κέντρο περισσότερα αγόρια.
- ✓ Τα περισσότερα περιστατικά παρουσιάστηκαν στην παιδική ηλικία των 6-12 χρόνων και τα λιγότερα περιστατικά στην εφηβική ηλικία των 12-18 χρόνων.
- ✓ Κατά την ίδια χρονική περίοδο τα περισσότερα περιστατικά που επισκέφτηκαν το Κέντρο έπασχαν από γνωστικές και νοητικές αναπηρίες.
- ✓ Μηνιαίως επισκέπτονται το Κέντρο 70 άτομα.
- ✓ Κατά την δεκαετία (1987-2002) τα περισσότερα νέα περιστατικά που επισκέφτηκαν το Κέντρο ήταν αγόρια. Επίσης, τα περισσότερα νέα περιστατικά παρουσιάστηκαν το έτος 2001 και τα λιγότερα το έτος 1990.
- ✓ Κατά την ίδια περίοδο (1987-2002) τα περισσότερα νέα περιστατικά προέρχονταν από το Νομό Μαγνησίας και τα λιγότερα από τους Λοιπούς Νομούς της Στερεάς Ελλάδας.

Σύμφωνα με το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) Θεσσαλίας, μέχρι το τέλος της εφαρμογής της Β' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2004-2006), πρόκειται να λειτουργήσουν στο Νομό Μαγνησίας οι εξής νέες Δομές Ψυχικής Υγείας:

1. Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, Εφήβων και Παιδιών.
2. Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας.
3. Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών ναρκωτικών.
4. Κινητή Μονάδα.
5. Δύο Εργαστήρια Κατάρτισης.

Από την έρευνα για τις Στάσεις και Αντιλήψεις γύρω από την Ψυχική Ασθένεια των Πολιτών του Νομού Μαγνησίας, προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Υπάρχει στιγματισμός εις βάρος των ψυχικά ασθενών, ειδικά όταν υπάρχει κάποιος ψυχικά ασθενής στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Όταν όμως υπάρχει κάποιος ψυχικά ασθενής στο φιλικό περιβάλλον δεν υπάρχει στιγματισμός.
- ✓ Η πλειοψηφία των πολιτών είναι ενημερωμένη για τον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας της ψυχικής ασθένειας.
- ✓ Αλλά, οι κάτοικοι των ημιαστικών, των αγροτικών και των νησιωτικών περιοχών φαίνεται ότι είναι λιγότερο ενημερωμένοι από τους κατοίκους των αστικών περιοχών για το που πρέπει να απευθυνθούν αν παρουσιάζαν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους κάποια συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.

- ✓ Επίσης, οι περισσότεροι πολίτες είναι υπέρ της δημιουργίας περισσότερων ψυχιατρείων για τους ψυχικά αρρώστους. Επομένως, φαίνεται ότι οι περισσότεροι πολίτες δεν είναι ενημερωμένοι για την προσπάθεια που γίνεται να μειωθούν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, έτσι ώστε να επιτευχθεί η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και να αυξηθεί ο αριθμός των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- ✓ Οι περισσότεροι πολίτες του Νομού δεν είναι ενημερωμένοι ότι η πιθανώς περίεργη εμφάνιση και συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών οφείλονται σε κάποια βαριά μορφή ψυχικής ασθένειας ή σε κάποια υποτροπή της ασθένειας, η οποία μπορεί να επηρεάζει την εμφάνιση και τη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών.
- ✓ Η πλειοψηφία των πολιτών πιστεύει ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι ικανοί να εργαστούν σε κανονικές δουλειές. Αλλά, η πλειοψηφία των πολιτών δεν θα έδινε δουλειά σε κάποιον ψυχικά ασθενή.
- ✓ Οι περισσότεροι πολίτες δεν ενοχλούνται από την παρουσία των ψυχικά ασθενών.
- ✓ Η πλειοψηφία των πολιτών δεν φοβάται τους ψυχικά ασθενείς.
- ✓ Οι περισσότεροι πολίτες επηρεάζονται αρκετά στην προσωπική τους ζωή από το γεγονός ότι κάποιος ψυχικά ασθενής, είναι ανάμεσα τους, είτε ανάμεσα στους συγγενείς ή φίλους τους, είτε στο κοινωνικό τους περιβάλλον.
- ✓ Η πλειοψηφία των πολιτών δεν εμπιστεύεται τους ψυχικά ασθενείς.

Από την έρευνα για την κατάσταση του Συστήματος Φροντίδων Ψυχικής Υγείας στο Νομό Μαγνησίας, προέκυψαν τα ακόλουθα:

- ✓ Προς το παρόν, υπάρχει κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού του Νομού Μαγνησίας, αλλά σε περίπτωση αύξησης του αριθμού των ατόμων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα, θα δημιουργηθεί πρόβλημα, λόγω μη ορθολογικής ανάπτυξης των Ψυχιατρικών Δομών του Νομού Μαγνησίας.
- ✓ Τα άτομα που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας με δυσκολία προσεγγίζουν τις Δομές Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, λόγω του στίγματος που υπάρχει εις βάρος των ψυχικά ασθενών. Με αποτέλεσμα, κάποιοι ψυχικά πάσχοντες να πηγαίνουν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας άλλων πόλεων της Περιφέρειας Θεσσαλίας.
- ✓ Υπάρχει ενημέρωση των πολιτών του Νομού Μαγνησίας σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά όχι αυτή που θα έπρεπε. Με αποτέλεσμα, να υπάρχει στιγματισμός προς τους ψυχικά ασθενείς, αλλά όχι στον υψηλό βαθμό που υπήρχε παλαιότερα.
- ✓ Υπάρχει εν μέρει ενημέρωση των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, αλλά δεν είναι πλήρης και οργανωμένη. Με αποτέλεσμα, κάποιοι πολίτες να έχουν παντελή άγνοια για την ύπαρξη των Ψυχιατρικών Δομών.
- ✓ Η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων ψυχικής υγείας είναι αρκετά καλή, αλλά δεν είναι και υψηλότατου επιπέδου.
- ✓ Υπάρχει επάρκεια ανθρώπινων πόρων στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας, αν εξαιρεθούν οι ελάχιστες ελλείψεις.
- ✓ Οι οικονομικοί πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας δεν είναι επαρκείς, αλλά τουλάχιστον καλύπτονται οι σημαντικότερες ανάγκες.

- ✓ Το επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας δεν είναι το επιθυμητό.
- ✓ Για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας προτείνεται πλήρη αυτονομία στη διοίκηση και στη διαχείριση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, μέσα στα λογικά πλαίσια του δημοσίου και με την τήρηση διοικητικού ελέγχου.
- ✓ Τα προβλήματα που υπάρχουν στη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας είναι: η δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, διάφορες καθυστερήσεις, διοικητικά και γραφειοκρατικά κωλύματα.
- ✓ Τα παράπονα που υπάρχουν από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του Νομού Μαγνησίας προέρχονται από αγανακτισμένους γονείς, οι οποίοι διαμαρτύρονται ότι δεν γίνεται τίποτα για τη θεραπεία των παιδιών τους από χρόνιες ψυχικές ασθένειες.
- ✓ Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι αναγκαιότητα, διότι προσέφερε και προσφέρει πολλά για τη βελτίωση του συστήματος φροντίδων ψυχικής υγείας.
- ✓ Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Νομό Μαγνησίας χρηματοδοτήθηκε στα πλαίσια Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης (ΚΠΣ) της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- ✓ Οι δυσκολίες που εμποδίζουν την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας είναι διοικητικές, γραφειοκρατικές και χρηματοδοτικές.
- ✓ Στο μέλλον θα υπάρξει επιτάχυνση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Νομό Μαγνησίας. Υπάρχει σχεδιασμός που προβλέπει άμεσα τη δημιουργία των εξής Δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στο Νομό Μαγνησίας: ένα Τμήμα Οξέων Περιστατικών 5-6 κλινών, ένα Ξεώνα Βραχείας Νοσηλείας, μία Κινητή Μονάδα και ένα Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, περίπου οκτώ κλινών, στο νοσοκομείο.



# ΠΗΓΕΣ

ΠΗΓΕΣ

ΑΔΑΜΑΚΗΣ, Ν., *Η Λειτουργία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 2001.

ΑΝΤΩΝΑΣ, Α. και ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ, Ε. και ΔΟΥΛΓΕΡΙΔΟΥ, Ε. και ΜΠΟΣΚΟΥ, Π. και ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΟΥ, Ε. και ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ, Γ., «Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σ' ένα Τμήμα Χρονίων Ψυχιατρικών Αρρώστων: Ο ρόλος του/της Νοσηλεύτη/Νοσηλεύτριας», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 51, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1995, σ. 59-65.

ΑΣΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. και ΖΑΧΑΡΙΑΣ, Ε. και ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι. (επιμ.), *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ξενώνες Προγράμματος "Λερός" Κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας) και Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, Αθήνα 1994.

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Α. και ΚΟΥΒΑΡΗΣ, Ι., *Ψυχιατρικοί Τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία. Περίπτωσης Ευαγγελισμού και Σεισμανόγλειου*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 2001.

ΔΙΑΛΛΙΝΑ, Μ., «Νέες Δομές. Νεωτερισμός ή επανάληψη της λήθης και του ασύλου», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 68, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1999, σ. 15-21.

ΕΣΣΑΓΙΑΝ, Γ. και ΚΑΝΔΥΛΗΣ, Δ., «Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στη λειτουργία του ξενώνα χρονίων ψυχωσικών (εμπειρίες μιας πενταετίας)», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 50, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 1995, σ. 35-38.

ΖΑΧΑΡΙΑΣ, Ε. και ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ, Π. (επιμ.), *Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας), Αθήνα 2002.

ΖΑΧΑΡΙΑΣ, Ε. (επιμ.), *Το Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας), Αθήνα 2004.

ΚΟΜΝΗΝΟΥ, Ε. και ΠΑΠΠΑ, Μ., *Η αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΨΝΑ "Δρομοκαΐτειο"*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 2001.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α. (επιμ.), *Οργάνωση: Νέες ψυχιατρικές δομές Αττικής 26-27 Νοεμβρίου 1993*, Εθνικό Κέντρο Ερευνών "Δημόκριτος" και ΥΥΠΚΑ, Αθήνα 1995.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., «Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Διαχρονικά συγκριτικά στοιχεία», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 51, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1995, σ. 9-17.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη Θεωρία στην πράξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., *Κοινωνική Ψυχιατρική. Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτη, Αθήνα 2000.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ. και ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ., *Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Υποστήριξης στην Ελλάδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής-Μονάδα Παρακολούθησης και Αξιολόγησης Ψυχιατρικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1997.

ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Θ., «Επιστημονικό “Παράδειγμα” και μετασχηματισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στη σημερινή Ελλάδα», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 71, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2000, σ. 12-23.

ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Θ. και BALDI, C., «Στεγαστική αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 49, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 1995, σ. 83-89.

ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ, Ν., *Ψυχιατρική Περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*, Οδυσσέας, Αθήνα 2004.

ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Φ., «Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παρελθόν, Παρόν, Μέλλον», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 71, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2000, σ. 24-28.

ΜΩΡΟΣ, Ν., «Για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής περίθαλψης», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 54, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 1996, σ. 16-21.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Γ. και ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ, Α., *Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική πρόταση στην παραδοσιακή ψυχιατρική*, Λίτσας, Αθήνα 1988.

ΠεΣΥΠ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, “Υγεία-Πρόνοια” Προτεραιότητες-Στόχοι 2002-2004/Απολογισμός, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ΠεΣΥΠ Θεσσαλίας, Λάρισα 2004.

ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, Δ., *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Σύγχρονα Θέματα/Τρίαψις Λόγος 1, Θεσσαλονίκη 1989.

ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ, Ι., «Ψυχιατρικά Νοσοκομεία», περ. *Υγειονομικό Βήμα*, αρ. 8, Δεκέμβριος-Φεβρουάριος 2004, σ. 14-15.

ΤΖΙΤΖΙΚΑ, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και ο θεσμός των ΚΨΥ στην Ελλάδα*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα 1998.

ΤΣΑΝΙΡΑ, Ε., «Αποασυλοποίηση και κοινωνική αποκατάσταση», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 54, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 1996, σ. 34-38.

ΦΑΦΑΛΙΟΥ-ΔΡΑΓΩΝΑ, Μ. και ΤΣΙΓΑΡΑ, Ε. και ΠΑΠΑΜΑΝΩΛΗ, Π., «Θεραπευτικές Επαγγελματικές Δομές», περ. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, αρ. 68, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1999, σ. 27-37.

www.msu.gr. → Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργός-β' φάση».

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ  
“ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΔΕΙΟ”

ΥΠΟΔ. Ι

ΒΟΛΟΣ ..... 200..

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο/Η .....  
..... χρόνων κάτοικος ..... δηλώνω ότι επιθυμώ  
και συγκατέθεμαι στην εισαγωγή και παραμονή μου στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού  
Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου προς θεραπεία.  
Βάσει του Ν. 2071.

Ο-Η ΔΗΛΩΝ-ΔΗΛΟΥΣΑ

.....

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ  
“ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ”

ΥΠΟΔ. ΙΙ

ΒΟΛΟΣ.....200..

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο/Η ..... χρόνων .....  
κάτοικος ..... οδός .....  
που νοσηλεύομαι από .....  
με δική μου θέληση, στον Ψυχιατρικό Τομέα του ΓΝΝ Βόλου, επιθυμώ και αιτώ την έξοδό  
μου από την Κλινική παρά την μη ολοκλήρωση της θεραπείας και τις αντιθέτους συστάσεις  
του Δ/ντού του Ψυχιατρικού Τομέα, κάνοντας χρήση της παρ. 4 του άρθρου 94 του Ν. 2071.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ-ΣΥΝΟΔΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛ:

Ο-Η ΑΙΤΩΝ-ΑΙΤΟΥΣΑ

.....

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Έρευνα για τις Στάσεις και Αντιλήψεις γύρω από την Ψυχική Ασθένεια των πολιτών του Ν. Μαγνησίας

**1. Έχετε ποτέ εσείς ή κάποιος/α που γνωρίζετε κάνει θεραπεία για κάποιο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα ή για κάποια ψυχική ασθένεια; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

Εσείς ο ίδιος/ίδια.....	
Σύζυγος.....	
Παιδί.....	
Άλλο συγγενικό πρόσωπο.....	
Φίλος.....	
Γνωστός.....	
Συνεργάτης/Συνάδελφος.....	
Δε γνωρίζω τέτοιο άτομο.....	

**2. Πού θα απευθυνόσαστε αν εσείς ή κάποιος δικός σας παρουσίαζε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

Σε ψυχίατρο.....	
Σε ψυχολόγο.....	
Σε νευρολόγο.....	
Σε οικογενειακό γιατρό (παθολόγο κ.τ.λ.).....	
Σε ιερωμένο.....	
Σε φίλο.....	
Σε εναλλακτικό γιατρό (ομοιοπαθητική, βελονισμός κ.ο.κ.).....	
Σε κοινωνικό λειτουργό.....	
Σε νοσοκομείο ψυχικών παθήσεων.....	
Σε κανένα (θα προσπαθούσα να το αντιμετωπίσω μόνος μου)..	

**3. Η ψυχική ασθένεια είναι δυνατόν να επηρεάσει την προσωπική μας ζωή από το γεγονός ότι κάποιος που πάσχει, είναι ανάμεσά μας, είτε ανάμεσα στους συγγενείς ή φίλους μας είτε στο κοινωνικό μας περιβάλλον. Εσάς σε ποιο βαθμό επηρεάζει τη ζωή σας η ψυχική ασθένεια;**

Καθόλου.....	
Λίγο.....	
Αρκετά.....	
Σχεδόν σε καθημερινή βάση.....	

**4. Γενικά πιστεύετε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές:**

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Μπορούν να κάνουν με επιτυχία θεραπεία έξω από το νοσοκομείο με τη βοήθεια και την παρακολούθηση ειδικών γιατρών και υπηρεσιών.....						
2. Είναι συνήθως διανοητικά καθυστερημένοι, ή έχουν χαμηλή νοημοσύνη.....						
3. Χρειάζονται φάρμακα από το γιατρό για να ελέγξουν τα συμπτώματά τους....						
4. Μπορούν να θεραπευθούν αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία ή άλλες κοινωνικές παρεμβάσεις χωρίς φάρμακα.....						
5. Προκαλούν δημόσια ενόχληση (π.χ. έλλειψη καθαριότητας, περίεργη συμπεριφορά, ζητιανιά).....						
6. Έχουν διχασμένη ή πολλαπλή προσωπικότητα.....						
7. Μπορούν να εργαστούν σε κανονικές δουλειές...						
8. Αποτελούν δημόσιο κίνδυνο εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς τους...						



**5. Θα ήθελα να μου πείτε τι θα κάνατε σε καθεμία από τις ακόλουθες υποθετικές καταστάσεις;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
2. Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
3. Θα μπορούσατε να διατηρήσετε μία φίλια με κάποιον που στην πορεία της φιλίας σας εμφάνιζε κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
4. Θα σας αναστάτωνε, ή θα σας ενοχλούσε να μένατε μαζί με κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
5. Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
6. Θα δεχόσασταν να παντρευτείτε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
7. Θα σας ενοχλούσε εάν καθόσασταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
8. Θα δανείζατε κάτι δικό σας σε άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
9. Θα ξεκινούσατε φίλια με κάποιο άτομο που γνωρίζετε ότι πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
10. Θα νοικιάζατε το σπίτι σας σε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
11. Θα δίνατε δουλειά σε κάποιον που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
12. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία γειτονιά, όπου έχετε βρει ένα σπίτι κατάλληλο για εσάς και στην οποία λειτουργεί ένα ίδρυμα για την περίθαλψη και στέγαση ατόμων με ψυχικές ασθένειες;.....				
13. Θα αποφασίζατε να μείνετε σε μία πολυκατοικία, όπου έχετε βρει ένα διαμέρισμα κατάλληλο για εσάς αν υπήρχε ένα διαμέρισμα όπου έμενε ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				
14. Θα σας ενοχλούσε να μετακόμιζε δίπλα σας ένα άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;.....				

6. Ας υποθέσουμε ότι δημιουργείται στη γειτονιά σας ένας μικρός Ξενώνας (6-8 ατόμων, που θα έχουν την αναγκαία φροντίδα από επαγγελματίες) για άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, θα ήσασταν υπέρ, κατά ή δε θα σας πείραζε;

Υπέρ.....	
Κατά.....	
Αδιάφορος/η, δεν θα με πείραζε.....	

Αν απαντήσατε ότι είστε Κατά συνεχίστε στην ερώτηση 7, διαφορετικά προχωρήστε στην ερώτηση 8.

7. Και για ποιο λόγο θα ήσασταν Κατά;

--

8. Ποια από τις παρακάτω είναι, κατά τη γνώμη σας, η καλύτερη θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες; (Μία απάντηση μόνο)

Φάρμακα από γιατρό.....	
Ψυχοθεραπεία.....	
Συνδυασμός φαρμάκων-ψυχοθεραπείας.....	
Τίποτα από τα παραπάνω, οι ψυχικές ασθένειες δεν θεραπεύονται.....	
Άλλη θεραπεία (ποια;).....	
Δεν γνωρίζω.....	

9. Κατά τη γνώμη σας ένας συνηθισμένος ψυχικά άρρωστος είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνος από ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια ψυχική αρρώστια;

Πολύ λιγότερο επικίνδυνος.....	
Λιγότερο επικίνδυνος.....	
Περίπου το ίδιο επικίνδυνος.....	
Περισσότερο επικίνδυνος.....	
Πολύ περισσότερο επικίνδυνος.....	
Δεν γνωρίζω.....	

**10. Ποιες από τις παρακάτω προτάσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας πιστεύετε ότι πρέπει να γίνουν;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Να δημιουργηθούν περισσότερα ψυχιατρεία για τους ψυχικά άρρωστους.....				
2. Να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν στα δικά τους σπίτια.....				
3. Να γίνουν περισσότερες έρευνες για τα αίτια και θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας.....				
4. Να γίνουν περισσότεροι μικροί θεραπευτικοί ξενώνες.....				
5. Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη φαρμακευτική αγωγή.....				
6. Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας.....				
7. Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για εργασία και ψυχαγωγία των ψυχικά ασθενών.....				
8. Να δοθούν ευκαιρίες για μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη συμμετοχή των οικογενειών και των φίλων στη θεραπεία.....				

**11. Θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι η δική σας άποψη για τα παρακάτω;**

	ΑΡΝΗΤΙΚΗ	ΘΕΤΙΚΗ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Δημιουργία προγράμματος τοποθέτησης ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε θέσεις εργασίας, εκεί όπου εργάζεστε και εσείς...				
2. Διάθεση μεγαλύτερων κρατικών κονδυλίων σε υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές διαταραχές.....				
3. Πρόγραμμα βοήθειας των οικογενειών για να φροντίζουν συγγενείς που έχουν ψυχικές διαταραχές στο σπίτι.....				

**ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΜΟΥ ΔΩΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΘΑΡΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;**

**ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΓΡΑΨΕΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΑΣ**

<b>1. Είστε:</b>	
Άνδρας.....	
Γυναίκα.....	
<b>2. Περιοχή μόνιμης διαμονής.....</b>	
<b>3. Χρονολογία γέννησης.....</b>	
<b>4. Έχετε τελειώσει:</b>	
• Δημοτικό.....	
• Γυμνάσιο.....	
• Τεχνική Σχολή.....	
• Λύκειο.....	
• Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (ΙΕΚ κ.λ.π.)....	
• Τ.Ε.Ι.....	
• Πανεπιστήμιο.....	
• Μεταπτυχιακά.....	

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Ερώτηση 1:** Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν, καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού του Ν. Μαγνησίας, για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες φροντίδες;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Αν υποθέσουμε ότι το 1/5 του πληθυσμού έχει ανάγκη πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας όσον αφορά την ψυχική υγεία δεν το έχουμε ανακαλύψει ακόμη, αλλά φαντάζομαι ότι αν χρειαστούν υπηρεσίες όλοι αυτοί ίσως να έχουμε πρόβλημα να καλύψουμε τις ανάγκες με αυτήν την ανάπτυξη που έχουμε τώρα, των δομών αυτών. Προς το παρόν όμως, υπάρχει κάλυψη των αναγκών αυτών».

**Ερώτηση 2:** Πως εκτιμάτε το επίπεδο πρόσβασης σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όσων από τους κατοίκους του Ν. Μαγνησίας έχουν ανάγκη;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Το επίπεδο πρόσβασης έχει να κάνει με δύο πράγματα. Το ένα πράγμα είναι το κατά πόσο ένας που έχει ανάγκη θέλει να πάει σε μία ψυχιατρική δομή σαν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, δηλαδή για να κάνει το πρώτο βήμα μπορεί να περάσουν και ένα και δύο και τρία χρόνια , δεν είναι απλό. Πολλοί συμπολίτες μας, λόγω του στίγματος, προτιμούν να πάνε στις δομές της Λάρισας, στους γιατρούς της Λάρισας ή πολίτες της Λάρισας έρχονται στις δομές του Βόλου, υπάρχει αυτό το δεδομένο. Από την άλλη αν εξαιρέσουμε αυτό, ο κόσμος είναι ενημερωμένος για τις δημόσιες δομές ψυχικής υγείας και αυτή η ενημέρωση γίνεται μέσω υπηρεσιών άλλων, με παραπομπές και κατά δεύτερο λόγο, με την δραστηριότητα που έχουμε εμείς σαν Κέντρο κυρίως στην κοινότητα από εκεί δηλαδή, με τα σχολεία που έχουμε επαφές, με κάποιες άλλες δομές, συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες. Μέσα από αυτή τη διαδικασία γίνεται μία γνωριμία του Κέντρου. Προσωπικά νομίζω ότι υπάρχουν και άνθρωποι στο Βόλο που δεν ξέρουν την ύπαρξη των δομών. Δεν ξέρω τι μπορεί να γίνει σε αυτή την κατεύθυνση είναι λίγο να κάνουμε προώθηση, δεν συνάδει τόσο με τον δημοσιοϋπαλληλικό χαρακτήρα, με το χαρακτήρα του δημοσίου, δεν μπορείς να βγεις και να διαφημίσεις μία δημόσια υπηρεσία. Βέβαια επειδή είμαστε στην ψυχική υγεία αυτό πρέπει να το κάνουμε όμως δηλαδή υπάρχει μία συμβατότητα μεταξύ δημοσιοϋπαλληλικού κατεστημένου και ψυχικής υγείας του δημοσίου. Όταν θέλεις να κάνεις πρωτοβάθμια φροντίδα κυρίως πρέπει να κάνεις και αυτό. Έμμεσα υπάρχει μία προώθηση της λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών».

**Ερώτηση 3:** Κατά τη γνώμη σας, οι πολίτες του Ν. Μαγνησίας είναι ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες που παρέχουν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Για τις υπηρεσίες ειδικά είναι λίγο δύσκολο, δεν νομίζω να είναι ενημερωμένοι απόλυτα. Δεν μπορούν να έχουν ξεκαθαρίσει απόλυτα, για παράδειγμα ο Ξενώνας ποιους φιλοξενεί. Ο κόσμος νομίζει ότι φιλοξενεί οποιοδήποτε έχει ανάγκη να φιλοξενηθεί, σε μορφή ξενοδοχειακή ας πούμε. Δεν είναι έτσι, ο Ξενώνας για παράδειγμα είναι για να φιλοξενεί σ' αυτή τη φάση ανάπτυξης του που είναι τώρα, να φιλοξενεί μόνο ανθρώπους που είναι χρόνια ψυχικά πάσχοντες και προέρχονται από μακρόχρονες νοσηλείες στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και μόνο αυτό. Δηλαδή από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα Ψυχαργός, το οποίο έχει να κάνει με το να τους αποασυλοποιήσει στην πρώτη φάση οι ξενώνες θα λειτουργήσουν έτσι. Στην δεύτερη φάση που σιγά-σιγά αρχίζουμε να μπαίνουμε θα λειτουργήσει με κριτήρια κοινωνικοιατροκεντρικά. Δηλαδή για παράδειγμα ένας

άνθρωπος που έχει ανάγκη να απομονωθεί από το σπίτι του για κάποιο διάστημα, παρόλο που έχει στέγη, αλλά η θεραπεία του το απαιτεί ή θα τον βοηθούσε καλύτερα ίσως υπάρχει στην πορεία δυνατότητα να γίνει η φιλοξενία του για ένα διάστημα στον Ξενώνα. Υπάρχει ενημέρωση αλλά δεν είναι αυτή που θα έπρεπε. Κυρίως πρέπει να γίνει ενημέρωση των υπηρεσιών, των ιδιωτών ιατρών αν γνωρίζει την λειτουργία μπορεί να παραπέμψει πιο καλά. Εν μέρει έχουν γίνει αυτά αλλά πρέπει να γίνουν πιο οργανωμένα».

**Ερώτηση 4:** Πως εκτιμάτε το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων ψυχικής υγείας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Δημόσια ψυχική υγεία και δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία είναι λίγο ασυμβίβαστο. Ενώ τηρούνται κάποιες ισορροπίες Αλλά αν για παράδειγμα, υπάρχει ανάγκη κάποιος εργαζόμενος του Κέντρου θα έρθει το απόγευμα δηλαδή ας μην καλύπτεται αυτό από την εργασιακή του σχέση, δηλαδή ας μην πληρώνετε υπερωρίες. Έχουμε τρόπους παρόλο που δεν βοηθάει το κατεστημένο των αμοιβών, έχουμε εσωτερικούς τρόπους λειτουργίας και το καταφέρνουμε αυτό, δηλαδή είμαστε ευέλικτοι. Πιστεύω δηλαδή ότι οι υπηρεσίες ξεχωρίζουν από τις υπηρεσίες που προσφέρουμε εμείς σαν δημόσιο ας πούμε στους ψυχικά πάσχοντες ξεχωρίζουν από τις υπηρεσίες που προσφέρει ένας άλλος δημοσιοϋπαλληλικός χώρος ως προς τους εξυπηρετούμενους του. Ας το πάρουμε σε τομείς υγείας, είναι πιο στενή η σχέση είναι πιο ανθρώπινη, το κάνει αυτό η ανάγκη της ιδιαιτερότητας μάλλον που έχει η ψυχική υγεία. Πρέπει να έχεις έναν ορισμένο τρόπο που φέρεσαι, έναν περιορισμένο τρόπο προσέγγισης, πρέπει να αφιερώσεις ώρα πολλή, ίσως χρειαστεί να κάνεις και εκτός ωραρίου, προσπαθούμε σε αυτό τον τομέα να είμαστε πιο ευέλικτοι. Έχουμε εσωτερικούς τρόπους να καλύπτουμε-να ισορροπούμε τα πράγματα ώστε να είμαστε πιο ευέλικτοι-πιο κοντά στον άνθρωπο που θα μας ζητήσει βοήθεια από μία άλλη υπηρεσία υγείας που ασχολείται με οτιδήποτε άλλο εκτός από ψυχική υγεία, που είναι με ραντεβού αυστηρά, εδώ κάνουμε μία άλλη προσέγγιση».

**Ερώτηση 5:** Γνωρίζετε αν υπάρχουν παράπονα του κόσμου από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας; Τι είδους παράπονα είναι αυτά;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι αρκετά καλές δεν λέω ότι είναι υψηλότετου επιπέδου. Παρόλο αυτά υπάρχουν παράπονα αλλά υπάρχουν όμως και περισσότερα επαινετικά σχόλια. Τα παράπονα είναι κυρίως από αγανακτισμένους γονείς, διότι βλέπουν το αδιέξοδο που υπάρχει από την χρόνια ψυχική αρρώστια και είναι δύσκολη η κατάσταση, μετά από την αγανάκτηση λένε δεν γίνεται τίποτα πια, δεν κάνουμε τίποτα; Τα όπλα μας είναι συγκεκριμένα, δεν μπορείς να κάνεις πολύ περισσότερα πράγματα σε μία ασθένεια που είναι χρόνια. Υπάρχουν ελλείψεις αλλά δεν υπάρχει και η δυνατότητα, δεν μπορούμε να τα κάνουμε όλα. Πρέπει να υπάρχει και η κινητοποίηση της κοινωνίας, των συγγενών των ανθρώπων, του ευρύτερου ιδιωτικού περιβάλλοντος του. Ποτέ μία χρόνια ψυχική πάθηση δεν πάει καλύτερα αν δεν συνεργαστεί το περιβάλλον το οικείο πρέπει να κινητοποιηθεί όλος ο περίγυρος του ατόμου συμπεριλαμβανομένου και του ατόμου».

**Ερώτηση 6:** Υπάρχει επάρκεια προσωπικού στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Ν. Μαγνησίας; (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό & βοηθητικό)

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Στο Κέντρο και στον Ξενώνα υπάρχει, στο νοσοκομείο ίσως υπάρχουν προβλήματα λόγω των βαρδιών των νοσηλευτών, ίσως χρειάζονταν προσωπικό. Στο Κέντρο οι ελλείψεις είναι λίγες. Δεν έχουμε ένα δεύτερο Παιδοψυχίατρο και η κάλυψη δύο θέσεων Ψυχολόγου και Ειδικού Παιδαγωγού. Αλλά η στελέχωση έχει γίνει κατά μεγάλο ποσοστό, σχεδόν 100% είχε γίνει σε μία περίοδο. Τώρα με κάποιες μετατάξεις ίσως υπάρχει σε εμάς. Στις άλλες δομές στο Φιλύρα είναι οριακά καλή δηλαδή όσον αφορά λίγο στους νοσηλευτές που δεν βγαίνουν οι βάρδιες, είναι στο όριο δηλαδή εντάξει επαρκούν, αλλά αν τυχόν κάποιος λείπει, πάρει μία άδεια, ίσως υπάρξει κάποιο πρόβλημα. Μπορούμε να πούμε ότι έχει προσεχθεί αυτό το κομμάτι, αλλά σε αντιθέσει σε άλλες δομές υγείας που είναι χειρότερα τα πράγματα. Συνεπώς όσον αφορά το Νομό μας θα έλεγα ότι είμαστε σχετικά καλά».

**Ερώτηση 7:** Είναι επαρκής η χρηματοδότηση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Ν. Μαγνησίας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Ελλιπής δεν είναι, ούτε επαρκής θα έλεγα όμως θα μπορούσε να ήταν καλύτερη δεν μπορούμε να ζητάμε όμως και πολλά γιατί αν κρίνουμε από το τι δίνεται γενικότερα για την υγεία νομίζω ότι εμείς παίρνουμε το μερίδιο που μας αναλογεί και επειδή έπεσαν και αρκετά ευρωπαϊκά προγράμματα στον τομέα της Ψυχικής υγείας μπορώ να πω ότι είχαμε και πιο πολλά λεφτά από τους άλλους, είχαμε δυνατότητα να κάνουμε και κάποια άλλα πράγματα, να κάνουμε ευρωπαϊκά προγράμματα να κάνουμε προγράμματα εκπαιδευτικής και επαγγελματικής κατάρτισης. Από εκεί αναπτύχθηκε, από ευρωπαϊκό πρόγραμμα και ο Συνεταιρισμός Υποδημάτων, αν δεν υπήρχε ευρωπαϊκή δεν θα υπήρχε. Δηλαδή επειδή «έπεσαν» και ευρωπαϊκά λεφτά όλα αυτά τα τελευταία 10-15 χρόνια μπορούμε να πούμε ότι υπήρχε δυνατότητα χρηματική, δηλαδή από άλλους χώρους υγείας αρκετά καλύτερη, και εφόσον δόθηκε βαρύτητα στην Μεταρρύθμιση. Πριν το '84 χάος, το απόλυτο χάος τίποτα από αυτά που λέμε δεν ίσχυε πριν 20 χρόνια είναι εκπληκτικό. Από αυτά όλα που είπαμε δεν ίσχυε τίποτα. Υπήρχαν τα κρατικά Ψυχιατρεία, μόνο και τίποτα άλλο Δαφνί, Δρομοκαΐτειο, Σταυρούπολη στη Θεσσαλονίκη και κάνα δύο άλλα στην περιφέρεια και αυτό είναι όλο, τίποτα άλλο ούτε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ούτε Ξενώνες ούτε τίποτα, όλα αυτά είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση τα τελευταία 18 χρόνια από το '86 και μετά δειλά-δειλά και από το Νομό μας από το '87 που έγινε η κλινική στο νοσοκομείο και το '88 που έγινε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, τελευταία είναι υπόθεση 17 ετών».

**Ερώτηση 8:** Πως εκτιμάτε το επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Ν. Μαγνησίας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Αυτό είναι ένα διοικητικό θέμα . το οποίο δεν μπορώ να το απαντήσω έτσι απόλυτα γιατί για παράδειγμα εμείς θα θέλαμε μία παρόλο που έχουμε μία αυτονομία διοικητική για το Κέντρο τώρα μιλάω. Οι δομές του νοσοκομείου ανήκουν στο νοσοκομείο εντάξει είναι άλλο θέμα. Παρόλο αυτά είναι ένας τομέας, τομέας ψυχικής υγείας και το επαναλαμβάνω γιατί ίσως να μη το πούμε μετά. Ο τομέας περιλαμβάνει τις δομές τις κρατικές που είναι το Κέντρο, ο Ξενώνας, το Τμήμα το Ψυχιατρικό του νοσοκομείου, ο οποίος κάνει νοσηλεία σχετικά βραχύχρονη χωρίς να μπορεί να δει απόλυτα όλα τα οξέα περιστατικά, δηλαδή δεν είναι κλειστό τμήμα και εδώ υπάρχει μία έλλειψη όσον αφορά την

αυτονομία του Νομού να καλύψει όλες τις ανάγκες, δηλαδή ένα οξύ περιστατικό αυτή τη στιγμή οδηγείτε στην Πέτρα Ολύμπου, και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί εδώ εκτός και αν υπάρχει η δυνατότητα ιδιωτικής, ο ιδιώτης ο Μπισακός ας πούμε μπορεί να το καλύψει το οξύ περιστατικό. Εμείς εδώ χωλαίνουμε όσον αφορά το Νομό και πηγαίνουν στην Πέτρα Ολύμπου. Θα μπορούσαμε να γίνει και θα γίνει βέβαια, στον επόμενο σχεδιασμό είναι να αναπτυχθεί ένα τμήμα οξέων, οπότε να καλύψουμε και αυτό το ζήτημα, όπως θα αναπτυχθεί και στην πορεία, βάσει του σχεδιασμού που υπάρχει, του άμεσου σχεδιασμού και ο Ξενώνας βραχείας νοσηλείας, που θα καλύψει ένα μεσοδιάστημα μεταξύ της νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Τμήμα και πριν την επάνοδο του ανθρώπου στη δουλειά του στο σπίτι του κλπ., ίσως χρειάζεται ένα διάστημα που μπορεί να καλύψει 2-3 μηνών ο Ξενώνας βραχείας. Ακόμα προβλέπεται και η δομή των κινητών μονάδων που είναι πολύ σημαντικό για την περιφέρεια, που η περιφέρεια είναι λίγο αδικημένη όπως καταλαβαίνετε, όπως γίνεται πάντα. Αλλά η κινητή μονάδα συνεργαζόμενη με τα Κέντρα Υγείας μπορεί να βρίσκεται εκεί σε τακτά διαστήματα εβδομάδας, δεκαπενθημέρου είναι πολύ σημαντικό, γιατί η περιφέρεια από ότι είδαμε και εμείς πρόσφατα που κάναμε μία συνεργασία με τα Κέντρα Υγείας εκτός από τα νησιωτικά κέντρα τα δύο στα υπόλοιπα τέσσερα του Νομού είδαμε ότι υπάρχει πρόβλημα σ' αυτό, είναι λίγο αφημένοι οι άνθρωποι, βέβαια δεν είναι μακριά από το Βελεστίνο να έρθει εδώ στο Βόλο, αλλά άλλο να υπάρχει μία πρώτη αντιμετώπιση στο χώρο τους, στη Ζαγορά ας πούμε που αυτοί την περίοδο είναι κλεισμένη από τα χιόνια. Προχωράν αυτές οι δομές Κινητές Μονάδες, οξέα, ένα Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο νοσοκομείο που δεν υπάρχει νοσηλείας και είναι πολύ σημαντικό. Τα ξαναλέγω Παιδοψυχιατρικό Τμήμα 8 κλινών περίπου στο νοσοκομείο, η Ψυχιατρική Κλινική που λειτουργεί του νοσοκομείου, θα αναπτυχθεί μία μονάδα οξέων περιστατικών 5-6 κλινών πάλι στο νοσοκομείο, ο Ξενώνας βραχείας νοσηλείας, ο Ξενώνας Αποκατάστασης Φιλύρα που υπάρχει τώρα, η κινητή μονάδα και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα που λειτουργούν ήδη. Δηλαδή αυτή τη στιγμή λειτουργούν τα Προστατευμένα Διαμερίσματα, ο Ξενώνας, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και η Ψυχιατρική Κλινική του νοσοκομείου και ενδέχεται να λειτουργήσουν η κινητή μονάδα, ο Ξενώνας βραχείας νοσηλείας, το τμήμα οξέων, το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο νοσοκομείο νοσηλείας. Θα λείπει πια, δεν ξέρω αν θα γίνει στον επόμενο σχεδιασμό το Οικοτροφείο, το οποίο θα είναι μία πολύ πιο ελαφριά μορφή του παλιού ασύλου, δηλαδή δεν θα έχει καμία σχέση με αυτό, θα έχει μικρό μέγεθος οικογενειακού χαρακτήρα και δεν θα αποκλείεται ο άρρωστος από οποιαδήποτε άλλη δομή, δηλαδή δεν θα μπει εκεί για να μείνει για πάντα, θα υπάρχει συνεχή αξιολόγηση και αποκατάσταση στα Οικοτροφεία που υπάρχουν και ήδη και τώρα και είναι ανεπτυγμένα, εκτός του Βόλου, δυστυχώς. Ο Βόλος πρωτοπορεί σε όλες τις άλλες δομές, είναι πολύ μπροστά αλλά λείπει αυτό. Και η Λάρισα και η Καρδίτσα και τα Τρίκαλα έχουν Οικοτροφείο δεν έχει ο Βόλος για κάποιο λόγο δεν ξέρω. Είναι βέβαια ιδιωτικού δικαίου αυτά επιχορηγούμενα βέβαια και με την εποπτεία του κράτους, έχουν ιδιωτικό χαρακτήρα και ίσως αυτός είναι ένας λόγος που δεν είναι εδώ ακόμα. Αλλά όταν θα έρθει και το Οικοτροφείο που θα καλύψει αυτές τις ανάγκες διαμονής και ανθρώπων που δεν μπορούν να μπουν σε αποκαταστασιακή πορεία, σε εργασιακή επανένταξη, σε κοινωνική επανένταξη, σε Διαμερίσματα σε όλες αυτές τις δομές, θα έχουμε καλύψει όλο το φάσμα που λέγεται Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση».



**Ερώτηση 9:** Αν εντοπίζετε προβλήματα στη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τι προτείνετε για την αντιμετώπισή τους;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Δεν μπορώ να απαντήσω σε αυτό γιατί είναι καθαρά διοικητικό. Θα έλεγα όμως ότι πιστεύω αν υπήρχε μία αυτονομία του Τομέα απόλυτη όσον αφορά δεν ξέρω όμως τι διοικητική κατάσταση θα μπορούσε να έχει ο Τομέας. Αν μπορούσε να γίνει όσο πιο αυτόνομος μπορεί να αποδεσμευτεί από τη λειτουργία του νοσοκομείου που είναι ένας γίγαντας, σχετικά με τα δικά μας δεδομένα, έχει γιγαντωθεί, είναι τεράστιο νοσοκομείο, ο χώρος είναι μεγάλος. Αυτό σημαίνει δυσκολία, έλλειψης αποφάσεων, διάφορες καθυστερήσεις, διοικητικά, γραφειοκρατικά κωλύματα διάφορα. Νομίζω ότι αν είχαμε απόλυτη, εξασφαλισμένων βέβαια των κονδυλίων που χρειάζεται για την Ψυχική Υγεία, δεν ξέρω πως μπορεί να γίνει αυτό, περιφερειακά, σε επίπεδο Νομού, δεν ξέρω. Αλλά μπορεί να είναι τομέας Υγείας, αλλά δεν συγγενεύει με τη λειτουργία της Κοινωνικής κλινικής, ας πούμε. Π.χ. η χειρουργική κλινική δεν μπορεί να περιμένει αύριο γιατί μπορεί να θέλει να χειρουργηθεί ο άνθρωπος για 10 λεπτά. Άλλος σχεδιασμός για μία τέτοια δομή και άλλη για εμάς. Το νοσοκομείο έχει ένα σχέδιο δράσης όμως για όλους, μία κατεύθυνση, διοικητικά δηλαδή κινείται όπως κινείται για όλες τις κλινικές και για εμάς. Αυτό ίσως να είναι αρνητικό θα μπορούσε να μην κωλυσιεργεί γραφειοκρατικά κλπ. Δηλαδή μία αυτονομία απόλυτη σαν τομέας θα ήταν ότι καλύτερο ή έστω σαν, αν εξαιρέσεις την κλινική του νοσοκομείου και των υπολοίπων. Αυτή τη στιγμή υπάρχει εξάρτηση από το νοσοκομείο άλλοι έχουν πολύ και άλλοι λιγότερη εμείς έχουμε λιγότερη, ο Ξεώνας έχει απόλυτη εξάρτηση, παράδειγμα. Μία αυτονομία θα βοηθούσε πάντως, τον τομέα Ψυχικής υγείας ακόμη και η κλινική θα μπορούσε να λείπει από το νοσοκομείο, δεν σημαίνει ότι επειδή στεγάζεται στο νοσοκομείο, βέβαια σημαίνει κάποια πράγματα και αυτό. Και οι υπόλοιπες δομές, εμείς μπορούμε να πάνε να ανήκουμε στο υγειονομικό ή να φύγουμε από το νοσοκομείο. Το διοικητικό είναι λίγο μπλεγμένο, δεν ξέρω πως θα λυθεί, θα λυθεί πιστεύω».

**Ερώτηση 10:** Ποια είναι η άποψη σας για την αποκαλούμενη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Όπως είπαμε και πριν. Τι είναι Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, είναι όλα αυτά που είπαμε, ότι πριν 18-20 χρόνια δεν υπήρχε τίποτα. Αναγκαιότητα είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Ήμασταν απαράδεκτοι σαν χώρα το '84 ας πούμε να έχουμε μία Λέρο. Άλλωστε από τότε, από τις διεθνείς δημοσιεύσεις για τη Λέρο και τις συνθήκες που επικρατούσαν η Ευρώπη μας μάλωσε και μας είπε κάντε Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση γιατί έχετε πρόβλημα, γίναμε ρεζίλι και ευτυχώς που ήμασταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση γιατί αν δεν ήμασταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση πιστεύω ότι η ψυχική υγεία δεν θα είχε προχωρήσει καθόλου. Γιατί σου είπα ότι αυτά είναι κονδύλια ευρωπαϊκά και η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση γενικά ακόμα και αυτό το κτίριο που βλέπεις είναι 75% της ΕΕ κατασκευή, δηλαδή αν δεν είχε πει ότι είστε πολύ πίσω κάντε βήματα και πληρώνω και πλήρωσε τότε, Κέντρο Ψυχικής Υγείας δεν ξέρω αν θα είχαμε εμείς, θα υπήρχε ένα Πανεπιστημιακό ίσως όπως είναι στην Αθήνα για ερευνητικούς σκοπούς και για να προάγουν την επιστήμη της Ψυχιατρικής, αλλά να αναπτυχθεί στην Ελλάδα ένα δίκτυο Κέντρων Ψυχικής Υγείας δεν θα είχε γίνει πιστεύω, χωρίς την Ευρώπη. Οπότε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι καθαρά αναγκαιότητα που μας ήρθε από έξω επειδή ήμασταν πολύ πίσω και πρέπει να προχωρήσει γιατί το 1/3 των ασθενών είναι ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα τα 2/3 έχουν ασθένεια οργανική, το 1/3 έχει ψυχική, όποιος το κατάλαβε αυτό το κατάλαβε, γι' αυτό το 1/3 πριν 20 χρόνια δεν κάναμε τίποτα κάναμε πολύ λίγα πράγματα, τους κλείναμε μέσα ας πούμε, απλά. Πρέπει να γίνουν πολλά πράγματα στην ψυχιατρική και μπορούν να γίνουν πολλά. Δεν είναι έρχεται ο άνθρωπος των παρακολουθείς, τον νοσηλεύεις, γίνεται καλά, του δίνεις κάποιες οδηγίες και τον στέλνεις

σπίτι και τον βλέπεις ίσως μετά από ένα μήνα ένα χρόνο. Δεν είναι έτσι, εδώ μπορείς να ασχοληθείς με έναν άνθρωπο 40 χρόνια και να είναι κάθε μέρα στις δομές σου και με έναν άλλο να ασχοληθείς 40 λεπτά, δεν το ξέρεις αυτό. Τον έναν να τον έχεις 40 χρόνια, να τον πηγαίνεις σύμφωνα με τις ικανότητες του και την κατάσταση του από τη μία δομή στην άλλη για να τον προωθήσεις που μπορεί, ψυχική ασθένεια, είναι αυτή να μην πετυχαίνει πάντα και έναν άλλο με μία συμβουλευτική σαράντα λεπτών να του αλλάξεις τη ζωή, ακραίο μεν αλλά έχει συμβεί. Με μία συνεργασία μερικών συνεντεύξεων, μερικών ραντεβού μπορεί να του αλλάξεις όλη του τη ρότα ή να τον θεραπεύσεις μία απλή ιατρική διαταραχή. Δεν είναι το ίδιο πράγμα είναι πολύ διαφορετικό και επιμένω σε αυτό, η ψυχική υγεία. Γι' αυτό μιλάμε να βγει από το καθαρά ιατροκεντρικό σχέδιο που υπάρχει. Δηλαδή εδώ αναδύεται και ο ρόλος των υπολοίπων ειδικοτήτων πέραν του γιατρού, που έχει ο καθένας τον ρόλο του, πολύ σημαντικό. Δηλαδή δεν γίνεται ψυχιατρική μόνο με γιατρούς. Οργανική ιατρική δεν γίνεται μόνο με γιατρούς, αλλά και ο νοσηλευτής παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο και εκεί, αλλά και εδώ μπαίνουν και άλλες ειδικότητες, δηλαδή η αντιμετώπιση είναι ομαδική».

**Ερώτηση 11:** Τι σημαίνει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Ν. Μαγνησίας η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Εμείς δεν κάνουμε μεταρρύθμιση είμαστε μέσα στην μεταρρύθμιση. Δηλαδή δεν μπορώ να σου απαντήσω τι σημαίνει γιατί είμαστε μέσα στη μεταρρύθμιση. Δεν είμαστε μία κατάσταση παλιά ένα οίδημα το οποίο θα μεταρρυθμιστεί τώρα για να σου απαντήσω τι σημαίνει. Εμείς είμαστε η μεταρρύθμιση δηλαδή είμαστε μπροστά και εμείς θα την κάνουμε τη μεταρρύθμιση. Αν δηλαδή αποφασίσουμε εμείς αύριο ότι από μόνοι μας, γιατί η εσωτερική δυνατότητα υπάρχει. Παράδειγμα αν το Κέντρο θα έπρεπε να το λειτουργήσουμε και απόγευμα που το έχουμε κάνει χωρίς να μας το καλύπτει ο δημοσιοϋπαλληλικός κώδικας ή να μας το αποζημιώσει. Κάναμε μία εσωτερική ανακατανομή και είπαμε ερχόμαστε απόγευμα δεν ερχόμαστε πρωί, αυτό δεν το κάνουν οι υπηρεσίες, οι υπηρεσίες λένε ωράριο 7:00-2:30 και τελειώσαμε και στο νοσοκομείο έτσι είναι. Γι' αυτό σου λέω ότι υπάρχει μία διαφορετική χροιά από ότι στο δημόσιο, φυσικά το χαρτάκι της πληρωμής είναι το ίδιο και αυτό είναι ένα μεγάλο ζήτημα και δεν ζητάμε πιο πολλά λεφτά, αλλά θα μπορούσε αυτό το πράγμα να ήταν καλύτερο, αν μας έδιναν ώρες. Παρόλο αυτά επειδή υπάρχει ανάγκη το κάνουμε εμείς, χωρίς να παίρνουμε ώρες, αποζημίωση, υπερωρία. Αυτό είναι μία ευελιξία του χώρου μας. Τώρα όσο λες για το τι σημαίνει δεν μπορώ να σου πω, γιατί τι σημαίνει για τον κόσμο ίσως θα είναι το πιο σωστό. Ορισμένοι που έχουν εμπλακεί με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση βλέπουν ότι είναι πολύ σημαντικό. Ένας άνθρωπος ας πούμε που έχει αδιέξοδα με το γιο του που δεν μπορούν να συμβιώσουν, έχουν σοβαρά προβλήματα του γιου, ούτε ήταν τόσο άσχημα ο γιος για να πάει να εγκλειστεί σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο για πάντα, δεν είναι μία λύση ο Ξενώνας; Όπου μπορεί να είναι ο γιος του σε ένα χώρο, να συμβιώνει με άλλους, να μην δημιουργεί προβλήματα στο σπίτι και ο μπαμπάς του και η μαμά του να έχουν τη δυνατότητα να τον βλέπουν καθημερινά αν θέλουν; Παλιά ποια θα ήταν η επιλογή; Θα ήταν να είναι σε ένα κρατικό κλειστό άσυλο με τη γνωστή εικόνα, γιατί ο άνθρωπος όταν κλειστεί ότι αρρώστια κι αν έχει, αν ιδρυματοποιηθεί για 15-20 χρόνια μέσα σε ένα άσυλο θα έχει μία εικόνα 3 φορές βαρύτερη απ' ό τι θα είχε αν ήταν έξω κι ας εξακολουθεί να είναι άρρωστος. Δηλαδή η εικόνα ενός αρρώστου που είναι 15 χρόνια μέσα με την εικόνα ενός αρρώστου με την ίδια βαρύτητα πάθησης που είναι έξω είναι τρεις φορές καλύτερη μόνο και μόνο επειδή είναι έξω. Γιατί μιλάμε για ψυχική ασθένεια, ένα άσυλο είναι πολύ διαφορετικό είναι σαν μία φυλακή γι' αυτούς. Οπότε απαντώντας εγώ και παίρνοντας το ρόλο ενός ανθρώπου που μπορώ να φανταστώ, νομίζω ότι για κάποιους η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ήταν μεγάλη βοήθεια».

**Ερώτηση 12:** Πώς χρηματοδοτήθηκε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Ν. Μαγνησίας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Από την ΕΕ βάσει προγραμμάτων, βάσει επιδοτήσεων, βάσει κάλυψης ορισμένου ποσοστού ανεγέρσεως κτιρίων κ.λ.π., και βέβαια με το μερίδιο του κράτους, το οποίο ακολουθώντας την πολιτική αυτή τα τελευταία 10-15 χρόνια έκανε το καθήκον της, χρηματοδότησε».

**Ερώτηση 13:** Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζει η υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Ν. Μαγνησίας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Διοικητικές και γραφειοκρατικές πιστεύω. Όταν θα οριστικοποιηθεί ένα μοντέλο ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε πλήρη ανάπτυξη όπως είπαμε πριν. Σε 5 χρόνια μπορεί να έχουμε κάποια άλλη δομή που υπάρχει πρόβλημα. Μεταρρύθμιση σημαίνει εξελισσόμενη διαδικασία δεν θα μείνουμε εκεί. Όταν θα δημιουργηθεί ένα μοντέλο τέτοιο, νομίζω ότι το βασικό πρόβλημα θα είναι πια η διοικητική λειτουργία και η χρηματοδότηση και οι δυνατότητες που θα υπάρχουν. Εδώ θέλει ανοιχτά πράγματα, παράδειγμα θέλει τα παιδιά του Ξενώνα να πάνε μία εκδρομή πρέπει να καλυφθεί αυτό, γίνεται, δεν γίνεται όμως πάντα ή με ευχέρεια ή οι περισσότεροι είναι άποροι δεν είναι τυχαίο που είναι σε έναν Ξενώνα ή στις αποκριες και αυτό γίνεται θα μπορούσε να γίνεται πιο άνετα ή περισσότερο, γίνονται όμως όλα αυτά. Εδώ από εμάς στο ΚΨΥ το παράπονο μας που έχουμε και είναι δύσκολο εδώ να γίνει, να χρηματοδοτήσουμε να έχουν τα παιδιά μία δημιουργική απασχόληση εδώ με εργοθεραπευτικό χαρακτήρα. Δηλαδή να χρησιμοποιήσουμε το λεγόμενο κίνητρο ας πούμε».

**Ερώτηση 14:** Πως εκτιμάτε το επίπεδο ενημέρωσης των πολιτών του Ν. Μαγνησίας σε θέματα ψυχικής υγείας, ώστε να μην εμφανίζονται φαινόμενα διακρίσεων και στίγματος εις βάρος ατόμων με ψυχικές ασθένειες;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Το στίγμα είναι μία μεγάλη ιστορία. Το στίγμα υπάρχει. Πέρα από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, ακόμη και για τον καρκίνο ίσως. Δηλαδή υπάρχει με την έννοια ποια; Παράδειγμα αν δώσουμε μία δουλειά σε ένα ψυχικά πάσχοντα, είναι πολύ δύσκολο, δεν εμπιστεύονται. Πιο εύκολα εμπιστεύεσαι έναν που έχει σάκχαρο, που έχει κομμένο πόδι. Αυτό κάπου το καταλαβαίνουμε ότι είναι και λογικό, γιατί η ψυχική ασθένεια έχει και μία διαταραχή του συναισθήματος, της συμπεριφοράς και όλα αυτά αν περάσουν στον εργασιακό τομέα καταλαβαίνεις τι γίνεται. Συνεπώς, υπάρχει μία ενημέρωση και από τα μέσα επικοινωνίας και από τις εφημερίδες, όσον αφορά την ψυχική ασθένεια, όχι αυτή που θα έπρεπε. Συνεπώς, δεν είναι όπως παλιά. Εδώ όταν γινόταν το Κέντρο είχαν κάνει οι πολυκατοικίες παράπονα, είχαν μαζευτεί, είχαν κάνει διαδήλωση, φέρατε το ψυχιατρείο στη γειτονιά μας!, είχε γίνει χαμός! Αν ήταν ένα ιατρείο δεν θα είχαν πρόβλημα, θα έλεγαν ίσα-ίσα ότι θα είμαστε και δίπλα. Το αποτέλεσμα είναι ότι στην πορεία τα τελευταία 15 χρόνια που είναι το Κέντρο εδώ, τι έγινε τώρα, επειδή εγώ παρακολουθώ και τα στατιστικά, βλέπω ότι από την απέναντι πολυκατοικία συγκεκριμένα έχουν έρθει 4 πελάτες εδώ. Δηλαδή από αυτούς που φώναζαν, οι 4 χρησιμοποίησαν το Κέντρο. Είναι 20 οικογένειες, οι 4 ήρθαν, δηλαδή ένα ποσοστό 1 στους 5. Έχουν έρθει και για συμβουλευτικές και για θείους τους και για φίλους τους. Δηλαδή ενσωματώθηκε το Κέντρο δεν ανησυχεί κανείς, δεν φωνάζει τώρα πλέον. Το Κέντρο έχει ενσωματωθεί στην γειτονιά και δεν υπάρχει θέμα. Οι ίδιοι δηλαδή αν ρωτήσει από τους ενοίκους θα σου πουν άλλα πράγματα απ' ότι σου λένε πριν 15 χρόνια.

Κάποιοι όμως που μένουν ένα χιλιόμετρο από εδώ σίγουρα δεν θα θέλουν ένα ΚΨΥ πάλι δίπλα τους, θα αλλάξει όμως αυτό σιγά-σιγά».

**Ερώτηση 15:** Ποιες είναι οι προβλέψεις σας για τη μελλοντική πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο Ν. Μαγνησίας και τη δημιουργία δομών πρωτοβάθμιων φροντίδων ψυχικής υγείας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Είπαμε πριν ποια θα είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών. Πιστεύουμε ότι θα γίνουν αυτές οι δομές. Αν τώρα όλη η χώρα πάει προς τα πίσω δεν θα γίνουν, αλλά αν η χώρα συνεχίσει να προοδεύει, γιατί η χώρα προοδεύει άσχετα τώρα για παράδειγμα αν εμείς δεν βλέπουμε αυτά που θέλουμε, ουσιαστικά αυξήσεις στους μισθούς. Και όταν βλέπεις αμοιβές στον ιδιωτικό τομέα να αγγίζουν 200.000 παραπάνω καταλαβαίνεις με τι έχουμε να κάνουμε. Η ψυχική υγεία είναι αυτή που είναι, έχει την ιδιαιτερότητά της. Θέλει άλλη αντιμετώπιση η ψυχική υγεία από το δημόσιο και οι εργαζόμενοι και οι εξυπηρετούμενοι. Τώρα για τις προβλέψεις ποιες είναι, εγώ νομίζω ότι αν προχωρήσουν, θα προχωρήσει και αυτό, θα αναπτυχθεί εκεί όπως είπαμε και πριν».

**Ερώτηση 16:** Πως αξιολογείτε το ρόλο του management με την ευρύτερή του έννοια (επιχειρησιακός & στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση, διοίκηση προσωπικού, οικονομική αξιολόγηση, επικοινωνία κ.α.) στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας;

**Κοινωνικός Λειτουργός:** «Εγώ πιστεύω ότι αν διοικητικά υπήρχε μία αποκέντρωση, όσον αφορά την διαχείριση των μονάδων, γενικά του Τομέα, αν υπήρχε μία αποκέντρωση νομίζω θα ήταν πολύ καλύτερα τα πράγματα. Δηλαδή αυτοδιοίκηση, δηλαδή να καθορίζεις εσύ με δυνατότητα, έχοντας όμως και τα απαραίτητα όπλα έτσι; Κονδύλια, θα μπορούσε να πετάει αν ήταν όλα αυτά, δηλαδή να καθορίσει άλλα προγράμματα, να λειτουργήσει απογεύματα, αν έχεις λεφτά όλα γίνονται και ευχέρεια διοίκησης και ανοιχτό μυαλό και όχι γραφειοκρατικές δεσμεύσεις και να σου πουν ότι δεν γίνεται να απασχοληθείς και να παίρνεις λεφτά, δηλαδή δεν υπάρχουν, αυτά τα δίνουμε στη μεσογειακή αναιμία δεν θα πάρεις και εδώ ας πούμε. Όταν λέμε για αυτονομία μιλάμε για αυτό το πράγμα. Πλήρη αυτονομία μέσα στα λογικά πλαίσια του δημοσίου ότι έχεις αυτά τα λεφτά αυτό το χρόνο και κάνε τα εσύ ότι νομίζεις. Θα τα κάνεις εκδρομές για τους ψυχασθενείς, θα λειτουργήσεις αυτό το λεγόμενο κίνητρο για να κάνεις ημερήσια απασχόληση, ημερήσιο θεραπευτικό πρόγραμμα; Αυτό είναι το μεγάλο πρόβλημα που απασχολεί εμάς, να φέρουμε κόσμο, αν τους έλεγες ότι θα παίρνατε 10€ για να ασχολείστε στα προγράμματα θα πήγαιναν αρκετοί ψυχασθενείς που είναι κλεισμένοι στα σπίτια τους και θα έρχονταν να ασχοληθούν είμαι σίγουρος, γιατί το χρηματικό είναι μεγάλο κίνητρο γι' αυτούς τους ανθρώπους γιατί συνήθως δεν έχουν πόρους, γιατί ζουν από την πρόνοια. Αν πεις έλα εδώ όλη μέρα, θα τον είχαμε εδώ και το απόγευμα αν κάποιοι από εμάς παίρναμε και τις υπερωρίες μας, το λέω τελείως γραφικά. Θα ήμασταν όλη την ημέρα ανοιχτοί, θα είχαμε ένα σωρό κόσμο από το πρωί μέχρι το βράδυ, αυτό σημαίνει λεφτά. Και όχι μόνο λεφτά, σημαίνει και καλή διοίκηση ας πούμε και ευχέρεια, αυτονομία στη διοίκηση. Ιδανικό αυτό που ακούγεται, αλλά τα προβλήματα αυτά είναι, να κάνεις μονάδα τέτοια αποκαταστασιακή και να μην έχεις λεφτά να διακινήσεις κάποια πράγματα; Να κάνεις κάποια προγράμματα, κάποιες ενημερώσεις, κάποια σεμινάρια, κάποιες ημερίδες, πώς θα τα κάνεις αυτά; Πώς θα καλυφθούν όλα αυτά που είπαμε προηγουμένως; Για να γνωρίσει ο κόσμος για τις υπηρεσίες του Κέντρου, για τη λειτουργία του, για όλα αυτά πώς θα γίνει; Το ιδανικό για μένα θα ήταν να δίνεται η δυνατότητα. Να έχεις αυτά τα λεφτά, κάνε τα ότι θέλεις, δεν έχεις;

Δεν κάνεις. Όχι όμως να μπαίνεις μέσα στο σύστημα, να κάνουμε! Να εγκριθεί! Να περάσει από το υπηρεσιακό! Αυτό στην ψυχική υγεία είναι δύσκολο, είναι δυσκίνητο. Να σου λέει έχεις 150.000€, δώστα σε υπερωρίες, δώστα σε ημερίδες, δώστα σε εκδρομές, να προσαρμόσεις το πρόγραμμα σου σε αυτό. Ξέρεις θα ήταν ωραίο να μας λέει ότι για το έτος 2005 έχεις 20.000€ για όλους τους τομείς κάντε τα ότι νομίζετε. Θα υπάρχει βέβαια διοικητικός έλεγχος. Κάποια στιγμή θα κάνεις σχεδιασμό, θα κάνεις 2 ημερίδες, 2 εκδρομές, 5 ταβέρνες, θα δώσουμε λεφτά στα παιδιά που κάθονται στο γραφείο και δεν παίρνουν μία. Και θα ενισχύσουμε και τον Συνεταιρισμό για να τον στηρίξουμε. Και όλα αυτά με 20.000€, όσο δηλαδή στοιχίζει ένας εργαζόμενος το χρόνο. Είμαστε στον Τομέα περίπου 50 εργαζόμενοι, πες ότι είμαστε 51 και βγήκε αυτό που σου λέω, με έναν εργαζόμενο. Με 20.000€ κάνεις πολλά πράγματα σ' ένα χρόνο. Πως θα γίνει αυτό τώρα; Δεν υπάρχει ευκαιρία, ενώ έπρεπε να υπάρχει άλλη διοικητική αυτονομία και να πει για τις ανάγκες της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθορίζουμε το ποσό τάδε για ορισμένες ευκαιρίες αποκαταστασιακές, ενημερωτικές».