

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Κ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΝΟΕΜΒΡΗΣ 2006

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
''ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ ΤΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ. ΝΕΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΜΕΤΑ
ΤΟ ΣΕΙΣΜΟ ΤΟΥ 1999. ''

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΥΔΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 1

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΟΡΙΣΜΟΙ 3

1.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 5

1.1.2 ΑΣΥΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1.3 Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ 6

1.2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ 7

1.2.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ 7

1.2.2 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ
ΑΣΘΕΝΕΙΑ 8

1.2.3 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ 10

1.2.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ 12

1.2.5 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ 15

1.2.6 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ 17

1.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ 18

1.4 ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 23

1.4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 23

1.4.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ
ΟΜΑΔΑΣ 24

1.4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ
ΨΥΧΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ 25

1.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ
ΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ 26

1.5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 27

1.5.1 ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 27

1.5.2 ΑΞΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ 28

1.5.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΖΩΗΣ
ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΤΑ ΑΣΥΛΑ ΚΑΤΑ GOFFMANN -
Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ 29

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30

2.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α 30

2.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ 30

2.1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 31

2.1.3 ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α. 31

2.2	Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	33
2.2.1	ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α	33
2.2.2	Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Α.	39
2.2.3	ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	41
2.3	ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.	43
2.4	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.	48
2.5	Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ	50
2.5.1	Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ	50
2.5.2	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	55
2.6	ΘΕ.Μ.Α	55
2.6.1	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.	55
2.6.2	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α	59
2.6.3	ΤΑ ΜΕΣΑ, ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕ.Μ.Α.	64
	<u>3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ</u>	69
3.1	Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	69
3.2	ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	70
3.2.1	Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»	77
3.3	Η Β' ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (2001-2006)	78
3.4	ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΑΝΑ ΠΕ.Σ.Υ. ΚΑΙ ΑΝΑ ΝΟΜΟ	81
3.4.1	ΕΛΛΑΔΑ (ΣΤΟΧΟΙ - ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ)	82
3.4.2	ΑΤΤΙΚΗ (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ : ΣΤΟΧΟΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΔΟΜΕΣ)	84
3.4.3	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ (ΝΟΜΟΙ : ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ - ΑΡΚΑΔΙΑΣ - ΛΑΚΩΝΙΑΣ - ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ - ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ)	93
	<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</u>	105
1.	Φ.Ε.Κ. ΙΔΡΥΣΗΣ Ψ.Ν.Α.	106
2.	ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	111
	<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	115

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Κατά τον Wing η Κοινωνική Ψυχιατρική δε χρειάζεται να ορισθεί. Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η σύγχρονη Ψυχιατρική. Αυτό, γιατί είναι πλέον αυτονόητο και ευρύτατα παραδεκτό ότι η συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων είναι αναμφισβήτητη στην αιτιολογία και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής. Επομένως, ο σύγχρονος ψυχίατρος θα πρέπει να ενσωματώσει στις πρακτικές του τις τεχνικές παρέμβασης και τις υπηρεσίες περίθαλψης, που προέρχονται από τη συνειδητοποίηση της κοινωνικής διάστασης της νόσου, στη θεραπεία και αντιμετώπισή της. Παράλληλα θα πρέπει να αναπτυχθούν οι δομές περίθαλψης που ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αφορά την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, χωρίς να τους απομακρύνουμε από το φυσικό κοινωνικό τους περιβάλλον και με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας. Η πρακτική αυτή έρχεται σε αντίθεση με παλιότερες πρακτικές προερχόμενες από την εποχή που οι επιστημονικές γνώσεις για την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής και ιδιαίτερα των ψυχώσεων, ήταν ασήμαντες. Η Κοινοτική Ψυχιατρική υλοποιείται με τη δημιουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης των ασθενών μιας συγκεκριμένης πληθυσμιακής περιοχής. Η ανάπτυξη γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού.

Για τη σωστή ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών και την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας χρειάζεται ευαισθητοποίηση της κοινότητας και δημιουργία στελεχών επαγγελματιών ψυχικής υγείας που με την κατάλληλη εκπαίδευση θα αποκτήσουν τις γνώσεις δεξιότητες και στάσεις, που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Απαιτούνται επίσης οι κατάλληλες θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές που θα αποτελέσουν το νομικό και οργανωτικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

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

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

Η αρχή της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (comprehensiveness of care) υπονοεί το σχεδιασμό των υπηρεσιών μετά από προσδιορισμό των αναγκών του πληθυσμού του τομέα, την πλήρη κάλυψή τους με πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Η οργάνωση και η κατανομή των πόρων θα πρέπει να συμβάλει στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του συστήματος με το μικρότερο κόστος¹.

Στον τομέα αποκατάστασης περιλαμβάνεται και η βαθμιαία συρρίκνωση των Ψυχιατρείων με την κοινωνική επανένταξη των ασθενών τους στις περιοχές απ' όπου αυτοί προέρχονται.

¹ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Τ. Lemberiere – A. Feline κι συνεργάτες, σελ. 389-390, Β' τόμος

1.1.2 ΑΣΥΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ψυχιατρική περίθαλψη από το τέλος του περασμένου αιώνα σηματοδοτείται από τη δημιουργία των μεγάλων Ψυχιατρείων, όπου οι ασθενείς εφυλάσσοντο, απομονωμένοι από το κοινωνικό σύνολο και χωρίς ουσιαστικές δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ο όρος άσυλο υπονοεί την προστασία των ασθενών με τον εγκλεισμό τους στο Ψυχιατρείο, επειδή η ψυχική διαταραχή τους καθιστούσε βαθμιαία ανίκανους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ταυτόχρονα όμως γινόταν και η απομάκρυνσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Λόγω των προκαταλήψεων που υπήρχαν για τη ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού στιγματισμού των ασθενών, ο ασθενής ήταν ανεπιθύμητος για το «υγιές» κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα λοιπόν με την υποτιθέμενη προστασία του αρρώστου, το κοινωνικό σύνολο προστατευόταν από τον άρρωστο. Το στερεότυπο του ανεύθυνου, επικίνδυνου και ανιάτου ψυχασθενή κυριαρχούσε και η ψυχιατρική περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας. Η λεγόμενη θεραπεία ήταν στην ουσία μόνο φροντίδα και κάλυψη στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης των ασθενών. Ο πληθυσμός των Ψυχιατρείων διαρκώς αυξανόταν, επειδή οι πιθανότητες επανόδου των ασθενών στο κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν πολύ μικρές.

Τα Ψυχιατρεία συνήθως ήταν εγκατεστημένα μακριά από τις πόλεις και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι δε επισκέψεις και επαφές με την οικογένεια ήταν περιορισμένες. Παρότι κατά καιρούς υπήρχαν προσπάθειες ανθρωπιστικής μεταχείρισης των ασθενών με την απασχολησιοθεραπεία και τη λεγόμενη πολιτική των ανοικτών θυρών, (π.χ. ο Pinel στη Γαλλία και οι Conally και Tuke στην Αγγλία τον 18^ο αιώνα) οι ασθενείς σπανιότατα διέβαιναν την εξωτερική πύλη του Ψυχιατρείου. Συχνά, λόγω του κινδύνου αυτοκαταστροφής, απαγορευόταν στους ασθενείς να χρησιμοποιούν μαχαίρια και κουτάλια και η απομόνωση των ανήσυχων ασθενών ήταν καθημερινή πρακτική, όπως επίσης και η καθήλωσή τους με αλυσίδες, ζουρλομανδύα ή και άλλους τρόπους.

Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο Ψυχιατρείο τον στερούσε από τις κοινωνικές του δραστηριότητες και του αφαιρούσε βαθμιαία

και τα λίγα εκείνα υπολείμματα κοινωνικότητας που απέμεναν μετά την χρόνια επίδραση της νόσου. Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, η οποία οφειλόταν στη μακρά παραμονή στο άσυλο, συγγέονταν με τις εκδηλώσεις της νόσου και εθεωρείτο ως ένα σύμπτωμα της νόσου αυτής καθ' εαυτής μέχρις ότου ο R. Barton στη Μ. Βρετανία διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από την συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε ιδρυματική νεύρωση ή ιδρυματισμό.

Το αποτέλεσμα των αντιλήψεων και πρακτικών αυτών ήταν να αυξάνονται οι ανάγκες για ασυλικά κρεβάτια όπως επίσης και ο μέσος χρόνος νοσηλείας. Το 1972, όπως φαίνεται από έρευνα της Παγκόσμια Οργάνωσης Υγείας, τα κρεβάτια στα Ψυχιατρεία κυμαίνονται στις Ευρωπαϊκές χώρες από 22 (Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία) ανά 100.000 κατοίκους. Η Ελλάδα το 1972 είχε 157 ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους².

1.1.3 Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΛΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στις αρχές του αιώνα η χώρα μας είχε δύο Ψυχιατρεία, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και το Δρομοκαϊτείο με συνολικό αριθμό 400 κρεβατιών περίπου³. Τα Ψυχιατρεία διαρκώς αυξάνονταν και ο αριθμός ανήλθε σε 6 με την ίδρυση του Ψυχιατρείου της Λέρου το 1958. Στις αρχές της δεκαετίας του '80, στην οποία ουσιαστικά άρχισε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, τα κρεβάτια στα Ψυχιατρεία της χώρας ανέρχονταν σε 14.826 (154 ανά 100.000 κατοίκους) σύμφωνα με την παραπάνω αναφερόμενη έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει για τις συνθήκες ίδρυσης του Ψυχιατρείου της Λέρου. Κατά την δεκαετία του '50 οι ανάγκες σε ασυλικά κρεβάτια διαρκώς αυξάνονταν και τα υπάρχοντα Ψυχιατρεία ήταν υπερπλήρη σε τέτοιο βαθμό που συχνά δύο άρρωστοι κοιμόνταν στο ίδιο κρεβάτι. Προτάθηκε λοιπόν για την αποσυμφόρησή τους η δημιουργία μιας «αποικίας» ψυχασθενών στη Λέρο, με στόχο την απασχόλησή τους σε αγροτικές εργασίες

² ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Τ. Lemberiere – Α. Feline κι συνεργάτες, σελ. 391-392, Β' τόμος

³ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 13-14

σύμφωνα με βελγικά πρότυπα. Το Ψυχιατρεία δημιουργήθηκε σε παλιές ναυτικές εγκαταστάσεις που είχαν παλαιότερα χρησιμοποιηθεί και για εξόριστους και ενώ η δύναμή του στην αρχή ήταν 650 κρεβάτια οι νοσηλευόμενοι μέχρι το 1980 είχαν φτάσει τους 2.000 περίπου. Η κτιριακή υποδομή δεν είχε τις κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής και η αρχική ιδέα της απασχόλησης των ασθενών σε αγροτικές εργασίες εγκαταλείφθηκε. Το κριτήριο για την βαθμιαία μεταφορά των ασθενών από όλα τα Ψυχιατρεία της χώρας ήταν η έλλειψη επισκέψεων από συγγενείς.

Οι ασθενείς της Λέρου δεν είχαν απορριφθεί μόνο από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκαν, αλλά και από τα Ψυχιατρεία όπου παρέμεναν.

Οι συνθήκες νοσηλείας στη Λέρο ήταν άθλιες και στο τέλος της δεκαετίας του 80 έγιναν το αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής. Με τον τρόπο αυτό το Ψυχιατρείο της Λέρου έγινε το παγκόσμιο σύμβολο της αθλιότερης ασυλικού τύπου περίθαλψης. Ταυτόχρονα όμως έγινε και η αφορμή για την έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, με τη μερική χρηματοδότησή της από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

1.2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

1.2.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ

Το μεγαλύτερο κόστος περίθαλψης στην ασυλική φάση προερχόταν από τη μακροχρόνια παραμονή των ψυχωσικών στα Ψυχιατρεία. Όμως η ψυχιατρική νοσηλεία που υποτίθεται ότι προσφερόταν στα Ψυχιατρεία κάθε άλλο παρά νοσηλεία ήταν, αν τη συγκρίνουμε με τη νοσηλεία σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπου ο ασθενής συνήθως νοσηλεύεται βραχυχρόνια για εντατική θεραπεία που δεν μπορεί να γίνει στο σπίτι. Κατά τη φάση της νοσηλείας, στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ο ασθενής απαιτείται να παραμένει κλινήρης για θεραπευτικούς λόγους. Αντίθετα στην περίπτωση νοσηλείας στο Ψυχιατρείο και πριν από την ανακάλυψη των βιολογικών θεραπειών της ψύχωσης και των μεθόδων της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, δε γινόταν καμία θεραπεία. Η νοσηλεία κάλυπτε μόνον τις ανάγκες σίτισης και στέγασης του ασθενούς με την παράλληλη φύλαξή του. Σύμφωνα με την κλασική ιατρική αντίληψη, η

προσπάθεια επικεντρώνεται στην καταπολέμηση της νόσου, η δε κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς έπεται αυτομάτως.

Η λογική αυτή, όπως είναι αυτονόητο, δε λειτουργούσε στην περίπτωση της χρόνιας ψυχικής νόσου, η οποία χωρίς αποτελεσματική θεραπεία και λόγω μείωσης του συναισθήματος και της βούλησης του ασθενούς καταλήγει σε κοινωνική απομόνωση και λειτουργική αναπηρία. Στην περίπτωση των ασθενών του Ψυχιατρείου επομένως, που η σωματική τους υγεία κατά κανόνα είναι αkéραιο, το κρεβάτι δεν αποτελεί ένα μέσο θεραπείας αλλά αντίθετα είναι επιζήμιο όταν χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.

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

1.2.2 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Το φαινόμενο του στιγματισμού⁴ και της απομόνωσης κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από ανίατες νόσους δεν εμφανίζεται μόνο σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ανιάτων νόσων, με βαρύ κοινωνικό στιγματισμό και αποκλεισμό, αποτελούν οι πάσχοντες από λέπρα και φυματίωση. Με την ανακάλυψη όμως αποτελεσματικών θεραπειών, ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων που πάσχουν από τις ασθένειες αυτές, έχει δραστικά μειωθεί ή και οριστικά εκλείπει.

Στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας η έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της και οι εκδηλώσεις της νόσου, η αλλόκοτη και ανεξήγητη μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου και η αλλοίωση των ψυχικών και πνευματικών λειτουργιών έχουν προκαλέσει τη σύνδεσή της με μαγικές επιδράσεις. Η αντιμετώπιση της ασθένειας παλαιότερα ή ακόμα και σήμερα όπως είναι γνωστό γίνεται από μάγους και ιερείς. Κατά το μεσαίωνα οι ψυχικά πάσχοντες ρίχνονταν στην πυρά ως δαιμονισμένοι.

⁴ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Τ. Lemberiere – Α. Feline κι συνεργάτες, Β' τόμος

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών, ο οποίος υπάρχει και σήμερα, στηρίζεται σε μια σειρά προκαταλήψεων, οι οποίες κατά ένα μέρος δικαιολογούνταν την εποχή που δεν υπήρχαν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές, ακόμα και σήμερα επεκτείνονται και στους ψυχιάτρους και επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Η Ψυχιατρική με την απομόνωσή της στα Ψυχιατρεία αποκόπηκε από το υπόλοιπο σώμα των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι προκαταλήψεις που βοήθησαν στη δημιουργία του στίγματος στηρίζονται στην πεποίθηση ότι ο ψυχικά ασθενής είναι ανίαιτος, επικίνδυνος για το περιβάλλον και ανεύθυνος για τις πράξεις του.

Μετά τη δεκαετία του '40 και μετά την ανακάλυψη δραστικών βιολογικών θεραπειών για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων έγινε φανερό ότι οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αναφέρονται παραπάνω δεν ήταν καθόλου δικαιολογημένα.

Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την εισδοχή των σύγχρονων ψυχιατρικών μεθόδων της έρευνας στην Ψυχιατρική αποδείχθηκε ότι η σχιζοφρένεια, η οποία αποτελούσε τον κύριο λόγο εγκλεισμού και απομόνωσης των ασθενών στα άσυλα, μπορούσε αποτελεσματικά να αντιμετωπισθεί. Οι σχετικές έρευνες έδειξαν ότι το 20% των σχιζοφρενών μετά από μία πρώτη εισβολή της νόσου επανέρχονται πλήρως χωρίς κανένα κατάλοιπο της νόσου και με πλήρη κοινωνική αποκατάσταση. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν κατά κανόνα ανάγκη συντηρητικής ή προληπτικής θεραπευτικής αγωγής. Μια σειρά μελετών, με παρακολούθηση των ασθενών περισσότερο από 22 χρόνια, έδειξε ότι ένα ποσοστό 50-60% περίπου, ακόμα και μετά επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι κατά τις μεγαλύτερες χρονικές περιόδους της ασθένειας κοινωνικά βιώσιμοι και είτε επανέρχονται πλήρως χωρίς ουσιαστικά υπολείμματα της νόσου ή βελτιώνονται σημαντικά. Μόνο το 20% περίπου των ασθενών μετά από επανειλημμένες προσβολές της νόσου είναι δυνατόν να καταλήξει σε σοβαρή αναπηρία με αδυναμία εργασίας και μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Και σ' αυτό όμως το ποσοστό των βαριά πασχόντων είναι δυνατή η κατά μεγάλα διαστήματα κοινωνική τους διαβίωση και η μείωση των διαστημάτων που απαιτείται εσωτερική νοσηλεία. Από τα παραπάνω αναφερόμενα είναι φανερό ότι ο μύθος του ανίαιτου σχιζοφρενή δεν είναι πλέον δικαιολογημένος.

Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή που αφορά τον κίνδυνο που διατρέχει ο ίδιος ο άρρωστος και το περιβάλλον του, εμφανίζεται υπό μορφή αυτοκτονίας και βίαιης συμπεριφοράς. Οι επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι στις ψυχώσεις ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ανέρχεται σε 15 με 20% περίπου. Εν τούτοις, η βίαιη συμπεριφορά προς τρίτους υπό μορφή ανθρωποκτονιών δεν υπερβαίνει το ποσοστό που παρατηρείται στον υγιή πληθυσμό. Ηπιότερη βίαιη συμπεριφορά πιθανώς να συνδέεται με την αντιμετώπιση του ασθενούς από το περιβάλλον και τους θεραπευτές και το γεγονός ότι η νόσος συχνά δεν διαγνώσκεται και σε θεραπεύεται έγκαιρα, με αποτέλεσμα την επιδείνωσή της, την έλλειψη εναισθησίας από πλευράς του ασθενή και κατ' επέκταση την εφαρμογή της νομοθεσίας που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία του αρρώστου.

Η στερεότυπη αντίληψη περί ανευθυνότητας του ψυχωσικού επίσης δεν είναι δικαιολογημένη. Αυτό γιατί παρ' ότι μια βαριά μορφή της νόσου μπορεί να επηρεάσει την κρίση του ασθενή με αποτέλεσμα να τον καταστήσει ανεύθυνο για τις πράξεις του, στις περισσότερες περιπτώσεις των ψυχώσεων αυτό δεν συμβαίνει παρά για μικρά χρονικά διαστήματα. Κατά τα διαστήματα αυτά ο ασθενής συνήθως βρίσκεται σε υποτροπή ή διακόπτει τη θεραπευτική του αγωγή. Σε περιπτώσεις που η ανευθυνότητα του ασθενούς είναι παρατεταμένη ή διαρκής, όπως π.χ. στα οργανικά ψυχοσύνδρομα και τη νοητική καθυστέρηση, απαιτείται από το νόμο ιατρική πραγματογνωμοσύνη για την επιβεβαίωσή της.

1.2.3 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και τη συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, άρχισε βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και Αμερική μία αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Οι αλλαγές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Η διεργασία αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη ενώ σε άλλες χώρες έχει προχωρήσει σημαντικά ή και έχει

συμπληρωθεί, Οι περισσότερες όμως χώρες βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο.

Κατά την διεργασία αυτή, η οποία αποτελεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση⁵, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί και αμφισβητήσεις. Υπήρξαν παραδείγματα προσπάθειας απότομης μετάβασης από την ασυλική ψυχιατρική στην κοινοτική ψυχιατρική και ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε στην Τεργέστη της Ιταλίας, όπου με νόμο έκλεισαν τα Ψυχιατρεία και η ευθύνη της περίθαλψης των ασθενών μεταβιβάστηκε στην τοπική αυτοδιοίκηση. Όπως επίσης και παραδείγματα μεταρρυθμίσεων που άρχισαν, αλλά για λόγους οικονομικούς και άλλους επιβραδύνθηκαν ή και σταμάτησαν εντελώς.

Σήμερα συνειδητοποιείται ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία που μπορεί να γίνει μόνο σε βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας, ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μεγάλη βαρύτητα έχει η δημιουργία και εκπαίδευση του κατάλληλου προσώπου το οποίο να διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα. Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στη στάση του προσωπικού, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές και ότι οι ανάγκες του ασθενή δεν καλύπτονται με την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και εκπαίδευση για την επαγγελματική του αποκατάσταση.

Η αναθεώρηση αυτή των στάσεων και οι πρακτικές που προκύπτουν από αυτή απαιτούν την ισότιμη συνεργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στα πλαίσια της ψυχιατρικής ομάδας,

⁵ Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη. ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα

των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η κατανομή των ρόλων και υπευθυνοτήτων γίνεται με κριτήριο τις ανάγκες του ασθενή και την εξειδίκευση του επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Εκτός από τις απαιτούμενες γνώσεις το προσωπικό πρέπει να αποκτήσει και δεξιότητες για επιτέλεση διαφόρων πράξεων όπως και την κατάλληλη στάση και φιλοσοφία που απαιτεί η υλοποίηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Οι δεξιότητες και στάσεις αποκτώνται με μηχανισμούς ταύτισης και μίμησης προτύπου. Σαν πρότυπο χρησιμεύουν τα κατάλληλα εκπαιδευμένα ηγετικά πρόσωπα, η εκπαίδευση δε γίνεται μέσα από την καθημερινή πρακτική (in service training). Έτσι, η ανάπτυξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού συναρτάται απολύτως με τη λειτουργία σύγχρονων δομών περίθαλψης που λειτουργούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και απαιτεί σημαντικό χρόνο.

Το πρόβλημα του κόστους για τη δημιουργία των νέων μορφών περίθαλψης και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για τη δημιουργία του κατάλληλου προσωπικού υποχρεώνει σε βαθμιαία μετάβαση σ' αυτές. Οι μέχρι τώρα ενδείξεις πάντως, από τις μελέτες που έχουν γίνει, μας δείχνουν ότι μετά τη φάση ανάπτυξης των νέων δομών περίθαλψης, κατά τη διάρκεια της οποίας απαιτείται ένα επιπρόσθετο κόστος, το κόστος ανά ασθενή στην περίπτωση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι μικρότερο, αλλά και η ποιότητα ζωής των ασθενών, που περιθάλλονται στην κοινότητα καλύτερη.

1.2.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

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

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

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

Οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από βαρύτερες ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι αφορούν τη θεραπεία της οξείας φάσης της νόσου και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η θεραπεία της οξείας φάσης μπορεί να γίνεται σε μονάδες βραχείας νοσηλείας στο Ξενικό Νοσοκομείο, ή σε ελαφρότερες περιπτώσεις σε Νοσοκομεία Ημέρας, όπου ο ασθενής προσέρχεται τις πρωινές ώρες και επιστρέφει στην κατοικία του μετά το μεσημέρι. Η ανάπτυξη μονάδων νοσηλείας στο γενικό Νοσοκομείο αποτελεί κλειδί της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης γιατί παρέχει τη δυνατότητα νοσηλείας του ασθενή με συνθήκες ισότιμες των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων και εναλλακτική λύση της νοσηλείας στο Ψυχιατρείο. Ταυτόχρονα, η Ψυχιατρική επανακτά το ρόλο που της ανήκει λειτουργώντας ισότιμα με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στο Νοσοκομείο. Με την επάνοδο αυτή της Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο έχει αναπτυχθεί και ο σύγχρονος κλάδος της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, για την ανάπτυξη του οποίου, οι Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας συμβάλλουν στην κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες

και τον αποστιγματισμό της ψυχιατρικής νοσηλείας και της ψυχιατρικής ειδικότητας.

Η εμπειρία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στα Ιωάννινα, έδειξε ότι είναι δυνατή η νοσηλεία του 95% των ασθενών που έχουν ανάγκη νοσηλείας σε ανοιχτό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνδρομή συγγενών του ασθενούς που παραμένουν για κάποιο διάστημα στη Μονάδα μαζί με τον ασθενή τους και συνεργάζονται με το προσωπικό επιβλέποντας τον ασθενή κατά τη φάση της οξείας υποτροπής και μέχρις ότου επιδράσει η θεραπευτική αγωγή. Η συνεργασία των θεραπειών με την οικογένεια είναι σημαντική για την πρόληψη των υποτροπών. Εργασίες του Leff στη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι ο αριθμός των υποτροπών υποδιπλασιάζεται όταν η φαρμακευτική αγωγή συνοδεύεται με παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενή. Από τη μελέτη του Leff και αντίστοιχες μελέτες στις ΗΠΑ φαίνεται ότι η παρουσία στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών και συγγενών με έντονη συναισθηματική εμπλοκή με τον άρρωστο συνδέεται με την πολύ αυξημένη συχνότητα υποτροπών. Ειδικότερα οι κριτικές παρατηρήσεις, η εχθρική συμπεριφορά και η υπερβολικά έντονη συναισθηματική εμπλοκή συγγενών του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος σχετίζονται σημαντικά με αυξημένο αριθμό υποτροπών της νόσου, ενώ η συναισθηματική θετική στάση των συγγενών δρα ανασταλτικά στις υποτροπές. Την κάλυψη των αναγκών διαβίωσης και διατροφής των ασθενών που δεν μπορούν να επιστρέψουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον καλύπτουν οι Ξενώνες και τα Οικοτροφεία., Τα δε Κέντρα Αποκατάστασης καλύπτουν την επανεκτίμηση των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων που απέμειναν μετά την οξεία φάση της νόσου και την εκπαίδευση του ασθενή ώστε να επανακτήσει τις χαμένες κοινωνικές του δεξιότητες και να επαναπροσαρμοστεί επαγγελματικά στο ίδιο ή σε ένα κατώτερο επίπεδο από αυτό που υπήρχε προ της έναρξης της νόσου.

Τα Οικοτροφεία είναι δομές περίθαλψης που καλύπτουν ανάγκες ασθενών που χρειάζονται αρκετή επίβλεψη για την κοινωνική τους διαβίωση και οι πιθανότητες επαγγελματικής τους αποκατάστασης είναι μικρές ή ανύπαρκτες. Οι Ξενώνες εξυπηρετούν ασθενείς που λίγο πολύ αυτοεξυπηρετούνται, παραμένουν για λιγότερα χρονικά διαστήματα και έχουν κάποιες ελπίδες επαγγελματικής αποκατάστασης. Τις ανάγκες ασθενών, που εργάζονται αλλά

έχουν ανάγκη στέγασης μπορούν επίσης να καλύψουν οι Ξενώνες και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής μένει με την οικογένειά του και επομένως δεν έχει ανάγκες σίτισης και στέγασης, έχει όμως μειωμένη κοινωνική προσαρμογή και είναι χωρίς επαγγελματική απασχόληση, απαιτείται η κοινωνικοποίησή του, δηλαδή η επανεκπαίδευσή του στη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων και η επανεκτίμηση των επαγγελματικών δυνατοτήτων του, η οποία με την κατάλληλη προεπαγγελματική εκπαίδευση τον προετοιμάζει για μια μελλοντική επαγγελματική απασχόληση εναρμονισμένη στις δυνατότητές του. Τις παραπάνω ανάγκες των ασθενών καλύπτουν τα Κέντρα Επαγγελματικής και Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης.

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

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

Σε περιπτώσεις επίσης όπου δεν υπάρχουν μονάδες βραχείας νοσηλείας ή τομείς γενικού νοσοκομείου και επομένως η νοσηλεία δεν μπορεί να γίνει κοντά στον τόπο κατοικίας του ασθενή, είναι δυνατή η νοσηλεία στο σπίτι με 24ωρη κάλυψη από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

1.2.5 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στη χώρα μας η ψυχιατρική μεταρρύθμιση⁶ μπορούμε να πούμε ότι άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του '80 με την εισδοχή μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και με αφορμή και αιχμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε τις

⁶ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ έκθεση εμπειρογνομόνων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ Ε.Ο.Κ. 08/05/1984 Βρυξέλλες)

συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τον κανονισμό 815. Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και η ταυτόχρονη προσπάθεια αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού των Ψυχιατρείων της χώρας. Από το 1984 βάσει του κανονισμού 815 η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55% έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού. Λόγω βραδύτητας στην απορρόφηση των κονδυλίων, που οφείλονταν κυρίως σε γραφειοκρατικές δυσκολίες, ο κανονισμός 815 παρατάθηκε μέχρι τον Ιούνιο του 1995. Το 1991 αποφασίστηκε ενεργός παρέμβαση στο Ψυχιατρείο της Λέρου με τη δημιουργία 11 ξενώνων, που είχαν σαν στόχο την επανένταξη 110 τροφίμων του Ψυχιατρείου στις περιοχές διαμονής τους. Παρά τις σημαντικές δυσκολίες που αφορούσαν το μεγάλο χρόνο παραμονής, την προχωρημένη ηλικία των ασθενών και τις αντιστάσεις που συνάντησε η παρέμβαση στη Λέρου, το πρόγραμμα των ξενώνων ήταν αρκετά επιτυχημένο.

Με το κλείσιμο του 815 έχουν υλοποιηθεί στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρ' ότι ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Τα περισσότερα προγράμματα έγιναν στις μεγάλες πόλεις (2,2 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους στην Αθήνα και 3,1 στη Θεσσαλονίκη) ενώ για τον υπόλοιπο πληθυσμό της χώρας αντιστοιχεί μόνο 1,1 πρόγραμμα ανά 100.000 κατοίκους. Εν τούτοις ο κανονισμός 815 έδωσε την ευκαιρία για σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Με την υλοποίηση των προγραμμάτων του κανονισμού 815 δημιουργήθηκε επίσης ένας πυρήνας επαγγελματιών ψυχικής υγείας που αναμφισβήτητα θα συμβάλει στην παραπέρα εξέλιξη του συστήματος.

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

Τα ψυχιατρικά κρεβάτια το 1991 κατανέμονταν ως εξής : 271 στα Ξενικά Νοσοκομεία, 5.770 στα Ψυχιατρεία της χώρας και 4.219 σε Ιδιωτικές Κλινικές. Οι αντίστοιχοι μέσοι χρόνοι νοσηλείας ήταν 159 ημέρες στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 97 ημέρες στις ιδιωτικές κλινικές και 15 ημέρες στις Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου. Η μείωση του μέσου χρόνου στο σύνολο των κρεβατιών είναι σημαντική μια που έχει μειωθεί από 259 ημέρες που ήταν το 1982 σε 159 το 1991 (μείωση της τάξης του 60%).

1.2.6 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η αρχή της αποτελεσματικότητας και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, οδηγεί στην πρακτική της αξιολόγησης των αναγκών του πληθυσμού του Τομέα, αλλά και της παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα με το μικρότερο κόστος. Η κοινότητα και οι χρήστες των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να έχουν ενεργητική συμμετοχή στην οργάνωση και τον έλεγχο των υπηρεσιών. Η εκτίμηση του άμεσου κόστους, δηλαδή των χρημάτων που απαιτούνται για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, αλλά και του έμμεσου κόστους, όπως η μειωμένη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία, πρόωρος θάνατος, αυξημένες περιόδους ανεργίας κλπ. πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την αξιολόγηση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. Η διαδικασία της αξιολόγησης θα πρέπει να οδηγεί σε διαρκή αναθεώρηση των πρακτικών περίθαλψης που ακολουθούνται και είναι απαραίτητη προϋπόθεση ενός σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών στην Κοινότητα.

1.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Η ψυχοκοινωνική θεώρηση⁷ αναφέρεται σ' ένα σύστημα υποθέσεων για το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες τόσο στη διαμόρφωση του ψυχικού οργάνου, όσο και στο δίπολο ψυχική υγεία – ψυχική νόσος. Ως γνωστόν η ψυχική νόσος αποτελεί ένα ιδιαίτερο τύπο αντίδρασης του ατόμου σε πολλαπλούς παράγοντες που σχετίζονται αφ' ενός μεν με το ίδιο το άτομο, δηλαδή με το βιολογικό και ψυχολογικό του υπόστρωμα, όσο και με το κοινωνικοπολιτιστικό του περιβάλλον μέσα στο οποίο και εκφράζεται.

Ένα πλέγμα ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε ψυχική νόσο και παίζουν άλλοτε απαραίτητο και άλλοτε συντελεστικό ρόλο στην ανάπτυξή της. Φαίνεται έτσι ότι κοινωνικές καταστάσεις, γεγονότα, συνθήκες και ερεθίσματα καθώς και ψυχολογικές καταστάσεις όπως συγκρούσεις και ματαιώσεις μπορούν να επιφέρουν μια γενικότερη διαταραχή στην ομοιόσταση του οργανισμού και να προκαλέσουν πλήθος απαντήσεων που συσχετίζονται με τα ζωτικά θέματα της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου.

Κυριαρχική θέση στην έρευνα για το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη γένεση ψυχοπαθολογίας καταλαμβάνει η μελέτη των στρεσογόνων ή ψυχοπιεστικών παραγόντων και των συνεπειών τους στη ζωή ενός ανθρώπου. Πολλές απόπειρες έχουν γίνει για να ορισθούν οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως στρεσογόνοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Οι περισσότεροι ερευνητές εστίασαν στα **ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής**, καθώς και στις ποικίλες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Έτσι, ο θάνατος αγαπημένων προσώπων, η απώλεια δουλειάς, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο χωρισμός και ο αποχωρισμός, η αναγκαστική μετακίνηση, η αλλαγή σπιτιού ή σχολείου, τα οικονομικά προβλήματα, η συνταξιοδότηση, η μετανάστευση και μια σειρά από άλλα γεγονότα, συμβάντα, καταστάσεις ή αλλαγές έχουν προταθεί ως αντιπροσωπευτικοί στρεσογόνοι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα μιας επερχόμενης έκπτωσης στη γενική

⁷ «ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ» ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Κ.Ν. ΣΤΕΦΑΝΗΣ / ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (ΓΙΑΤΡΟΣ) – «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ, ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

αλλά και την ψυχική υγεία του ατόμου. Στη συζήτηση για τον πιθανό ρόλο του stress στην έναρξη ψυχιατρικών διαταραχών, είναι σημαντικό να έχουμε υπ' όψιν μας ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες δεν είναι ομοιογενείς στη φύση τους. Η κύρια διαφοροποίηση γίνεται με βάση τη διάρκειά τους. Έτσι διαχωρίζονται σε

- οξεία περιορισμένης διάρκειας γεγονότα (π.χ. η αναμονή ενός χειρουργείου)
- στρεσογόνα γεγονότα με εξακολουθητικές συνέπειες (π.χ. από ένα συγκεκριμένο γεγονός ξεκινά μια σειρά από διαφορετικά γεγονότα που συμβαίνουν σε μια μακρά χρονική περίοδο, όπως το πένθος)
- χρόνιοι διαλείποντες στρεσογόνοι παράγοντες, δηλαδή καταστάσεις που διαρκούν μακρό χρονικό διάστημα (π.χ. οι ακατάλληλες συνθήκες εργασίας, η στρατιωτική θητεία, η προσφυγιά, συνθήκες πολιτικής ή θρησκευτικής καταπίεσης, αναπηρίες κ.α.)

Αυτές οι διακρίσεις είναι σημαντικές διότι είναι ευλογοφανές ότι ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής με συνέπειες που διαρκούς στο χρόνο είναι περισσότερο στρεσογόνα από γεγονότα που είναι περιορισμένης χρονικής διάρκειας. Άλλωστε η σύγχρονη έρευνα στην κοινότητα δείχνει ότι το χρόνιο stress έχει μεγαλύτερη προγνωστική αξία για την ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής από τα γεγονότα ζωής. Η έρευνα πάντως του χρόνιου stress και της συσχέτισής του με την ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής είναι πολύ λιγότερο αναπτυγμένη από την έρευνα των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και τούτο γιατί είναι ευκολότερο να καθοριστεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ζωής παρά να υπολογισθεί μια χρονίζουσα στρεσογόνα κατάσταση και είναι ευκολότερο να γίνει μια αιτιολογική ερμηνεία ενός γεγονότος παρά του χρόνιου stress. Έτσι, πολλοί ερευνητές προτίμησαν τη διερεύνηση των γεγονότων ζωής από το χρόνιο stress, χωρίς βεβαίως αυτό να σημαίνει ότι τα γεγονότα ζωής είναι πιο σημαντικά από το χρόνιο stress. Σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος των στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών, των αγχωδών και ψυχοσωματικών διαταραχών ενώ δεν μπορεί επαρκώς να πιστοποιηθεί ο ρόλος τους στην αιτιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών. Η συμπλοκή επίδραση του stress και ειδικότερα των ψυχοπιεστικών καταστάσεων και γεγονότων ζωής στη γενική υγεία του ατόμου, ψυχική και σωματική, έχει διερευνηθεί από αρκετούς ερευνητές στη διεθνή και

ελληνική βιβλιογραφία. Στις περισσότερες από τις έρευνες των γεγονότων ζωής επισημαίνεται ο συντελεστικός αιτιολογικός ρόλος του stress στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας και ψυχικών διαταραχών. Μια μείζων αλλαγή της ζωής του ατόμου συμβάλλει στην αύξηση της πιθανότητας νόσησης του ατόμου από κάποια ψυχική διαταραχή. Εάν η ψυχική διαταραχή πραγματικά θα εμφανισθεί θα εξαρτηθεί από επιπρόσθετους παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο στο stress και τροποποιούν, δηλαδή αυξάνουν ή μειώνουν τη δύναμη της σχέσης ανάμεσα στο stress και την ψυχιατρική νοσηρότητα. Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται **παράγοντες ευαλωσιμότητας στο stress**.

Στην πραγματικότητα μια μικρή μειοψηφία ανθρώπων που εκτίθενται σε στρεσογόνες καταστάσεις αναπτύσσουν κλινικά σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η σύγχρονη έρευνα προσπαθεί να εξακριβώσει τους παράγοντες εκείνους που εξηγούν τις διαφορές στην απάντηση του ατόμου στο stress. Κάποιοι ερευνητές δίνουν έμφαση σε **ψυχολογικά χαρακτηριστικά**, όπως δυνατότητα γνωσιακής επεξεργασίας, δεξιότητες στην επικοινωνία, στη διαπροσωπική συναλλαγή και την επίλυση προβλημάτων, **χαρακτηριστικά της προσωπικότητας**, όπως νευρωτισμός ή χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς και η προσωπική προδιάθεση ή τυχόν προηγούμενη ψυχοπαθολογία, ενώ άλλοι εστιάζουν περισσότερο σε **κοινωνικούς συντελεστές**, όπως η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης και οικονομικών πηγών.

Ο όρος **κοινωνική υποστήριξη** έχει ευρύτατα χρησιμοποιηθεί και αναφέρεται συνήθως στους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι δεσμοί με άλλα μέλη της κοινότητας (συγγενείς, φίλους, γείτονες κλπ.) προστατεύουν το άτομο από τις δυσμενείς συνέπειες του stress στην υγεία και προάγουν την ψυχική του υγεία. Παράλληλα η λειτουργία της κοινωνικής υποστήριξης ασκείται μέσα από τα **κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα** τα οποία λειτουργούν ως μια άμεση πηγή στήριξης για το άτομο και ως μια βάση για δικτύωση με άλλους πόρους και πηγές βοήθειας.

Ήδη από τη βιβλιογραφία της δεκαετίας του '70 ο όρος κοινωνική υποστήριξη ήταν εξαιρετικά δημοφιλής και από πλήθιοις ερευνών καταδείχθηκε η σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και διαφόρων κοινωνικών παραγόντων τόσο από το μικροκοινωνικό περιβάλλον όπως η οικογένεια, όσο και από το μεγαλοκοινωνικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας θεμελιώδης, ιστορικά εξελισσόμενος παγκόσμιος κοινωνικοπολιτιστικός θεσμός που χαρακτηρίζεται από την οργάνωση κοινής ζωής των μελών της και που καθορίζεται από τις μεταβολές του οικονομικού πλαισίου και του γενικότερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Η οικογένεια ανεξάρτητα από τη δομή της, είναι ένα σύστημα που αποτελείται από μέλη που βρίσκονται σε καθημερινή συναισθηματική συναλλαγή και αλληλεπίδραση. Οι αξίες, οι ρόλοι και ο βαθμός της ψυχοσυναισθηματικής συναλλαγής των μελών της παίζουν άμεσο ή έμμεσο ρόλο στη διατήρηση ή όχι της ομοιόστασης μέσα στην οικογένεια. Και τα τρία αυτά βασικά στοιχεία της δομής της οικογένειας επηρεάζουν το σύστημα της οικογένειας και την προσαρμοστικότητά του μέσα στην κοινωνία που βρίσκεται σε εξέλιξη. Η ψυχική υγεία – αρρώστια ενός ατόμου είναι συναρτημένη με αυτή την ίδια την οικογένεια της οποίας είναι μέλος, είτε ως παιδί είτε ως γονέας. Δεν έχει όμως αποδειχθεί μια απλή γραμμική σχέση της οικογένειας με την ανάπτυξη ψυχικής νόσου. Αυτό που έχει διαφανεί από πλήθος ερευνών είναι ο συντελεστικός ρόλος χαρακτηριστικών της οικογένειας, παραγόντων της οικογενειακής ζωής και ενδοοικογενειακών σχέσεων τόσο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ατόμου όσο και στην ανάπτυξη ψυχικών συγκρούσεων και ψυχοπαθολογίας.

Κοινωνικό περιβάλλον

Στη μελέτη κοινωνικού περιβάλλοντος έχουν επισημανθεί ποικίλα κοινωνικά φαινόμενα και μεταβλητές, κοινωνικές και δημογραφικές. Έτσι, φαινόμενα κοινωνικά, όπως ο πολιτισμός, ο αστισμός, η μετανάστευση, η κοινωνική θέση, η κοινωνική αποργάνωση, η κοινωνική απομόνωση, η αποξένωση, η ανομία, η ενσωμάτωση, η σταθερότητα, η κοινωνική αντίδραση, η κοινωνική επιλογή, η κοινωνική τάξη, έχουν συνδεθεί αιτιολογικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.

Παράλληλα οι βασικές κοινωνικές – δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνική

καταγωγή, η κοινωνική τάξη έτσι όπως αυτή ορίζεται από το επάγγελμα και την εκπαίδευση έχουν βρεθεί μέσα από δεκάδες επιδημιολογικές έρευνες ότι συμβάλλουν στην έκλυση μιας ψυχικής διαταραχής ή συσχετίζονται περισσότερο με ορισμένες ψυχικές διαταραχές.

Φαίνεται πάντως ότι πολλοί και ποικίλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μέσα από σύμπλοκες διαδικασίες συνκαθορίζουν τόσο τη μεταβολή της ψυχικής υγείας όσο και την εμφάνιση και τη μορφή της ψυχικής διαταραχής.

1.4 Η ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ορισμός – Θεραπευτικοί Στόχοι – Τεχνικές

Διαφοροποίηση Δραματοθεραπείας⁸ από Θεατρικές εκδηλώσεις σε κλινικούς χώρους.

Η χρήση της Δραματοθεραπείας για τον ασθενή με Ψύχωση.

Η χρήση της Δραματοθεραπείας στον Αποϊδρυματισμό.

Παρουσίαση δύο μοντέλων εργασίας στην Ψυχιατρική Αποκατάσταση.

(Θεατρική Ομάδα Νοσοκομείου Ημέρας του Αιγινήτειου – Θεατρική Ομάδα Κ. Θ. Λέρου)



Η δημιουργία στην τέχνη προϋποθέτει τη συνεργασία τριών ψυχολογικών λειτουργικών επιπέδων :

1. του Πραγματικού
2. του Φανταστικού
3. του Συμβολικού

⁸ «ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ» ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Κ.Ν. ΣΤΕΦΑΝΗΣ / ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΓΙΩΤΗΣ ΛΑΜΠΡΟΣ – «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ, ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» ΘΕΜΑ : ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ

1.4.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

1. Η βελτίωση της σχέσης των μελών της ομάδας με το σώμα τους και το χώρο.
2. Η οριοθέτηση και η αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας στο «εδώ και τώρα».
3. Η καταπολέμηση της συμπτωματολογίας και η έμφαση στο υγιές τμήμα της προσωπικότητας.
4. Η ανάπτυξη της φαντασίας και της αυτοέκφρασης με λεκτικά όσο και με εξωλεκτικά μέσα
5. Η δημιουργία και η υιοθέτηση νέων υγιών ρόλων.
6. Η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας.
7. Η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και η εγκαθίδρυση της ελπίδας

«ΡΟΛΟΣ ΕΙΝΑΙ Η ΜΟΝΑΔΑ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ»

J. L. MORENO

1.4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1. Οριοθέτηση
2. Αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας στο «εδώ και τώρα»
3. Έμφαση στο υγιές τμήμα του εαυτού και στην αρχή της πραγματικότητας
4. Αντιμετώπιση του άγχους της διαταραχής και του εγκλεισμού
5. Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης
6. Εγκαθίδρυση της ελπίδας και της προοπτικής
7. Δημιουργία και υιοθέτηση νέων υγιών ρόλων
8. Καταπολέμηση της αρνητικής συμπτωματολογίας
9. Ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων
10. Ενίσχυση της επικοινωνίας μέσω λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας
11. Ανάπτυξη της αυτοέκφρασης και της δημιουργικότητας μέσω του δρώμενου

Ο Αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του Ψυχιατρείου. Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει.

DELL AQUA

Ψυχίατρος της ομάδας του BASAGLIA

1.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟ

1. Δόμηση του χρόνου, σε αντίθεση με τον καταργημένο ιδρυματικό χρόνο
2. Οριοθέτηση εαυτού και άλλων σε αντίθεση με την ομογενοποίηση
3. Εξατομίκευση, αποδοχή και σεβασμός της προσωπικότητας
4. Έκφραση καταπιεσμένων συναισθημάτων
5. Δοκιμή νέων, με προκαθορισμένων ρόλων
6. Δημιουργία σχέσεων ισοτιμίας, ελευθερίας επιλογής και υπευθυνότητας
7. Κινητοποίηση της συναισθηματικής μνήμης
8. Έμφαση στη δυνατότητα συλλογικής καλλιτεχνικής δημιουργίας
9. Ευαισθητοποίηση του προσωπικού μέσω ενεργητικής συμμετοχής
10. Ευαισθητοποίηση της κοινότητας μέσα από παραστάσεις

1.5. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1.5.1 ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Zussman, 1975)

1. Η ψυχική αρρώστια δεν επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της συμπεριφοράς.
2. Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δυνατόν να ανταποκριθεί προοδευτικά σε εντελώς νέες απαιτήσεις.
3. Η ανθρώπινη συμπεριφορά ανταποκρίνεται στην παρουσία ή απουσία ειδικών παραγόντων (ενισχύσεων) στο περιβάλλον και στην κοινότητα.
4. Η κοινωνική πίεση μεταφέρεται αυτούσια ή τροποποιημένη στο άτομο μέσα από τις προσδοκίες της ομάδας για το άτομο αυτό.
5. Στην διαδικασία της επανένταξης πρέπει να προσφερθούν συνθήκες στο άτομο όμοιες μ' εκείνες που θα συναντήσει στην καθημερινή του ζωή, ώστε να εξοικειωθεί με αυτές.
6. Η κοινωνική πίεση γίνεται αισθητή στο άτομο μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τα άλλα μέλη της ομάδας.
7. Η στάση και οι κοινωνικές δυνάμεις μέσα στην ομάδα είναι κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας (αποφυγή ενίσχυσης παθολογικών συμπεριφορών).
8. Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί τρεις βασικούς τομείς : εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες.

1.5.2 ΑΞΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

(Farkas Anthony, 1989)

- Λειτουργικότητα
- Επιτυχία
- Ικανοποίηση
- Περιβαλλοντική εξειδίκευση
- Επιλογή
- Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα
- Υποστήριξη
- Δυναμικό ανάπτυξης

1.5.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΤΑ ΑΣΥΛΑ ΚΑΤΑ GOFFMANN (1981)

1. Όλες οι δραστηριότητες της ζωής συντελούνται σε ένα και το αυτό μέρος και κάτω από την ίδια αυθεντία.
2. Τα μέλη του ιδρύματος εκτελούν όλες τις φάσεις της καθημερινής τους εργασίας μαζί με μία μεγάλη ομάδα από συντρόφους με την ίδια μοίρα.
3. Όλες οι φάσεις της εργάσιμης ημέρας είναι λεπτομερώς προγραμματισμένες. Από τη μία περνάνε στην άλλη σύμφωνα με προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα και όλη η συνέχεια των δραστηριοτήτων προδιαγράφεται εκ των άνω μέσω ενός συστήματος καθορισμένων τυπικών κανόνων και μιας ομάδας στελεχών.
4. Όλες οι εξαναγκαστικές δραστηριότητες ενοποιούνται σε ένα και μοναδικό ορθολογικό πρόγραμμα το οποίο υποτίθεται ότι υπηρετεί την επίτευξη των επίσημων στόχων του ιδρύματος.

Η ΑΝΤΙΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Ενώ το Ψυχιατρείο υποτίθεται ότι είναι ο θεραπευτικός χώρος των συμπτωμάτων της ψύχωσης, ενισχύει την ψυχωσική ομογενοποίηση των ψυχωσικών ασθενών, την έλλειψη διάκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους, πράγματα και χώρους.

E. GOFFMANN

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

2.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

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

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

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

Για πολλές δεκαετίες, από τις αρχές του αιώνα και μέχρι σήμερα, το Δαφνί, το μεγαλύτερο άσυλο, αλλά και το μεγαλύτερο ψυχιατρείο της χώρας (και για πολλούς των Βαλκανίων) σηκώνει στους ώμους του το μεγαλύτερο βάρος της παρεχόμενης δημόσιας ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 οι νοσηλευόμενοι ξεπερνούσαν τις 2.500 ζώντας όλοι σε

τραγικές συνθήκες, με ελάχιστο προσωπικό, που στην πλειοψηφία του ήταν ανεκπαιδευτο⁹.

2.1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το Ψ.Ν.Α. (Δαφνί) είναι το μεγαλύτερο ψυχιατρείο της χώρας, πιθανώς και των Βαλκανίων.

Λειτουργεί ογδόντα (80) περίπου χρόνια, και είχε μέχρι την 23.09.1998 νοσηλεύσει 61.000 (εξήντα ένα χιλιάδες) περίπου αρρώστους, που πραγματοποίησαν 132.000 (εκατόν τριάντα δύο χιλιάδες) εισόδους. Την πενταετία 1993-1998 πραγματοποιήθηκαν 15.000 (δεκαπέντε χιλιάδες) εισοδοί. Από αυτές οι 5.500 (πέντε χιλιάδες πεντακόσιες) ήταν ασθενών που εισήχθησαν για πρώτη φορά. Το ετήσια διάστημα (24.09.1997 – 23.09.1998) πραγματοποιήθηκαν 3.400 (τρεις χιλιάδες τετρακόσιες) εισοδοί. Από αυτές πρώτες εισοδοί ήταν 1.250 (χίλιες διακόσιες πενήντα)¹⁰.

2.1.3 ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

Το Ψ.Ν.Α. έχει οργανώσει και λειτουργεί δώδεκα γενικά ψυχιατρικά τμήματα (κλινικές) που λειτουργούν σε 26 νοσηλευτικά τμήματα και νοσηλεύουν 1.300 περίπου ασθενείς. Σε 12 από αυτά τα νοσηλευτικά τμήματα νοσηλεύονται ανάμεικτα και νεοεισερχόμενοι άρρωστοι (νοσούντες για πρώτη φορά ή εμφανίζοντες υποτροπή) αλλά και χρόνιοι άρρωστοι. Το φαινόμενο αυτό είναι ένας από τους βασικούς ανασταλτικούς παράγοντες για την πρόοδο του Νοσοκομείου και προσδίδει στην όλη λειτουργία του το διπλό του χαρακτήρα : του ασύλου από τη μια μεριά και του γενικού ψυχιατρικού νοσοκομείου από την άλλη.

⁹ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 61 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1998, σελ. 10-11

¹⁰ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 13

Επίσης λειτουργούν :

Δύο ψυχιατρικά τμήματα (κλινικής) που λειτουργούν σε τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα με 250 περίπου αρρώστους.

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

Υποστηρικτικές κλινικές, ιατρεία και εργαστήρια (παθολογική, χειρουργική και νευρολογική κλινική – μικροβιολογικά και ακτινολογικό εργαστήριο κλπ.).

Ακόμη υπάρχουν και λειτουργούν :

Δομές και υπηρεσίες παραδοσιακής εργοθεραπείας.

Μονάδα οικογενειακής θεραπείας εκτός Νοσοκομείου, Ιατρείου συμπεριφοράς εκτός Νοσοκομείου.

Δύο ξενώνες – οικοτροφεία στον Κολωνό και τον Κορυδαλλό¹¹ για περίπου 40 ασθενείς.

Δώδεκα θεραπευτικά διαμερίσματα για 40 περίπου ασθενείς στα πλαίσια της λειτουργίας και υπό την εποπτεία της ΘΕ.Μ.Α.¹²

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

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

Τέλος λειτουργούν :

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

Ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας επίσης στο Περιστερί¹³.

¹¹ Δεν λειτουργεί πλέον

¹² Θεραπευτική Μονάδα Απεξάρτησης (βλέπε παρακάτω Κεφ. Ανάλυση Θ.Ε.Μ.Α.)

¹³ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 13-14

2.2 Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.2.1 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

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

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

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

Η πληροφόρηση και η ενημέρωση αποτελεί πλέον προνόμιο. Ιδιαίτερα με τις ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες, με το πρόγραμμα αποκατάστασης μειονεκτούντων ατόμων, η πληροφόρηση αποτελεί τυχαίο και τυχερό γεγονός.

Η ενημέρωση για την έγκριση ενεργειών από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση. Όπου παρουσιάζονται πολλαπλά προβλήματα στο σχεδιασμό και στη δυνατότητα απορροφητικότητας των κονδυλίων.

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

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

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

- κατηγορίες ψυχικών ασθενών ή ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Α.

- αριθμός χρόνιων νοσηλευομένων
- χαρακτηριστικά της εικόνας χρόνιου νοσηλευομένου
- προγράμματα αποκατάστασης

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

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

Πίνακας 2 Αριθμός χρόνιων νοσηλευομένων σε ψυχιατρικά τμήματα

Ανδρες	873
Γυναίκες	640
Σύνολο	1.513
Σε ειδικά τμήματα	213
Απασχόληση	
A) εντός των ψυ/κών τμημάτων	
Ανδρες	218
Γυναίκες	134
Σύνολο	427
B) εργοθεραπεία	
Ανδρες	83
Γυναίκες	32
Σύνολο	125

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

Σε πάρα πολλές περιπτώσεις αποδεικνύεται η τραγική και απαράδεκτη κατάσταση που επικρατεί από τη σημερινή δομή λειτουργίας του Ψ.Ν.Α. Νέα άτομα που νοσούν για πρώτη φορά να εισάγονται σε ψυχιατρικά τμήματα με γηρασμένο πληθυσμό χρόνιων ασθενών. Ηλικιωμένα άτομα να εισάγονται σε ψυχιατρικά τμήματα που είναι σε άσχημες συνθήκες ή να μπαίνουν σε λίστα αναμονής. Επίσης, άτομα με νοητική καθυστέρηση ή άλλες αναπηρίες (κινητικές – τυφλοί – κωφάλαλοι) «χάνουν» το δικαίωμα για μια ανάλογη αντιμετώπιση που απαιτεί η αναπηρίας τους.

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

Πίνακας 3 Ορισμένες παράμετροι που σκιαγραφούν την εικόνα του χρόνιου νοσηλευομένου

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

Πίνακας 4 Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης

A) Ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών (καν. 815/84 Horizon)
κέντρο προεπ/κής κατάρτισης στο Περιστέρι
αγροτική συνεταιριστική μονάδα
συνεργείο καθαριότητας
συνεργείο κηποτεχνικής
λειτουργία καταστημάτων
B) Μορφές προστατευόμενης εργασίας
κατάστημα ψιλικών
βιβλιοπωλείο
αναψυκτήριο
συνεργείο ανακύκλωσης υλικού
εργαστήριο κηροπλαστικής
πλυντήριο – λιπαντήριο αυτοκινήτων

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

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

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

Επίσης, η αβεβαιότητα ως προς το αν θα συνεχισθούν οι διάφορες δραστηριότητες όταν σταματήσουν οι κοινοτικές επιχορηγήσεις, είχε αρνητικές

επιπτώσεις. Σχετικά με τις μορφές προστατευόμενης εργασίας, οι διοικητικές οικονομικές υπηρεσίες περιορίζονται στο «επιχειρησιακό» σκέλος ή τις εντάσσουν στις διαδικασίες λειτουργίας της εργοθεραπείας.

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

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

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

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

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

Πίνακας 5 Σύσταση ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Ψ.Ν.Α.

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

Πίνακας 6 Αυτόνομες λειτουργίες κάθε θεραπευτικής ομάδας

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

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

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

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

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

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

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

- A) Ανάληψη εργασίας από ομάδα ψυχικά ασθενών βάση ειδικών συμβάσεων το Δήμο κι άλλους οργανισμούς

Δημιουργία προμηθευτικού οργανισμού
Παραγωγή προϊόντων
Ανάπτυξη μεικτών βιοτεχνικών μονάδων
Στήριξη θέσεων εργασίας στην ελεύθερη αγορά

Β) Τη δυνατότητα συνεργασίας με άλλες κοινωνικές ομάδες όπως :

Απεξαρτημένα άτομα
Κινητικά ανάπηρους (παραπληγία κλπ.)
Ανεργους με επιβεβαίωση μακράς διάρκειας ανεργία

Γ) Την διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης :

Υπουργείο Εργασίας
ΟΑΕΔ
ΕΤΒΑ
Τοπική Αυτοδιοίκηση και
Άλλες πηγές¹⁴

2.2.2 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Α.

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

Αναφέρονται σε καταστάσεις που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης, την περίθαλψη που παρέχεται και τις μεθόδους περιορισμού, που σε μερικές περιπτώσεις ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την φυσική υγεία των ασθενών. Η αιτία των καταστάσεων αυτών μπορεί να αποδοθεί κατά μεγάλο βαθμό στις σοβαρές ελλείψεις πόρων ειδικευμένου προσωπικού υγείας περίθαλψης και υλικών παροχών.

¹⁴ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 46 ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΜΑΙΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 1994, σελ. 20-24

Σύμφωνα με τις ίδιες επιστημονικές με λίγες εξαιρέσεις, οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών κυμαίνονται από μέτριες έως κακές και σε μερικές περιπτώσεις είναι θλιβερές. Υπάρχουν κοιτώνες από 5 έως 20 κλίνες εξοπλισμένοι υποτυπωδώς. Λίγοι ασθενείς έχουν προσωπικά αντικείμενα. Το περιβάλλον είναι γυμνό και απρόσωπο χωρίς καμία ιδιαιτερότητα. Παρά τις περιστασιακές προσπάθειες του προσωπικού να εξανθρωπίσουν τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών, η γενική εντύπωση είναι αυτή της στέρησης.

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

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

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

Περισσότεροι από 850 άρρωστοι ζουν σε συνθήκες αφόρητες και πολλές φορές επικίνδυνες για την ίδια τη ζωή τους. Απελπιστική στενότητα χώρων, παντελής έλλειψη προσωπικού χώρου, συνθήκες υγιεινής απαράδεκτες έως επικίνδυνες, θάλαμοι αχανείς, πολλές φορές με 15-20 ή και περισσότερους αρρώστους, είναι τα συνήθη χαρακτηριστικά. Μεγάλη έλλειψη κλινών για τις νέες εισαγωγές αρρώστων που έχουν ανάγκη εντατικής ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Η ανάμειξή τους με χρόνιους αρρώστους σε κακές λειτουργικές και κτιριακές συνθήκες επιμηκύνει το χρόνο νοσηλείας τους και συντελεί στον ιδρυματισμό και νέων αρρώστων. Η έλλειψη εξάλλου κλινών οδηγεί πολλές φορές στην πρόωρη έξοδο των αρρώστων για να εξοικονομούν κλίνες. Έτσι,

επανεισαγωγές αρρώστων σε σύντομο από την έξοδό τους χρόνο παρατηρούνται συχνά.

Οι προσπάθειες για οργάνωση εξειδικευμένων δομών και υπηρεσιών κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά σχεδόν σταθερά αντιμετωπίζουν εμπόδια, πολλές φορές μάλιστα εντελώς απροσδόκητα. Η ΘΕ.Μ.Α. εξακολουθεί παρά τις πιέσεις και τις αντίστοιχες υποσχέσεις να είναι θεσμικά μετέωρη. Εμποδίζεται έτσι η αποκατάσταση σε εξωνοσοκομειακές δομές αρρώστων κατάλληλα προετοιμασμένους προς τούτο. Λόγω έλλειψης θεσμικών πλαισίων η ΘΕ.Μ.Α. όχι μόνο δεν αναπτύσσεται πλέον αλλά βαθμιαία συρρικνώνεται και λειτουργικά υποβαθμίζεται¹⁵.

2.2.3 ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

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

Το Ψ.Ν.Α. εξακολουθεί να εφημερεύει και να δέχεται νέες εισαγωγές τέσσερις φορές την εβδομάδα. Ο αριθμός κλινών που διαθέτει για να ανταποκριθεί σε αυτή την υποχρέωση είναι εντελώς ανεπαρκής. Υπάρχει δηλαδή μεγάλη ποσοτική ανεπάρκεια του προσωπικού σε όλους τους κλάδους και μεγάλη έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Οι πραγματικές ανάγκες είναι ακόμα περισσότερες θέσεις από τις υπάρχουσες στον ισχύοντα οργανισμό και ιδιαίτερα σε εξειδικευμένο προσωπικό.

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

¹⁵ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 14-16

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

Ο έλεγχος των πραγματικών αποτελεσμάτων και η εξασφάλιση των όρων και προϋποθέσεων για τη διατήρηση και ανάπτυξη των θετικών επιτευγμάτων ήταν ελλιπής και εκ του προχείρου. Υπήρξε και εξακολουθεί να υφίσταται ανεξήγητη εμμονή στην πιστή τήρηση των Υπουργικών Αποφάσεων που καθορίζουν τις διαδικασίες της υλοποίησης των σχεδίων. Ακόμα και απλή ανάγνωση των αποφάσεων αυτών αποδεικνύουν ότι καταρτίστηκαν από ανθρώπους ελάχιστα γνωρίζοντες τα συμβαίνοντα στα ψυχιατρεία και τα ειδικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά πάσχοντες, οι οποίοι βρίσκονται έγκλειστοι για πολλά χρόνια στα άσυλα.

Ο αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α. από τις δυνατότητες που παρέχει το ΕΠ «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την αγορά Εργασίας» δεν επέτρεψε στο Ψ.Ν.Α. να αναπτύξει νέες δραστηριότητες και στέρησε από τους ασθενείς την δυνατότητα μιας επαγγελματικής διεξόδου.

2.3 ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

Πίνακας 7 Χρόνος νοσηλείας των ασθενών

Ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών παρατίθεται στον παρακάτω πίνακα

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

Παρατήρηση :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Πίνακας 8 Ηλικιακή κατανομή των ασθενών

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

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

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

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

Οι σχετικοί προς την παραγωγική δραστηριότητα των ψυχικά πασχόντων στόχοι που έχουν τεθεί, πρέπει να κατευθύνονται περισσότερο προς την

οργάνωση δομών, υπηρεσιών και ευκαιριών για να αποφευχθεί ο επαγγελματικός αποκλεισμός ατόμων που νόσησαν πρόσφατα ή νοσοούν για πρώτη φορά και για να αναδειχθούν, να διευκολυνθούν και να οργανωθούν – με θεραπευτικά αλλά και παραγωγικά κριτήρια – οι δημιουργικές δυνατότητες όλων των ασθενών.

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

Πίνακας 9 Διαγνωστικές κατηγορίες

Διαγνωστικές κατηγορίες	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ομάδα σχιζοφρενών	450	300	750
Νοητική καθυστέρηση	167	129	296
Ομάδα μανιοκαταθλιπτικών	56	48	104
Άτυπες καταστάσεις ψυχωτικού τύπου	86	64	150
Προγεροντικές και γεροντικές άνοιες	31	52	83
Επιληψία	37	29	66
Άλλες περιπτώσεις	34	10	44

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

Συμμετοχή στη ζωή του τμήματος

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

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

181 άντρες και 103 γυναίκες (σύνολο 284) μετέχουν **αρκετά συχνά** και 140 άντρες και 73 γυναίκες (σύνολο 213) μετέχουν **τακτικά** με ικανοποιητική απόδοση και υπευθυνότητα.

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

Δυνατότητα εξόδου από το τμήμα νοσηλείας

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

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

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

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

Ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης

615 άντρες και 388 γυναίκες (σύνολο 1.003) αυτοεξυπηρετούνται **πλήρως**

117 άντρες και 98 γυναίκες (σύνολο 215) αυτοεξυπηρετούνται **μερικώς**

120 άντρες και 157 γυναίκες (σύνολο 297) **δεν αυτοεξυπηρετούνται**.

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

Άδειες εξόδου εκτός νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α.) και συχνότητα αδειών

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

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

Συνολικά 1.143 ασθενείς (631 άντρες και 512 γυναίκες) δεν παίρνουν **καθόλου άδεια εξόδου** από το νοσοκομείο.

Από τους ασθενείς που παίρνουν άδεια :

Πολύ συχνά παίρνουν άδεια 87 συνολικά ασθενείς (60 άντρες και 25 γυναίκες)

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

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

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

Πολύ μεγάλος αριθμός ασθενών (περίπου 1.150, δηλαδή περίπου επτά στους δέκα νοσηλευόμενους) δε βγαίνουν από το νοσοκομείο καθόλου. Το γεγονός αυτό επιβάλλει την οργάνωση θεραπευτικών παρεμβάσεων και εν γένει δραστηριοτήτων αποϊδρυματικού χαρακτήρα, με κύρια κατεύθυνση την εξοικείωσή τους προς τη συνήθη κοινωνική ζωή και την επαφή τους (ψυχαγωγικού χαρακτήρα δραστηριότητες, έξοδοι μικρών ομάδων στην πόλη, θέατρα, εκδρομές, κλπ.)

Επισκεπτήριο

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

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

97 άντρες και 119 γυναίκες (σύνολο 216) είχαν **αραιό** επισκεπτήριο (τουλάχιστον μία φορά το μήνα)

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

343 άντρες και 223 γυναίκες (σύνολο 566) δεν είχαν **καθόλου** επισκεπτήριο.

Το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν πολύ αραιό ή δεν είχαν καθόλου επισκεπτήριο, είναι ενδεικτικό της στάσης της οικογένειας απέναντί τους και της θεραπευτικής δουλειάς που πρέπει να γίνει προς αυτή την κατεύθυνση¹⁶.

2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το Ψ.Ν.Α. γίνονται σαφείς από τα παρακάτω στοιχεία που αφορούν έως το έτος 1997 και τα οποία μόνο στάθηκε δυνατό να συγκεντρωθούν. Ο κρατικός προϋπολογισμός τα 3 χρόνια 1995-1997 δεν προβλέπει καθόλου πιστώσεις για Δημόσια Ψυχιατρεία. Το Ψ.Ν.Α. (Δαφνί), το μεγαλύτερο Ψυχιατρείο της χώρας, δεν είχε επιχορηγηθεί από τη Νομαρχία για τη μισθοδοσία του, για τα έτη 1995, 1996 και μέχρι τον Μάη 1997, ούτε είχε εισπράξει από το Υπουργείο Υγείας νοσήλια για τους 600-700 ανασφάλιστους ασθενείς του (από τους 1.800 που νοσηλεύονται συνολικά).

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

Το Δαφνί σηκώνει στους ώμους του το μεγαλύτερο βάρος της παρεχόμενης Ψυχιατρικής Περίθαλψης της χώρας. Κάνει περί τις 3.000 εισαγωγές ψυχιατρικών αρρώστων το χρόνο, δέχεται περί τα 8.5000 περιστατικά στα τακτικά εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, ενώ τα έκτακτα περιστατικά που οδηγούνται στην εφημερία ξεπερνούν τις 4.500 το χρόνο. Νοσηλεύονται στο

¹⁶ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 17-24

Ψυχιατρείο 1.800 ασθενείς από τους οποίους οι 1.000 περίπου είναι χρόνιοι. Οι όροι διαβίωσης όλων αυτών των αρρώστων είναι άθλιοι. Η κτιριακή υποδομή είναι πολύ κακά. Οι ελλείψεις σε προσωπικό, ιδιαίτερα εκπαιδευμένων, είναι πολύ μεγάλες.

Έως τότε εργάζονταν στο Ψ.Ν.Α. **μόνο 107 νοσηλευτές ΤΕ, 18 επισκέπτες υγείας, 352 νοσοκόμοι ΔΕ, 10 ψυχολόγοι, περίπου 21 κοινωνικοί λειτουργοί και 53 ψυχίατροι.** Αυτοί καλούνταν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όχι μόνο στους 1.800 νοσηλευόμενους, στα χιλιάδες έκτακτα και τακτικά ψυχιατρικά περιστατικά που προέρχονται από τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα, αλλά πλαισιώνουν και τις νέες δομές αποκατάστασης του Ψ.Ν.Α. που έχουν ήδη δημιουργηθεί (1 κέντρο ψυχικής υγείας, 1 νοσοκομείο ημέρας, 1 μονάδα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, 2 ξενώνες, 16 προστατευόμενα διαμερίσματα για 40 ασθενείς, 2 συνεργατικές, 1 πρόγραμμα αναδόχων οικογενειών και 13 μορφές προστατευμένης εργασίας για 120 ασθενείς).

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

Με την περικοπή των επιχορηγήσεων τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης σύντομα θα πάψουν να λειτουργούν (θα επαναφέρουν ουσιαστικά τους ασθενείς στα Νοσοκομεία). Είναι γνωστό ότι το Ψ.Ν.Α. νοσηλεύονται περίπου 800 άποροι ασθενείς, το κόστος νοσηλείας των οποίων ανέρχεται σε 4 δισεκατομμύρια δραχμές το χρόνο, χωρίς το Νοσοκομείο να εισπράττει νοσήλια γι' αυτούς. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι τα τελευταία τρία (3) χρόνια, 1995-1997, το Ψ.Ν.Α. δεν έχει πάρει καμία επιχορήγηση από κανένα φορέα. Αυτό δηλώνει άμεσα ότι το Ψ.Ν.Α. θα περιέλθει σε δυσκολία εφαρμογής του έργου της αποστολής του, δεδομένου ότι το Ψ.Ν.Α. έχει αρχίσει να δυσκολεύεται στην πληρωμή πάσης φύσεως προμηθευτών του.

Αναλυτικά Οικονομικά Στοιχεία :

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

Οικονομικός Απολογισμός 1996 του Ψ.Ν.Α. : 10.900.000.000

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

Τελικά το Ψ.Ν.Α. συμπεριλήφθηκε σε χρηματοδοτικά προγράμματα για εκτέλεση διαφόρων εργασιών συμπεριλαμβανομένου και του προγράμματος Άμεσης και Εντατικής Παρέμβασης προϋπολογισμού 250.000.000 δραχμές, με στόχο τη βελτίωση γενικά των κτιριακών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών. Επίσης το Ψ.Ν.Α. επιχορηγήθηκε και με το ποσό των 135.000.000 δραχμών για διάφορα έργα συντήρησης των κτιριακών εγκαταστάσεών του, με στόχο την αναβάθμιση των κτιριακών δομών του¹⁷.

2.5 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΓΕΝΙΚΑ, ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

2.5.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και τη συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, άρχισε βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και Αμερική μια αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Οι αλλαγές αυτές

¹⁷ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 62-65

είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Κατά την διεργασία αυτή, η οποία αποτελεί την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί και αμφισβητήσεις.

Σήμερα, συνειδητοποιείται ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία, που μπορεί να γίνει μόνο με βαθμιαία συρρίκνωση της νοσηλείας στο άσυλο, διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας, ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και ανησυχίες που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Μεγάλη βαρύτητα έχει η δημιουργία και εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού το οποίο να διαθέτει τις γνώσεις, δεξιότητες και τάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης στην κοινότητα. Η κατανομή των ρόλων και υπευθυνοτήτων γίνεται με κριτήριο τις ανάγκες του ασθενή και την εξειδίκευση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Έτσι, η ανάπτυξη του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού συναρτάται απολύτως με την λειτουργία σύγχρονων δομών περίθαλψης, που λειτουργούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής¹⁸ και απαιτεί σημαντικό χρόνο. Το πρόβλημα του κόστους για την δημιουργία των νέων μορφών περίθαλψης και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για τη δημιουργία του κατάλληλου προσωπικού, υποχρεώνει σε βαθμιαία μετάβαση σ' αυτές. Οι μέχρι τώρα ενδείξεις πάντως, από τις μελέτες που έχουν γίνει, μας δείχνουν ότι μετά τη φάση ανάπτυξης των νέων δομών περίθαλψης, κατά τη διάρκεια της οποίας απαιτείται ένα επιπρόσθετο κόστος, το κόστος ανά ασθενή στην περίπτωση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι μικρότερο, αλλά και η ποιότητα ζωής των ασθενών, που περιθάλπονται στην κοινότητα, καλύτερη¹⁹. Οι πολιτικές αλλαγές στην Ελλάδα της δεκαετίας του 1980 επέτρεψαν μαζί με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ., τη δημιουργία νέων ψυχιατρικών δομών, εξωασυλιακών, που φιλοδοξούσαν να φέρουν και στην Ελλάδα το πνεύμα της αποσυλοποίησης και κοινωνικής ψυχιατρικής. Η έννοια της αποσυλοποίησης ως διαδικασίας

¹⁸ Βλ. Κεφάλαιο 1^ο, παράγραφος 1.1.1

¹⁹ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, Τ. Lemberiere – Α. Feline κι συνεργάτες, σελ. 396-397, Β' τόμος

συλλογικής και πολυεπίπεδης, με διαστάσεις επιστημονικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές έμπαινε πια στο επίκεντρο του προβληματισμού μιας μικρής μειοψηφίας λειτουργών ψυχικής υγείας.

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

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

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

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

συγκέντρωσης ή και συγκάλυψης προβλημάτων, που οι άλλες υπηρεσίες δεν είναι σε θέση να λύσουν. Παραμένει ένας τόπος συσσώρευσης, όπου δοκιμάζονται τα όρια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και αντοχής θεραπευτών και θεραπευμένων²⁰.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια στα δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα (1983 – 1994)

Ψυχιατρείο	Διαθέσιμα Κρεβάτια			Διαφορά	Μεταβολή
	1983	1989	1994	1983/1994	±%
1. Ψ. Ν. Αττικής	2.650	1.899	1.700	-950	-35.8%
2. Δρομοκαϊτειο	880	704	657	-223	-25.3%
3. Αιγινήτειο	100	100	66	-34	-34.0%
4. Παιδοψυχιατρικό Ν. Αττικής	100	158	140	+40	+40/0%
5. Ψ. Ν. Θεσσαλονίκης	1.000	822	727	-273	-27.3%
6. Ψ. Ν. Λέρου	1.905	1.135	810	-1.095	-57.4%
7. Ψ. Ν. Τρίπολης	420	416	280	-140	-33.4%
8. Ψ. Ν. Κέρκυρας	416	383	360	-56	-13.4%
9. Ψ. Ν. Πέτρας Ολύμπου	500	355	350	-150	-30.0%
10. Ψ. Ν. Χανίων	415	405	370	-45	-10.8%
Σύνολο	8.386	6.377	5.460	-2.926	-34.9%

²⁰ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 61 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1998, σελ. 12-15

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής
ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα (1980)**

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1. Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών
2. Ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και αρρώστων
3. Ανισοκατανομή ψυχιατρικού προσωπικού σε σύγκριση με το προσωπικό υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ανεπαρκής κατανομή χρηματοδότησης
4. Απουσία ειδικού απογραφικού συστήματος αρρώστων
5. Έλλειψη εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας. Πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1. Ολιγάριθμα άσυλα με μεγάλο αριθμό κρεβατιών
2. Μακρύς χρόνος νοσηλείας
3. Ανεπάρκεια αποτελεσματικότητας
4. Απουσία εναλλακτικών λύσεων στην εισαγωγή στο άσυλο
5. Έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και αποκατάστασης
6. Απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία
7. Άνιση ποιότητα της παροχής

2.5.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

Ένα σύγχρονο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να προβλέπει υπηρεσίες για την πρόληψη, τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Οι σύγχρονες μορφές περίθαλψης στην κοινότητα περιλαμβάνουν Μονάδες Νοσηλείας, στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Αποκατάστασης, Οικοτροφεία, ξενώνες, Προστατευόμενα Διαμερίσματα, Νοσοκομεία Ημέρας και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες²¹. Θα πρέπει να τονισθεί η σημασία της ανάπτυξης Μονάδων νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο ως σύγχρονη μορφή ψυχιατρικής νοσηλείας.

2.6 Θ.Ε.Μ.Α.

2.6.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΘΕ.ΜΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α.

Ως γνωστόν, η ίδρυση της ΘΕ.Μ.Α. δεν έτυχε της επιδοκίμασias του ιατρικού σώματος. Από αρκετούς γιατρούς διατυπώθηκαν ζηηρές επιφυλάξεις και αρνητικές κρίσεις, όχι δε σπάνια σημειώθηκαν αντιδράσεις.

Τα αποτελέσματα από την ίδρυση της ΘΕ.Μ.Α. αποδεικνύουν ότι αυτή η ίδρυση ήταν απολύτως αναγκαία και εξαιρετικά χρήσιμη, και ότι η περαιτέρω ενίσχυση και ανάπτυξή της θα επιτρέψει να πετύχει τους στόχους της. Θα ενισχύσει ακόμα την οργάνωση – βαθμιαία – σε δομές και υπηρεσίες

²¹ Βλέπε Κεφάλαιο 2^ο

αποκατάστασης σε όλα τα ψυχιατρικά τμήματα σε πολύ καλύτερο επίπεδο από αυτό που βρίσκονται.

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

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

Η οργάνωση – μέσα σε ένα μόνο χρόνο – εκατό περίπου νέων θέσεων προστατευόμενης εργασίας, οι συστηματικές αποϊδρυματικού χαρακτήρα παρεμβάσεις σε τρία περίπτερα χρόνιων (15κάτω, 15άνωβ, 17κάτω), η εμφανής αλλαγή προς το καλύτερο του όλου εκεί κλίματος, οι διαμορφωθείσες άριστες συνθήκες διαμονής και διαβίωσης σε ένα κλίμα απολύτως, σχεδόν προσομοιάζουν προς τη συνήθη οικογενειακή και κοινωνική ζωή στο Γ' Τασσόγλειο Περίπτερο και στη «Διαδρομή», επίσης η συστηματική οργάνωση συμπληρωματικών θεραπευτικών τεχνικών (Μουσικοθεραπεία, Δραματοθεραπεία κλπ.) και η λειτουργία 42 νέων θέσεων προστατευόμενης κατοικίας εκτός νοσοκομείου, είναι γεγονότα που ο καθένας μπορεί να διαπιστώσει και τα οποία μπορούν να πείσουν τους πάντες.

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

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

Πίνακας 12 Μεταβολή του αριθμού των κλινών και των θέσεων κατά το χρονικό διάστημα 01.11.95 μέχρι 27.01.97

A. ANΤΡΕΣ	01.11.95	27.01.97
A1 Τμήματα εισαγωγών		
Τασσόγειο Α'	59	57
Τασσόγειο Β'	51	37
Τασσόγειο Ε1-Ε2	53	55
Προκατ 1-Β	57	56
Προκατ 2-Α	69	70
Διαδρομή	9	12
Σύνολο	298	287
A2 Τμήματα χρόνιων		
7 ^ο Περίπτερο	18	18
9 ^ο Περίπτερο	21	22
11 ^ο Περίπτερο	52	45
14άνω Περίπτερο	88	85
14κάτω Περίπτερο	89	82
15κάτω Περίπτερο	87	78
15άνω Περίπτερο	87	90
17άνω Περίπτερο	79	79
Σύνολο	521	499
Σύνολο ενδονοσοκομειακών κλινών ανδρών	819	786
A3 Εξωνοσοκομειακές θέσεις		
Ξενώνας Κολωνού	5	5
Προστατευόμενες κατοικίες	10	35
Σύνολο	15	40
Γενικό Σύνολο Ανδρών	834	826

A. ΓΥΝΑΙΚΕΣ	01.11.95	27.01.97
B1 Τμήματα εισαγωγών		
Τασσόγλειο Β'	55	58
Τασσόγλειο Δ'	59	59
Τασσόγλειο Ε3-Ε4	57	59
Προκατ 1-Α	67	65
Προκατ 2-Β2	36	39
Διαδρομή	5	5
Σύνολο	279	285
B2 Τμήματα χρόνιων		
2 ^ο Περίπτερο	44	43
17κάτω Περίπτερο	70	64
18κάτω Περίπτερο	50	52
19 ^ο Περίπτερο	36	31
7 ^ο Περίπτερο	8	8
Σύνολο	208	198
Σύνολο ενδοноσοκομειακών κλινών ανδρών	487	483
B3 Εξωνοσοκομειακές θέσεις		
Ξενώνας Κολωνού	7	8
Προστατευόμενες κατοικίες	4	19
Σύνολο	11	27
Γενικό Σύνολο Γυναικών	498	510
Γενικό Σύνολο Ανδρών και Γυναικών	1.332	1.336

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

Παρόλο που η έλλειψη συναίνεσης και συντονισμού οδήγησε σε απώλεια χρόνου, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί επιτρέπει ακόμα και τώρα να πετύχει αυτό που θα μπορούσε να είχε πετύχει από καιρό. Δηλαδή την οργάνωση και τη λειτουργία τουλάχιστον ενός ακόμη τμήματος εντατικής ενδοноσοκομειακής νοσηλείας και η βελτίωση ριζικά των όρων και των

συνθηκών διαμονής και διαβίωσης σε ένα ή ίσως και σε δύο τμήματα χρόνιων ασθενών²².

2.6.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕ.Μ.Α.

Ο αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α. από το πρόγραμμα καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας σηματοδότησε και την έναρξη της πορείας της ΘΕ.Μ.Α. προς την παρακμή και την πλήρη σχεδόν εξουδετέρωση των όσων είχε μέχρι τότε πετύχει. Οι λόγοι ήταν δύο κυρίως : α) Η ΘΕ.Μ.Α. στερήθηκε των υπηρεσιών σαράντα περίπου εργαζομένων που απολύθηκαν, β) Η ΘΕ.Μ.Α. έμεινε θεσμικά μετέωρη αφού δεν είχε ακόμα εκδοθεί η Υπουργική απόφαση που θα κατοχύρωνε τον κανονισμό λειτουργίας της. (Η υπηρεσία παρέδρου του Ελεγκτικού Συνεδρίου θεωρούσε νόμιμες τις δαπάνες για τη λειτουργία της ΘΕ.Μ.Α. μόνο για όσο διάστημα η Μονάδα λειτουργούσε στα πλαίσια επιδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Ένωση Προγράμματος και είχε επανειλημμένα προειδοποιήσει ότι θα πάψει να τις εγκρίνει αν σταματήσει το Πρόγραμμα και εν τω μεταξύ, δεν είχε εκδοθεί η Υπουργική απόφαση που προέβλεπε ο Νόμος 2071/92). Πράγματι η Υπηρεσία Παρέδρου όταν σταμάτησα το Πρόγραμμα του Αποκλεισμού επέστρεψε χωρίς να τα θεωρήσει τα χρηματικά εντάλματα που αφορούσαν θεραπευτικά χρηματικά βοηθήματα ου έπαιρναν οι ενταγμένοι στα θεραπευτικά διαμερίσματα, ασθενείς της ΘΕ.Μ.Α.

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

Συγκεκριμένες επιπτώσεις είχε στη λειτουργία των Υπηρεσιών Αποκατάστασης και γενικότερα στις προσπάθειες για Ψυχιατρική μεταρρύθμιση η παράληψη της έκδοσης των Υπουργικών Αποφάσεων που προβλέπει ο νόμος 2071 (ίδια της θεσμοθέτησης του Κανονισμού Λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α.) και η τακτική του Υπουργείου Εργασίας που επέφερε τον εξοβελισμό της ΘΕ.Μ.Α. από τα προγράμματα του Κοινωνικού Αποκλεισμού, που συν τοις

²² ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 115-119

άλλοις, είχε ως αποτέλεσμα να στερηθεί των Υπηρεσιών σαράντα τεσσάρων (44) εργαζομένων (στελέχη και προσωπικό υποστήριξης).

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

Ματαιώθηκε η λειτουργία του φωτογραφείου, καθώς και υποβαθμίστηκε και η λειτουργία του κομμωτηρίου, όπως και εξουδετερώθηκε σχεδόν πλήρως το πρόγραμμα φύλαξης και προστασίας μικρών ζώων. Επίσης, η λειτουργία νέων θεραπευτικών διαμερισμάτων ματαιώθηκε (τουλάχιστον μέχρι να εγκριθεί ο κανονισμός λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. με υπουργική απόφαση). Οι δε προετοιμασθέντες προς ένταξη ασθενείς παραμένουν εν αναμονή και εν ματαιώσει στη «Διαδρομή». Η λειτουργία του ξενώνα Κολωνού περιορίζεται αφού αχρηστεύεται η δυνατότητα μετάβασης των ασθενών του σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Οι λειτουργούσες εργασιακές δομές συρρικνώνονται, με σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στο παραγωγικό, αλλά περισσότερο στο θεραπευτικό σκέλος, λόγω της απουσίας στελεχών (ψυχολόγων, εργοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, εκπαιδευτών). Εκτός από όλα αυτά που συνιστούν μεγάλη υποβάθμιση της όλης λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. τα σοβαρότερα προβλήματα και οι πιο επικίνδυνες επιπτώσεις αφορούν τους ασθενείς που έχουν ενταχθεί στα προστατευόμενα θεραπευτικά διαμερίσματα. Υπήρξε και εξακολουθεί να υπάρχει σημαντικό πρόβλημα με τη χορήγηση χρηματικού βοηθήματος.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα παραπάνω προβλήματα αποφασίστηκε ν ληφθούν μια σειρά από μέτρα. Έτσι λοιπόν οι αποφάσεις που πάρθηκαν ήταν να ενεργοποιηθεί ο κανονισμός λειτουργίας των προστατευόμενων κατοικιών που μεταξύ των άλλων ορίζει : «Με αυτό λοιπόν το θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα μαζί με τυχόν προσωπικά έσοδα των κατοίκων από άλλες πηγές όχι μόνο καλύπτονται τα έξοδα της κοινής διαβίωσης, αλλά και τα έξοδα που τυχόν απαιτούνται για παρεμβάσεις και χειρισμούς που αποβλέπουν σε αυτή την αποκατάσταση, ακόμα και αν

χρειαστεί να ενισχυθούν οι οικονομικά ασθενέστεροι ή κάποιοι που σε δεδομένη στιγμή έχουν περισσότερες ανάγκες». Έγινε κάλεσμα των ασθενών που έχουν προσωπικά εισοδήματα και αναλύθηκε πάλι η σχετική παράγραφος του κανονισμού. Όλοι δέχτηκαν τη ρύθμιση αυτή. Να χρησιμοποιηθούν όλα τα μέχρι τώρα κέρδη των εργασιακών δομών για την οικονομική υποστήριξη των διαμερισμάτων που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, εξετάζοντας κάθε περίπτωση χωριστά. Να ενταχθούν όλοι οι ένοικοι διαμερισμάτων στις εργασιακές δομές της ΘΕ.Μ.Α. δεδομένου ότι όλοι, ακόμη κι εκείνοι που μετέχουν μόνο σε τεχνικές αυτοεξυπηρέτησης καλύπτουν τις απαιτήσεις της σχετικής διάταξης του οργανισμού.

Επίσης, οι λογαριασμοί (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, κοινόχρηστα κλπ.) όλων των προστατευόμενων διαμερισμάτων πληρώνονται από το Νοσοκομείο (Ψ.Ν.Α.). Καθώς και όλα τα διαμερίσματα μπορούν να παίρνουν από το Νοσοκομείο τρόφιμα, απορρυπαντικά, είδη προσωπικής υγιεινής, λοιπά είδη καθαριότητας, ιατρισμό κα άλλα υλικά που υπάρχουν στις αποθήκες του. Το Ψ.Ν.Α. μίσθωσε δια απευθείας συμφωνίας το ακίνητο στο Αιγάλεω, όπου λειτουργεί το μικρό οικοτροφείο.

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

Όλες αυτές οι ενέργειες συνιστούν λύση έκτακτης ανάγκης, που δεν παύει να υποβαθμίζει θεραπευτικά τη λειτουργία και να νοθεύει σε μεγάλο βαθμό το ρόλο των προστατευόμενων θεραπευτικών διαμερισμάτων. Το προστατευόμενο θεραπευτικό διαμέρισμα είναι η πιο εξελιγμένη θεραπευτικά, αλλά και η οικονομικότερη μορφή στεγαστικής υποστήριξης και δι' αυτής κοινωνικής αποκατάστασης.. Οι οποιοσδήποτε προσπάθειες στον τομέα της αποκατάστασης, πρέπει να έχουν ως τελικό στόχο την οργάνωση και λειτουργία προστατευόμενων θεραπευτικών διαμερισμάτων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία και χαλαρότερη εποπτεία για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Ας μην ξεχνάμε ότι το πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι η ανάδειξη του προσώπου του κάθε ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με την

αναζήτηση των ιδιαίτερων αναγκών του κάθε ασθενή, την ενθάρρυνσή του μνα δημιουργεί καινούριες ανάγκες, τη δημιουργία όρων και προϋποθέσεων για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών, που θα αναδείξουν την ταυτότητα και την ιδιαιτερότητά του και θα τον βοηθήσουν να ξαναζήσει το θαύμα της ανθρωπίνης ύπαρξης, της μοναδικής και ανεπανάληπτης, που παραμένει η ίδια και ταυτόχρονα διαφορετική στην πορεία του χρόνου.

Οι προσπάθειες πρέπει να τείνουν στην επάνοδο στο καθεστώς που περιγράφεται από τον κανονισμό λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. και όχι στην παγίωση μιας μίζερης ασυλιακής και εν τέλει αντιοικονομικής λειτουργίας. Τελικά το Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α. αποφάσισε την επέκταση και εφαρμογή όσων προβλέπονται στον εσωτερικό κανονισμό της λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α., την πληρωμή όλων των λογαριασμών των προστατευομένων θεραπευτικών διαμερισμάτων καθώς και την παροχή κάθε είδους υλικού από τις αποθήκες του Ψ.Ν.Α., και τη μίσθωση με απ' ευθείας συμφωνία το ακίνητο του Αιγάλεω (όπου λειτουργεί μικρό οικοτροφείο).

Μετά από λίγους μήνες η ΘΕ.Μ.Α. δέχτηκε αιφνίδια και δεύτερο βαρύ πλήγμα. Η υπηρεσία Παρέδρου αρνήθηκε τώρα και τη θεώρηση των ενταλμάτων που αφορούσαν θεραπευτικά χρηματικά βοηθήματα των ασθενών που είχαν ενταχθεί στις εργασιακές δομές και υπηρεσίες της ΘΕ.Μ.Α. Ο κίνδυνος πλήρους κατάρρευσης της ΘΕ.Μ.Α. ήταν προφανής και η αντίδραση της ΘΕ.Μ.Α. άμεση. Τα εντάλματα που δεν θεωρήθηκαν δεν στηρίζονται στο Νόμο 2071 γιατί δεν αφορά το θεραπευτικό χρηματικό βοήθημα που χορηγούνται σε ασθενείς ενταγμένους σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Σε αυτή της κατηγορία σταμάτησε να χορηγείται βοήθημα ήδη από το Σεπτέμβριο του 1997 γιατί είχε αποφασισθεί ότι επί του θέματος θα έπρεπε τελικά να αποφασίζει το Τμήμα. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι αυτή που υποδεικνύεται και βάση της οποίας έχουν ήδη θεωρηθεί ανάλογα χρηματικά εντάλματα που αφορούν τους μήνες από τον Αύγουστο του 1997 μέχρι και τον Απρίλιο του 1998. Ζητήθηκε λοιπόν κατεπειγόντως να δοθεί εντολή στο Δ.Σ. του Ψ.Ν.Α. να πληρωθούν οι ασθενείς αυτά που τους οφείλουν και να καλυφθούν οι δαπάνες για τις δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας της ΘΕ.Μ.Α. μέχρι και της επίσημης θεσμοθέτησής του.

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

Εάν λοιπόν αυτά δεν μπορέσουν να υλοποιηθούν και να υπάρξει οριστική λύση, η αναστολή της λειτουργίας των στεγαστικών και εργασιακών δομών και υπηρεσιών της ΘΕ.Μ.Α. είναι πιθανή²³. Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 το Ψ.Ν.Α. ήταν φορέας υλοποίησης είκοσι έξι (26) προγραμμάτων. Από αυτά κατόρθωσε να υλοποιήσει τελικά – και με μεγάλη καθυστέρηση – μόνο δεκαπέντε (15). Οι λόγοι αυτής της εξέλιξης ήταν κυρίως, η παντελής απουσία ολοκληρωμένου και πραγματοποιήσιμου σχεδίου για την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και για το ρόλο του Ψ.Ν.Α. σε αυτή την προσπάθεια. Η επιμόνη και η κατάρτιση των προγραμμάτων χωρίς καμία συμμετοχή αυτών που θα τα υλοποιούσαν. Χρονοβόρες και πολύπλοκες διαδικασίες και απροσδόκητες και ανυπέρβλητες γραφειοκρατικές εμπλοκές. Παντελής αγνόηση των κατά καιρούς προτάσεων προς την Ελληνική Κυβέρνηση και Ευρωπαϊκή Ένωση που θα επέτρεπαν πολύ καλύτερα αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά το Ψ.Ν.Α. κατόρθωσε να πετύχει και να μεταβάλλει την ασυλιακή νοοτροπία και πρακτική και να καταστήσει κοινή πεποίθηση ότι εκτός

²³ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 124-131

από τις νοσοκομειακού χαρακτήρα δομές και υπηρεσίες θα έπρεπε να οργανωθούν και να λειτουργήσουν δομές και υπηρεσίες με κύριο στόχο της κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ασυλιακών αρρώστων και την αποφυγή ασυλοποίησης και άλλων ανθρώπων. Επίσης κατάφερε να οργανώσει και να λειτουργεί εβδομήντα (70) θέσεις στέγασης σ' έναν ξενώνα (16 θέσεις) και σε 19 θεραπευτικά διαμερίσματα (54 θέσεις), 150 περίπου θέσεις σε 11 προστατευόμενες εργασιακές δομές και υπηρεσίες.

Οι λόγοι είναι η ανεπαρκής χρηματοδότηση του Ψ.Ν.Α. από τον κρατικό προϋπολογισμό, η έλλειψη θεσμικού πλαισίου που καθιστά δυσχερή τη λειτουργία δομών και υπηρεσιών αποκατάστασης ακόμα και όταν η χρηματοδότηση υπάρχει, χρονοβόρες διαδικασίες για την πρόσληψη προσωπικού έτσι ώστε η πρόσληψη του αναγκαίου προσωπικού να είναι πρακτικώς δυνατή μόνο σε περίπτωση προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αποκλεισμός του Ψ.Ν.Α. από τις δυνατότητες που παρέχει το πρόγραμμα : «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» με ευθύνη των Υπουργείων Υγείας, Εργασίας, αλλά ενδεχομένως και της Ευρωπαϊκής Ένωσης αρμόδιοι παράγοντες των οποίων με τις κατά καιρούς ρυθμίσεις που επέβλεσαν και τις αποφάσεις που πήραν παρά τις επανειλημμένες επισημάνσεις, αχρήστευαν τις δυνατότητες που παρέχει αυτό το πρόγραμμα για τους ψυχικά πάσχοντες²⁴.

2.6.3 ΤΑ ΜΕΣΑ, ΟΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕ.Μ.Α.

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

²⁴ ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ – ΜΑΡΤΙΟΣ 1999, σελ. 139-144

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

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

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

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

Όσον αφορά το **νομικό πλαίσιο λειτουργίας** έχουν διατυπωθεί αρκετά ενδιαφέρουσες προτάσεις (π.χ. συνεταιρισμοί, εταιρείες κλπ.) αλλά πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης πρέπει να ληφθεί υπόψη η αναγκαιότητα οργανικής ένταξης των ΘΕ.Μ.Α. στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (συγκεκριμένα : Ψ.Ν.Α.) ώστε και να εξασφαλίζεται η επιστημονική συνέχεια αλλά και το οικονομικό όφελος που θα προκύπτει να αποτελεί έσοδο για το Νοσοκομείο. Προς αυτή τη κατεύθυνση απαιτείται βεβαίως νομοθετική ρύθμιση αφ' ενός μεν για τη δυνατότητα σύνοψης συμβάσεων έργου με τους απασχολούμενους στις ΘΕ.Μ.Α., αφ' ετέρου δε για την άρση ορισμένων περιοριστικών διατάξεων του δημοσίου λογιστικού κλπ.

Στα **οργανωτικά μέσα** περιλαμβάνεται η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων και η διασύνδεση της ΘΕ.Μ.Α. σε όλα τα επίπεδα, εκτός της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας (επιστημονική, λειτουργική, οικονομικής δραστηριότητας, προσωπικού κλπ.). Επίσης η εφαρμογή σαφούς συστήματος ροής των ατόμων που θα αποκτούν επαγγελματική κατάρτιση (αποθεραπευμένοι ασθενείς) με την αγορά εργασίας, σε συνεργασία με δημόσιους φορείς (Υπουργείο Εργασίας, ΟΑΕΔ κλπ.) αλλά και ιδιωτικούς.

Όσον αφορά τα **οικονομικά μέσα**, εδώ περιλαμβάνεται η σύνταξη οικονομοτεχνικής μελέτης για κάθε ΘΕ.Μ.Α. και ο σαφής προσδιορισμός των πηγών χρηματοδότησης για τις δαπάνες μελέτης, κατασκευής, εξοπλισμού και λειτουργίας των ΘΕ.Μ.Α. Ένας σημαντικός δυστυχώς αριθμός των ΘΕ.Μ.Α. που έχουν κατασκευαστεί και εξοπλισθεί πλήρως με πόρους του κανονισμού 815/84 της Ε.Ο.Κ. παραμένουν εκτός λειτουργίας.

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

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

Επίσης, η διάθρωση των ΘΕ.Μ.Α. σε εργαστήρια να καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου (Ψ.Ν.Α.) και έγκριση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ η εν γένει λειτουργία, ο τρόπος άσκησης του έργου τους, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια α ασκείται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας – διαχείρισής τους

που θα εκδίδεται με κοινή υπουργική απόφαση των συναρμοδίων υπουργών. Να περιλαμβάνονται στα έσοδα των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (εδώ Ψ.Ν.Α.) κι εκείνα από τις επαγγελματικές – επιχειρηματικές δραστηριότητες των ΘΕ.Μ.Α. Να δημιουργηθεί αυτοτελές γραφείο ΘΕ.Μ.Α. σε κάθε Νοσοκομείο Ψυχιατρικό με κύρια αρμοδιότητα τη φροντίδα για την οικονομική δραστηριότητά της (π.χ. προμήθειες, διαχείριση κλπ.) υπαγόμενο οργανικά στην υποδιεύθυνση οικονομικού. Επιπλέον να υπάρξει θεσμοθέτηση οικονομικών και άλλων κινήτρων για τις επαγγελματικές – επιχειρηματικές δραστηριότητες των ΘΕ.Μ.Α. (π.χ. μειωμένος Φ.Π.Α., φορολογικές ελαφρύνσεις, άδειες λειτουργίας εμπορικών καταστημάτων για τη λιανική πώληση των προϊόντων τους, συμμετοχή τους σε εκθέσεις με αντίστοιχα προϊόντα κλπ.) και απασχόληση των αποθεραπευμένων ασθενών με επαγγελματική κατάρτιση σε θέσεις του δημοσίου τομέα, καθώς και θεσμοθέτηση κάθε μορφής κινήτρων σε όσες ιδιωτικές επιχειρήσεις τους προσλαμβάνουν για εργασία. Άλλο ένα μέτρο που μπορεί να υπάρξει είναι η άμεση συνεργασία σε επίπεδο Περιφέρειας και Νομού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με τις αντίστοιχες υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, του ΟΑΕΔ κλπ. αλλά και με την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Συνεργασία με τις υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για την εξασφάλιση πόρων, τουλάχιστον κατά την αρχική περίοδο λειτουργίας των ΘΕ.Μ.Α. και ένταξή τους σε κοινοτικά προγράμματα π.χ. καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού από την αγορά εργασίας κλπ. Η επαρκής στελέχωση και κατάλληλο οργάνωση της κοινωνικής υπηρεσίας των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (Ψ.Ν.Α.) καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης του προσωπικού των ΘΕ.Μ.Α. στις τεχνολογικές εξελίξεις είναι εξίσου ένα πολύ σημαντικό μέτρο και απαραίτητο για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα του προγράμματος αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων. Τέλος η ενημέρωση του κοινού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για όλα όσα προαναφέρθηκαν για την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά ασθενών στο κοινωνικό σύνολο.

Η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση προκειμένου περί ψυχικά αρρώστων, δεν αποτελεί απλώς ένα κοινωνικού χαρακτήρα μέτρο υπέρ αυτών. Συνιστά κυρίως μια θεραπευτική διαδικασία που για ορισμένη κατηγορία μάλιστα ασθενών είναι η πιο βασική. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος είναι από πολλών ετών παγκοσμίως, αλλά και στη χώρα μας, αναγνωρισμένη και

διαρκώς επεκτείνεται η χρήση της. Διακοπή αυτής της θεραπείας έχει τα ίδια ολέθρια αποτελέσματα που έχει και η διακοπή οποιασδήποτε άλλης μορφής θεραπείας. Η δε παράλειψη να εφαρμοσθεί η θεραπευτική αυτή μέθοδος σε ασθενείς για τους οποίους υπάρχει ένδειξη προς τούτο, ισοδυναμεί με παράλειψη παροχής οποιασδήποτε άλλης θεραπείας, π.χ. χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής²⁵.

²⁵ Περιοδικό «ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ» Τεύχος 225, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 1996, σελ. 42

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 Ο Τομέας της Ψυχικής Υγείας

Ο τομέας της Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση (τουλάχιστον όλων αυτών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία), των ατόμων με ψυχογηριατρικά προβλήματα, των ατόμων με οργανικά σύνδρομα (κατά το μέρος των αναγκών τους για ψυχιατρική υποστήριξη), των ατόμων που είναι εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ (κυρίως όσον αφορά τις ανάγκες τους για ψυχιατρική υποστήριξη), των ατόμων με διαταραχές συμπεριφοράς αυτιστικού τύπου (στο επίπεδο της πρώιμης διάγνωσης, της ψυχολογικής υποστήριξης και της σύνδεσης με το σχολείο).

Ακόμη, των παιδιών και των εφήβων με μαθησιακά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο Αλτσχάιμερ (κατά το μέρος της ψυχολογικής υποστήριξής τους), των ατόμων που επειδή νοσούν από άλλες ασθένειες χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης, των ατόμων που για λόγους κοινωνικοοικονομικούς κινδυνεύει η ψυχική τους υγεία, των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας κοινωνικών προκαταλήψεων στις οποίες υπόκεινται λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών ή θρησκευτικών τους αντιλήψεων, των μειονοτήτων και των προσφύγων που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα όσον αφορά την ψυχική τους υγεία και κάθε ατόμου που για διαφορετικούς λόγους χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης.

3.2 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργώς»

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς»²⁶ είναι ένα διαρκές – δεκαετούς ανάπτυξης – πρόγραμμα δράσεων, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997-2006 και στον παρόν τόμο αποτυπώνεται η πρώτη του Αναθεώρηση, για την περίοδο 2001-2010. Η περίοδος 1997-2001 αποτελεί την Α' φάση υλοποίησης και η περίοδος 2002-2006 τη Β' φάση υλοποίησης, στο τέλος της οποίας προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η δεύτερη Αναθεώρηση του προγράμματος (για την περίοδο 2006-2015).

Κάθε Αναθεώρηση στοχεύει στην επικαιροποίηση των στοιχείων και δεδομένων, ώστε να διαμορφώνεται ένας ακριβέστερος χρονικός προγραμματισμός και να επανιεραρχούνται οι προτεραιότητες ανά περιφέρεια και τομές, καθώς και να επέρχονται επιμέρους αλλαγές, όπου αυτές προκύπτουν ως αναγκαίες μέσω της αποκτηθείσας εμπειρίας.

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο μέρη : το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαμορφώνεται με βάση τη διασπορά των ασθενών κάθε Ψυχιατρείου στους τόπους από τους οποίους αυτοί προέρχονται (τόπος κατοικίας πριν από τον εγκλεισμό στο ψυχιατρείο). Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις δομές στη κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.

Μέχρι σήμερα (Α' φάση) το μεγαλύτερο βάρος δόθηκε στην αποασυλοποίηση των ασθενών. Δημιουργήθηκαν 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία

²⁶ Εγχειρίδιο Προγράμματος «Ψυχαργώς» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 1.000 περίπου ασθενείς από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, 1 ξενώνας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς και 35 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών, ενώ προσελήφθησαν 1.200 άτομα για τις δομές αυτές (νέοι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας), που καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Ο προγραμματισμός για την ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα, ενώ αρχικά προέβλεπε σημαντικές δραστηριότητες, δυστυχώς τροποποιήθηκε στην πορεία λόγω των καταστροφών που έφερε ο σεισμός της 7^{ης} Σεπτεμβρίου 1999. Έτσι μεγάλο βάρος και αρκετά μεγάλο ποσοστό του προϋπολογισμού διατέθηκε για την αποκατάσταση του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Παρ' όλα αυτά, στο ίδιο χρονικό διάστημα δημιουργήθηκαν ένα Κέντρο Ημέρας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς, ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς μουσουλμανικού θρησκεύματος, ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς Ρομ και κατασκευάστηκαν έξι νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων.

Για την περίοδο 2001-2010 (1^η Αναθεώρηση), που αναλύεται στο κείμενο αυτό, προβλέπεται, όσον αφορά την αποασυλοποίηση, η δημιουργία 300 στεγαστικών δομών (κυρίως οικοτροφεία, αλλά και ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) για 35.00 ασθενείς που διαβιούν σε Ψυχιατρεία ή νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στη κοινότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, στη πλειονότητά τους ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ενώ ένας μεγάλος αριθμός από τον πληθυσμό αυτό είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση (ψυχική ασθένεια και νοητική υστέρηση).

Ως εκ τούτου επιβάλλεται η δημιουργία σημαντικού αριθμού οικοτροφείων στη φάση αυτή, αφού είναι αναγκαία η σε μακροχρόνια βάση προστατευμένη διαμονή των ατόμων αυτών. Στον πληθυσμό αυτό υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με ψυχική ασθένεια και άλλες αναπηρίες ή σωματικές ασθένειες ή οργανικά σύνδρομα. Για το λόγο αυτό οι προβλεπόμενες δομές (οικοτροφεία μακράς παραμονής) αναπτύσσονται έτσι, ώστε κάθε μία να εξυπηρετεί έως δεκαπέντε ασθενείς με αυξημένο αριθμό και ποικιλία

ειδικοτήτων προσωπικού. Επίσης επιλέγονται περιοχές στα άκρα οικιστικών ιστών, ώστε η εγκατάσταση και διαμονή των ασθενών να συντελεσθεί χωρίς προσκόμματα.

Αντίθετα οι ξενώνες και ιδιαίτερα τα προστατευόμενα διαμερίσματα αναπτύσσονται στις συνοικίες, έτσι ώστε οι ένοικοί τους να μπορούν να λειτουργούν αυτοτελώς μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Ασφαλώς τα περιγραφόμενα εδώ πρότυπα η διεπιστημονική ομάδα κάθε δομής τα προσαρμόζει στις ανάγκες των ασθενών που εξυπηρετεί, ώστε κάθε φορά να επιτυγχάνεται η μέγιστη εξυπηρέτηση των ενοίκων των δομών αυτών.

Στο μέρος που αφορά τις δομές στην κοινότητα προβλέπεται να αναπτυχθούν :

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
(Κάθε ολοκληρωμένο Τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων)
- Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
- Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές)
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα

- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Κέντρα αντιμετώπισης της νόσου του Αλτσχάιμερ
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του αρθ. 69 του Ποινικού Κώδικα (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Π.Ε., ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (το Ψ.Υ.)

Οι δομές αυτές αναπτύσσονται σε υποπρογράμματα του ενιαίου προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», προσαρμοσμένα ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες των επιμέρους ομάδων του πληθυσμού που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Έτσι αποτελούν ένα υποπρόγραμμα κατά τη φάση υλοποίησής τους οι δομές στη κοινότητα για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, άλλο οι δομές για τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, άλλο υποπρόγραμμα οι δομές για τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα και άλλο επίσης υποπρόγραμμα οι δομές για τα άτομα με ψυχική διαταραχή και πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές.

Ο χωρισμός του συνολικού προγράμματος σε εξειδικευμένα υποπρογράμματα γίνεται ακριβώς για να υπάρχει διαφορετική και εξατομικευμένη προσέγγιση στις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας και μέσα από την προσέγγιση αυτή να επέλθει η σύνθεση των δράσεων στο σύνολο πλέον του πληθυσμού.

Ειδικότερα το υποπρόγραμμα για τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα περιλαμβάνει στο παρόν στάδιο μόνο τις δομές που αναπτύσσονται σε νοσοκομειακές μονάδες, ενώ οι λοιπές δομές συνεχίζουν να αναπτύσσονται από τον ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ και τις αντίστοιχες μονάδες Ψυχιατρικών Νοσοκομείων Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Οι δομές για τον Αυτισμό περιλαμβάνουν κυρίως δράσεις που αποβλέπουν στην πρωτογενή πρόληψη, τη στήριξη του αυτιστικού παιδιού στο σχολείο (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας), στην ανακούφιση της οικογένειας και τη στήριξη των αυτιστικών ατόμων, που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος (σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Πρόνοιας).

Αντίστοιχα οι υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές, που αναπτύσσονται στο υποπρόγραμμα «Ψυχαδέλφεια», αποτελούν μονάδες εξειδικευμένες για τα άτομα αυτά, με κύριο στόχο να λειτουργούν ως «πύλες» του συνολικού συστήματος. Αποσκοπούν δηλαδή στο να προετοιμάζουν τις υπόλοιπες υπηρεσίες ώστε να δεχτούν τα άτομα αυτά, τα οποία προηγουμένως έχουν επίσης προετοιμαστεί στις δομές υποδοχής, ενώ παράλληλα προετοιμάζουν το προσωπικό και τους ενοίκους των δομών φιλοξενίας να τα υποδεχτούν και να σεβαστούν τα δικαιώματά τους στις πολιτισμικές τους ή και θρησκευτικές τους διαφορές.

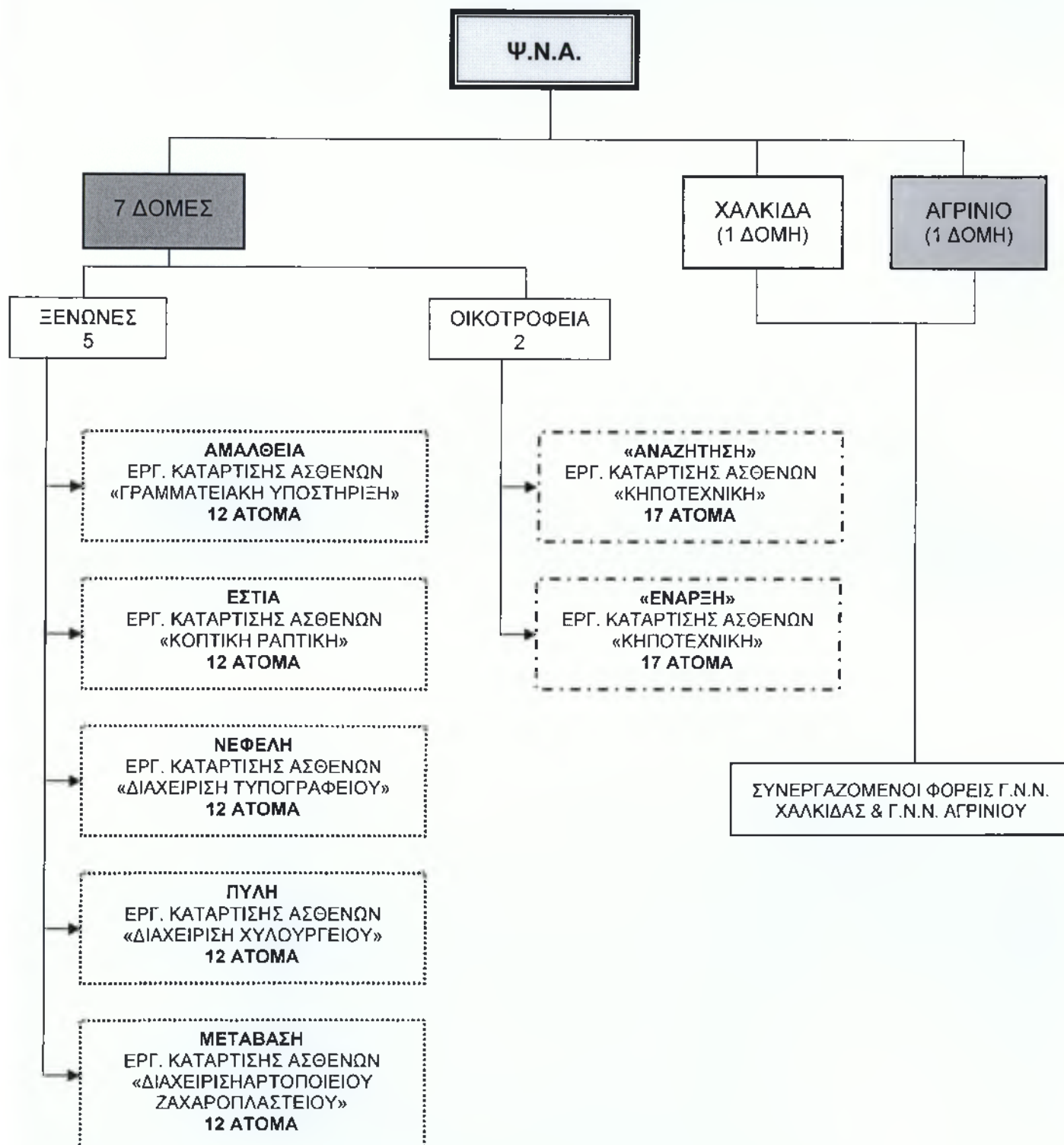
ΨΥΧΑΡΓΩΣ

1.	ΠΡΟΚΑΤΑΡΤΙΣΗ (ατομική υγιεινή)
2.	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ (εκπαίδευση)
3.	ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος κ.λ.π.)
4.	ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
* πληροφορίες από προϊσταμένη Γρ. Προσωπικού (Γενική εικόνα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2000 – 2001

Υποπ. 4 – Μέτρα 1, 2, 3



* Πληροφορίες από Internet (Γρ. Προσωπικού Ψ.Ν.Α.)

3.2.1 Η χρηματοδότηση του «Ψυχαργώς»

Δαπάνες για την ψυχική υγεία, που βαρύνουν αποκλειστικά τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας

Κατά το έτος 2000	120,0 δις δραχμές
Κατά το έτος 2001	131,0 δις δραχμές
Σύνολο 200 - 2001	251,0 δις δραχμές

Νέες συγχρηματοδοτούμενες από Ε.Ε. δράσεις (δομών και υποδομών) για την ψυχική υγεία στα έτη 2001-2010

Χρηματοδότηση Ευρωπαϊκής Ένωσης	20,2 δις δραχμές	64,2%
Χρηματοδότηση Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας	11,3 δις δραχμές	20,2%
Σύνολο	31,5 δις δραχμές	

Δαπάνες δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργώς» 2001-2010

Κόστος επενδύσεων και έναρξη λειτουργίας δομών	250,0 δις δραχμές
Διαρκής λειτουργία δομών στη δεκαετία	300,0 δις δραχμές
Σύνολο δαπανών 200 – 2001	550,0 δις δραχμές

Χρηματοδότηση κόστους επενδύσεων και έναρξης λειτουργίας δομών

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια»	72,0 δις δραχμές	28,8%
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25,0 δις δραχμές	10,0%
Τακτικός Προϋπολογισμός	108,0 δις δραχμές	43,2%
Κοινωνική Ασφάλιση	45,0 δις δραχμές	18,0%
Σύνολο	250,0 δις δραχμές	

Χρηματοδότηση κόστους διαρκούς λειτουργίας δομών στη δεκαετία 2001-2010

Τακτικός Προϋπολογισμός	230,0 δις δραχμές	76,7%
Κοινωνική Ασφάλιση	70,0 δις δραχμές	23,3%
Σύνολο	300,0 δις δραχμές	

3.3 Η Β' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς»²⁷ (περίοδος 2001-2006)

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργώς» (1^η Αναθεώρηση 2001-2010) χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006 και την περίοδο 2007-2010.

Κατά την περίοδο 2001-2006, η οποία αποτελεί και τη Β' φάση υλοποίησης, προβλέπεται η ανάπτυξη δομών αποασυλοποίησης στην κοινότητα για 3.000 χρόνιους ασυλικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα προβλέπεται να αναπτυχθούν :

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (Κάθε ολοκληρωμένο Τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων)
- Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
- Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές)
- Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους

²⁷ Εγχειρίδιο Προγράμματος «Ψυχαργώς» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ – ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. (με πρωτοβουλία του φορέα)

- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.000 ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Π.Ε.

Στην ίδια περίοδο προβλέπεται ακόμη η πρόσληψη 5.500 νέων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και η κατάρτισή τους.

Στο τέλος της περιόδου αυτής, προβλέπεται να έχουν αντικατασταθεί από ψυχιατρικές υπηρεσίες των Ξενικών Νοσοκομείων, οι υπηρεσίες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και να κλείσουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία :

- α) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- β) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- γ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- δ) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης και
- ε) Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Η κτιριακή τους υποδομή θα χρησιμοποιηθεί για την κατάρτιση και απασχόληση ασθενών καθώς και για την ανάπτυξη διαφόρων Πανεπιστημιακών Τμημάτων (Κέρκυρα, Τρίπολη, Χανιά).

Παράλληλα, για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαϊτειο» και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, προβλέπεται η μείωση του αριθμού των κλινών τους σε 500, 350 και 250 αντίστοιχα, που θα καλύπτουν μόνο οξεία περιστατικά με νοσηλεία μέσης διάρκειας. Η ολοκλήρωση των δομών στην κοινότητα έως το διάστημα

2012-2015, θα επιτρέψει την οριστική κατάργηση και των τριών αυτών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ανάλογη είναι η πρόβλεψη και για το Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου, με την ανάπτυξη του εξειδικευμένου προγράμματος «Ειδική Δράση για τη Λέρο».

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών. Για την περίοδο 2001-2006 θα διατεθούν 72 δισεκατομμύρια δραχμές από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, 25 δισεκατομμύρια δραχμές από το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, 108 δισεκατομμύρια δραχμές από τον Τακτικό Προϋπολογισμό και 45 δισεκατομμύρια δραχμές από την Κοινωνική Ασφάλιση, ενώ οι πηγές χρηματοδότησης για τη δεύτερη περίοδο θα προσδιοριστούν το 2005.

3.4 Δομές και Υποδομές στο σύνολο της χώρας ανά Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και ανά Νομό²⁸

²⁸ Εγχειρίδιο Προγράμματος «Ψυχαργός» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
Ενδεικτικά Νομός Αττικής – Πελοποννήσου κι γενικότερα στην Ελλάδα

3.4.1 ΕΛΛΑΔΑ

Στόχοι και αναμενόμενα αποτελέσματα

- α) Η ανάπτυξη δομών και υποδομών με βάση τις αρχές της Τομεοποίησης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας.
- β) Ο αποϊδρυματισμός, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας.
- γ) Η διασφάλιση της πλήρους επάρκειας όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.
- δ) Η ανάπτυξη υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, την διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των τόμων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.
- ε) Η ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και άμεσης παρέμβασης στην κρίση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	886
Παιδοψυχίατροι	197
Ψυχολόγοι	922
Κοινωνικοί Λειτουργοί	635
Νοσηλεύτες / Νοσηλεύτριες	4.589
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	345
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	615
Παιδαγωγοί	175
Διοικητικό Προσωπικό	283
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	2.498

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9	4
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	17	56
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		60
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		25
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		62
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων	3	55
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων	2	9
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		60
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		24
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		22
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		29
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών	2	6
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		28
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		4
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		4
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	80
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	22	73
Κινητές Μονάδες	6	40
Κέντρα Ημέρας	18	42
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	196	407
Ξενώνες	95	170
Οικοτροφεία	16	130
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85	107
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	102	148
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		18
Κέντρα Ημέρας		23
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		18
Ξενώνες / Οικοτροφεία		34
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		17
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		15

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

3.4.2 ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (Α – Β – Γ Πε.Σ.Υ. Αττικής)

Στόχοι και αναμενόμενα αποτελέσματα

- α) Η σταδιακή διασφάλιση της πλήρους επάρκειας όλων των υπηρεσιών του τομέα της Ψυχικής Υγείας, όσον αφορά τον πληθυσμό που καλύπτει το Πε.Σ.Υ.
- β) Η μείωση της δύναμης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (στις 500 κλίνες) και του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» (στις 350 κλίνες) έως το 2006 και η περαιτέρω συρρίκνωσή τους έως το 2010.
- γ) Η κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής έως το 2006 και η αντικατάστασή του, ως προς την παροχή των ψυχιατρικών υπηρεσιών, από τα Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής.
- δ) Η αποσυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών που κατάγονται από την περιοχή και βρίσκονται στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας.
- ε) Η μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα Ψυχιατρικά τμήματα κατά 20%.
- στ) Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών.
- ζ) Η ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών και η κινητοποίησή τους σε εθελοντικές δράσεις.
- η) Η εξασφάλιση εργασίας για το 30% των ασθενών που μπορούν να εργασθούν μέχρι το 2005 και η αύξηση του ποσοστού αυτού στο 55% μέχρι το 2010.
- θ) Η ανακούφιση των αναγκών του 40% (κατ' εκτίμηση) των ατόμων με αυτισμό και των οικογενειών τους μέχρι το 2010.
- ι) Η κάλυψη των αναγκών υγειονομικής στήριξης του 40% των χρηστών ναρκωτικών και του 60% των αλκοολικών (στοιχεία κατ' εκτίμηση) μέχρι το 2010.

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	12
Παιδοψυχίατροι	12
Ψυχολόγοι	32
Κοινωνικοί Λειτουργοί	28
Νοσηλευτές / Νοσηλεύτριες	114
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	16
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	13
Παιδαγωγοί	12
Διοικητικό Προσωπικό	9
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	200

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		2
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	4	8
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	4	8
Κινητές Μονάδες		
Κέντρα Ημέρας	2	3
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	4	5
Ξενώνες	2	3
Οικοτροφεία	1	1
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	1	1
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	9	13
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		
Κέντρα Ημέρας		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		
Ξενώνες / Οικοτροφεία		11
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	90
Παιδοψυχίατροι	25
Ψυχολόγοι	92
Κοινωνικοί Λειτουργοί	64
Νοσηλεύτές / Νοσηλεύτριες	349
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	15
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	52
Παιδαγωγοί	22
Διοικητικό Προσωπικό	25
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	140

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	1	
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		12
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	3	7
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		9
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		9
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		9
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		7
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		9
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		9
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		3
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών	1	1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		1
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		1
Ξενώνες Κακοποιημένων παιδιών		1
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	10
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	3	12
Κινητές Μονάδες		
Κέντρα Ημέρας	2	4
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	2	3
Ξενώνες	1	2
Οικοτροφεία		
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	1	1
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	2	8
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		2
Κέντρα Ημέρας		2
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		2
Ξενώνες / Οικοτροφεία		3
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		1
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		3
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		3
Μονάδες υποστήριξης παιδιών με ψυχικά ασθενείς γονείς		1
Κέντρα εκπαίδευσης και σχεδιασμού παρεμβάσεων σε φυσικές καταστροφές και μαζικά ατυχήματα		1

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	79
Παιδοψυχίατροι	24
Ψυχολόγοι	120
Κοινωνικοί Λειτουργοί	94
Νοσηλεύτές / Νοσηλεύτριες	675
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	76
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	72
Παιδαγωγοί	28
Διοικητικό Προσωπικό	49
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	574

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2	2
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		7
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	2	3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		4
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		4
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		4
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		4
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		6
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		6
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		3
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		3
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	11
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	2	14
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας	2	5
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	55	153
Ξενώνες	23	46
Οικοτροφεία	7	72
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	25	35
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	15	19
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		3
Κέντρα Ημέρας		3
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		3
Ξενώνες / Οικοτροφεία		6
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		3
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		5
Μονάδες υποστήριξης καρκινοπαθών		1

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	38
Παιδοψυχίατροι	27
Ψυχολόγοι	55
Κοινωνικοί Λειτουργοί	38
Νοσηλεύτές / Νοσηλεύτριες	181
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	8
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	31
Παιδαγωγοί	21
Διοικητικό Προσωπικό	15
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	71

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		7
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	1	2
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		4
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		4
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		4
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		4
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		4
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		4
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		3
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών	1	1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		2
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		2
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		2
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	5
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		9
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας		1
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης		
Ξενώνες		
Οικοτροφεία		
Προστατευόμενα Διαμερίσματα		
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	2	2
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		1
Κέντρα Ημέρας		1
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		1
Ξενώνες / Οικοτροφεία		1
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		1
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		
Μονάδες υποστήριξης παιδιών με ψυχικά ασθενείς γονείς		2
Κέντρα εκπαίδευσης και σχεδιασμού παρεμβάσεων σε φυσικές καταστροφές και μαζικά ατυχήματα		1
Ειδικά Ψυχιατρικά Τμήματα υποστήριξης Μητέρας		1
Μονάδες υποστήριξης καρκινοπαθών		1

3.4.3 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

Στόχοι και αναμενόμενα αποτελέσματα

- α) Η σταδιακή διασφάλιση της πλήρους επάρκειας όλων των υπηρεσιών του τομέα της Ψυχικής Υγείας, όσον αφορά τον πληθυσμό που καλύπτει το Πε.Σ.Υ.
- β) Η κατάργηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης και η αντικατάστασή του, ως προς την παροχή των ψυχιατρικών υπηρεσιών, από τα Γενικά Νοσοκομεία της Πελοποννήσου.
- γ) Η αποσυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών που κατάγονται από την περιοχή και βρίσκονται στα άλλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας.
- δ) Η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών.
- ε) Η ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών και η κινητοποίησή τους σε εθελοντικές δράσεις.
- στ) Η εξασφάλιση εργασίας για το 30% των ασθενών που μπορούν να εργασθούν μέχρι το 2005 και τη αύξηση του ποσοστού αυτού στο 65% μέχρι το 2010.
- ζ) Η ανακούφιση των αναγκών του 50% (κατ' εκτίμηση) των ατόμων με αυτισμό και των οικογενειών τους μέχρι το 2006 και του 80% μέχρι το 2010.
- η) Η κάλυψη των αναγκών υγειονομικής στήριξης του 40% των χρηστών ναρκωτικών και του 50% των αλκοολικών (στοιχεία κατ' εκτίμηση) μέχρι το 2006 και η περαιτέρω αύξηση των καλύψεων αυτών κατά 20% μέχρι το 2010.

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	71
Παιδοψυχίατροι	10
Ψυχολόγοι	56
Κοινωνικοί Λειτουργοί	37
Νοσηλευτές / Νοσηλεύτριες	348
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	22
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	43
Παιδαγωγοί	5
Διοικητικό Προσωπικό	19
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	193

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	1	
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		5
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		5
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		5
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		5
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων	3	5
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		5
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		5
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	2
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		
Κινητές Μονάδες		4
Κέντρα Ημέρας	1	2
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	9	20
Ξενώνες	6	7
Οικοτροφεία	1	11
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	2	2
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	7	8
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		1
Κέντρα Ημέρας		3
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		1
Ξενώνες / Οικοτροφεία		1
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		1
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		3
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΝΟΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	13
Παιδοψυχίατροι	2
Ψυχολόγοι	10
Κοινωνικοί Λειτουργοί	6
Νοσηλεύτές / Νοσηλεύτριες	57
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	3
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	8
Παιδαγωγοί	0
Διοικητικό Προσωπικό	4
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	22

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		1
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας		
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας		1
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1	2
Ξενώνες	1	1
Οικοτροφεία		1
Προστατευόμενα Διαμερίσματα		
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	1	1
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		
Κέντρα Ημέρας		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		
Ξενώνες / Οικοτροφεία		
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		1
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		
υπάρχουσες 2001 προβλεπόμενες 2010		

ΝΟΜΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	22
Παιδοψυχίατροι	2
Ψυχολόγοι	19
Κοινωνικοί Λειτουργοί	11
Νοσηλευτές / Νοσηλεύτριες	113
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	9
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	15
Παιδαγωγοί	3
Διοικητικό Προσωπικό	6
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	82

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	1	
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		1
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων	3	4
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	1
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας	1	1
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	5	10
Ξενώνες	2	3
Οικοτροφεία	1	5
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	2	2
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	3	4
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		1
Κέντρα Ημέρας		1
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		1
Ξενώνες / Οικοτροφεία		1
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		1
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		1
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΝΟΜΟΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	10
Παιδοψυχίατροι	2
Ψυχολόγοι	6
Κοινωνικοί Λειτουργοί	4
Νοσηλευτές / Νοσηλεύτριες	49
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	1
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	6
Παιδαγωγοί	0
Διοικητικό Προσωπικό	2
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	19

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		1
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας		
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας		
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1	2
Ξενώνες	1	1
Οικοτροφεία		1
Προστατευόμενα Διαμερίσματα		
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	1	1
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		
Κέντρα Ημέρας		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		
Ξενώνες / Οικοτροφεία		
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΝΟΜΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΕΩΣ ΤΟ 2010)

Ψυχίατροι	10
Παιδοψυχίατροι	2
Ψυχολόγοι	7
Κοινωνικοί Λειτουργοί	5
Νοσηλεύτές / Νοσηλεύτριες	49
Εργοθεραπευτές / Εργοθεραπεύτριες	3
Άλλοι / άλλες επαγγελματίες Υγείας	5
Παιδαγωγοί	1
Διοικητικό Προσωπικό	2
Λοιπό και Βοηθητικό Προσωπικό	24

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		1
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		
Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		1
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		
Μονάδες Νοσηλείας Παιδιών		
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Παιδιών		1
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Παιδιών		
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Παιδιών		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας		
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα		
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας		
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1	2
Ξενώνες	1	1
Οικοτροφεία		1
Προστατευόμενα Διαμερίσματα		
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής – Επαγγελματικής Επανάταξης	1	1
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		
Κέντρα Ημέρας		1
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		
Ξενώνες / Οικοτροφεία		
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		

υπάρχουσες 2001
προβλεπόμενες 2010

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Φ.Ε.Κ. ΙΔΡΥΣΗΣ Ψ.Ν.Α.
2. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
3. ΦΥΛΛΟ ΠΡΩΤΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΗ
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ



12

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Α Β Β Β Β
20 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΟΥ
38

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. ΑΠ2/οικ./21447

Αναμόρφωση Οργανισμού του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Εγκρίνει, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης της 10/10/83 του Ν. 1307/83, το Π. Δ/γμα 87/86 «Περί ορισμού οργάνωσης των Νοσοκομείων» (Φ.Ε.Κ. 32/Α/86).

3. Την από 6.2.86 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Ο Οργανισμός του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, όπως αυτός ισχύει με το Π. Δ/γμα 277/1977 (Φ.Ε.Κ. 92/Α/77), αναμορφώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2.

Νομική μορφή — Επωνυμία — Έδρα — Σφραγίδα.
1. Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (Φ.Ε.Κ. 254/Α/53) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος αυτού, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν. 1307/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ορίζεται ως Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και μετονομάζεται σε «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ».

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

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

Άρθρο 3.

Διοίκηση

Συνοδος του Νοσοκομείου είναι:

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

τικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, ιδίως για να πόλη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και παραγόμενη του κατόπιν, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα:

1. Η διακρίση, πρόληψη και πρόταση της κοινωνικά μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, και

2. Η συμβολή στην κοινωνική προσαρμογή και επαγγελματική επανένταξη των ασθενών, με τη βοήθεια της Κοινωνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου.

β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδικότητας, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρού καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργιών άλλων κλάδων Υγείας.

Άρθρο 4.

Έσοδα

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό κρατικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επιχορηγήσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσηλεία, εξετάσεις και λοιπές τιμολογίες για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσβολι από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, ενσπουδασίες κ.λπ.

Άρθρο 5.

Δύναμη κρεβατιών

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε δύο χιλιάδες τριακόσια (2.300) κρεβάτια.

Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών

1. Το Νοσοκομείο τούτ' αποτελείται από τις υπηρεσίες:

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

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μετὰ τὸς ἰσότητες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Α ρ θ ρ 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:

α) Γενικό Ιατρείο:

- 1. Παιδιατρικό με δύναμη εκατόν σαράντα (140) κρεβατιών.
- 2. Γενικό με δύναμη εκατόν (90) κρεβατιών.
- 3. Πρώτο Ψυχιατρικό με δύναμη κλινικών κρεβατιών (250) κρεβατιών.
- 4. Δεύτερο
- 5. Τρίτο
- 6. Τέτατο
- 7. Πέμπτο
- 8. Έκτο
- 9. Εβδομο
- 10. Ογδοο

β) Κλινικοεργαστήρια

- 1. Διατομοεπαθολογικά τμήματα
- 2. Ενδοκρινών περιστασιακών
- 3. Βιοχημείας νοσηλείας
- 4. Διαλογής αζέων περιστασιακών και βραχείας νοσηλείας.
- 5. Βιοχημεία Μέντας.

γ) Κάθε τμήμα διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

Α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Ένα (1) Παθολογικό
- α2. Ένα (1) Νευρολογικό

β. Μονάδες:

- β1. Μία (1) Νευροφυσιολογική

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Ένα (1) Γενικό Ψυχιατρικό
- α2. Ένα (1) Δυναμικό Ψυχιατρικό
- α3. Ένα (1) Οδοντοιατρικό

β. Μονάδες

- β1. Στοιχειώδης Νοσηλείας

Γ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Γενικό
- α3. Ένα (1) Ψυχολογικό

β. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Αλκοολικό
- α3. Ένα (1) Ψυχολογικό

γ. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Έξι (6) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Ψυχολογικό

β. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Ψυχολογικό

γ. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Ψυχολογικό

δ. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Ψυχολογικό

ε. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- α2. Ένα (1) Ψυχολογικό

ζ. Δύο (2) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ

α. Τμήματα

- α1. Ένα (1) Μικροβιολογικό
- α2. Ένα (1) Διατομοεπαθολογικό

- γ. Ένα (1) Βιοχημικό
 - δ. Ένα (1) Επιτομοεπαθολογικό
 - ε. Ένα (1) Φυσιολογικό
 - στ. Ένα (1) Παθολογοανατομικό
- β) Κάθε τμήμα λειτουργεί με τμήματα κλινικής υπηρεσίας που εξειδικεύονται με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Α ρ θ ρ 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε εννέα (9) τομείς, 1α, 2α, 3α, 4α, 5α, 6α, 7α, 8α και 9α και ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- α) 0 Αδύναμος (1ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν την Παθολογική τομή, την Χειρουργική τομή, τη Γενική τομή και τη Διατομοεπαθολογική τομή της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- β) 10 Δύναμος (2ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Δύναμο (2ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- γ) 10 Τρίτος (3ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον τρίτο (3ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- δ) 10 Τέτατος (4ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον τέτατο (4ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- ε) 10 Πέμπτος (5ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον πέμπτο (5ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- στ) 10 Έκτος (6ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον έκτο (6ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- ζ) 10 Εβδομος (7ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον έβδομο (7ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- η) 0 Ογδοός (8ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον ογδοό (8ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- θ) 0 Ένατος (9ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον ένατο (9ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Δ.Ε. του Νοσοκομείου μπορεί να μεταφερθούν νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα νοσηλευτικό τομέα στον άλλο μέχρι την κλίση του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτής.

Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- α) Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.
- β) Ένα (1) Προσδοκώμενο τμήματος από κάθε τομέα.
- γ) Ένα (1) Διευλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με ανανεώσιμη θητεία από το Νοσηλευτικό προσωπικό του αντιστοιχούν τμήτα και συνέρχεται με πρόσκληση του προέδρου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με ανωνυμική ψηφοφορία των αντεπρόθερα μεταξύ των υπόψη τμημάτων (β) μελών και των Γραμματέα μεταξύ των υπόψη τμημάτων (γ) μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισφέρει σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Α ρ θ ρ 9

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Τμηματικές Διευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού
- γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

- α) Προσωπικού
- β) Γραμματείας
- γ) Ξενοδοχίου
- δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- ε) Επισυνεννόησης
- στ) Παραϊατρικών Εργασιών (Τεχνολογία)

3. Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

- α) Οικονομικού
- β) Πληροφορικής-Οργάνωσης

γ) Διατροφής

και στα αυτοτελή γραφεία:

- α) Επιστάσεως
- β) Γραμματείας

4. Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

- α) Τεχνικού
- β) Βιοιατρικής Τεχνολογίας

Α ρ θ ρ 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας

Α. Πρόσκληση και προσαγωγή της υπεύθυνης και της εκτελεστικής, η προκήν υπηρεσιών Υπείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιμελητησίου Ιδρύματος

... την για τον οργανωσιακό εφοδιασμό, την φύλαξη, την διατροφική, υγιεινή, οικονομική, τον έλεγχο, την τριτοβάθμια, την έρευνα και διαχείριση του δημογραφικού και λοιπού υλικού του Ε.Ο.Φ.

... την ευθύνη του Επιμελητησίου ελέγχου, του συνταξιολογίου, του ασφαλιστήριου συντάξης που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα ελέγχου των προς εκτέλεση συντάξων.

Γενική Προστασία του Ασφαλισμένου

... φροντίζει στους πρώτους, σύμφωνα με το δέον, για την υγεία, το κλάσμα των καταγεγραμμένων των νεοεισώντων σε κάθε τμήμα, την πρόληψη και προαγωγή της υγιεινότητας και της εκπαίδευσης αυτή και η προεπιστημονική και ο έλεγχος των πα-

Επιμελησίου Ιατρικής

... φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υλοποίηση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εξέταση του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργανωσιακή στήριξη σύμφωνα με τις αποφάσεις της διοίκησης υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση των γενικών και διακήρυξη της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε για την διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

... φροντίζει για την έκδοση ειδικηρών για την κλινική, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγων, τηρεί βιβλίο κέντρων κάθε φορά κερβανιών και τους αρρώστους για την εισοδησή τους σύμφωνα με την σειρά τα οικονομικά. φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της νοσηλευτικής, την τρέψη διακανών νοσηλείας και την έκδοση παροχής υπηρεσιών. τηρεί βιβλίο ασθενών και κατέχει κάθε τι αυτοεξέλιξη της ιατρικής λειτουργίας στατιστικά στοιχεία της κλινικής. τηρεί εισοδηματικά στους αρρώστους όταν το από υποβολή σχετικής αίτησης.

... φροντίζει για την υγεία, Εξωτερικών Ιατρικών: Η ευθύνη και φροντίδα για την υγεία των τμημάτων εξωτερικών ιατρικών, την υποδοχή και την παρακολούθηση σ' αυτά αρρώστων. τηρεί τα αρχεία και τα των εξωτερικών ιατρικών. Ρυθμίζει την ειρήνη προσέλευσης και προεπιστημονίζει την εκπαίδευσή τους με προπανεπιστημιακή και εισοδηματικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή

... φροντίζει για τις άμεσες λειτουργίες των τμημάτων εξωτερικών για τον τρέφο λειτουργίας τους.

... φροντίζει: Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπάρκαση αρρώστων στα Νοσοκομεία για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, και διακένωση των ασθενών που προκαλούν τα προβλήματα υγείας και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής.

... φροντίζει: Επαγγελματιών (Τεχνολόγων): Εντάσσονται οι δραστηριότητες των ιατρικών εργατηρίων, των τεχνολόγων εμφανιστών, των ελκυστοθεραπευτών και ψυχοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.

... φροντίζει: Εθελοντές: Η ευθύνη των οικονομικών αναγκών και την εισήγηση για την έγκριση επεξεργασία των προτάσεων, την προώθηση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος, την κραματοποίηση, την εκπαίδευση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών εργαζομένων, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών, προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών, άδονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την καθαριότητα, την αποκομιδή, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων και εισοδηματικά, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων και εισοδηματικά του Νοσοκομείου, την ευθύνη για την διακένωση του Ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στοιχείων.

... φροντίζει: Εργαστήρια: Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία των εργαστηρίων, της επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακένωσης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

... φροντίζει: Αιτητές: Αιτητές που σχετίζονται με την ιατρικών σημείων ασθενών και προσωπικού και με την εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών ιατρικών, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική στήριξη, τήρησης εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων απαιτούνται από την προμήθεια μέχρι την κατανομή τους.

... φροντίζει: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υγεία των Νοσοκομείου και την προστασία των γενικών εργαζομένων.

... φροντίζει: Η φύλαξη, η διακένωση, η εισοδηματική και η καθαριότητα του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του υγειονομικού του νοσηλευόμενων.

... φροντίζει: Η ευθύνη για τον οργανωσιακό και την εισήγηση για την εκτέλεση των παρατηρητών έργων υδρεύσεως, συντήρησης, συντήρησης και της και βελτίωση των κτιρίων και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια των μηχανολογικών εξοπλισμών, διατηρείται με- ... φροντίζει για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την ευθύνη για την ποιότητα και ποσότητα παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής υδρεύσεως στα εξωτερικά και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων.

... φροντίζει: Η ευθύνη και κανονική λειτουργία του επιμελητησίου και τεχνολογικών εξοπλισμών, καθώς και των σημείων του Ιδρύματος.

... φροντίζει: Η ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού, καθώς και η προπανεπιστημιακή και εισοδηματική στους αρρώστους.

... φροντίζει: Η ευθύνη και φροντίδα για την υγεία, το κλάσμα των καταγεγραμμένων των νεοεισώντων σε κάθε τμήμα, την πρόληψη και προαγωγή της υγιεινότητας και της εκπαίδευσης αυτή και η προεπιστημονική και ο έλεγχος των πα-

**Αρθρο 11
Επιμέριση Ιατρικής Υπηρεσίας**

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται: α) από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1297/83, στον κλάδο γ' κατηγορίας, του Γραφείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Νοσοκομείου αυτό.

Β) από ειδικευμένους γιατρούς που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευόμενων γιατρών, που έχουν συσταθεί με σκοπό, μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης αυτής ή που συστατώνται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

γ) από άλλους γιατρούς που προέρχονται, με κριτήριο, με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των κλινικών κατά κατηγορία κλάδων σε καθένα από τους οποίους συστατώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις.

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣ
Έξι (6) θέσεις
- Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ
Αθήνα (7) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ-ΤΡΟΧΩΝ
δύο (2) θέσεις
- δ) από προσωπικό των κλινικών κατά κατηγορία κλάδων σε καθένα από τους οποίους συστατώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις
- ΕΛΛΑΔΟΣ ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΟΧΩΝ
Οκτώ (8) θέσεις

**Αρθρο 12
Επιμέριση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των κλινικών κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συστατώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΟΧΩΝ
δέκα (10) θέσεις
- Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΟΧΩΝ
Διακοστικές ελίφτα κέντρα (265) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΝΑΥΤΩΝ
Πέντε (5) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ-ΤΡΟΧΩΝ
Η (ομοί) (20) θέσεις
- Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ
ΕΛΛΑΔΟΣ ΔΕ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
Πεντακόσιες ομοίοντα (500) θέσεις
- Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
Τοιακόσιες είκοσι δύο (322) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσηλευτών-Φυλάκων ασθενών, Νοσητών Βελιόμων, Μεταφορών ασθενών, Μηχανοκίνητων-Επιβατικών.
Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες: Νοσηλευτών-Φυλάκων ασθενών: Είκοσι ελίφτα κέντρα (125) θέσεις
Νοσητών Βελιόμων: Είκοσι πέντε (25) θέσεις
Μεταφορών ασθενών: Δέκα (10) θέσεις
Μηχανοκίνητων-Επιβατικών: Μία (1) θέση
Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με απόφαση προκήρυξης αυτήν.

με τη βάση θέσεων στις ειδικότητες αυτές και με τη
παρακάτω σειρά:

- 1. ΑΓΓΛΙΚΗ
- 2. ΓΑΛΛΙΚΗ
- 3. ΓΑΛΛΟ-ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ
- 4. (25) θέσεις
- 5. ΜΙΣΘΟ-ΕΠΙΣΤΗΜΗ
- 6. ΕΙΣ ΔΙΚΗΤΩΝ

Πρόσοντα διορισμού

τη Διορισμού που απαιτούνται κατά κατηγορία, κλάδο και
επίπεδο, με την εξής προϋπόθεση: Αποδεδειγμένη γλώσσα
ή μη γλώσσα της Κυβερνήσεως: Επαγγελματίες προσόντων Διευθυντών
της Επιστήμης (ΔΕΚΕ Π.Π.Π.Π.Κ.).

1. ΑΓΓΛΙΚΗ Ή ΓΕ Γλωσσολογίας, γλωσσολογία ή διάγραμμα Λογιοθετικής
ή Λογιοθετικής (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST)
με κλάδο Α' Γλωσσολογίας αντίστοιχης Στάσης ΔΕΙ ή ΤΕΙ της
Σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοδύναμη
με ΔΕΙ ή ΤΕΙ της πατρίδας.

2. ΓΑΛΛΙΚΗ Ή ΓΕ Γλωσσολογίας, γλωσσολογία ή διάγραμμα Λογιοθετικής
ή Λογιοθετικής (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST)
με κλάδο Β' Γλωσσολογίας αντίστοιχης Στάσης ΔΕΙ ή ΤΕΙ της
Σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοδύναμη
με ΔΕΙ ή ΤΕΙ της πατρίδας.

3. ΓΑΛΛΟ-ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ Ή ΓΕ Γλωσσολογίας, γλωσσολογία ή διάγραμμα Λογιοθετικής
ή Λογιοθετικής (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST)
με κλάδο Γ' Γλωσσολογίας αντίστοιχης Στάσης ΔΕΙ ή ΤΕΙ της
Σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοδύναμη
με ΔΕΙ ή ΤΕΙ της πατρίδας.

4. ΜΙΣΘΟ-ΕΠΙΣΤΗΜΗ Ή ΓΕ Γλωσσολογίας, γλωσσολογία ή διάγραμμα Λογιοθετικής
ή Λογιοθετικής (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST)
με κλάδο Δ' Γλωσσολογίας αντίστοιχης Στάσης ΔΕΙ ή ΤΕΙ της
Σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοδύναμη
με ΔΕΙ ή ΤΕΙ της πατρίδας.

5. ΕΙΣ ΔΙΚΗΤΩΝ Ή ΓΕ Γλωσσολογίας, γλωσσολογία ή διάγραμμα Λογιοθετικής
ή Λογιοθετικής (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST)
με κλάδο Ε' Γλωσσολογίας αντίστοιχης Στάσης ΔΕΙ ή ΤΕΙ της
Σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοδύναμη
με ΔΕΙ ή ΤΕΙ της πατρίδας.

Άρθρο 15

Προϋπάρχοντες Ιατροί

Ιατρική Υπηρεσία προστάται η Βιοϊατρική Σχολή του
12 του Ν. 1797/84, η οποία έχει μόνο επιστημονικές δραστηριότητες
στην Ελλάδα και τα τμήματα αυτής οι Προϋπάρχοντες ορίζονται
με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του
Ν. 1797/84.

1. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

2. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

3. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

4. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

5. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

6. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

7. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

8. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

9. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

10. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

11. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

12. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

13. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

14. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

15. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

16. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

17. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

18. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

19. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

20. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

21. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

22. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

23. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

24. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

25. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

26. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

27. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

28. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

29. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

30. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

31. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

32. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

33. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

34. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

35. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

36. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

37. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

38. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

39. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

40. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

41. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

42. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

43. Το τμήμα Προϋπάρχοντες υπάλληλος με βαθμό α' της κα-
τηγορίας ΠΚ του κλάδου Φυσικοθεραπευτών.

Άρθρο 16

1. Στο προσωπικό που εφαρμόζει νόση ανά το κανονικό ωράριο εργασίας
που παρέχεται δωρεάν τροφή κατά το διάστημα της εστιασίας του.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μπορεί να
εφαρμόζεται τροφή ανά το κανονικό ωράριο του Νοσοκομείου με καταβολή
αμοιβών που ισούται με το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά για
το πενήντα εφάπαξ τροφής των νοσηλευόμενων.

Άρθρο 17

Μεταβατικές διατάξεις

1. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος Οργανισμού στους κλάδους που
είναι θέσεις κατανέμονται σε κεραιώδεις από μία ειδικότητας κατατάσσονται
ή εντάσσονται σε υπηρετούτες κατά την δημοσίευση της απόφασης
αυτής, υπάλληλοι με τα αντίστοιχα προσόντα, ανεξάρτητα από την
κατάσταση της ιδιότητάς τους.

2. Καθορισμένη κατανομή μεταξύ των ειδικτήτων, περιλαμβάνει υπάλληλους
στο βαθμό που κενούνται οι θέσεις μετά την με σκοπιότερο τρόπο
αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

3. Το μόνιμο προσωπικό, εκτός του ιατρικού, που υπηρετεί σε οργανω-
μένες θέσεις κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, κατατάσσεται
κατά κατηγορία και κλάδο αντίστοιχης ειδικότητας στις θέσεις που
συνιστώνται με την απόφαση αυτή, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.
1586/86 "Βαθμολογική διάταξη των θέσεων του δημοσίου" ΠΠΔ και
ΟΤΚ και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 27/Α/86).

4. Το μη μόνιμο προσωπικό που υπηρετεί στο Νοσοκομείο κατά τη δη-
μοσίευση της απόφασης αυτής με σκοπιότερο τρόπο εργαζομένων εντάσσονται
σε θέσεις που παραμένουν κενές μετά την εφαρμογή της παραγράφου
2 του παρόντος άρθρου ή σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται κατά
κλάδο με την πράξη διορισμού και καταρτούνται όταν κενωθούν οι κλάδοι
δηλαδή σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1276/84 (ΦΕΚ 14/Α/84) και την
εργονομική διάταξη της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ
217/Α/85).

5. Όσοι από το μη μόνιμο προσωπικό δεν υπεισέρχονται τα νόμιμα προ-
σόντα ή δεν υποβάλλουν αίτηση για ένταξη, εξακολουθούν να υπηρετούν
σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται με απόφαση του ΔΣ του Νοσο-
κομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1276/84.

6. Οι κενές οργανικές θέσεις σε κάθε κλάδο στον οποίο έχουν συσταθεί
προσωρινές θέσεις, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου,
κληρονομούνται στον εισπρακτικό βαθμό κατά τον αριθμό που κενούνται και
καταρτούνται οι προσωρινές θέσεις, εφόσον συνολικός αριθμός των
προσωπικών θέσεων δεν υπερβαίνει το σύνολο των οργανικών θέσεων.

7. Η απόφαση αυτή για δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Δόγμα 17-12-1986

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΔΕΛΤΑΔΑΚΗΣ



12

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
29 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΟΥ
38

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Δ3/οικ./21447

Αναμόρφωση Οργανισμού του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Όπως εξετάζει

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83.
2. Το Π. Δ/γμα 87/86 «Εθνικό πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (Φ.Ε.Κ 32/Α/86).
3. Την από 6.2.86 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών, αναφορικά με:

Άρθρο 1.

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

Άρθρο 2.

Νομική μορφή — Επωνυμία — Έδρα — Σφραγίδα.

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

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

3. Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή στην οποία αναγράφονται οι επόμενοι κύκλοι: «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ» και στη μέση το Εθνόσημο.

Άρθρο 3.

Σκοπός.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:
α) Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο των προγραμμάτων της γενικότερης πολι-

τικής στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με κα πολιτική, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και παραγόμενη του κατάστασης, σύμφωνα με τους κλάδους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα:

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

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

β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

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

Άρθρο 4.
Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

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

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάσεις και λοιπές τιμολογίες για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, αναμνηστικά κ.λπ.

Άρθρο 5.

Δύναμη κρεβατιών.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε δύο χιλιάδες τριακόσια (2.300) κρεβάτια.

Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών.

1. Το Νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

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

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μετξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Δ ρ θ ρ 7
Διάρθωση Ιατρικής Τηλεπείας

Ιατρική Τηλεπεία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:
α) Τμήματα
β) Μονάδες

- α) Παιδιατρικό με βόθρυλο ενάτου ορόσημου (140) κληβητών
- β) Παιδιατρικό με βόθρυλο ενάτου ορόσημου (90) κληβητών
- γ) Πρώτο Ψυχιατρικό με βόθρυλο δεκάτου κληβητών (250) κληβητών
- δ) Δεύτερο
- ε) Τρίτο
- ς) Τέταρτο
- ζ) Πέμπτο
- η) Έκτο
- θ) Εβδομη
- ι) Ογδοή

α) Διευθυντής
β) Αιτιολογητά Τμήματα
γ) Βρεγολύτων περιστατικών
δ) Βραδείας νοσηλείας
ε) Μεταλόγηση οξέων περιστατικών και Βραδείας Νοσηλείας
ς) Βασανισμός Νύκτας
ζ) Κάθε τμήμα διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

ΠΑΡΑΛΟΙΠΕΣ ΤΟΜΕΙΣ

Τμήματα

- 1. Ένα (1) Παθολογικό
- 2. Ένα (1) Χειρουργικό

Μονάδες

- α) Μία (1) Φυσιολογική

ΕΙΣΠΡΟΪΚΤΕΣ ΤΟΜΕΙΣ

Τμήματα

- α) Ένα (1) Γενική Ιατρονοσηλεία
- β) Ένα (1) Διεύθυνση Ολογίας
- γ) Ένα (1) Οδοντιατρικό

Μονάδες

- α) Βραδείας Νοσηλείας

2ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Τελιοσημαίν
- γ) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

3ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ελκυστικών
- γ) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

4ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

5ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

6ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

7ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

8ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

9ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Πέντε (5) Ψυχιατρικά
- β) Ένα (1) Ψυχογηριατρικό

10ος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τμήματα

- α) Ένα (1) Μικροβιολογικό
- β) Ένα (1) Διαιτολογικό

- γ) Ένα (1) Βιολογικό
- δ) Ένα (1) Επιδημιολογικό
- ε) Ένα (1) Φαρμακευτικό
- ς) Ένα (1) Παθολογοανατομικό

3. Κάθε τομέας λειτουργεί ως ξεχωριστή εδωτική υπηρεσία αντίστοιχων ειδών κοσμήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στη Νοσοκομεία.

Δ ρ θ ρ 8

Διάρθωση Νοσηλευτικής Τηλεπείας

1. Η Νοσηλευτική Τηλεπεία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε εννέα (9) τομείς, 1α, 2α, 3α, 4α, 5α, 6α, 7α, 8α και 9α που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- α) 0 Πρώτος (1ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα των Ψυχιατρικών τομέων, τη Εδωτική Ιατρονική και τη Διαιτολογική τμήματα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - β) 0 Δεύτερος (2ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Παιδιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - γ) 0 Τρίτος (3ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Δεύτερο (2ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - δ) 0 Τέταρτος (4ος) τομέας σε εννέα (9) τμήματα που καλύπτουν τον Τέταρτο (4ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - ε) 0 Πέμπτος (5ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Πέμπτο (5ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - ς) 0 Έκτος (6ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Έκτο (6ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - ζ) 0 Εβδομος (7ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Έβδομο (7ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - η) 0 Ογδοός (8ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Ογδοό (8ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
 - θ) 0 Ένατος (9ος) τομέας σε έξι (6) τμήματα που καλύπτουν τον Ένατο (9ο) Ψυχιατρικό τομέα της Ιατρικής Τηλεπείας.
2. Με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου μπορεί να μετατρέπονται Νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα Νοσηλευτικό τομέα στον άλλο μέσα στις κλίμακες του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.
3. Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:
- α) Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Τηλεπείας, ως Πρόεδρο.
 - β) Ένα (1) Παθολογικό τμήματος από κάθε τομέα.
 - γ) Ένα (1) Διευθυντικό τμήματος από κάθε τομέα.
4. Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με δυνατότητα επανεκλογής από το Νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συντάσσεται με πρόσκληση του προέδρου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία του αντίστοιχου μεταξύ των υπόψη στοιχείων (β) μέλων και του Γραμματέα μεταξύ των υπόψη στοιχείων (γ) μέλων. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Τηλεπείας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Δ ρ θ ρ 9

Διάρθωση Διοικητικής Τηλεπείας

1. Η Διοικητική Τηλεπεία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Τοποθεσίες:

- α) Τοποθεσία Διοικητική
 - β) Τοποθεσία Οικονομική
 - γ) Τοποθεσία Τεχνική
- Κάθε Τοποθεσία διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή τμήματα, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.
2. Η Τοποθεσία Διοικητική στα τμήματα:
- α) Προσωπικού
 - β) Γραμματείας
 - γ) Κίνησης Αρρώστων
 - δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρών
 - ε) Κοινωνικής Τηλεπείας
 - ς) Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων)
3. Η Τοποθεσία Οικονομική στα τμήματα:
- α) Οικονομική
 - β) Πληροφορικής-Οργάνωσης

γ) Διατροφής και στα αυτοτελή τμήματα

- α) Εκπαίδευσης
 - β) Ιατρικού
4. Η Τοποθεσία Τεχνική στα τμήματα:
- α) Τεχνική
 - β) Βιοστατικής Τεχνολογίας

Δ ρ θ ρ 10

Αυτοδότητες Τηλεπείας

Οι αυτοδότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

- 1. Αυτοδότητες Ιατρικής Τηλεπείας είναι:
 - α) Προέδρος και Προσπώνη της Υπείας, της Έκτακτης και της Επείγουσας, η Επείγουσα Υπηρεσιών Υγείας και ο Επιστρατευμένος των Επείγουσων Υπηρεσιών.

Προσωπικό Υπουργείου

Επιλογή των των εκπαιδευτικών προηγουμένων, την σύλληψη, την εκπόνηση, διανομή, τον έλεγχο, την τήρηση, την έκδοση και διαχείριση του προσωπικού και λοιπών υπηρεσιών του Σ.Ο.Θ.

Επιλογή του προσωπικού ελέγχου, του συνταξολογίου, της ασφαλιστικής συντάξης και θα ζητήσει το λοιπό τμήμα ελέγχου των προς επίτευξη συνταξίων.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Επιλογή στους παράτους, σύμφωνα με τα διατάγματα της νομοθεσίας των κατενόητων των νεοεισόντων σε κάθε εκπαιδευτική και επαγγελματική ηχοπαιδείας και της εκπαίδευσης ανήλικων και α. καταρτισμένων και α. έλεγχος των τακτικών.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ

Επιλογή για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υγεία του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την επιλογή του προσωπικού άλλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, στείρας φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργανωτική στήριξη σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση και γενικού την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε της δικαστικής δίωξης του έργου του Νοσοκομείου.

Επιλογή φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων για την απόδραση, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγων στατιστικής. Τηρεί βιβλίο κειών κάθε φορά κερβατιών και τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την κοινωτική φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της νοσηλευμένων, την χρέωση θακασών νοσηλείας και την έκδοση εισιτηρίων υπηρεσιών. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε τι αυτοεξέλιξης της επιλεγμένη στατιστικά στοιχεία της τήρησης. Κοινοποιεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα κέρβατα σχετικά αίτησης.

Επιλογή Εξωτερικών Ιατρικών: Η επιλογή και φροντίδα για την επιλογή των τακτικών εξωτερικών ιατρικών, την υποστήριξη και την παρακολούθηση σ αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και τα στοιχεία εξωτερικών ιατρικών. Ρυθμίζει την εισαγωγή αρρώστων και παρακολουθεί την εκπαιδευτική τους με προσοχή, όπως και άλλους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή αίτησης.

Επιλογή για τις άριστες λειτουργίες των τακτικών εξωτερικών για τον τρόπο λειτουργίας τους.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: Η επιλογή και φροντίδα για την συμπεριφορά αρρώστων στο Νοσοκομείο για κάθε καινοποια τους κέρβατα, και διακίνηση των αιτίων που προκαλούν τα προβλήματα υγείας και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των καινοποια προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής.

Επιλογή Επιτελεστικών (Τεχνολόγων): Εντάσσονται οι δραστηριοποιημένοι ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων εμφανιστικών, των παθολογικών και φυσιοθεραπευτικών, όπως αυτές εξειδικεύονται κανονισμοί λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Επιλογή: Η επιλογή για την μελέτη των οικονομικών αναγκών και την εισήγηση για την έγκριση ανεξαρτησία των προτάσεων, κατάρτιση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος, την πραγματοποίηση, την εκπαίδευση των αποδράτων προσωπικού και λοιπών υπηρεσιών, διαχείριση και φύλαξη των κερβατιών και κερβατιών για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την διακίνηση, τον και απολογισμό, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων και εισήγηση των κερβατιών του Νοσοκομείου, την επιλογή για την διακίνηση του Ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στοιχείων.

Επιλογή: Η επιλογή για την οργάνωση και λειτουργία, την τήρηση, της ανεξαρτησίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Επιλογή: Η επιλογή για την οργάνωση και λειτουργία, την τήρηση, της ανεξαρτησίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Επιλογή: Η επιλογή για την οργάνωση και λειτουργία, την τήρηση, της ανεξαρτησίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Επιλογή: Η επιλογή για την οργάνωση και λειτουργία, την τήρηση, της ανεξαρτησίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Επιλογή: Η επιλογή για την οργάνωση και λειτουργία, την τήρηση, της ανεξαρτησίας και τήρησης μηχανογραφικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Επιλογή Τεχνικού: Η επιλογή για τον οργανωτικό και την επιλογή της επιλογής των παραστάσεων λόγω υπόθεσης, συντήρησης, συντήρησης και επιλογής, βελτιστοποίηση των μηχανισμών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την επιλογή του προσωπικού εργαζομένων, επιτηρητών μελέτες για την επιλογή εργαζομένων, την επιλογή τους και έχει την επιλογή για την εισαγωγή και εισαγωγή παραλαβή τους. Η επιλογή για την επιλογή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παραλαβής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νερού στο Νοσοκομείο και γενικά για την επιλογή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων.

Επιλογή Βιοϊατρικών Τεχνολογιών: Η επιλογή και φροντίδα της οργανωτικής τήρησης του ιατρικού και νοσηλευτικού εξοπλισμού, καθώς και η οργανωτική τήρηση υποστήριξη της.

Επιλογή αρμόδιους των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις αποφάσεις του Ιδρύματος που καθορίζονται σύμφωνα με όσα λειτουργίες ορίζονται με τον κανονιστικό λειτουργίας του Νοσοκομείου και άλλων που έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Γραφείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Δράσεων.

Άρθρο 11

Επιλογή Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται: α) από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδων τριτοβάθμιας και συστάται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/81, στον κλάδο τριτοβάθμιας του Γραφείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Δράσεων και κερβατιών στο Νοσοκομείο αυτό.

β) από ειδικευόμενους γιατρούς που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευόμενων γιατρού, που έχουν συσταθεί με οικοδόμησε τρόπο μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης αυτής ή που συσταίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

γ) από άλλους επιτελεστικούς που προέρχουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των κερβατιών κατά κατηγορία κλάδων οι κερβατιών από τους οποίους συσταίνονται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ**
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ**
- Έξι (6) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΠΕ ΥΓΙΟΛΟΓΩΝ**
- Αθήνα (12) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΠΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ-ΓΕΝΙΚΩΝ**
- Αθήνα (2) θέσεις
- δ) από προσωπικό των κερβατιών κατά κατηγορία κλάδων σε κερβατιών από τους οποίους συσταίνονται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΔΕ ΒΟΘΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ**
- Οκτώ (8) θέσεις

Άρθρο 12

Επιλογή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των κερβατιών κατά κατηγορία κλάδων, σε κερβατιών από τους οποίους συσταίνονται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ**
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΤΩΝ**
- Αθήνα (10) θέσεις
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ**
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΤΩΝ**
- Διακρίσεις ελάχιστα πέντε (265) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΤΕ ΒΑΘΜΩΝ**
- Πέντε (5) θέσεις
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΤΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΤΩΝ-ΤΡΙΤΩΝ**
- Βίμοσι (20) θέσεις
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ**
- ΕΛΛΑΔΙΣ ΔΕ ΒΑΘΜΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**
- Πεντακάριες σπάρτα (540) θέσεις
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ**
- Τριαντάριες ελίμοσι έβα(322) θέσεις
- Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσηλέτριων-Φυλάκων ασθενών, Νοσηλέτριων Αιμάτων, Νοσηλέτριων Παιδιών, Νοσηλέτριων-Ειδικών.
- Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες: Νοσηλέτριων-Φυλάκων ασθενών: Είκοσι πέντε (25) θέσεις
- Νοσηλέτριων Αιμάτων: Είκοσι πέντε (25) θέσεις
- Νοσηλέτριων ασθενών: Αθήνα (10) θέσεις
- Νοσηλέτριων-Ειδικών: Μία (1) θέση
- Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται άλλη φορά με την απόφαση προηγουμένης αυτής.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

Τεύχος Α' 1990

Διεύθυνση Διδακτικής Υπηρεσίας

Η εν λόγω Επιτροπή συνεδρεί στις ακόλουθες ημερομηνίες και ώρες:
 1η Σύνοδος: 11/9/90, ώρα 10:00 π.μ.
 2η Σύνοδος: 12/9/90, ώρα 10:00 π.μ.

ΥΠΟΤΑΞΗ ΔΕ
ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΕΚΑΠΡΟΣΩΠΩΝ ΑΓΙΟΤΟΠΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΓΥΜΝΑΣΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες Μηχανολόγων-Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών, Πολυτεχνικών-Μηχανικών, Πλαστικών-Μηχανικών, Χημικών-Μηχανικών.

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

Μηχανολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΠΡΟΪΚΤΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΜΟΝΟΛΟΓΩΝ ΥΓΙΑΣ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΒΙΟΪΚΩΝ

έξι (6) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Μηχανολόγων-Τεχνικών, Πολυτεχνικών-Τεχνικών, Σχεδιαστών.

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

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Τέσσερις (4) θέσεις

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

έξι (6) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Χημικών-Λογιστικών, Διαχειριστικών, Επιστημονικών.

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

Χημικών-Λογιστικών: Έξι (6) θέσεις

Διαχειριστικών: Τέσσερις (4) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Χημικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Χημικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Χημικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Σχεδιαστών: Μία (1) θέση

Μηχανολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Ηλεκτρολόγων-Τεχνικών: Μία (1) θέση

Πολυτεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

Τεχνικών-Μηχανικών: Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΔΑΚΤΟΡΕΙΩΝ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΟΡΕΩΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΚΤΩΝ

Εκατό (100) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Εληκτρικών, Θυρώνων, Ταξινόμων Ιματισμού, Συνοδών Αναλυσιτών, Χειριστών Αναπαραγωγής Εγγραμμάτων.

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

Εληκτρικών: Τέσσερις (4) θέσεις

Θυρώνων: Δέκα (10) θέσεις

Ταξινόμων Ιματισμού: Δύο (2) θέσεις

Συνοδών Αναλυσιτών: Δύο (2) θέσεις

Χειριστών αναπαραγωγής εγγραμμάτων: Δύο (2) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΣΠΡΟΪΚΤΩΝ

Διακόσιες (200) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Εκπαιδευτικών-Τριών, Πτυχιούχων-Τριών, Ποσοαπόδοτων-Ειδιοτελών-Τριών.

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

Εκπαιδευτικών-Τριών: Ξενήντα (90) θέσεις

Πτυχιούχων-Τριών: Δέκα (10) θέσεις

Ποσοαπόδοτων-Ειδιοτελών-Τριών: Πέντε (5) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ

Πενήντα (50) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

Υποστηρικτικών, Μαθητών, Μαθητριών, Αναπληρωτικών, Αποσπασμένων.

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

Υποστηρικτικών: Δέκα πέντε (15) θέσεις

Μαθητών-Μαθητριών: Πέντε (5) θέσεις

Αναπληρωτικών: Πέντε (5) θέσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ Α

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

Ψυχιατρεία	1981			1989			1994		
	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.	Αριθμός νοσηλ.	Κτιριακή έκτ. τ.μ.	τ.μ./άρρ.
1. Ψ. Ν. Αττικής	2.750	24.000	8.72	1.966	62.750	32.0	1.700	63.050	37.0
2. Δρομοκαΐτειο	880	12.286	13.9	713	12.274	17.2	657	13.000	19.0
3. Παιδοψυχιατρικό Ν. Αττικής	100	6.700	67.0	158	22.540	142.6	140	22.540	161.0
4. Ψ. Ν. Θεσσαλονίκης	1.000	10.000	23.8	822	23.605	28.7	727	23.605	32.4
5. Ψ. Ν. Τρίπολης	420	6.000	14.28	416	10.415	25.0	280	5.800	20.7
6. Ψ. Ν. Κέρκυρας	416	3.551	8.5	413	5.200	12.6	360	4.583	12.7
7. Ψ. Ν. Πέτρας Ολύμπου	500	4.583	9.1	355	4.583	12.9	350	5.000	14.3
8. Ψ. Ν. Λέρου	1.905	27.203	14.3	1.100	31.651	28.8	810	32.000	40.0
9. Ψ. Ν. Χανίων	415	8.239	19.8	369	14.700	39.8	370	14.700	20.7
Σύνολο	8.386	102.562	6.377	6.312	187.718	29.7	5.394	206.818	34.0

ΠΙΝΑΚΑΣ Β**Δείκτες αποτελέσματος : Κατάταξη των ψυχιατρικών νοσοκομείων σύμφωνα με το μέσο χρόνο νοσηλείας (1995)**

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

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ

Κλίνες ψυχιατρικών νοσοκομείων και θέσεις αποκατάστασης στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά 1.000 κατοίκους. Αναλογίες για το σύνολο της χώρας

Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		Ψυχιατρικοί τομείς Γενικών Νοσοκομείων	Προεπαγγ. Επαγγελματικά Εργαστήρια	Συνεργατικές	Ξενώνες	Προστατευόμενα Δια μερίσματα	Κέντρα Ημέρας	Εργαστήρια Νοητικώς Υστερούντων	Ιδρύματα Νοητικώς Υστερούντων
Δημόσια	Ιδιωτικά								
0.49	0.40	0.032	1.7	0.04	0.1	0.02	0.04	0.09	0.09

ΠΙΝΑΚΑΣ Δ Γεωγραφική κατανομή των νευρολόγων – ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων και νευρολόγων (1995)

Ειδικότητα	ΠΕΡΙΟΧΗ							
	Πρωτεύουσα		Θεσσαλονίκη		Υπόλοιπη Χώρα		Σύνολο	
Νευρολόγοι – Ψυχίατροι	407	(58.3)	112	(16.0)	179	(25.6)	698	(100.0)
Ψυχίατροι	226	(52.6)	92	(21.4)	112	(25.8)	430	(100.0)
Παιδοψυχίατροι	88	(73.9)	21	(17.6)	10	(8.4)	119	(100.0)
Νευρολόγοι	152	(45.7)	89	(26.8)	91	(27.4)	332	(100.0)
ΣΥΝΟΛΟ	873	(55.4)	314	(19.8)	392	(24.8)	1.579	(1000)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, Τ. Lemberire A. Feline & συνεργάτες
2. ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 65
ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 46
ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Νο 61
3. ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ», Τεύχος 225
4. «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ», Έκθεση εμπειρογνομώνων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ 815/1984 της Ε.Ο.Κ. ΒΡΥΞΕΛΛΕΣ)
5. ΜΑΔΙΑΝΟΣ (Μ) : « Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ»
Εκδόσεις : ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα
6. «ΕΛΛΗΝΟΓΑΛΛΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ»,
Εκδόσεις : ΚΑΣΤΑΝΙΣΤΗ, Αθήνα
7. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΣΗΜΕΙΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Ψ.Ν.Α.
«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ – ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ,
ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ» 07/02/2000 - 10/02/2000
ΘΕΜΑ : «ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗ»
ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ : ΓΙΩΤΗΣ ΛΑΜΠΡΟΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ -
ΔΡΑΜΑΤΟΠΕΡΑΠΕΥΤΗΣ)
ΜΑΡΙΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ)
8. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
9. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΕΣΩ INTERNET