

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Νταού Πεντέλης. Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
- ΤΖΑΝΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

**ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ**  
- ΝΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ  
- ΨΩΜΑΔΕΛΛΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

**Η Ρ Α Κ Λ Ε Ι Ο**

**2 0 0 5**

# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	9
Σκοπός-στόχος της εργασίας .....	11
- Απόψεις	
- Πτυχές του θέματος	
- Στόχοι	
Δομή της εργασίας .....	12

## ΜΕΡΟΣ Ι

### Θ Ε Ω Ρ Η Τ Ι Κ Ο   Μ Ε Ρ Ο Σ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### **Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

1.1 Η ιστορία της Ψυχιατρικής από την αρχαιότητα έως τις μέρες μας .....	16
A. ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΑ .....	16
B. ΣΑΜΑΝΙΣΜΟΣ .....	17
1.1.1 Η Ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα .....	18
A. Ασκληπιεία .....	18
B. Ιπποκράτης .....	18
Γ. Φιλόσοφοι - Ψυχολόγοι .....	19
1.1.2 Η Ψυχιατρική στην Ελληνορωμαϊκή Εποχή .....	20
A. Κλινικοί ψυχίατροι .....	20
1.1.3 Η Ψυχιατρική στον Μεσαίωνα .....	21
A. Δαιμονολογία .....	21
B. Βυζαντινοί Ψυχίατροι .....	22
Γ. Άραβες Ψυχίατροι .....	23
1.1.4 Η Ψυχιατρική στην Αναγέννηση .....	24
A. Η κωδικοποίηση της δαιμονολογίας .....	24
B. Το κίνημα κατά της δαιμονολογίας .....	24

Γ. Η μελέτη του εγκεφάλου .....	25
1.1.5 Η Ψυχιατρική στην Νεότερη Εποχή .....	25
Α. Η γέννηση της νευρολογίας .....	25
Β. Το αίνιγμα της Υστερίας .....	26
Γ. Ψυχιατρική Αναγέννηση .....	26
Δ. Οργανική Ψυχιατρική .....	27
Ε. Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική .....	27
ΣΤ. Η Ψυχιατρική στις μέρες μας .....	28

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.1 Η Ιστορία Της Ψυχιατρικής Περιθαλψης στην Ελλάδα .....	30
> <b>Εισαγωγή</b> .....	30
▣ Παραδοσιακές πρακτικές .....	31
▣ Τα Νοσοκομεία .....	32
▣ Το Φρενοκομείο της Κέρκυρας .....	37
2.1.1 Η Ιστορία της Ψυχιατρικής μετά την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους .....	39
▣ Η πρώτη νομοθεσία .....	41
▣ Η ίδρυση και η εξέλιξη των ψυχιατρείων .....	42
2.1.2 Η Ιστορία της Ψυχιατρικής μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο .....	47
2.1.3 Η Ελληνική Ψυχιατρική στην διάρκεια του Πολέμου του 1940 .....	50
2.1.4 Η Ελληνική Ψυχιατρική στην Μεταπολεμική Περίοδο, 1950-1980 .....	51

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Η Παιδοψυχιατρική Περιθαλψη στην Ελλάδα .....	56
3.2 Προτάσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων στους τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού .....	62
> <b>Πρόληψη</b> .....	62
1. Υπηρεσίες για μητέρες και τα μικρά παιδιά της .....	62
2. Οικογενειακός προγραμματισμός .....	63
3. Ημερήσια φροντίδα παιδιών .....	64
4. Ο ρόλος του σχολείου .....	66

5. Φροντίδα για παιδιά και οικογένειες σε Γενικά Νοσοκομεία και Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας .....	67
➤ Στελέχωση και προγράμματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Πρόνοιας ...	68
α. Το πρόβλημα των αρνητικών στάσεων προς τα θέματα ψυχικής υγείας .....	69
β. Εκπαίδευση .....	71
γ. Έρευνα .....	75
δ. Νομοθεσία .....	75
ε. Διοίκηση - Γραφειοκρατικές διαδικασίες .....	76

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

4.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Στην Ελλάδα .....	79
4.1.1 Μεταβαλλόμενη ιδεολογία και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση .....	84
➤ Οι δυνάμεις πίσω από τη μεταρρύθμιση .....	87
4.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Γαλλία τις τελευταίες δεκαετίες .....	90

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

5.1 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργώσ» .....	94
▶ Το 10ετές Ειδικό Πρόγραμμα «Ψυχαργώσ» .....	95
▶ Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006 και ο Άξονας Προτεραιότητας 2: «Ψυχική Υγεία» .....	98
5.2 Α' και Β' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώσ» (2000-2010) .....	118
5.2.1 Η Α' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώσ» (2000-2006) .....	119
5.2.2 Η Β' Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώσ» (2007-2010) .....	125

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

6.1 Η διαδικασία του αποϊδρωματισμού στο άσυλο και ο ρόλος του προσωπικού .....	131
---	-----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

7.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ψυχική υγεία-ψυχιατρική μεταρρύθμιση .....	141
---	-----

## ΜΕΡΟΣ ΙΙ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

1.1 Μεθοδολογία Έρευνας .....	145
› <b>Εισαγωγή</b> .....	145
1.1.1 Σκοπός Της Μελέτης .....	145
1.1.2 Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων .....	146
1.1.3 Πεδίο Μελέτης, Επιλογή Δείγματος, Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων .....	150

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ , ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

2.1 Παρουσίαση Του «Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής» .....	155
› <b>Εισαγωγή</b> .....	155
› Ταυτότητα και σύντομο Ιστορικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής .....	155
2.1.1 Προγράμματα Αποκατάστασης Και Κοινωνικής Επανάταξης. Υπηρεσίες Του Π.Ν.Α. Μέσα Και Έξω Από Το Νοσοκομείο .....	159
› <b>Ενδό - νοσοκομειακές Δομές</b> .....	159
→ Κύριες Λειτουργίες του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου .....	160
› <b>Έξω - νοσοκομειακές Δομές</b> .....	169
2.1.2 Αποτύπωση της Οργανωτικής Διάρθρωσης .....	175

2.1.2.1 .....	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ .....	176
2.1.2.2 .....	ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ .....	180
2.1.2.3 .....	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ .....	181
2.1.2.4 .....	ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ .....	182
2.1.3	Χαρακτηριστικά Του Προσωπικού Και Των Ασθενών Του Π.Ν.Α. ....	185
2.2	Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου .....	189
2.2.1	Διαχρονική Εξέλιξη του ρόλου του Νοσοκομείου .....	190
2.3	Ιστορικό της Εξέλιξης των τομέων δραστηριότητας του Νοσοκομείου .....	196
2.4	Τρεις Τομείς Πρόληψης Ψυχικής Υγείας .....	200
2.4.1	ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ν. Α. ....	201
2.5	Αποτίμηση του χαρακτήρα του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής .....	205

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ Π.Ν.Α.

3.1	Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση .....	208
	› <b>Εισαγωγή</b> .....	208
3.1.1	Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Π. Ν. Α. ....	209
3.1.2	Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για το Π.Ν.Α. ....	212
3.2	Στόχοι του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Σχετικά με τις Μεταβολές που αυτό θα υποβληθεί σύμφωνα με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση .....	213

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΕΡΕΥΝΑ Μ.ΥΠ.Ε.Π.

4.1	Έρευνα Μ.ΥΠ.Ε.Π., (Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση») .....	223
	› <b>Εισαγωγή</b> .....	223
4.1.1	Η Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Των Φορέων «Ψυχαργός Β' Φάση» και το έργο της .....	224
4.2	Ερωτηματολόγιο για τους εργαζομένους του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής .....	232
4.2.1	Επεξεργασία έρευνας Μ.ΥΠ.Ε.Π. στο προσωπικό του Π.Ν.Α. ....	233
	› <b>Εισαγωγή</b> .....	233
4.2.1.1	Μέθοδος .....	233

4.2.1.2 Αποτελέσματα .....	235
----------------------------	-----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **ΈΡΕΥΝΑ**

5.1 Παρουσίαση-Επεξεργασία Αποτελεσμάτων Έρευνας Σπουδαστριών, (τεχνικές συλλογής στοιχείων → δομημένες συνεντεύξεις, φόρμες, συμμετοχική παρατήρηση) .....	238
› <b>Εισαγωγή</b> .....	238
5.1.1 Παρουσίαση Έρευνας-Επεξεργασία Αποτελεσμάτων .....	239

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΈΡΕΥΝΩΝ (Μ.Υ.Π.Ε.Π. - ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ)**

6.1 Σύγκριση Έρευνας Μ.Υ.Π.Ε.Π. και Έρευνας Σπουδαστριών .....	260
› <b>Εισαγωγή</b> .....	260
6.1.1 Σύγκριση Ερευνών .....	260

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	265
-----------------------	-----

<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	271
-----------------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	274
---------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	278
--------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι</b> «Τελική Ερευνητική Πρόταση Πτυχιακής» .....	279
--	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ</b> «Δείγμα Έρευνας» .....	286
--	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ</b> «Συνέντευξη Έρευνας» .....	287
---	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV</b> «Ερωτηματολόγιο Μ.Υ.Π.Ε.Π.» .....	289
---	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V</b> «Σχεδιάγραμμα Φόρμας» .....	290
--	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI</b> «Οργανόγραμμα Π.Ν.Α.» .....	291
---	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII</b> «Πίνακες/Σχεδιαγράμματα Έρευνας Μ.Υ.Π.» .....	298
--	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ VIII</b> «Χάρτης» .....	302
--	-----





Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση εκφράζει μια πιο ανθρωποκεντρική και όχι στερεοτυπική, γεμάτη προκαταλήψεις, αντίληψη, για την ψυχιατρική ασθένεια και την φροντίδα της. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε κριτήριο επιλογής για την διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Στην συνέχεια θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που συνεργάστηκαν μαζί μας και που χωρίς την βοήθειά τους θα ήταν δύσκολο να ολοκληρωθεί με επιτυχία η πτυχιακή μας εργασία.

Ευχαριστούμε: τον κ. Στυλιανίδη Σ., Διοικητή του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, για την συμβολή του στην διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και για την έγκριση του, όσο αφορά την πρόσβασή μας στο Νοσοκομείο. Τον κ. Χονδρό Δ., Οικονομολόγο, Υπεύθυνο Έργου της «Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός», τόσο για την προμήθευσή μας σε υλικό, που αφορά το πρόγραμμα «Ψυχαργός», όσο και για την πρόσβασή μας στην έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί από την «Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός», στο προσωπικό του Π.Ν.Α. για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Την κα. Ευαγγελινίδου Ε., Κοινωνική Λειτουργό, Προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, για την ενημέρωση που είχαμε για την δομή, λειτουργία κλπ. Του Π.Ν.Α. και για την βοήθεια της όσο αφορά την επαφή μας με το προσωπικό του Νοσοκομείου. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλο το προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής που μας βοήθησε για την διεξαγωγή της έρευνάς μας και για τον χρόνο που μας διέθεσε. Τέλος, ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Τζανάκη Ε., υπεύθυνο καθηγητή μας, για την βοήθειά και συμπαράστασή του σε όλη αυτή την προσπάθεια για την επίτευξη της πτυχιακής μας εργασίας.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Νταού Πεντέλης. Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού.

Η εργασία αυτή ολοκληρώθηκε μέσα σε διάστημα 12 μηνών. Θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε μια σαφή εικόνα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης όπως αυτή εφαρμόζεται στην χώρα μας, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτελεί μια κίνηση που συνδέεται με την περίθαλψη και φροντίδα των ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα, δηλαδή στο κοινωνικό σύνολο. Στοχεύει στην κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών μέσα από μια διευρυμένη κοινωνική δραστηριότητα, η οποία θα επηρεάζει θετικά την διαβίωση και πορεία της ασθένειας τους μέσα από την ανάθεση και υιοθέτηση ρόλων, που ο καθένας μπορεί να έχει, όπως εκείνος του εργαζόμενου ή του πατέρα κ.λ.π. Επίσης, η τοποθέτηση της ψυχικής ασθένειας στο κοινωνικό πλαίσιο και όχι στο περιθώριο του θα βοηθήσει στην αξιολόγηση και τον επαναπροσδιορισμό των στόχων του τομέα Ψυχικής Υγείας με σκοπό έναν νέο ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό.

Οι ιδέες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των στόχων, που εξυπηρετεί, εκφράζονται μέσα στην βιβλιογραφία, που συγκεντρώσαμε σε αυτήν την εργασία, και προσφέρουν μια ρεαλιστική εικόνα για την εξέλιξη της μεταρρυθμιστικής κίνησης. Η κίνηση αυτή βρίσκεται στο επίκεντρο πολλών δυτικών κρατών για τα θέματα της ψυχικής υγείας και οι τομές που επιχειρούνται έχουν σαν ιδεολογικό υπόβαθρο την κυβερνητική πολιτική, που εστιάζει στο κοινωνικό κράτος και την κοινωνική συνοχή. Οι δυσκολίες επίσης, που υπάρχουν είναι ακόμα μια άλλη εικόνα, που μεταφέρουν οι διάφοροι συγγραφείς, οι οποίες εκφράζονται περισσότερο από τις διεπιστημονικές ομάδες, που συμμετέχουν στην καθημερινότητα των ασθενών στα ψυχιατρικά πλαίσια και συγκεκριμένα σε εκείνα που αφορούν τα παιδιά.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Υγείας και της κοινωνίας για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια.

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της

ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Η μεταρρύθμιση αφορά:

- το νομικό πλαίσιο,
- το οργανωτικό πλαίσιο,
- το διοικητικό πλαίσιο,
- το διαχειριστικό πλαίσιο, του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Βλ. Μαδιανός, 1994:25).

Το Ίδρυμα, στο οποίο εστίασαμε το ερευνητικό μας ενδιαφέρον, ορίζεται ως Ειδικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο και μετονομάζεται σε «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής», είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και **απευθύνεται** σε παιδιά ηλικίας από 5 έως 17 ετών, που πάσχουν από νευροψυχικές παθήσεις ή διαταραχές καθώς και νοητικές καθυστερήσεις, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση της οικογένειάς του, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. **Παρέχει** εξειδικευμένη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε παιδί. Παρέχει ιατρική, ψυχολογική, ψυχιατρική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και φιλοξενία των παιδιών στο Νοσοκομείο.

**Ρόλος** του Νοσοκομείου είναι: α) προβλέπεται εξειδικευμένη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε παιδί, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση της οικογένειάς του, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, β) η κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των παιδιών με τη στοιχειώδη τεχνική κατάρτισή τους στα Επαγγελματικά Εργαστήρια ή με την παραμονή τους στα ενδιάμεσα σπίτια, γ) η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής έρευνας, δ) η εκπαίδευση και επιμόρφωση λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

Το ίδρυμα αυτό, είναι ευρύτερα γνωστό και ως Νταού Πεντέλης, επωνομασία που έδωσαν οι κάτοικοι της περιοχής στο Νοσοκομείο, λόγω του ότι στην περιοχή που βρισκόταν υπήρχαν πολλά παγόνια. Έτσι ονόμασαν το Νοσοκομείο από τον ήχο που έκαναν τα παγόνια.

## Σκοπός-στόχος της εργασίας

Ο σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας αναφερόταν στην μελέτη και την αξιολόγηση της ιδρυματοποιημένης μορφής περίθαλψης καθώς και την διαδικασία αλλαγής της, στην διερεύνηση της δυνατότητας πραγματοποίησης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Νταού Πεντέλης, στην καταγραφή και στην εκτίμηση των υποδομών που υπάρχουν για να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στην απόκτηση γνώσεων για τα περιεχόμενα, από το υπό διερεύνηση Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, προγράμματα αποκατάστασης, στην διαπίστωση πραγματοποίησης κοινωνικής αλλαγής και επανένταξης των ασθενών μέσα από τα προγράμματα και στην καταγραφή και ανάλυση των απόψεων του προσωπικού για όλα τα παραπάνω ζητήματα.

Ύστερα από συστηματική και συγκροτημένη μελέτη του θέματος πιστεύουμε πως καταφέραμε να διερευνήσουμε σημαντικές πτυχές του. Σημαντική βοήθεια μας προσέφερε η βιβλιογραφία την οποία μελετήσαμε προσεκτικά.

Επίσης, μπορούμε να πούμε ότι απαντήθηκαν τα περισσότερα ερωτήματα, που είχαμε θέσει και ότι ο σκοπός υλοποίησης της πτυχιακής πραγματοποιήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό καθώς καταφέραμε να λάβουμε πληροφόρηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και να διερευνήσουμε το βαθμό υλοποίησης της στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας, δηλαδή το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Αξιόλογη είναι η αναφορά μας και στα αποτελέσματα της συμμετοχικής έρευνας στο συγκεκριμένο πλαίσιο, τα οποία κρίθηκαν σημαντικά για την διαπίστωση της αποτελεσματικότητας και του βαθμού υλοποίησης της μεταρρυθμιστικής κίνησης από την οπτική των εργαζόμενων σε αυτό.

Τέλος, η φάση της έρευνας αποτέλεσε και το πιο δύσκολο κομμάτι της πτυχιακής μας καθώς το συγκρουσιακό κλίμα, που επικρατούσε στο συγκεκριμένο πλαίσιο, δυσκόλεψε αρχικά την πρόσβαση μας στο χώρο, την ανάπτυξη επαφής με το προσωπικό και την απόσπαση προσωπικών απόψεων και στάσεων των εργαζομένων καθώς μπορούσε να αποτελέσει αφορμή για ανατροπή μιας ισορροπίας, που ακολουθεί κάθε κίνηση αλλαγής και προσαρμογής σε αυτήν.

## Δομή της εργασίας

Η πτυχιακή μας εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το Ι μέρος της εργασίας μας αποτελείται από 6 κεφάλαια. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο μιλάμε για την ιστορία της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης από την αρχαιότητα έως σήμερα Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο κάνουμε μια ιστορική αναδρομή της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφερόμαστε στην Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα, στα προγράμματα ψυχικής υγείας που υπάρχουν για το παιδί. Επίσης, στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας μιλάμε για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, τότε αυτή άρχισε να εφαρμόζετε, τι ακριβώς αλλαγές πρόκειται να φέρει στην ψυχική υγεία της χώρας μας και κάνουμε και μια μικρή σύγκριση με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση της Γαλλίας, της Ιταλίας και της Αυστραλίας. Στην συνέχεια, στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο κάνουμε μια εκτενή ανάλυση του δεκαετούς επιχειρησιακού προγράμματος «Ψυχαργός», αναφέροντας την Α΄ και Β΄ Φάση του Προγράμματος. Τέλος, στο 6<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο, του Ι μέρους, της πτυχιακής μας εργασίας αναφερόμαστε στον ρόλο που παίζει η θεραπευτική ομάδα ενός Νοσοκομείου στην διαδικασία αποϊδρυματισμού αυτού.

Το ΙΙ μέρος της εργασίας μας αποτελείται, επίσης, από 6 κεφάλαια. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφερόμαστε στην μεθοδολογία της έρευνας πάνω στην οποία στηριχτήκαμε για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο κάνουμε μια εκτενή παρουσίαση και αξιολόγηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Ακολούθως, στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο μιλάμε για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και το 10ετές πρόγραμμα «Ψυχαργός» όπως αυτό εφαρμόζετε στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζουμε την έρευνα που πραγματοποίησε η Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός», πριν ένα χρόνο, στο προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, για τις απόψεις τους όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση του Νοσοκομείου. Στην συνέχεια στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζουμε την δική μας έρευνα που αφορά την καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού. Τέλος στο 6<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο, του ΙΙ

μέρους, της πτυχιακής μας εργασίας κάνουμε μια σύγκριση και αξιολόγηση των δύο ερευνών.

Στο τέλος της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζουμε τα συμπεράσματα, την βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο  
Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

#### 1.1 Η ιστορία της Ψυχιατρικής από την αρχαιότητα έως τις μέρες μας

##### > Εισαγωγή

##### **A. ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΑ**

Τρυπανισμένα κρανία, τα οποία βρέθηκαν σε αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου, οδηγούν στην ιδέα μιας χειρουργικής επέμβασης που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία η «πρωτόγονη» αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με τη μορφή δαιμόνων, που συναντάτε ακόμα και στις μέρες μας, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής στην Ευρώπη και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου με τραγικές συνέπειες για αμέτρητους ψυχιατρικούς αρρώστους (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες - την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες. Παραδείγματα, η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και η ανάλογη διαταραχή του Ηρακλή «μαινόμενου», η σχιζοτυπική κρίση του μητροκτόνου Ορέστη και η ψυχογενής ανικανότητα του Ιφίκλου, τα οποία έχουν κοινό σημείο την προέλευση από κακά πνεύματα που στην αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Λύσσα και Μανία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ταυτόχρονα, σε ορισμένες περιπτώσεις κυριαρχεί η αντίληψη ότι ο ψυχιατρικός άρρωστος είναι αντικείμενο ιερό. Η συγκεκριμένη αντίληψη εξηγείται με το φόβο του θανάτου και την ταύτιση των πνευμάτων, καλών ή κακών, με τον κόσμο των νεκρών που ξαναγυρίζουν φευγαλέα στα όνειρά μας και πιο μόνιμα στο πνεύμα και στο σώμα των ψυχιατρικών ασθενών. Η απώλεια, εξάλλου, της συνειδήσεως κατά τον ύπνο και το φαινόμενο των ονείρων δημιούργησαν την εντύπωση ότι το ανθρώπινο πνεύμα μπορούσε να φεύγει από το σώμα και να ταξιδεύει στον κόσμο των νεκρών βρίσκοντας την ευκαιρία να συνδιαλέγεται μαζί τους σαν να ήταν εκείνοι ακόμα ζωντανοί. Σε μια τέτοια εντύπωση οφείλεται η ιδέα ότι η ψυχή είναι κάτι άυλο που εγκαταλείπει τελικά και ανεπίστρεπτα το σώμα, όταν ο άνθρωπος πάψει πια να αναπνέει και η καρδιά του να χτυπάει (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **B. ΣΑΜΑΝΙΣΜΟΣ**

Στις πρωτόγονες κοινωνίες ο άνθρωπος που ασχολείται με τους ψυχιατρικά ασθενείς είναι ο «σαμάνας». Πρόκειται για ένα άτομο προικισμένο με την ικανότητα να πέφτει σε μια κατάσταση εκστάσεως κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνεί με τα παθογόνα πνεύματα και με κάποιον τελετουργικό τρόπο τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα (στην ουσία την ταυτότητα) του αρρώστου (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η εκστασιακή αυτή κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική διέγερση, υποβοηθείται με διάφορα φυσικά μέσα, όπως ο καπνός από αρωματικά βότανα, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών και άλλων χημικών ουσιών, που περιέχονται σεμανιτάρια, σπόρους ή εκχυλίσματα φυτών, όπως το πεότι και η ινδική κάνναβη. Με τη συνοδεία ρυθμικής μουσικής, ιδίως τύμπανα, ο σαμάνας και συνήθως και ο άρρωστος επιδίδονται σε κάποια χορευτική δραστηριότητα, που καταλήγει σε μερική απώλεια συνειδήσεως, άναρθρες κραυγές και επιληπτοειδείς κινήσεις (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **1.1.1 Η Ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα**

## **A. Ασκληπιεία**

Στην αρχαία Ελλάδα την τελετουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα, που ονομάζονταν Ασκληπιεία, ανάμεσα στα οποία τα πιο σπουδαία ήταν της θεσσαλικής Τρίκκης, της Επιδαύρου και της Κω. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των λογίων άρρωστοι, αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι απλοί γιατροί. Τέτοιες παθήσεις συμβαίνει συχνά να είναι ψυχιατρικές -κατά κανόνα σωματόμορφες και, γενικότερα, παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο. Κλασικό παράδειγμα η υστερία, ψυχική διαταραχή που δυσκολεύεται κανένας να την ξεχωρίσει από παθήσεις που οφείλονται σε οργανικές αιτίες (Χαρτοκόλλης, 1991).

Μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Τα όνειρα αποτελούσαν μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή αντανακλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **B. Ιπποκράτης**

Ανάμεσα στους Ασκληπιιάδες, ιερείς του θεού της ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα, ο Ακμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα, διερεύνησε την ανατομική του ανθρώπινου σώματος και ιδιαίτερα του βολβού του ματιού από την οποία έβγαλε το συμπέρασμα ότι η έδρα των αισθήσεων είναι ο εγκέφαλος. Ένας άλλος ερευνητής γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης, κατά την παράδοση απόγονος του ίδιου του θεού Ασκληπιού, που μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της Κω τον 4ο π.Χ αιώνα. Πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες αρχίζοντας από την επιληψία, την «ιερή νόσο» της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού, γεγονός που οδήγησε στο να θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές -τις λεγόμενες φρενιτίδες- δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα ως σήμερα- υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια -όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο. Για την υστερία, την οποία θεώρησε ως οργανική μάλλον παρά ψυχολογική πάθηση και την οποία αναγνώρισε αποκλειστικά στις γυναίκες, ο Ιπποκράτης επισήμανε τον σεξουαλικό της χαρακτήρα αποδίδοντας την σε μια υπερκινητικότητα της μήτρας (υστέρας) και συνιστώντας ως θεραπεία το γάμο. Κατά τον ίδιο οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των «χυμών» του σώματος, που τους προσδιορίζει σε τέσσερις - το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και την μαύρη χολή . Η αναλογία, εξάλλου, των σωματικών αυτών «χυμών» προσδιόριζε τον ανθρώπινο χαρακτήρα, που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε «*αιματώδη*», «*λεμφατικό*» και «*χολερικό*» (Χαρτοκόλλης, 1991).

### Γ. Φιλόσοφοι -Ψυχολόγοι

Παρόμοιες υλιστικές ιδέες για την προέλευση των ψυχιατρικών διαταραχών υιοθετούσαν και άλλοι εκτός από τον Ιπποκράτη, όπως ο ατομικός φιλόσοφος Δημόκριτος, που φαίνεται να επηρέασε άμεσα τις θεωρίες του πατέρα της ιατρικής. Σχεδόν σύγχρονος τους ήταν ο Πλάτων, ο οποίος υιοθέτησε μια θέση ιδεαλιστική και αντιεμπειρική. Κατά τον Πλάτωνα οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής, που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν. Προκειμένου, ωστόσο, για τα συναισθήματα, τα συσχέτισε με τη λειτουργία του εγκεφάλου μάλλον παρά της καρδιάς, όπως άλλοι σύγχρονοί του και μεταγενέστεροι ψυχολόγοι-φιλόσοφοι. Ας σημειωθεί εδώ ότι για τον Όμηρο το κέντρο των συναισθημάτων και γενικά των ψυχολογικών λειτουργιών ήταν το διάφραγμα ή οι φρένες, εξού και φρενοβλάβεια, σχιζοφρένεια, όροι που δημιουργήθηκαν και επικράτησαν σε μια πιο πρόσφατη εποχή (Χαρτοκόλλης, 1991).

Μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης συστηματοποίησε την ψυχολογία του ανθρώπου δημιουργώντας μια ακαδημαϊκή παράδοση που διατηρήθηκε

ζωντανή ως τις μέρες μας. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό, και βούληση. Όπως ο Ιπποκράτης υποστήριξε την οργανική προέλευση κάθε αρρώστιας, σωματικής ή ψυχικής στην ύπαρξη αερίων ή πνευμάτων που κυκλοφορώντας στο σώμα και τον εγκέφαλο και ανάλογα με την υγρότητα ή ξηρότητα τους προκαλούν τις διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (Χαρτοκόλλης, 1991).

Τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη διαδέχτηκαν ο Επίκουρος και ο Ζήνων, που δεν δημιούργησαν απλώς φιλοσοφικές σχολές αλλά κοινότητες με δικά τους ιδανικά και τρόπους συμπεριφοράς. Και οι δυο αυτές σχολές υπογράμμισαν τη σημασία της εμπειρίας και των διαπροσωπικών σχέσεων για την ανάπτυξη του ψυχικού κόσμου, που πίστεψαν λίγο πολύ όπως οι Άγγλοι εμπειριστές, στα πρόθυρα της εποχής μας, ότι γεννιέται σαν μάζα άγραφη, άχρωμη και όμορφη (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **1.1.2 Η Ψυχιατρική στην Ελληνορωμαϊκή Εποχή**

#### **A. Κλινικοί ψυχίατροι**

Μόλο που η αλεξανδρινή εποχή έχει να επιδείξει αξιόλογους γιατρούς του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως ο Ηρόφιλος και ο Ερασίστρατος, η ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δεν σημείωσε καμιά πρόοδο ούτε στην ψυχολογία ούτε στην ψυχιατρική καθώς κυριάρχησαν μυστικιστικές, μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στα Ευαγγέλια και στον χριστιανισμό (Χαρτοκόλλης, 1991).

Μια από τις εξαιρέσεις ήταν ο Ασκληπιάδης, γύρω στα μέσα του 1<sup>ου</sup> αιώνα, που φιλοσοφικά ανήκε στην επικούρεια Σχολή. Άρχισε ως ρήτορας για να καταλήξει γιατρός και μάλιστα ψυχίατρος. Απορρίπτοντας την παράδοση του Ιπποκράτη περιέγραψε το ανθρώπινο σώμα με βάση την ατομική θεωρία του

Δημόκριτου ως μια μάζα ατόμων σε συνεχή κίνηση, η οποία ανάλογα με την απόσταση, μικρή ή μεγάλη, που δημιουργείται ανάμεσά τους προκαλεί τις διάφορες αρρώστιες. Ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις ξεχωρίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε, τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές, που οφείλονται στον πυρετό. Ο Ασκληπιιάδης έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων προσπαθώντας να τους ηρεμήσει με ειδικές συσκευές, διάφορων ειδών λουτρά και απαλή μουσική (Χαρτοκόλλης, 1991).

Δεν πίστευε στην ωφελιμότητα των αφαιμάξεων και έβρισκε απαράδεκτη την χρήση κελιών και σκοτεινών φυλακών, στις οποίες έκλειναν συνήθως τους ψυχιατρικούς αρρώστους στον καιρό του (Χαρτοκόλλης, 1991).

Μαθητής του Ασκληπιιάδη, ο γνωστός Ρωμαίος ρήτορας και στωικός φιλόσοφος Κικέρων έδωσε μια λεπτομερή περιγραφή των συναισθημάτων ή παθών από τα οποία ξεχώρισε ως το πιο ισχυρό τη σεξουαλική επιθυμία, που την ονόμασε λίμπιντο -ο πρώτος που μεταχειρίστηκε τον όρο με την ψυχολογική του σημασία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ονομαστός στην αρχαιότητα ήταν επίσης ο Αρεταίος από την Καππαδοκία. Έζησε γύρω στα τέλη του 1ου αιώνα, αν όχι αργότερα. Ήταν προικισμένος με έξοχη κλινική παρατηρητικότητα και περισσότερο από όλους τους προγενέστερούς του, έδωσε προσοχή στο πως αισθάνεται και σκέφτεται ο άρρωστος. Όπως όλοι οι γιατροί της εποχής του ασχολήθηκε και με την υστερία για την οποία όμως σε αντίθεση με την επικρατούσα αντίληψη υποστήριξε ότι μπορούσε να υπάρχει και στους άντρες (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **1.1.3 Η Ψυχιατρική στον Μεσαίωνα**

## **A. Δαιμονολογία**

Η πίστη σε δαίμονες ή σε δαιμόνια ως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών ύστερα από μια σχετική ύφεση που έφερε η επίδραση του Ιπποκράτη, επικράτησε και πάλι κατά την ελληνιστική περίοδο για να περάσει τελικά στη χριστιανική θρησκεία.. Για κάμποσο καιρό, ωστόσο, η εκκλησία είχε τις αμφιβολίες της για το τι συνιστούσε μια ψυχιατρική διαταραχή θέτοντας συχνά τα ερώτημα αν ο τρελός ήταν άγιος ή οπαδός του διαβόλου. Τον 6ο με 7ο αιώνα όμως κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχιατρική αρρώστια σε όλες τις εκφράσεις της ήταν έργο του διαβόλου. Στην εξέλιξη αυτή αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του μεγάλου Πατέρα της Δυτικής Εκκλησίας Αγίου Αυγουστίνου (Χαρτοκόλλης, 1991).

Αναφερόμενος στα συναισθήματα ο ίδιος παρατήρησε ότι ο έλεγχος που θα μπορούσε να εξασκήσει η λογική επάνω τους είναι στο μέτρο που το επιτρέπουν τα σκοτεινά ορμέμφυτα του ανθρώπου, ιδίως η σεξουαλικότητα. Για τον Αυγουστίνο οι σεξουαλικές σχέσεις είναι απεχθείς και πρέπει να αποφεύγονται καθώς τις διαπνέει η λαγνεία. Επιτρέπονται μόνο για το σκοπό της αναπαραγωγής αλλιώς πρέπει να θεωρηθούν ότι βρίσκονται κάτω από την επίδραση του διαβόλου και των οργάνων του, δαιμόνων και μαγισσών (Χαρτοκόλλης, 1991).

Οι ιδέες του Αυγουστίνου επικράτησαν στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και της Αναγεννήσεως, οπότε κάθε διάκριση μεταξύ δαιμονισμένων και ψυχικά αρρώστων ουσιαστικά εξέλειπε. Η ψυχιατρική αρρώστια πέρασε στην δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού που την αντιμετώπιζαν με τον εξορκισμό ή την καταδίωξη (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο γιατρός που ασχολείται με τους τρελούς δεν εξαφανίστηκε τελείως αλλά γνωρίζουμε λίγα για τις θεωρίες και την πρακτική του. Φαίνεται πως συνέχισε πολλές από τις ελληνορωμαϊκές μεθόδους ανάμεσα στις οποίες την θεραπεία καταθλιπτικών αρρώστων με τη μουσική. Αλληγορικές εικόνες με χειρουργικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο για την αφαίρεση του λίθου της τρέλας μαρτυρούν την ύπαρξη του (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **B. Βυζαντινοί Ψυχίατροι**



Οι πιο αξιόλογοι αντιπρόσωποι της βυζαντινής ιατρικής που ασχολήθηκαν επίσης με την ψυχιατρική είναι ο Αλέξανδρος Τραλλιανός και ο Παύλος ο Αιγινήτης. Ο Τραλλιανός, που έζησε τον καιρό του Ιουστινιανού, ήταν οπαδός του Ιπποκράτη και του Γαληνού αλλά ήταν επίσης αρκετά επηρεασμένος και από τις προλήψεις της εποχής του. Πίστευε στα καθαρτικά και στα φαρμακευτικά κατασκευάσματα, τα οποία συνέθετε με καταπληκτική φαντασία σε μεγάλη ποικιλία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Παύλος ο Αιγινήτης δεν ήταν παρά ένας «ταπεινός» αντιγραφέας του παρελθόντος, όπως ο ίδιος αναγνώριζε στα συγγράμματα του. Ασχολήθηκε κυρίως με την μαιευτική. Οι απόψεις του για τις ψυχιατρικές διαταραχές είχαν βάση τις ιδέες του Γαληνού. Τον 11ο αιώνα ο νεοπλατωνικός φιλόσοφος και ιστορικός Μιχαήλ Ψελλός γράφει εγκυκλοπαιδικά και για την ιατρική συνθέτοντας μια ιεραρχική ταξινόμηση των δαιμόνων που ενοχλούν και εμποδίζουν τη λειτουργία της ανθρώπινης ψυχής. Η δαιμονολογία κυριαρχεί τώρα σε Δύση και Ανατολή (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **Γ. Άραβες Ψυχίατροι**

Πολύ ανεκτική και ανθρωπιστική ήταν η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών αρρώστων από τους Άραβες που μετέφρασαν τα κείμενα του Ιπποκράτη και του Γαληνού και ασπάστηκαν τις αρχές της ελληνορωμαϊκής ιατρικής επιστήμης. Βοήθησε και σε αυτό η Μωαμεθανική αντίληψη ότι ο θεός αγαπάει τον τρελό, τον οποίο έχει επιλέξει για να λέει την αλήθεια. Ψυχιατρικοί άρρωστοι αντιμετωπίζονται συχνά ως άγιοι, άξιοι μάλλον λατρείας παρά οίκτου, φόβου ή κατατρεγμού (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στα τέλη του 9ου αιώνα ο Πέρσης Ραζής αρχίατρος ενός μεγάλου νοσοκομείου στη Βαγδάτη, που είχε και τμήμα για ψυχιατρικούς αρρώστους, γράφει πολυάριθμα βιβλία για την ιατρική και γίνεται ονομαστός ως *Γαληνός των Αράβων*. Ο Ραζής έδωσε μεγάλη προσοχή την ατομικότητα του αρρώστου υπογραμμίζοντας την θεραπευτική σημασία της σχέσης του με τον γιατρό. Ο Πέρσης, ακόμα ένας Άραβας γιατρός λίγο νεότερος από τον Ραζή, υιοθέτησε τις ιδέες του Αριστοτέλη και αρνήθηκε την ανάμειξη των δαιμόνων στην ψυχιατρική. Η προσπάθεια του, εξάλλου, να εντοπίσει τα αίτια της μελαγχολίας

στο στομάχι ή την σπλήνα είναι μέσα στο πνεύμα της Ιπποκρατικής, βασικά οργανικής ψυχιατρικής (Χαρτοκόλλης, 1991).

Γενικά, οι Άραβες γιατροί δεν προσέφεραν καινούργιες γνώσεις στην ψυχιατρική αλλά οι κλινικές παρατηρήσεις ψυχιατρικών περιπτώσεων, που μας άφησαν, χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και αντικειμενικότητα (Χαρτοκόλλης, 1991).

#### 1.1.4 Η Ψυχιατρική στην Αναγέννηση

##### A. Η κωδικοποίηση της δαιμονολογίας

Τον 15ο αιώνα μέσα στο κλίμα της δημιουργικότητας και του ενθουσιασμού για τη ζωή, τη μάθηση και την αρχαία Ελλάδα που χαρακτηρίζουν αυτήν την εποχή στην Ευρώπη, δύο Γερμανοί μοναχοί, ο Γιόχαν Σπρένγκερ και ο Χαινριχ Κρέμερ, παίρνουν την πρωτοβουλία να κωδικοποιήσουν την θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας γράφοντας *«Το σφυρί των μαγισσών»*. Το βιβλίο αυτό, αφού έλαβε την έγκριση του Πάπα, υιοθετήθηκε από την Ιερή Εξέταση ως ο επίσημος οδηγός των αποφάσεων της προκειμένου για άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, που κατηγορούνται ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου. Γραμμένο με πνεύμα αντιερωτικό και μισογυνικό το βιβλίο αυτό ταυτίζει τις ψυχιατρικές διαταραχές με τη μαγεία και την θρησκευτική αίρεση αγνοώντας τελείως την πιθανότητα ότι το πρόβλημα θα μπορούσε να είναι ιατρικό (Χαρτοκόλλης, 1991).

##### B. Το κίνημα κατά της δαιμονολογίας

Οι αρχές που διακήρυττε «*Το σφουρί των μαγισσών*» εξακολούθησαν να αποτελούν μέρος του διοικητικού μηχανισμού της εκκλησίας και της πολιτείας για κάμποσους ακόμα αιώνες αλλά δε έμεινε για πολύ χωρίς αντίδραση. Και αυτοί που εναντιώθηκαν δεν ήταν ούτε θεολόγοι ούτε καλλιτέχνες ούτε πολιτικοί αλλά γιατροί. Από τους πιο πρωτότυπους και προοδευτικούς αντιπροσώπους του κινήματος αυτού ήταν ο Ισπανός Χουαν Λουίς Βίβες και ο σύγχρονός του Παράκελσος από την Ελβετία, οι οποίοι περιέγραψαν τον άνθρωπο ως ένα ψυχοβιολογικό σύνολο και υποστήριξαν την ανάγκη παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας στους ψυχικά αρρώστους (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Γιόχαν Βέγερ έγραψε το σύγκραμα του «*Τεχνάσματα των Δαιμόνων*» για να καταπολεμήσει «*Το σφουρί των Μαγισσών*» που είναι ένα πραγματικό «εγχειρίδιο ψυχιατρικής», με πρωτότυπες περιπτώσεις από την κλινική πείρα του συγγραφέα και λεπτομερείς περιγραφές ψυχιατρικών διαταραχών και συμπτωμάτων, που μαρτυρούν μια εξαιρετική αναλυτική ικανότητα. Ο Βέγερ είναι ο πρώτος ψυχίατρος και ο πρώτος που πρότεινε μια συστηματική ψυχολογική θεραπεία περιγράφοντας αυτό, που στον αιώνα μας ονομάστηκε ψυχοθεραπεία (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **Γ. Η μελέτη του εγκεφάλου**

Τον 13ο αιώνα στα πρόθυρα της Αναγέννησεως, δύο σημαντικοί φιλόσοφοι της Δυτικής εκκλησίας, ο Γερμανός Αλβέρτος ο Μεγάλος και ο Ιταλός Θωμάς Ακινάτος, υποστήριξαν ότι η ψυχή δεν μπορεί να αρρωστήσει και επομένως η τρέλα είναι μια σωματική διαταραχή. Και παρόλο που η πίστη στη δαιμονική προέλευση της ψυχικής αρρώστιας επέζησε πολύ ύστερα από το Μεσαίωνα κα πέρα από την Αναγέννηση, το ενδιαφέρον για τις ψυχικές λειτουργίες και την έδρα της ψυχής αναζωπυρώθηκε. Μπορούσε μεν η ψυχή να επηρεάζεται από τον διάβολο αλλά επίσης να εξαρτάται από οργανικούς παράγοντες του εγκεφάλου (Χαρτοκόλλης, 1991).

### **1.1.5 Η Ψυχιατρική στην Νεότερη Εποχή**

## **A. Η γέννηση της νευρολογίας**

Σε αυτήν την περίοδο αναζητείται η έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα. Ανατόμοι και φυσιολόγοι μιας πιο πρόσφατης εποχής, αρχίζοντας από τον Ντεκάρτ, που την τοποθέτησε στην επίφυση, ήλπισαν ότι θα ανακάλυπταν κάποια απτή, οργανική αιτιολογία της ψυχικής αρρώστιας. Έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία ως ένας ιδιαίτερος κλάδος, που περιελάμβανε την ψυχιατρική σαν μια άλλη έκφραση ή άποψη της. Και η σχέση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη αρκετούς αιώνες – στη χώρα μας ως εντελώς πρόσφατα (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **B. Το αίνιγμα της Υστερίας**

Στις αρχές του 17ου αιώνα ένας σχετικά άγνωστος Άγγλος γιατρός, ο Εντουαρντ Τζόρντεν, όχι μόνο αναγνώρισε πως τα υποτιθέμενα θύματα των μαγισσών ήταν στην πραγματικότητα θύματα της υστερίας αλλά επισήμανε την επίδραση των συναισθημάτων και του εγκεφάλου που τα κατευθύνει υποστηρίζοντας ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή και υπογραμμίζοντας την σημασία της υποβολής πρότεινε μια ψυχολογική αντιμετώπιση του προβλήματος (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Ρομπερτ Μπάρτον με το βιβλίο του «*η ανατομία της μελαγχολίας*» υποστήριξε ότι η υστερία είναι ψυχοσωματική διαταραχή, που συχνά έχει σχέση με τη μελαγχολία (Χαρτοκόλλης, 1991).

## **Γ. Ψυχιατρική Αναγέννηση**

Αυτήν την περίοδο οι ερευνητικές προσπάθειες δεν περιορίζονται μόνο στην αναζήτηση της αιτιολογίας των ψυχιατρικών παθήσεων αλλά επεκτείνονται και στην θεραπεία τους (Χαρτοκόλλης, 1991).

Το 1662 στην Αγγλία προτείνεται ως θεραπεία της μελαγχολίας η μετάγγιση αίματος από αρτηρίες βοδιού. Τον ίδιο περίπου καιρό η Φιλοσοφική Εταιρεία του Λονδίνου προγραμματίζει μια σειρά θεραπευτικών πειραμάτων

πάνω σε μελαγχολικούς αρρώστους νοσηλευόμενους σε δημόσιο άσυλο (Χαρτοκόλλης, 1991).

Καινούργιες μέθοδοι θεραπείας που δοκιμάζονται με βάση επιστημονικές υποθέσεις είναι καυτηριάσεις, εσωτερική ή εξωτερική χρήση ξυδιού, αλάτων, σαπουνιού. Τέλος, η ανάγκη για μια ανθρώπινη, ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου και πάλι αναγνωρίζεται. Ανεξάρτητα από οποιαδήποτε σωματική θεραπεία τονίζεται η σημασία της παραινέσεως, της πειθούς, της επιχειρηματολογίας, του διαλόγου μεταξύ γιατρού και αρρώστου. Η ψυχολογική αυτή αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας συντελεί στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών ασύλων και την ανάπτυξη της θεραπείας του περιβάλλοντος στην Ευρώπη και την Αμερική μέσα στον 19ο αιώνα (Χαρτοκόλλης, 1991).

#### **Δ. Οργανική Ψυχιατρική**

Γύρω στα μέσα του 19ου αιώνα η σκυτάλη της ψυχιατρικής περνάει στη Γερμανικό χώρο, που περιλαμβάνει την Αυστρία και ιδίως τη Βιέννη αλλά και την γερμανόφωνη Ελβετία. Ως τότε η γερμανική ψυχιατρική είχε διατηρήσει ένα ρομαντικό χαρακτήρα διακινούμενη ακόμα από το πνεύμα της θεολογίας και της φιλοσοφίας (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στην προσπάθεια της να αποκτήσει μια πιο επιστημονική ταυτότητα στρέφεται με ενθουσιασμό στην οργανική, σωματική άποψη, και από το δημόσιο ψυχιατρείο με την έμφαση στην ανθρωπιστική μεταχείριση των αρρώστων και την ψυχολογική θεραπεία περνάει στο Πανεπιστήμιο, όπου την προτεραιότητα έχουν η έρευνα και η θεωρία. Στη στροφή αυτή πρωτοστάτησε ο Βίλχελμ Γκρισινγκερ, διευθυντής της πανεπιστημιακής κλινικής της Ζυρίχης, που διακήρυξε ότι οι ψυχιατρικές αρρώστιες είναι οργανικές, συγκεκριμένα αρρώστιες των οποίων η αιτιολογία θα έπρεπε να αναζητηθεί στην φυσιολογία του εγκεφάλου (Χαρτοκόλλης, 1991).

#### **Ε. Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική**

Ο Σιγκμουντ Φρουντ άρχισε ως νευροανατόμος ερευνητής στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης αλλά ακούγοντας τον Σαρκό στο Παρίσι και τους Λιεμπώ και Μπερνχαιμ στο Νανσυ να διδάσκουν για τον υπνωτισμό και την υστερία, το ενδιαφέρον του στράφηκε στην ψυχοπαθολογία των νευρώσεων και την ψυχοθεραπεία. Και μόλο που ο προσανατολισμός του παρέμεινε βιολογικός, έγινε ιδρυτής μιας καινούργιας σχολής ψυχολογίας του ανθρώπου, που επηρέασε βαθιά την ψυχιατρική (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η ψυχανάλυση συμπληρώθηκε από τους μαθητές του μεταξύ των οποίων μερικοί, όπως ο Κάρλ Γιούνγκ, ο Άντλερ, ο Όττο Ράνγκ, ακολούθησαν αργότερα δικές τους προσωπικές κατευθύνσεις (Χαρτοκόλλης, 1991).

#### **ΣΤ. Η Ψυχιατρική στις μέρες μας**

Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας, και κατά δεύτερο λόγο της ψυχοβιολογίας και του υπαρξισμού, παραμέρισαν κάπως την οργανική άποψη στην Ευρώπη και πολύ πιο ριζικά ιδίως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο στην Αμερική. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, η ανακάλυψη χημικών ουσιών με ειδική ψυχοφαρμακευτική δραστηριότητα και η παράλληλη ανάπτυξη εργαστηριακών μεθόδων έρευνας των μηχανισμών της λειτουργίας του εγκεφάλου έχουν προκαλέσει μια ανακατάταξη των κατευθύνσεων δημιουργώντας το ενδεχόμενο μιας επιστροφής στη διπολική παράδοση της ψυχιατρικής : μιας οργανικής και μιας ψυχολογικής. Αλλά δεδομένου ότι οι ψυχοδυναμικές και κοινωνιολογικές αρχές έχουν στο μεταξύ δεθεί λειτουργικά με την κλινική πράξη, μια τέτοια παλινδρομική εξέλιξη φαίνεται να αποκλείεται. Αντίθετα, όλες οι ενδείξεις υπόσχονται μια δημιουργική σύνθεση μάλλον παρά μια καινούργια διαμάχη ή απλώς συνύπαρξη (Χαρτοκόλλης, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

### 2.1 Η Ιστορία της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα

#### > Εισαγωγή

*«Το ενδιαφέρον για την ιστορική πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα δεν είναι τυχαίο. Οι λόγοι, όπως συνήθως, είναι πολλαπλοί και όχι κι όχι πάντα αυτονόητοι.*

*Η μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων. Κάπου λοιπόν υπάρχει η ανάγκη να φωτίσουμε την πορεία που ακολούθησε εδώ και έναν αιώνα, καθώς και τις πρακτικές που προϋπήρξαν και συνυπήρξαν, για πολύ καιρό, μαζί της.*

*Η εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα σχετίζεται με την παρουσία και την εδραίωση των αστικών σχέσεων και με την λειτουργικότητα του δυτικό -ευρωπαϊκού προτύπου. Τα κοινά σημεία με το παραπάνω πρότυπο είναι εξίσου ενδιαφέροντα με τις διαφορές.*

*Έχει συζητηθεί ευρύτατα ο χαρακτήρας της ψυχιατρικής κι ο ρόλος της σε μία κοινωνική οργάνωση.*

*Πολλοί έχουμε ευαισθητοποιηθεί σε αυτά τα προβλήματα διαβάζοντας κριτικές και δοκίμια που αφορούν την ψυχιατρική, όπως ασκήθηκε και ασκείται σε άλλες χώρες.*

*Οι σημαντικές ιστορικές εργασίες για την Ελλάδα του 19<sup>ου</sup> και του 20<sup>ου</sup> αιώνα, που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία χρόνια, δίνουν μία στερεότερη βάση για τη συζήτηση του προβλήματος, ψυχιατρική και κοινωνία και συγχρόνως απαγορεύουν να ισχυρισθεί άγνοια ορισμένων ελληνικών ιδιομορφιών, σε αυτόν που θα θελήσει να μεταφέρει δανεικά πρότυπα στην ερμηνεία της πορείας της ελληνικής ψυχιατρικής.*

*Τα όσα ακολουθούν δεν φιλοδοξούν παρά να προσφέρουν μερικά στοιχεία στην συζήτηση» (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).*

#### ■ Παραδοσιακές πρακτικές



*«Όλη η κλίμακα των λοξών, παλαβών, χαζών και τρελών που γίνονταν ανεκτοί και κράταγαν λίγο ή πολύ μία περιθωριακή θέση μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα, ως τους τρελούς που παρουσίαζαν σκανδαλώδη ή επικίνδυνη συμπεριφορά και ήταν μάλλον οι μόνοι που απασχόλησαν τα παραδοσιακά ιδρύματα, όταν οι οικογένειες δεν τους περιόριζαν επί τόπου με δικά τους μέσα (π.χ. δέσιμο σε υπόγεια και αχυρώνες όσο διαρκούσε η διέγερση και για πολλά χρόνια, όταν τους θεωρούσαν επικίνδυνους). Οι περιφερόμενοι τρελοί αποτελούσαν ιδιαίτερη κατηγορία και στην συμπεριφορά τους απέναντί τους συναντούμε όλη την κλίμακα, από τον σεβασμό ως τα χοντρά αστεία και το πετροβόλημα. Ας μην ξεχνάμε ότι τόσο στη βυζαντινή παράδοση όσο και στην μουσουλμανική ορισμένοι τρελοί θεωρήθηκαν φορείς θείου μηνύματος» (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).*

\* \*

Στην κυρίως Ελλάδα αλλά και στην υπόλοιπη Βαλκανική και στην Μ. Ασία διάσπαρτες μαρτυρίες δείχνουν ότι η κύρια δυνατή προσφυγή, ήταν οι εκκλησίες και τα μοναστήρια που είχαν αποκτήσει φήμη στην θεραπεία της τρέλας και της δαιμονοκατοχής. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα οι πιο φωτισμένοι κληρικοί θεωρούν την ταύτιση της τρέλας και της δαιμονοκατοχής αφελή αλλά η εκκλησία και η ψυχιατρική, που στην ουσία της είναι άθρη ή ακριβέστερα «άψυχη», δεν μπόρεσαν ποτέ να βρουν κοινή ερμηνευτική γραμμή. Έξω από τα πανηγύρια και τις γιορτές των αγίων, όπου τα προσκυνήματα τρελών, γνωστικών κι αρρώστων ήταν ομαδικά, συναντούμε ατομικά προσκυνήματα, που έχουν και τον χαρακτήρα ενός ολόκληρου θεραπευτικού κύκλου, εννοείται με την δικιά του ιδεολογική συνοχή και μαγεία (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).

Κοινά χαρακτηριστικά ήταν, η αυστηρή νηστεία και προσευχή των τρελών και της οικογένειάς τους, το δέσιμο των αρρώστων μέσα ή έξω από την εκκλησία όσο βαστούσε η διέγερση (βλέπουμε ακόμα τους κρίκους σε παλιές εκκλησίες), το ξυλοφόρτωμα που απευθυνόταν μάλλον στο διάβολο που τους κατοικούσε αλλά χρησίμευε και σαν ηρεμιστικό, η συχνά πολύμηνη παραμονή των τρελών και οι λειτουργίες και εξορκισμοί που επαναλαμβάνονταν και αποτελούσαν τα κορυφαία σημεία του κύκλου, με τελετουργικά που διέφεραν αρκετά από εκκλησία σε μοναστήρι (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).

Ωστόσο τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και διαφοροποιώντας σχετικά τις παραπάνω πρακτικές, ορισμένα μοναστήρια πρέπει να λειτούργησαν στην Ελλάδα σαν μικρά άσυλα, γιατί ο υπουργός Εσωτερικών, το 1861, αναφέρει ότι η κυβέρνηση κατέβαλε 320 δρχ. σε

διάφορα μοναστήρια για την συντήρηση 21 ψυχοπαθών, δηλώνοντας παράλληλα την αποδοκιμασία του για μία τέτοια πρακτική (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).

Στην Κωνσταντινούπολη συναντούμε πολλές εκκλησίες που οι πιστοί τους αναγνώριζαν τη δύναμη να θεραπεύουν με θαυματουργό τρόπο τις ψυχοπάθειες. Η εκκλησία της Παναγίας της Σούδας, στο Εγρί - Καπού, έπαιξε επιπλέον και ρόλο ασύλου για τους ψυχοπαθείς και για αυτό τον σκοπό χτίστηκαν στην αυλή της αρκετά κελιά το 1761 (Πλουμπίδης, 1983:21, 1995).

Ο Μ. Γεδεών δίνει μία στυφή περιγραφή του κλίματος που επικρατούσε στην εκκλησία, παρμένη από τον Σκ. Βυζάντιο:

*«Νοσοκόμος αυτών ήτο συνήθως ο κανδηλανάπτης της εκκλησίας, ρωμαλέος πάντοτε και αθλητικού αναστήματος ανήρ, του οποίου και μόνη η στεντορεία φωνή και μόνη της μάστιγος, την οποίαν έφερε συνήθως επί τα ζώνης, η κλαγγή ή και ο κρότος μόνο των κλειδιών, τας οποίας εκράτει, ήρκει πολλάκις δια να καταστείλει και αυτών των μανιοδεστέρων τας κραυγάς και παραφοράς. Διότι η μάστιξ αυτή συνήθως καθικνουμένη και συχνότερον επισειομένη ήτο μετά την χάριν της Θεοτόκου και δια του αγιάσματος άφθονον περίχυσιν, συνοδευομένην με νηστείαν και χαυμενίαν, το δραστικώτερον θεραπευτικόν μέσον»* (Πλουμπίδης, 1983:21-22, 1995).

Οι ψυχοπαθείς της εκκλησίας της Σούδας μεταφέρθηκαν το 1839, στο νέο ελληνικό νοσοκομείο του Επταπυργίου. Ο Γάλλος ψυχίατρος L. Libert που την επισκέφθηκε το 1911, αναφέρει ότι δέχονταν ακόμα μία εικοσάδα ψυχοπαθών τον χρόνο, με την ελπίδα θαυματουργής θεραπείας (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

## ■ Τα Νοσοκομεία

Παραδοσιακά νοσοκομεία που δέχτηκαν ψυχοπαθείς συναντούμε στην Χίο, στην Κωνσταντινούπολη και στην Σμύρνη.

Δεν είναι τυχαία η ιστορική περίοδος που ιδρύθηκαν (Σμύρνη) ή που ξαναχτίστηκαν κι αναδιοργανώθηκαν (Χίος και Κων/πολη). Η οικονομική απογείωση του ελληνισμού, η δημιουργία δυναμικών πυρήνων αστικής τάξης και οι καθοριστικές εξελίξεις στην κίνηση των ιδεών κατά το δεύτερο μισό του 18<sup>ου</sup> αιώνα ευνοούν την ίδρυση, αναδιοργάνωση τέτοιων νοσοκομείων. Ούτε όμως και

οι πόλεις αυτές είναι τυχαίες αφού είναι κέντρα αυτών των εξελίξεων και ανοιχτές στο εμπόριο και τη διακίνηση των ιδεών με τη Δύση (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

Ο ρόλος της εκκλησίας, όπου διατηρήθηκαν στοιχεία από τη βυζαντινή παράδοση, είναι σημαντικός και ιδιαίτερα στην Κωνσταντινούπολη, αλλά διάχυτος.

Κανένα από αυτά τα ιδρύματα δεν διοικείται άμεσα από τις εκκλησιαστικές αρχές αλλά από εφορίες όπου συναντούμε πλούσιους, εμπόρους και κληρικούς.

*«Το νέο νοσοκομείο της Χίου, 200 θέσεων, εγκαινιάστηκε το 1780. Σύμφωνα με τον Α.Μ. Βλαστό, δεχόταν 10 ψυχοπαθείς, 30 φτωχούς και γέροντες και 30-40 αρρώστους, δηλαδή 70-80 άτομα τον χρόνο. Οι άρρωστοι βρίσκονταν στον πρώτο όροφο κι οι υπόλοιποι στο ισόγειο. Ο Άγγλος στρατιωτικός γιατρός W. Witman είδε, γύρω στο 1800, 4 ψυχοπαθείς»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Στην Σμύρνη, το ελληνικό νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1748. Ο Άγγλος ταξιδιώτης Th. Mac-Gill αναφέρει την ύπαρξη ψυχοπαθών το 1803. Το 1836-37, ο γάλλος ψυχίατρος J. Moreau de Tours, βρήκε 35 ψυχοπαθείς (22 άνδρες και 12 γυναίκες) που βρίσκονταν εκεί μαζί με τους ανίατους, χωρίς καμία ιδιαίτερη περιποίηση»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Στην Κωνσταντινούπολη την ίδια περίοδο λειτούργησαν τρία ελληνικά νοσοκομεία, αλλά, πιθανότατα, μόνο από το 1839 το νέο ελληνικό νοσοκομείο του Επταπυργίου δέχτηκε ψυχοπαθείς σαν τέτοιους, μαζί με άλλες κατηγορίες τροφίμων»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Όλα τα παραπάνω ιδρύματα έδιναν πρώτα τροφή και στέγη στους άρρωστους, στους κρατούμενους ή και τους φιλοξενούμενους και στην συνέχεια ιατρική περίθαλψη, από εξωτερικούς γιατρούς, τουλάχιστον μέχρι το 1830-40»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Οι κατηγορίες των ατόμων που γίνονταν δεκτοί ήταν οι εξής:*

- *άρρωστοι, σχεδόν αποκλειστικά άποροι*
- *γέροντες ανέστιοι και φτωχοί*
- *άρρωστοι και φτωχοί Χριστιανοί προσκυνητές*
- *ψυχοπαθείς (που συνήθως ήταν φτωχοί και συχνά άστεγοι)*
- *«φαιλόβια άτομα» (π.χ. γυναίκες κακής διαγωγής), ανέστια και «φαιλόβια» παιδιά*
- *νέοι και νέες που είχαν δείξει τάσεις να απαρνηθούν την Χριστιανική θρησκεία*
- *νέες που είχαν «σπλλάβει έρωτα προς Οθωμανό»*

- γυναίκες που είχαν προκαλέσει την επιτίμηση των εκκλησιαστικών αρχών και κλείνονταν μαζί με τις άρρωστες για τιμωρία ή συμβιβασμό
- άρρωστοι και υγιείς κακοποιοί και «φαιλόβιοι» που κλείνονταν εκεί με διαταγή των πατριαρχικών αρχών ή της αστυνομίας
- ορφανά»

(Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Οι ελληνικές αρχές της Κων/πολης, όπως αναφέρει ο Μ. Γεδεών στο άρθρο του, προκάλεσαν το 1795, φερμάνι του σουλτάνου Σελήμ του Γ', όπου διέτασσε να στέλνονται στις πατρίδες τους οι υγιείς άνεργοι και περιπλανώμενοι Έλληνες Χριστιανοί και οι άρρωστοι και οι ανάπηροι να κλείνονται στο ελληνικό νοσοκομείο»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Μία τέτοια διαταγή, ανεξάρτητα από το εάν ήταν δυνατό να εφαρμοστεί συστηματικά δείχνει τη θέληση των ελληνικών αρχών να δώσουν μία «διοικητική» λύση στο πρόβλημα των περιθωριακών στρωμάτων, που ένα από τα σκέλη της περνούσε από το νοσοκομείο»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

Τα παραπάνω ιδρύματα λειτούργησαν συγχρόνως σαν νοσοκομεία, άσυλα και σωφρονιστήρια με κοινά τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, που διέθεταν πολλά χριστιανικά νοσοκομεία και σε ότι αφορά την Κων/πολη θυμίζουν το «Hospital General» του Λουδοβίκου 14<sup>ου</sup> αφήνοντας όμως κατά μέρος την συζήτηση περί «grand renfermemen» του Μ. Foucault (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

Πρόκειται για ιδρύματα, που επικεντρώνονταν περισσότερο στην κοινωνική πρόνοια παρά στην ιατρική θεραπεία, στην προστασία της συνοχής των ελληνικών κοινοτήτων και της κοινωνικής τους ιεραρχίας από τους ταραξίες και τους εξαθλιωμένους, παρέχοντας μία πρόσκαιρη λύση στα πιο κραυγαλέα προβλήματα των λαϊκών τάξεων, και των περιθωριακών στρωμάτων, σχετικά με την αρρώστια, την ψυχοπάθεια, τα μοναχικά γερατειά, την εγκατάλειψη των παιδιών, την εγκληματικότητα και τον «σωφρονισμό» των ατόμων που δεν είχαν εσωτερικεύσει ικανοποιητικά τις αξίες της ελληνικής κοινότητας και ερωτοτροπούσαν με τους «Οθωμανούς» ή την θρησκεία τους (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

*«Λύσεις που ήταν πιο συχνά ωφέλιμες στο κοινωνικό περίγυρο παρά στα ίδια τα άτομα που αφορούσαν. Δεν μπορούμε να μην σημειώσουμε ότι όλη αυτή η κίνηση καταγράφεται σε μία περίοδο έντονων διεργασιών μέσα στις ελληνικές κοινότητες με σκοπό την αυτόνομή τους οργάνωση και την ανεξαρτησία»* (Πλουμπίδης, 1983:22, 1995).

Στη Χίο το νοσοκομείο φαίνεται ότι λειτουργούσε συγκροτημένα ενώ στη μεγαλούπολη που ήταν η Κων/πολη τα προβλήματα δημιουργούσαν κλίμα οξύτητας και βιαιότητας (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Μια τέτοια κατάσταση, ήταν αντίθετη προς τις αρχές της ιατρικής σκέψης του 19<sup>ου</sup> αιώνα, σχετικά με τα νοσοκομεία, όπου η έννοια της θεραπείας βρισκόταν στην πρώτη γραμμή. Δεν έχει τίποτα το εκπληκτικό η διαπίστωση μαρτυριών της εποχής, ότι το όνομα του νοσοκομείου προκαλούσε τη φρίκη σε όσους είχαν έστω και στοιχειωδώς τα μέσα να νοσηλευθούν στα σπίτια τους (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Τα βασικά έσοδα των ιδρυμάτων προέρχονταν από εράνους, εισφορές και κληροδοτήματα, καθώς και από την κτηματική τους περιουσία – π.χ. στην Κων/πολη το Πατριαρχείο έδωσε στο νοσοκομείο τις προόδους από πολλά μοναστήρια κι εκκλησίες (βακούφια). Επίσης, δοσίματα σε είδος και άμισθες υπηρεσίες σε όφελός τους» (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

*«Το νοσοκομείο της Χίου υπολειτούργησε μετά την καταστροφή του 1822. Τα νοσοκομεία της Κων/πολης και της Σμύρνης άρχισαν να αναδιοργανώνονται στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα, υποχρεωμένα να ακολουθήσουν τα πρότυπα που έρχονταν από την Ευρώπη, όπως τα μετέφραζε σε κτίσματα και σε προσωπικό ή επιτόπια κατάσταση. Βασικές κατευθυντήριες γραμμές, ο χωρισμός των διαφόρων κατηγοριών τροφίμων των ιδρυμάτων και η μονιμοποίηση και πολλαπλασιασμός του ιατρικού προσωπικού»* (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Διάφορες πρόχειρες οικοδομές και άλλα ευκαιριακά μέτρα αποδείχτηκαν ελάχιστα αποτελεσματικά από την στιγμή που διατηρούσαν την παλιά δομή.

Μετά το 1880 όλα τα παραπάνω ιδρύματα εγκαταστάθηκαν σε νέα κτίρια, όπου άρρωστοι, γέροντες, φρενοπαθείς, ορφανά και «φαυλόβιες» γυναίκες στεγάστηκαν σε χωριστά κτίρια, κάτω από την επίβλεψη του ιατρικού προσωπικού. Οι «εθνικοί ευεργέτες» αποτέλεσαν την βασική πηγή χρηματοδότησης (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Γύρω στο 1890 προχώρησε και η ευθυγράμμιση της λειτουργίας των ψυχιατρικών αυτών τμημάτων με τα ισχύοντα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα. Ο L. Libert αναφέρει ότι από το 1840 ως το 1884, σε 4.700 εισαγωγές ψυχοπαθών, στην Κων/πολη, δεν υπάρχουν παρά 60 περίπου διαγνώσεις, δείγμα ότι η διάγνωση (και μπορούμε να υποθέσουμε ότι κι ως ένα βαθμό κι η θεραπεία) δεν αποτελούσαν βασικό «μέλημα» (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Ιδιαίτερος διευθυντής, στην Κων/πολη, δεν ονομάστηκε παρά το 1893 ο Δρ. Σ. Αποστολίδης, γνωστός από το βιβλίο του «Αι ψυχώσεις και οι ασθένειαι της ψυχής».

Στην Σμύρνη αυτόνομο ψυχιατρικό τμήμα λειτούργησε από το 1882, αλλά ιδιαίτερος ιατρός ονομάστηκε αργότερα.

Μία πηγή στοιχείων αποτελούν οι απολογισμοί δράσης που παρουσιάζουν ορισμένοι γιατροί του νοσοκομείου της Κων/πολης μαζί με τις υποψηφιότητές τους, αλλοδαπών μελών της φημισμένης στην αρχή του αιώνα, Societé medico psychologique του Παρισιού. Απαριθμούν τις βελτιώσεις στις συνθήκες διαβίωσης και τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα που εισήγαγαν με τις φροντίδες τους. Η πραγματική κατάσταση πρέπει να ήταν λιγότερο ενθαρρυντική, κυρίως στα τμήματα των φτωχότερων. Ο L. Libert, το 1911, δίπλα στις πραγματικές βελτιώσεις, παρατήρησε την ευρύτερη χρήση του ζουρλομανδύα και αρκετά τμήματα που θύμιζαν φυλακή (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Στο νοσοκομείο της Κων/πολης, εντυπωσιακές αλλά όχι άγνωστες και στην Ευρώπη είναι οι πολλαπλές διαιρέσεις ανάλογα με τα νοσήλια που πλήρωνε ο καθένας. Στην κορυφή της πυραμίδας, 7 ατομικά περίπτερα, όπου 7 ψυχοπαθείς της ανώτατης τάξης ζούσαν μαζί με τους υπηρέτες τους (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Τελειώνοντας το κεφάλαιο, ο εκσυγχρονισμός των παραπάνω ιδρυμάτων εγγράφεται και στο κλίμα εκσυγχρονισμού της οθωμανικής αυτοκρατορίας, που άλλωστε οι Έλληνες υπήρξαν από τους φορείς του (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Στο οθωμανικό άσυλο «Φατίχ», κατάλοιπο μαζί με άλλα ιδρύματα, της παρακμής της οθωμανικής κοινωνικής πρόνοιας και ιατρικής, τοποθετήθηκε από το 1857, ευρωπαίος διευθυντής, ο Dr. Mongeri και πραγματοποιήθηκαν διάφορες επισκευές και διαρρυθμίσεις για προσαρμοσθεί στις νέες απαιτήσεις διαβίωσης, αερισμού κ.τ.λ. (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Στην συνέχεια ιδρύθηκαν μία σειρά νέα άσυλα ή φρενοκομεία. Παράλληλα εκσυγχρονίστηκαν, ίσως με αργότερους ρυθμούς, τα νοσοκομεία των καθολικών αποστολών και το νοσοκομείο της αρμενικής κοινότητας στην Κων/πολη (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Ο εκσυγχρονισμός των ελληνικών νοσοκομείων έγινε λοιπόν παράλληλα και συχνά, προς άλλα ιδρύματα, σε μία περίοδο που ο εξευρωπαϊσμός ήταν πολιτική τόσο της αυτοκρατορίας, όσο και ισχυρών κύκλων της ελληνικής κοινότητας (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

Όπως θα δούμε στην συνέχεια, η περίοδος 1857-1890, είναι σημαντική και για την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Σαν στοιχεία για την συζήτηση μπορούμε να αναφέρουμε τα κοινά πρότυπα εντός κι εκτός της ελληνικής επικράτειας, τους κοινούς χρηματοδότες (π.χ. τα ονόματα των Σκυλίτη, Συγγρού καθώς και άλλων, τα συναντούμε στους καταλόγους των «ευεργετών» όλων περίπου των ιδρυμάτων που μας απασχολούν, εντός κι εκτός της Ελλάδας. Στην χρηματοδότηση των ελληνικών ιδρυμάτων του εξωτερικού σημαντικό ρόλο έπαιξαν κι οι έρανοι και οι μικρές εισφορές πολυάριθμων δωρητών) και τις ιατρικές καριέρες που συχνά άρχιζαν στην Ελλάδα και τελείωναν στα ιδρύματα των ελληνικών κοινοτήτων του εξωτερικού ή το αντίστροφο (Πλουμπίδης, 1983:23, 1995).

#### ■ Το φρενοκομείο της Κέρκυρας

*«Ιδρύθηκε το 1838 από την αγγλική αρμοστεία, μετά από πρωτοβουλίες της Κερκυραϊκής κοινωνίας. Αντίθετα, από τα προηγούμενα νοσοκομεία, από την αρχή προοριζόταν αποκλειστικά για τους ψυχοπαθείς. Οι καταστατικές του αρχές, όπως διατυπώθηκαν αρχικά από τον αρμοστή Sir E. Douglas και στην συνέχεια ο λεπτομερής του κανονισμός, όπως ψηφίστηκε το 1861 από τη Γερουσία της Ιονίου Πολιτείας, συμφωνούν με τις ιδέες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής που είχε πια στερεώσει τις θέσεις της: ίδρυμα με σκοπό θεραπευτικό, τόσο φυσικής και φαρμακευτικής όσο και ηθικής θεραπείας<sup>1</sup>, αναγνώριση των ψυχοπαθών σαν αρρώστων, απαγόρευση της βίας σε βάρος τους και των επισκέψεων όσων διασκέδαζαν με την κατάστασή τους. Η εργασιοθεραπεία, άλλη βασική έννοια της ψυχιατρικής του 19<sup>ου</sup> αιώνα, εισαγόταν στο ίδρυμα. Το καταστατικό έδινε νόμιμες εγγυήσεις για την εισαγωγή και την απελευθέρωση των ψυχοπαθών, καθώς και τον δημόσιο έλεγχο του ιδρύματος»* (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Το κείμενο του 1838, όριζε ότι οι βλάκες δεν θα γίνονταν δεκτοί εάν δεν προκαλούσαν ενόχληση ή ζημία, δείγμα ότι το ίδρυμα προοριζόταν αρχικά για να δεχτεί τις πιο δύσκολες και κραυγαλέες περιπτώσεις ψυχοπαθών (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

---

Αρχικά εγκαταστάθηκαν σε εγκαταλειμμένο στρατόνα οκτώ άρρωστοι στα εγκαίνια, που έγιναν 38 στο τέλος του χρόνου. Η εφαρμογή των αρχών του καταστατικού υπήρξε αβέβαιη και αργή. Λίγοι θάλαμοι και πολλά ατομικά κελιά (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Σύμφωνα με τις πληροφορίες του Χρ. Τσιριγώτη, δραστήριου κι εμπνευσμένου γιατρού-διευθυντή του ιδρύματος από το 1876 ως το 1887, όσες προσθήκες και αν έγιναν ως το 1880, διατήρησαν την αρχική δομή (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Ο ίδιος το 1887, ελεεινολογούσε την κατάσταση του ιδρύματος, την όψη φυλακής, τον συνωστισμό και την ανάμειξη «φύρδην-μίγδην» των διαφόρων κατηγοριών αρρώστων, την απουσία λουτρών κι ακόμα περισσότερο ενός συστήματος υδροθεραπείας, την απουσία τέλος της εργασιοθεραπείας, που σύμφωνα με το καταστατικό θα έπρεπε να απασχολεί το πνεύμα και το σώμα των αρρώστων, όσων τουλάχιστον είχαν την συνήθεια να δουλεύουν στην κανονική τους ζωή (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Καταλαβαίνουμε ότι σε τέτοιες συνθήκες ο θεραπευτικός σκοπός του ιδρύματος ακυρωνόταν σε μεγάλο βαθμό σε όφελος της απλής κράτησης και της αυτοθεραπείας, όσων είχαν την απαραίτητη εσωτερική δύναμη και τις ελαφρότερες παθήσεις (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Η ανακατασκευή του ιδρύματος, πάνω σε ιταλικά πρότυπα, άρχισε το 1880 και συνεχίστηκε σταδιακά για πολλές δεκαετίες.

Την ίδια εποχή με το φρενοκομείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε κι ένα άσυλο ψυχοπαθών στην Κεφαλονιά. Ονομάστηκε «Βέγειο», προς τιμή του δωρητή που επέτρεψε την ανακατασκευή του το 1918. καταστράφηκε με τους σεισμούς του 1953 κι οι ελάχιστοι άρρωστοι που έμεναν μεταφέρθηκαν στη Λέρο το 1958 (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

### 2.1.1 Η Ιστορία της Ψυχιατρικής μετά την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους



Ο υπουργός Εσωτερικών Χρ. Χριστόπουλος παρουσιάζοντας τον Οκτώβριο του 1861 το σχέδιο νόμου «περί συστάσεως φρενοκομείων», περιέγραφε ως εξής την κατάσταση:

*«Των δυστυχών τούτων ανθρώπων οι μεν τοποθετούντων εν ταις μοναίς, κακώς πάσχοντες και ουδεμίας θεραπείας απολαύοντες, οι δε διατηρούνται μετά μόχθου και θλίψεως παρά τοις οικείοις, οι δε περιφέρονται εις κοινόν σκάνδαλον και ζημίαν της τάξεως και της ασφάλειας εις τας οδούς και τέλος ολίγοι, οι μάλλον εύποροι, πέμπτονται εις φρενοκομεία της αλλοδαπής»* (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Επισυνάπτει πίνακα των ψυχοπαθών ολόκληρης της επικράτειας, συνολικά 422 άτομα (295 άνδρες κι 177 γυναίκες).

Ανάμεσά τους, 153 αναφέρονται σαν επικίνδυνοι και ταραχοποιοί.

Υπάρχουν αρκετές μαρτυρίες για την κράτηση των ψυχοπαθών στα υπόγεια των αστυνομικών τμημάτων, μέχρι να βρεθεί κάποια άλλη λύση, να περάσει η διέγερση ή να πεθάνουν (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Ο δικηγόρος Γ.Β. Τσοκόπουλος αναφέρει άρθρο του Παρισινού *Moniteur Universel*, το 1845, όπου περιγραφόταν με μελανά χρώματα ο εγκλεισμός των ψυχοπαθών στα υπόγεια του κεντρικού καταστήματος της αστυνομίας, σε απερίγραπτες συνθήκες διαβίωσης. Όταν ήταν ανήσυχοι τους ξυλοφόρτωναν και τα αλητάκια της γειτονιάς έκαναν χοντρά αστεία σε βάρος τους. Δεν είναι διαφορετικά τα όσα περιγράφει ο ίδιος για τους ψυχοπαθείς -κρατούμενους στα υπόγεια του 6<sup>ου</sup> αστ. τμήματος, γύρω στο 1900 (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Πρόκειται, πιθανότατα, για περιπλανώμενους ψυχοπαθείς, αποκομμένους από το περιβάλλον τους, που ούτε να πληρώσουν μπορούσαν, ούτε ενδιέφεραν κανένα. Η κράτηση αυτών των «ανήσυχων» ψυχοπαθών, συνεχίστηκε στην Αθήνα, ως τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, παρά την ρητή σχετική απαγόρευση του νόμου ΨΜΒ΄ του 1862» (Πλουμπίδης, 1983:24, 1995).

Άλλωστε το κτίριο στο Μοσχάτο που δέχτηκε το 1914-15 τους φιλοξενούμενους των υπογείων της αστυνομίας και στην συνέχεια το άσυλο της Αγίας Ελεούσας, λειτούργησαν ως το 1924, χωρίς μόνιμο ιατρικό προσωπικό, κάτω από τις διαταγές υπαξιωματικού της αστυνομίας (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

«Το 1860-61, δημοσιεύτηκε από τον Αχ. Γεωργαντά και πάλι στον ΑΣΚΛΗΠΙΟ με την μορφή επιστολών, μία πλήρης μελέτη για τη διαρρύθμιση και την λειτουργία ενός φρενοκομείου, σύμφωνα με τα κυρίαρχα γαλλικά πρότυπα, όπως τα βρίσκουμε συμπυκνωμένα στο έργο του M. Parchappe, βασική αναφορά του συγγραφέα» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

«Όπως συμβαίνει με κάθε οικοδόμημα της εποχής, με σκοπό θεραπευτικό, σωφρονιστικό ή εκπαιδευτικό, η διαρρύθμιση των κτιρίων σε ένα ενιαίο σύνολο εξυπηρετεί μερικές βασικές ιδέες, όπως την επίβλεψη από τον παντοδύναμο γιατρό-διευθυντή που κατοικούσε το κεντρικό κτίριο, εξασφαλίζοντας συγχρόνως την ασφάλεια, κήπους και άλλους χώρους που να επιτρέπουν την εργασιοθεραπεία και σε κάποιο βαθμό την αυτοτροφοδότηση του ιδρύματος, το σύστημα των θαλάμων σε αντίθεση με τα κελιά των παλιών νοσοκομείων, σύστημα θέρμανσης και κυκλοφορίας του αέρα, ανάλογα με την κοινωνική τάξη των αρρώστων κ.α.» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Το προβλεπόμενο κόστος (1.000.000 χρ. Φράγκα), ήταν αδιανόητο, πόσο μάλλον που τα τελειωμένα σχέδια για ένα φρενοκομείο στο οικόπεδο της μονής των Αγίων Ασωμάτων εγκαταλείφθηκαν λόγω κόστους (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Το 1862 είχαν προχωρήσει μέχρι την επίπλωση τα σχέδια για μία ευκαιριακή λύση του προβλήματος, δηλαδή την εγκατάσταση ενός φρενοκομείου στο κτίριο του ορφανοτροφείου του Ι. Καποδίστρια στην Αίγινα, για να δεχτεί σε μία πρώτη φάση 60 ψυχοπαθείς από τους πιο «βίαιους, ταραχοποιούς και επικίνδυνους», σύμφωνα με το σημείωμα της σύνταξης του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, που συνόδευε την γνωστή μας υπουργική έκθεση. Η προσπάθεια εγκαταλείφθηκε μετά την πτώση του Όθωνα (και στο κτίριο εγκαταστάθηκε η ομώνυμη φυλακή). Από ένα σύνολο μέτρων, που περιμένουν την έρευνά τους στα αρχεία του υπουργείου εσωτερικών και του ιατροσυνεδρίου, τελικά δεν πραγματοποιήθηκαν παρά μόνο τα νομοθετικά» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Το 1864, με την ένωση των Επτανήσιων, η ελληνική κυβέρνηση «κληρονόμησε» έτοιμο το φρενοκομείο της Κέρκυρας και συγχρόνως την ολιγοέξοδη λύση από τα πιο κραυγαλέα προβλήματα» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

## ■ Η πρώτη νομοθεσία

«Ο νόμος ΨΜΒ «περί συστάσεως φρενοκομείων» ψηφίστηκε ομόφωνα από την Βουλή στις 22.3.1862. Πρακτικός του σκοπός ήταν η νομοθετική κάλυψη του φρενοκομείου της Αίγινας» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

«Ο υπουργός στην έκθεσή του αναφέρει ότι ακολούθησε το πρότυπο του γαλλικού νόμου του 1838, λόγω της πληρότητάς του και συμβατότητάς του με την υπόλοιπη νομοθεσία. Κατοχυρώνεται νομικά ο τίτλος του αρρώστου για τον ψυχοπαθή, που σκοπός του ιδρύματος ήταν η νοσηλεία του και η θεραπεία του. Τονίζεται η ανάγκη της νομικής κατοχύρωσης της εισαγωγής και της απελευθέρωσης των αρρώστων, από την στιγμή που ο γιατρός πιστοποιεί την ίαση ή την βελτίωσή τους ή η οικογένειά τους το απαιτεί. Διαδικασίες πολύ απλούστερες από αυτές που επικράτησαν στην συνέχεια και που αποκρυσταλλώθηκαν στον νόμο του 1973, δυσκολεύοντας την έξοδο ακόμα και των θεραπευμένων» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Τονίζεται η ανάγκη δημοσίου ελέγχου του ιδρύματος, από την στιγμή που λειτουργεί χάρη στα δημόσια οικονομικά κι εξασφαλίζει «την ασφάλεια, την προσωπική ελευθερία, τη θεραπεία πολλών δυστυχημένων πολιτών (η υπογράμμισή δικιά μου) και συχνά σημαντικά συμφέροντα των οικογενειών...». Για τους παραπάνω λόγους θεωρείται προτιμότερη η διεύθυνση από έναν ιατρό-διευθυντή» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Το 1866 ψηφίστηκε αυτούσιος ο κανονισμός του φρενοκομείου της Κέρκυρας, του 1861, που διαπνέεται από τις ίδιες αρχές. Τόσο όμως ο νόμος όσο και ο κανονισμός είχαν μικρή σχέση με την πραγματική κατάσταση των ιδρυμάτων και τις καθημερινές ασχολίες της κρατικής μηχανής. Ακόμα και σήμερα πόσοι θυμούνται στην καθημερινή τους πράξη ότι οι ψυχοπαθείς είναι πολίτες, άρα άξιοι της ίδιας συμπεριφοράς με τους υπόλοιπους, λιγότερο αρρώστους και δυστυχημένους, από αυτούς» (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

## ■ Η ίδρυση και η εξέλιξη των ψυχιατρείων

Το φρενοκομείο της Κέρκυρας, από το 1869 ως το 1877, δηλαδή μέσα σε 12 χρόνια, νοσήλευε 1292 άτομα (974 άνδρες και 318 γυναίκες), δηλαδή 143 κατά μέσο όρο, τον χρόνο. Στις στατιστικές που δημοσίευε το 1877 και 1878 ο Χρ. Τσηριγώτης, βρίσκουμε αντίστοιχα 28 και 57 εισαγωγές, που είναι αρκετά μικροί ετήσιοι αριθμοί

για το μοναδικό ίδρυμα της χώρας. Παρατηρούμε ότι είχε κρατήσει ισχυρό τοπικό χαρακτήρα. Το 1877, 39% των εισαγωγών προέρχονταν από τα Επτάνησα-32% από μόνη την Κέρκυρα και το 1878, το 49% των εισαγωγών-36% από την Κέρκυρα (Πλουμπίδης, 1983:25, 1995).

Η Αθήνα κι ο Πειραιάς έδωσαν το 1877 μόνο 17% των εισαγωγών (5 άτομα) και το 1878, το 5% (3 άτομα). Η Σύρος 1 και 3 άτομα αντίστοιχα. Όλοι αυτοί οι αριθμοί είναι δείγμα της ευκαιριακής, ακόμα, χρήσης της εισαγωγής, ενός ψυχοπαθούς στο φρενοκομείο, σαν κοινωνικού θεσμού (Πλουμπίδης, 1983:25).

Σύμφωνα με τον Μ. Γιαννήρη, οι εισαγωγές στο ίδρυμα από το 1887 ως το 1903, ανέβηκαν σε 713, δηλαδή 40-50 τον χρόνο, (από το 1887 λειτουργούσε και το Δρομοκαΐτειο) (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Σύμφωνα με τον L. Libert<sup>2</sup> από το 1902 ως το 1911, οι εισαγωγές ανέβηκαν σε 649, δηλαδή 60-70 τον χρόνο, αλλά ο συνολικός ετήσιος αριθμός των νοσηλευομένων πέρασε από 143 κατά μέσο όρο (1869-1878) σε 300 (1903-1911), που σημαίνει ότι ο αριθμός των χρόνων αυξήθηκε σημαντικά (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Ανάμεσα στο 1877-1878 και το 1902-1911, περίοδο στοιχεία έγιναν μεγάλες μεταβολές στα νοσολογικά κριτήρια και τις ταξινομήσεις, που δυσκολεύουν την σύγκριση των αριθμών, ανάμεσα στις διάφορες περιόδους και ιδρύματα. Κυρίως η έννοια του εκφυλισμού και την εκφυλογενούς ψυχοπάθειας, που συγκέντρωσε ετερόκλητες για τα σημερινά κριτήρια νοσολογικές οντότητες (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Γενικά στις στατιστικές του ιδρύματος, μεγάλος αριθμός πασχόντων, από «άνοια πρωτογενή ή δευτερογενή» και από «εκφυλογενείς ψυχοπάθειες» θα μπορούσε να συγκριθεί με τον σημαντικό αριθμό των χρόνων ανάμεσα στους τροφίμους του ιδρύματος, ενώ ανάμεσα στους θεραπευμένους ή βελτιωμένους ο αριθμός των ατόμων που παρουσίαζαν μανιακή ή καταθλιπτική κρίση (μανιοκαταθλιπτική ψύχωση) ήταν ο πιο σημαντικός (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Οι θεραπευμένοι εγκατέλειπαν το ίδρυμα μετά ένα περίπου χρόνο νοσηλείας κι οι βελτιωμένοι μετά ένα ή δύο χρόνια.

Το 1911, ο L. Libert βρήκε ένα κλασσικό ψυχιατρείο της εποχής με τις διαιρέσεις του π.χ. σε ήσυχους, ημι-ήσυχους και διεγερτικούς. Ημιτελές ακόμα, οι

---

<sup>2</sup> Libert, L. (1911). *Le traitement des aliénés en Grèce*. Paris: Masson.

ήσυχτοι άρρωστοι έκαναν ελεύθερα τον περίπατό τους μπροστά από το ίδρυμα κάτω από την επίβλεψη ενός φύλακα. Οι χρόνιοι αποτελούσαν τα τρία τέταρτα των αρρώστων, μεταξύ τους και άτομα που η θεραπεία τους στις ιδιωτικές κλινικές της Αθήνας, είχε αποτύχει (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Ακολουθώντας την εξέλιξη του ιδρύματος, απομακρυνθήκαμε από την περίοδο, γύρω από το 1880-90, που παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία για την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Είδαμε τις εξελίξεις στην Κων/πολη και την Σμύρνη την ίδια περίπου περίοδο και την αναδιοργάνωση του φρενοκομείου της Κέρκυρας, σταδιακά από το 1880 (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Στην Αθήνα, το 1881, η δωρεά του Τα. Δρομοκαΐτη και στην συνέχεια και άλλων δωρητών, επέτρεψε στην οικοδόμηση και τη λειτουργία του ομώνυμου ιδρύματος, από το 1887. Η μνημειώδης αντίληψη του ενιαίου συνόλου είχε πια εγκαταλειφθεί, σε όφελος ενός λειτουργικού συνόλου από χωριστά οικήματα, πάνω σε σχέδια του γάλλου ψυχιάτρου Lunier. Πρώτος του διευθυντής, ο Δρ. Χρ. Τσηριγώτης, ενώ στο διοικητικό συμβούλιο, ανάμεσα σε άλλα γνωστά ονόματα, συναντούμε και τον Α.Γ. Πασπάτη, γνωστό από το βιβλίο του για το νοσοκομείο της Κων/πολης (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Στη Χίο, με δωρεά της οικογένειας Σκυλίτση, καθώς και άλλων, χτίστηκε το νέο νοσοκομείο, που λειτούργησε το 1886. χωριστά τμήματα για τους αρρώστους (χειρουργικό και παθολογικό) για τους γέροντες, τα ορφανά και τους ψυχοπαθείς. Σύμφωνα με την παράδοση του παλιού νοσοκομείου δέχτηκε και πρόσωπα για φιλοξενία ή σωφρονισμό, μετά από εντολή του επισκόπου, που ήταν και πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου. Μία τέτοια πρακτική ήταν πια περιθωριακή και δεν την συναντούμε σε άλλα ιδρύματα (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Το *Δρομοκαΐτειο* έμεινε για καιρό η βιτρίνα της ελληνικής ψυχιατρικής. Για πολλά χρόνια η πλειοψηφία των τροφίμων του ήταν άνθρωποι που μπορούσαν να πληρώσουν τα νοσήλια. Μόλις το 1915 ο αριθμός των απόρων, δηλαδή ατόμων που τα νοσήλιά τους τα πλήρωνε το κράτος αλλά και οι δήμοι, καθώς και το ίδιο το ίδρυμα ξεπέρασαν τον αριθμό των ευπόρων. Ας μην ξεχνάμε ότι το 1915, λειτουργούσαν ήδη στην Αθήνα αρκετές ιδιωτικές κλινικές που απορροφούσαν ένα αξιόλογο μέρος την εύπορης πελατείας (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Αντίθετα από ότι συνέβαινε παλιότερα με το φρενοκομείο της Κέρκυρας, η Αθηνά κι ο Πειραιάς δεν μονοπώλησαν το ίδρυμα. Το 1908, για παράδειγμα, μόνο το

28% των εισαγωγών προέρχονταν από την Αθήνα και τον Πειραιά (Πλουμπίδης, 1983:26, 1995).

Από το 1887 ως το 1901 (13 χρόνια) το ίδρυμα δέχτηκε 1.255 αρρώστους, δηλαδή κατά μέσο όρο 90-95 τον χρόνο, κύρια διάγνωση η εκφυλογενής ψυχοπάθεια (49,3% των εισαγωγών), που όπως προαναφέραμε συγκέντρωσε ετερόκλητες νοσολογικές οντότητες και στην συνέχεια αποσυντέθηκε. Αντίθετα από τον φρενοκομείο της Κέρκυρας, τόσο στο «Δρομοκαΐτειο», όσο και στο νοσοκομείο της Κων/πολης συναντούμε μεγάλο αριθμό περιστατικών προϊούσας γενικής παράλυσης, (σύφιλης) (Πλουμπίδης, 1983:26-27, 1995).

Η μέση διάρκεια νοσηλείας όσων έβγαιναν θεραπευμένοι ή βελτιωμένοι ήταν έξι μήνες. Πρόκειται για χρόνο που πρέπει να δεχτούμε με επιφύλαξη καθώς οι στατιστικές προέρχονται από τον γιατρό του ιδρύματος Μ. Γιαννήρη, αλλά αναμφισβήτητα το «Δρομοκαΐτειο» ήταν καλύτερα προετοιμασμένο για να παίξει τον θεραπευτικό του ρόλο (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Πάλι ο Μ. Γιαννήρης αναφέρει σε άρθρο του ότι τα 34 πρώτα χρόνια της λειτουργία του (1887-1924) το ίδρυμα νοσήλευε 3.782 άτομα. Επανεισαγωγή υπήρξε μόνο για 368. Από το σύνολο των νοσηλευομένων 677 (17,6%) εγκατέλειψαν το ίδρυμα θεραπευμένοι ή στην φάση της ανάρρωσης ή σε φάση τελείας ύφεσης των συμπτωμάτων τους, 411 (11,1%) βελτιωμένοι και 1.379 (36%) στάσιμοι μετά από αίτηση της οικογένειάς τους. Ο τελευταίος αυτός αριθμός αξίζει σχολιασμό γιατί σημαίνει ότι αν το αποτέλεσμα αργούσε να φανεί ή αν οι οικογένειες δεν ήθελαν ή δεν μπορούσαν να πληρώνουν, ξανάπαιρναν τους αρρώστους του και τους έστελναν αλλού ή τους κρατούσαν στα σπίτια τους» (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

*«Από την αρχή το κράτος, και σε πολύ μικρό βαθμό οι δήμοι συντηρούσαν έναν αριθμό απόρων. Μετά το 1915 έγιναν η πλειοψηφία και στην συνέχεια αυξήθηκαν σταθερά»* (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Στην αρχή του 20αίωνα, τα δύο κύρια ψυχιατρεία νοσήλευαν περίπου 400 ψυχοπαθείς τον χρόνο κι επιπλέον μερικές δεκάδες τα επαρχιακά (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Χωρίς να εξηγούν πως έφτασαν στα συμπεράσματά τους, ο Χρ. Τσηριγώτης και Μ. Γιαννήρης υπολόγιζαν το σύνολο των ψυχοπαθών της χώρας σε 2.500 περίπου κι ο Σ. Βλαβιανός σε 3.000. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι ψυχοπαθείς δεν είχαν ακόμη σχέση με τα ψυχιατρεία (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Την πρώτη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αι., άρχισε μία νέα περίοδος κίνησης γύρω από την ψυχιατρική που την στερέωσε οριστικά σαν κοινωνικό θεσμό.

Το 1904, λειτούργησε στην Αθήνα, η πρώτη *ιδιωτική κλινική* του Σιμωνίδη, Γ. Βλαβιανού (Τα κτίρια στην οδό Κύπρου στεγάζουν σήμερα δημοτικό σχολείο. Τουλάχιστον όσο καιρό τη διεύθυνε ο ίδιος, λειτούργησε άρτια, σύμφωνα με τα γαλλικά του πρότυπα (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Το 1909, ο Κ. Οικονομάκης διεύθυνε την νευρολογική κλινική ο «Γαληνός». Περί το 1910, ιδρύθηκε στο Π. Φάληρο η ιδιωτική κλινική του Καθ. Μ. Κατσαρά, που κράτησε την φήμη της για πολύ καιρό. Την ίδια περίπου εποχή, ο Γ. Νικολάου (που παρουσιάζεται σαν μαθητής του Μ. Κατσαρά, τέως εσωτερικός βοηθός του Σ. Βλαβιανού και με τις απαραίτητες σπουδές, στο Παρίσι) ίδρυσε τη ιδιωτική του κλινική στην Αλεξάνδρεια. Την ίδια εποχή λειτουργούσε στα προάστια της Σμύρνης ιδιωτική κλινική του Ισαάκ Τσατσσόγλου μελλοντικού διευθυντή του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Λειτούργησαν επίσης οι κλινικές «Σαλπετρίερη» και «Ασκληπιείο». Ο Γ. Παπαδημητρίου υπολογίζει τον αριθμό τους ως τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, γύρω στις δέκα (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Δεν έχω υπόψη μου μελέτες για την λειτουργία αυτών των ιδρυμάτων και για αυτό τον λόγο επείγει η διάσωση όσου αρχαιακού υλικού δεν έχει ακόμα καταστραφεί (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Η επιτυχής λειτουργία μίας σειράς ιδιωτικών κλινικών είναι δείγματα στερέωσης, της ανάπτυξης και των επιλογών των αστικών στρωμάτων στην Ελλάδα. Λίγο αργότερα θα γίνει επίσης δείγμα της ατροφικής θεραπευτικής λειτουργίας των δημοσίων ψυχιατρείων και των απάνθρωπων συνθηκών κράτησης των ψυχοπαθών (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

*«Εννοείται ότι μία ιδιωτική κλινική με καλή φήμη μπορούσε να υπολογίζει όχι μόνο στην αθηναϊκή πελατεία αλλά και στις εύπορες οικογένειες της επαρχίας ή και των εκτός επικράτειας Ελλήνων, όπως το δείχνει η γεωγραφική κατανομή των εισαγωγών του «Δρομοκαϊτείου», πριν χάσει την φήμη του»* (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Η εικόνα συμπληρώνεται με την ίδρυση, το 1905, της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής και Ψυχιατρικής κλινικής, χάρη σε μία δωρεά του Καθ. Δ. Αιγινήτη και την πρωτοβουλία του Καθ. Μ. Κατσαρά. Λειτούργησε σαν κέντρο διάγνωσης

και θεραπείας για νευρολογικούς και ψυχιατρικούς αρρώστους σε οξεία φάση της πάθησής τους (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Το 1907-08, λειτούργησε, στη Θεσσαλονίκη, ψυχιατρικό τμήμα στο *Εβραϊκό Νοσοκομείο «Χιρς»* δωρεά του ομώνυμου βαθύπλουτου της Βιέννης. Η τύχη των εβραίων ψυχοπαθών παλιότερα είναι θέμα μελέτης» (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Σε αγγελία της «ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ», βλέπουμε ότι το 1908 λειτούργησε *Άσυλο Ψυχοπαθών στην Ερμούπολη*, με πρωτοβουλία τοπικής επιτροπής. Δέχτηκε 8 αρρώστους τον πρώτο χρόνο και αρχικά τουλάχιστον χρηματοδοτήθηκε με εράνους και εισφορές (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Γύρω στο 1910, τα δύο κύρια ψυχιατρεία (το «Δρομοκαΐτειο» και της Κέρκυρας) νοσήλευαν περί τους 700 ψυχοπαθείς, τον χρόνο, αλλά όπως είδαμε υπήρχαν πια όλα τα άλλα ιδρύματα που δέχονταν αρκετούς επιπλέον» (Πλουμπίδης, 1983:27, 1995).

Το 1910 λειτούργησε το μικρό *Άσυλο της Σούδας* και το 1914-15 το *Άσυλο της Θεσσαλονίκης* πυρήνες των σημερινών δημοσίων ψυχιατρείων, ενώ στην Αθήνα, την ίδια εποχή οι κρατούμενοι ψυχοπαθείς των υπογείων της αστυνομίας στεγάστηκαν σε ευκαιριακό οίκημα στο Μοσχάτο (Πλουμπίδης, 1983:27-28, 1995).

### 2.1.2 Η Ιστορία της Ψυχιατρικής Περίθαλψης μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο

Μετά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο οι εξελίξεις επιταχύνθηκαν ακόμα περισσότερο.

Το 1923, έχουμε την πρώτη νομοθεσία για τις ιδιωτικές κλινικές (διατάγματα της 18<sup>ης</sup> Ιαν. και 18 Οκτ. 1923). Ακολούθησαν άλλα κείμενα (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).



Το 1918-19 οι ψυχοπαθείς που είχαν στεγασθεί στο Μοσχάτο μεταφέρθηκαν σε μία βίλα της Αγίας Ελεούσας στην Καλλιθέα, που έμεινε γνωστή σαν *Άσυλο της Αγίας Ελεούσας*. Αρχικά δέχτηκε 50-60 άτομα. Το 1920 έγιναν 100 (ψυχοπαθείς, τοξικομανείς κι αλήτες) και το 1924 έγιναν 300, σε απερίγραπτες και κτηνώδεις συνθήκες διαβίωσης, χωρίς ιατρική περίθαλψη (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Το 1924, τα ψυχιατρεία πέρασαν στη δικαιοδοσία της Διεύθυνσης Υγιεινής του Νεοσύστατου Υπουργείου Πρόνοιας. Τον ίδιο χρόνο ο γενικός διευθυντής του υπουργείου ονόμασε ένα διοικητικό συμβούλιο κι ένα ιατρό-διευθυντή, τον πρόσφυγα ψυχίατρο Ι. Τατσσόγλου (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Το 1926 οι τρόφιμοι είχαν γίνει 400, είχαν στηθεί σκηνές και παράγκες στην αυλή, είχε διοριστεί ακόμα ένας ψυχίατρος και 4 γιατροί άλλων ειδικοτήτων που προσπαθούσαν να εφαρμόσουν κάποιες φαρμακευτικές ή άλλες θεραπείες. Η κατάσταση παρέμενε απελπιστική και το 1928 ακόμα απελπιστικότερη με 500 συνωστισμένους αρρώστους (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Την ίδια χρονιά άρχισε η διαρρύθμιση κι ο εξοπλισμός μερικών ξύλινων παραγκών που αποτέλεσαν τον πρώτο πυρήνα του *Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών (Δαφνί)* από 50-60 ήσυχους αρρώστους και 2-3 νοσοκόμους κάτω από την επίβλεψη ενός αρχινοσοκόμου. Ο εξοπλισμός και το διαθέσιμο υλικό στην πρώτη φάση θυμίζουν τα «εκτός σχεδίου πόλεως» της σημερινής εποχής (Πλουμπίδης, 1983:28).

Ως το 1923, μεταφέρθηκαν οι «καλύτεροι» άρρωστοι κι ως το 1936, οι χρόνιοι κι οι ανίατοι, που αποτελούν το αναπόφευκτο και δυσβίωτο προϊόν του κάθε ασύλου (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Δεν μπορώ να επεκταθώ στη σταδιακή οικοδόμηση κι οργάνωση του συγκροτήματος που όλοι γνωρίζουμε σήμερα, ούτε στις αντίστοιχες του ψυχιατρείου της Σούδας (Χανίων) και της Θεσσαλονίκης (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Στις 21.2.1934 δημοσιεύτηκε ο νόμος 6077, που βασική του καινοτομία ήταν η προσπάθεια μετατροπής των δημοσίων ψυχιατρείων σε αγροτικές αποικίες ψυχοπαθών. Παραπέμπω και πάλι στον Κ. Φιλανδριανό, σε ότι αφορά τα ελάχιστα που έγιναν σε αυτή την κατεύθυνση στο Δαφνί, όπου διορίστηκε και γεωπόνος» (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Η προσπάθεια αυτή παραπέμπει σε δύο βασικές ιδέες, θα λέγαμε σήμερα φαντασιώσεις, της ψυχιατρικής του 19<sup>ου</sup> αι., δηλαδή της εργασιοθεραπείας και σε δεύτερο βαθμό της σχετικής αυτοτροφοδοσίας των ιδρυμάτων (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Πρόκειται άραγε για επιβίωση ή για ειρωνεία ή ονομασία, το 1958, του νεοσύστατου ασύλου της Λέρου, σε αγροτική αποικία ψυχοπαθών;

Η δεύτερη καινοτομία του νόμου 6077 αφορά τη διοικητική οργάνωση των δημοσίων ψυχιατρείων, από τις κατηγορίες του προσωπικού ως την σύνθεση των διοικητικών συμβουλίων. Οι γιατροί έχασαν τη διοίκηση των ψυχιατρείων, με τελευταίο προμαχώνα το ψυχιατρείο της Κέρκυρας, όπου ο ιατρός-διευθυντής (βασική ιδέα της ψυχιατρικής του 19<sup>ου</sup> αι.) καταργήθηκε με αναγκαστικό νόμο του 1939 (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Επιπλέον λειτουργούσε το μικρό *Άσυλο της Μυτιλήνης*<sup>3</sup>, που δεν αναφέρεται στην εθνική στατιστική.

Βλέπουμε ότι έξω από τα ψυχιατρεία της Αθήνας και των Χανίων που έφτασαν ή ξεπέρασαν την μέγιστη χωρητικότητά τους τα άλλα αναπτύχθηκαν με αργούς ρυθμούς (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Η χωρητικότητα των ιδρυμάτων μετρημένη σε κρεβάτια έχει μία δόση ειρωνείας, γιατί είναι γνωστό ότι πολλοί άρρωστοι (π.χ. στο Δαφνί ή στο Δρομοκαΐτειο) ξάπλωναν σε στρώματα ή και κατευθείαν στο δάπεδο. Ας μην ξεχνάμε ότι, σύμφωνα με όλα τα καταστατικά, οι φύλακες κι ελάχιστοι νοσοκόμοι ήταν εξίσου έγκλειστοι με τους αρρώστους τους με δικαίωμα εξόδου μία φορά την εβδομάδα. Λίγοι προνομιούχοι, είχαν χωριστά δωμάτια ή θαλάμους, ενώ οι υπόλοιποι ξάπλωναν σε κρεβάτια ανάμεσα στους αρρώστους, σε αποθήκες ή κάποια διαθέσιμη γωνιά. Μπορεί οι φύλακες να εκπροσωπούσαν την «υγιή κοινωνία» αλλά ζούσαν εξίσου φυλακισμένοι με τους τρελούς τους, με ενδιάμεσο στάδιο τους «καλούς και ήσυχους» αρρώστους που σε όλα τα άσυλα εξασφάλιζαν κι εξασφαλίζουν την καθημερινή λειτουργία με αντάλλαγμα κάποια προνόμια. Κλειστό κύκλωμα όπου νοσοκόμος και ψυχοπαθής καταντούσαν δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, όπου η καθημερινή βία, απαντούσε στη βία του ασύλου (εύκολα θα γράφαμε του στρατοπέδου συγκέντρωσης) και στη βία της ψυχοπάθειας. (Βία που εννοείται ότι απαγορεύεται ρητά από όλα τα καταστατικά) (Πλουμπίδης, 1983:28, 1995).

Κλειστή διαλεκτική που τρέφει το άσυλο και την χρονικότητα και που από το σπάσιμό της εξαρτιέται η ανθρώπινη υπόσταση τόσο των θυμάτων όσο και των θυτών (Πλουμπίδης, 1983:29, 1995).

---

<sup>3</sup>

Το «παράδοξο» στη θεωρητική σύλληψη του ρόλου των ψυχιατρείων, όπως διαμορφώθηκε στον 9<sup>ο</sup> αι., είναι ότι χωρίζει τον ψυχοπαθή από την κοινωνία για να την προστατεύσει και να τον προστατεύσει, αλλά πρόκειται για χωρισμό, που μέσω της θεραπείας, έχει σαν σκοπό την επανένταξη του θεραπευμένου στην κοινωνία, από την στιγμή που δεν θεωρείται σαν ο «τρελός» της παραδοσιακής κοινωνίας με τον λίγο πολύ καθορισμένο ρόλο του, αλλά σαν ένας «δυστυχισμένος πολίτης» που στο ίδρυμα θα βρει τα μέσα για να θεραπευθεί» (Πλουμπίδης, 1983:29, 1995).

Μία τέτοια γενναιόδωρη δήλωση αρχών έχει πολλά εμπόδια να ξεπεράσει για να γίνει κοινωνικά φερέγγυα, εμπόδια που αφορούν την γνώση των ψυχοπαθολογικών μηχανισμών, τις ξεπερασμένες αντιλήψεις και τους κοινούς τόπους γύρω από την τρέλα, την οργάνωση αυτών των ιδρυμάτων για να μπορούν να είναι θεραπευτικά, την αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο του γεγονότος ότι κάθε θεραπευτική προσπάθεια είναι δαπανηρή και ότι η θεραπεία ενός ψυχοπαθούς στην επιστημονική της θεμελίωση εγγράφεται σε μία σχέση ανάμεσα σε υποκείμενα, άρα δεν μπορεί να υπάρξει σε συνθήκες όπου η προσωπικότητα του αρρώστου δέχεται διαλυτικές πιέσεις (Πλουμπίδης, 1983:29, 1995).

Αν λοιπόν οι συνθήκες λειτουργίας πολλών ελληνικών ιδρυμάτων ήταν τέτοιες που οι ψυχοπαθείς όχι μόνο «δυστυχισμένοι πολίτες» δεν μπορούσαν να είναι αλλά ούτε καλά καλά ανθρώπινα όντα, δηλαδή με μία ατομική ιστορία και με μία, έστω εύθραυστη, ταυτότητα, που να μπορούν να τη διατηρήσουν και να την χρησιμοποιήσουν για τη θεραπεία τους, τότε καταλαβαίνουμε το μέγεθος της αντίφασης ανάμεσα στην πραγματικότητα και τους σκοπούς τους, αντίφαση άλυτη ως τις μέρες μας (Πλουμπίδης, 1983:29, 1995).

### **2.1.3 Η Ελληνική Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Διάρκεια του Πολέμου του 1940**

Οι πληροφορίες που υπάρχουν για τα ψυχιατρικά ιδρύματα και τους ψυχασθενείς κατά την περίοδο του πολέμου είναι λιγοστές, αν και είναι βέβαιο ότι όσοι βρίσκονταν μέσα στα ψυχιατρεία υπέφεραν περισσότερο απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Ο αριθμός των ασθενών στο Δαφνί μειώθηκε κατά το ήμισυ μέσα σε λίγους μήνες μετά την Γερμανική εισβολή. Οι Γερμανοί είχαν απειλήσει να ανατινάξουν τα κτήρια του ψυχιατρείου με τους ασθενείς μέσα. Στην ατμόσφαιρα του ιδρύματος και στον τρόπο λειτουργίας του άρχισε να

επικρατεί χάος (ειδικά τους μήνες του περιβόητου παγωμένου χειμώνα του 1941-1942), και καθώς όλοι οι γιατροί βρίσκονταν στο μέτωπο, η παροχή ιατρικής αγωγής ήταν αδύνατη. Προκειμένου να καλύψουν διάφορους αγωνιστές της Αντίστασης από τους Γερμανούς, ορισμένα μέλη του προσωπικού του ψυχιατρείου τους έκρυβαν στο ίδρυμα και τους παρουσίαζαν σαν τρελούς (Μπλου, Ε., 1999:74, 1995).

Μετά την αποχώρηση του Άξονα, η πολιτική των εθνικών κομμάτων και η ψυχιατρική συναντήθηκαν στο Δαφνί για μια ακόμη φορά στη διάρκεια του εμφυλίου. Το ψυχιατρείο βρέθηκε μέσα στον εθνικό πολιτικό αγώνα, καθώς η Αριστερά απέκτησε τον έλεγχο του και χρησιμοποίησε για να προστατεύσει και να νοσηλεύσει τους τραυματίες της. Στα χρόνια εκείνα της πικρής πολιτικής διαμάχης, οι αντίπαλοι του καθεστώτος βρισκόντουσαν ξαφνικά στο Δαφνί, όπως φαίνεται από την τεράστια αύξηση στις εισαγωγές της περιόδου εκείνης:

1939	2000 ασθενείς
1943	1000 ασθενείς
1944	3000 ασθενείς

Μερικοί πολιτικοί κρατούμενοι χαρακτηρίζονταν ψυχασθενείς με σκοπό να αμαυρωθεί δημόσια το όνομά τους. Άλλοι δήλωναν με δική τους πρωτοβουλία ότι ήταν ψυχασθενείς για να αποφύγουν τη φυλάκιση στις κακόφημες φυλακές της χώρας και στα στρατόπεδα συγκέντρωσης που προορίζονταν για αντιφρονούντες. Πρόκειται για μια περίοδο γνωστή στην ελληνική πολιτική ιστορία καθώς και στην ελληνική ψυχιατρική ιστορία. Τότε, οι σκοποί της πολιτικής -εκπροσωπούμενοι είτε από το κράτος είτε από συγκεκριμένα άτομα- έθεταν στην υπηρεσία τους την ψυχιατρική και την χρησιμοποιούσαν ανάλογα (Μπλου, Ε., 1999:74-75, 1995).

#### **2.1.4 Η Ελληνική Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Μεταπολεμική Περίοδο, 1950-1980**

Στη μεταπολεμική περίοδο το δίκτυο των δημοσίων ψυχιατρείων της χώρας εξαπλώθηκε. Οι ιδιωτικές κλινικές, που είχαν αρχίσει να ιδρύονται ωρύτερα τον ίδιο αιώνα πληθαίνουν την εποχή αυτή. Όμως μόνο όσοι είχαν την οικονομική ευχέρεια μπορούσαν να τις χρησιμοποιούν, ενώ η κύρια υπηρεσία ψυχιατρικής περίθαλψης παρέμενε το δημόσιο ψυχιατρείο. Η εξάπλωση του δικτύου των ψυχιατρείων ήταν η απάντηση στη συνεχιζόμενη υπερπληρότητα των δημοσίων ιδρυμάτων, ειδικά στο Δαφνί και στη Θεσσαλονίκη. Οι λόγοι που κατεξοχήν συντέλεσαν στη δημιουργία αυτής της υπερπληρότητας θα συζητηθούν σύντομα πιο κάτω (Μπλου, Ε., 1999:75).

Για τη συγκεκριμένη περίοδο είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρατηρείται ελάχιστη μεταρρυθμιστική δραστηριότητα στον τομέα της περίθαλψης των ασθενών. Η ελληνική ψυχιατρική ακολουθούσε τότε άλλες ψυχιατρικές της εποχής, όσον αφορά τη χρήση ουσιών για τον έλεγχο και τη θεραπεία των συμπτωμάτων. Ενώ, όμως, οι άλλες ψυχιατρικές είχαν ήδη αναπτύξει ή άρχιζαν να αναπτύσσουν διαφορετικές θεραπείες εκτός των φαρμακολογικών, (πχ. Ψυχοθεραπείες), και να θεσμοθετούν διάφορες ψυχιατρικές υπηρεσίες χωριστά από τον περιβάλλον των ιδρυμάτων, η περίθαλψη υπό περιορισμό στο ψυχιατρείο παρέμενε το κυριότερο είδος θεραπείας στην Ελλάδα (Μπλου, Ε., 1999:75-76).

Με πρωτοβουλία κάποιων δραστήριων ατόμων -και όχι των ειδικών ως ενιαίου σώματος- είχαν γίνει μερικές προσπάθειες να βελτιωθούν οι συνθήκες για τους ασθενείς στα ιδρύματα. Στην Α΄ Κλινική του Δρομοκαϊτείου, γράφει ο Λυκέτσος, (1988), η συνεργασία ανάμεσα σε ψυχιάτρους και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και εξέλιξη των βιολογικών θεραπειών, δημιούργησαν αίσθηση εμπιστοσύνης στους ασθενείς. Τα σιδερένια κάγκελα -βαθιά εδραιωμένο σύμβολο των ψυχιατρείων- αφαιρέθηκαν από τα παράθυρα και οι πόρτες της κλινικής άνοιξαν το 1953. Συγχρόνως καταργήθηκαν όλοι οι σωματικοί περιορισμοί, (σιδερένια κλουβιά, αλυσίδες, ζουρλομανδύες). Αργότερα, άνοιξε η πύλη του ψυχιατρείου ώστε να μπορούν οι ασθενείς να συναναστρέφονται ελεύθερα μεταξύ τους μέσα στο μεγάλο κήπο και στην περιοχή γύρω από το Δρομοκαϊτείο. Ως φιλανθρωπικό ίδρυμα, το Δρομοκαϊτείο είχε δυνατότητα επιλογής τόσο στις εισαγωγές ασθενών όσο και στη λήψη αποφάσεων (Μπλου, Ε., 1999:76).

Μια διαφορετική εικόνα της ζωής στο ψυχιατρείο μας δίνει ο Ρασιδάκις, περιγράφοντας τη δεκαετία του '50 στο Δαφνί. Εκείνος έφτασε τον Δεκέμβριο του 1953 ως διευθυντής της Δ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής στην οποία υπήρχαν 250 ασθενείς.

*« [...] το Δημόσιο Ψυχιατρείο νοσήλευε συνολικά 2000 ασθενείς. Δεν είχε όμως και τον ίδιο αριθμό από κρεβάτια. Απλούστατα, δύο και καμιά φορά τρεις ασθενείς έπρεπε να μοιραστούν την ίδια «κλίνη». Τα κτίρια, ακόμα, δεν θερμαίνονταν και το όλο κτιριακό συγκρότημα εστερείτο εντελώς από αποχέτευση. Το Νοσοκομείο, επιπλέον, δεν είχε ακόμα οριοθετηθεί και κανένας τοίχος, φράχτης ή άλλο σημείο έδειχνε ως που εκτεινόταν τα σύνορά του. Δεν υπήρχε θυρωρείο η εξωτερική πύλη. Έτσι, όλα τα νοσηλευτικά περίπτερα ήταν μόνιμα διπλοκλειδωμένα με πολύ δυνατές εξωτερικές πόρτες και όλα τα παράθυρα του πρώτου ορόφου κάθε κτιρίου φράζονταν από σιδερένια κγκλιδώματα. [...]*

*Κανένα από τα νοσηλευτικά περίπτερα δεν διέθετε τηλέφωνο και το ίδρυμα επικοινωνούσε με τον υπόλοιπο κόσμο με δυο μόνο τηλεφωνικές γραμμές.*

*Οι ελάχιστοι γιατροί που εργάζονταν τότε στο Νοσοκομείο, μεταφέρονταν από ένα κεντρικό σημείο της Αθήνας, μ' ένα φορτηγό αυτοκίνητο, κατάλληλο ίσως για μεταφορά εμπορευμάτων, που δεν είχε πόρτα ή καθίσματα και δούλευαν συνολικά 2 έως 3 ώρες στο Νοσοκομείο, από τις 10 πμ που έφταναν, μέχρι τις 12 ή τις 12 και μισή. Η ιατρική πυραμίδα, βοηθοί, επιμελητές, διευθυντές, στο «ευκλεές» αυτό κρατικό ίδρυμα είχε αναστραφεί. Πολλοί διευθυντές, λιγότεροι επιμελητές και ελάχιστοι βοηθοί. Οι λόγοι είναι τόσο ευνόητοι που δεν αξίζει τον κόπο να αναλυθούν.*

*Το Νοσοκομείο δεν είχε ακόμα κοινωνικό λειτουργό, (ο όρος δεν είχε ακόμα πλαστεί, στην Ελλάδα), και βέβαια ούτε ψυχολόγο. Όσο για την νοσηλεία, αυτή κύρια, είχε ανατεθεί στους «πραχτικούς» νοσοκόμους και νοσοκόμες για τους οποίους αρκετός λόγος θα γίνει αργότερα. [...]*

*Μια μικρή ομάδα τριών απασχολησιοθεραπευτριών αγωνίζονταν, μέσα σ' ένα μικρό δωμάτιο, να απασχολήσει 15 έως 20 αρρώστους. Βέβαια, πάρα πολλοί άρρωστοι απασχολούνταν να «καθαρίζουν» τα Περίπτερα (καθαρίστριες, δεν υπήρχαν ακόμα ή ήταν πάρα πολύ λιγαστές) η κυρίως, κεντούσαν πλεκτά για τις νοσοκόμες» (Μπλου, Ε., 1999:76).*

Τη δεκαετία του '50 η υπερπληρότητα των δημοσίων ψυχιατρείων πήρε διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών, ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωπη με μια σειρά προβλήματα, (τους υπεράριθμους των ψυχιατρείων, πολλούς ασθενείς με βαριές ψυχασθένειες ή πάσχοντες από μη ανατρέψιμες οργανικές παθήσεις, επίσης από πολλούς εγκαταλειμμένους επιδεικτικά από τις οικογένειές τους), η κυβέρνηση πρότεινε το 1957 τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου (Μπλου, Ε., 1999:76-77).

Μολονότι η Λέρος όντως ανακούφισε το Δαφνί και τα άλλα ψυχιατρεία από τους υπεράριθμους ασθενείς κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν, ήταν συγχρόνως σαφές ότι αδυνατούσε να λειτουργήσει ως μοναδική απάντηση στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Στο ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης οι συνθήκες αυτές συνεχίστηκαν και τη δεκαετία του '60. Η λύση στο πρόβλημα βρέθηκε σε ένα παλιό σανατόριο, πρώην μονή, που απείχε 26 χιλιόμετρα από την πόλη της Κατερίνης. Χωμένο ανάμεσα σε λόφους με πλούσια βλάστηση και μακριά από οποιοδήποτε χωριό, το καινούργιο δημόσιο ψυχιατρείο, το Πέτρας Ολύμπου, ιδρύθηκε γύρω στο 1969. Όπως μου εξήγησε εκεί ένας πληροφορητής, ήταν προορισμένο να λειτουργήσει ουσιαστικά ως άσυλο για τη συντήρηση ανίατων περιπτώσεων. Άσχετα με τον τόπο καταγωγής τους, (δηλαδή αν έμεναν κοντά στην Κατερίνη ή όχι), μεταφέρθηκαν εκεί από το ψυχιατρείο Θεσσαλονίκης οι πιο βαριές περιπτώσεις ψυχασθένειας, νοητικής καθυστέρησης, εγκεφαλικών βλαβών και επιληψίας, καθώς και άτομα που δεν είχαν πλέον επαφή με τις οικογένειές τους (Μπλου, Ε., 1999:77-78).

Ένα ακόμη δημόσιο ψυχιατρείο, το δημόσιο Ψυχιατρείο της Τρίπολης, εγκαινιάστηκε το 1968, προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες που επικρατούσαν στο Δαφνί και να υπάρξει ένα περιφερειακό ψυχιατρικό ίδρυμα για τις ανάγκες του πληθυσμού των νοτίων περιοχών της χώρας. Το ψυχιατρείο της Σούδας, του οποίου η οικοδόμηση είχε αρχίσει το 1965, μεταφέρθηκε το 1971 σε νέα κτήρια και σε νέα περιοχή, σε απόσταση τεσσάρων χιλιομέτρων από τα Χανιά και περίπου δύο χιλιομέτρων από τις αρχικές του εγκαταστάσεις. Το 1973 μετονομάστηκε σε «Σανατόριο Ψυχοπαθών Χανίων». Τελικά, το 1980 το δίκτυο ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα έφτασε να αποτελείται από οκτώ ψυχιατρεία, που λειτουργούσαν ως κύριοι φορείς της ψυχιατρικής περίθαλψης στον δημόσιο τομέα (Μπλου, Ε., 1999:75).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**  
**Η ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**  
**ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### Η ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1 Η Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα

Είναι γνωστό ότι οι τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού είναι ιδιαίτερης σημασίας για κάθε χώρα και όπως έχει επανειλημμένα διατυπωθεί τα τελευταία χρόνια,, τα παιδιά του σήμερα είναι οι γονείς του αύριο, στην ουσία δηλαδή το μέλλον κάθε χώρας (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Είναι επίσης γνωστό ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την φυσιολογική και ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών είναι η αρκετά καλή ανταπόκριση από το περιβάλλον στις σωματικές, νοητικές συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες του παιδιού (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Δυστυχώς όμως στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες -κυρίως αναπτυσσόμενες- τα προγράμματα τα σχετικά με την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού δεν είναι ανεπτυγμένα με ικανοποιητικό τρόπο για πολλούς και διαφόρους λόγους, όπως κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς κ.α. (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Τουλάχιστον ένα δισεκατομμύριο παιδιά στις αναπτυσσόμενες χώρες μεγαλώνουν κάτω από πάρα πολύ δύσκολες συνθήκες και με συνεχή κίνδυνο για την ίδια τη ζωή τους. Οι γονείς τους, που πρέπει να φροντίσουν και να τα μεγαλώσουν δεν έχουν τα μέσα ή τη γνώση που θα τους το επιτρέψει. Μερικά παιδιά πεθαίνουν και παρά πολλά πεθαίνουν αδικαιολόγητα. Από αυτά που επιβιώνουν πολλά κουβαλάνε στην υπόλοιπη ζωή τους τις «ουλές» και τα αποτελέσματα της πρώιμης στέρησης που τους αφαιρούν τις δυνατότητες να ζήσουν μία δημιουργική και ευτυχισμένη ζωή (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η αντιμετώπιση της σωματικής αρρώστιας είναι ουσιώδους σημασίας και ότι επιδρά σημαντικά και στην ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Έχει αποδειχθεί όμως λαθεμένη η αντίληψη ότι πρέπει πρώτα να προάγουμε την σωματική υγεία των παιδιών κι να θεραπεύσουμε την σωματική

αρρώστια και μετά να αντιμετωπίσουμε τα θέματα της ψυχικής υγείας τους (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι και η χώρα μας, όπου υπάρχει μία συγκριτικά πολύ μεγαλύτερη αύξηση των παιδιατρικών υπηρεσιών με επικέντρωση την σωματική νόσο σε σχέση με τις υπηρεσίες της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης όπου είναι ακόμα πολύ λίγο ανεπτυγμένες. Παιδιά που είναι σωματικά άρρωστα ή που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, οπωσδήποτε δεν μπορούν να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιήσουν τις διανοητικές τους και συναισθηματικές δυνάμεις. Ας μην ξεχνάμε όμως ότι που δίνει ουσία στην ύπαρξη μας είναι η φυσιολογική ψυχική μας ζωή και ισορροπία (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Υπάρχουν επίσης εκτιμήσεις σύμφωνα με τις οποίες 3 παιδιά στα 1.000 παρουσιάζουν σοβαρή νοητική υστέρηση και μία πολύ πιο μεγάλη αναλογία παιδιών αποτυγχάνουν να αποκτήσουν το νοητικό τους δυναμισμό εξαιτίας διαφόρων λόγων, όπως παραμέληση, κοινωνική αποστέρηση, κακή διατροφή, λοιμώξεις κ.α. Έχει επίσης εκτιμηθεί ότι 1 στα 100 παιδιά υποφέρουν από κάποια μορφή επιληπτικών σπασμών και είναι γνωστό το «στίγμα» που μπορεί να συνοδεύει αυτά τα παιδιά για την υπόλοιπη ζωή τους, αν δεν γίνει σωστή ιατροκοινωνική αντιμετώπιση. Το ίδιο ισχύει και για παιδιά με άλλες αναπηρίες, τυφλά, κωφά, βαρήκοα, καθώς και τα παιδιά που πάσχουν από διάφορες σωματικές και κινητικές αναπηρίες. Έχει γενικά υπολογισθεί ότι 1 στα 10 παιδιά είναι διαφορετικό -σωματικά, ψυχολογικά- από τα άλλα και υποφέρουν εξαιτίας αυτής της «διαφοράς». Τα παιδιά του Τρίτου Κόσμου είναι αυτά που πλήττονται πιο πολύ και έχει υπολογισθεί ότι περίπου 80% των παιδιών με ψυχικές και σωματικές αναπηρίες διαφόρου βαθμού, ζουν σε αυτές τις χώρες (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

Μετά από αυτή τη σύντομη εισαγωγή, και πριν προχωρήσουμε στην ανάπτυξη και παρουσίαση ορισμένων προτάσεων και απόψεων, για το θέμα της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να υπενθυμίσω πολύ περιληπτικά ορισμένα κοινωνικοοικονομικά και δημοσιογραφικά χαρακτηριστικά του ελληνικού χώρου, τα οποία είναι απαραίτητο να παρθούν υπόψη στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας: (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

*1. «Οι μεγάλες και γρήγορες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές και τα αποτελέσματα που είχαν αυτές οι αλλαγές τον πληθυσμό και ιδίως στα παιδιά. Για παράδειγμα αναφέρω την αύξηση του κατά κεφαλή εισοδήματος από \$125 το 1950 σε \$3.000 το 1979. Την αύξηση του αστικού πληθυσμού από 33% το 1940 σε 53% το 1971.*

χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί εδώ ότι η κατανομή αυτού του εισοδήματος είναι κοινωνικά άνιση (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

2. Τα αποτελέσματα της εσωτερικής μετανάστευσης από την περιέργεια στις πόλεις, καθώς και της βιομηχανοποίησης, που έχουν σαν αποτέλεσμα την διάσπαση της οικογένειας, τον υπερ-πληθυσμό των πόλεων, τις κακές οικολογικές, περιβαλλοντολογικές και γενικά ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης, που επίσης έχουν άσχημα αποτελέσματα στην ανάπτυξη των παιδιών (Τσιάντης, 1983:51, 1989).

3. Τα αποτελέσματα της μετανάστευσης σε άλλες χώρες ευρωπαϊκές ή υπερπόντιες. Γι παράδειγμα μεταξύ 1955 και 1976 περισσότερο από ένα εκατομμύριο Έλληνες μεταξύ 15 και 44 ετών μετανάστευσαν από την Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ηλικίες αυτές μπορεί να θεωρηθούν αρκετά δημιουργικές και παραγωγικές. Ένας μεγάλος αριθμός από τους μετανάστες αυτούς άρχισε να επιστρέφει στις αρχές του 1970, περίοδο που συμπίπτει με την παγκόσμια οικονομική ύφεση. Επίσης από τις αρχές τις δεκαετίας του 1990 η Ελλάδα έχει μετατραπεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Άρα πάρα πολλά παιδιά αλλοδαπών αντιμετωπίζουν αντίστοιχα προβλήματα. Υπάρχουν 3 κατηγορίες παιδιών που υποφέρουν στις οικογένειες των μεταναστών:

α) παιδιά που ζουν με τους γονείς τους στις χώρες υποδοχής.

β) παιδιά που παραμένουν στην χώρα προέλευσης με συγγενείς της οικογένειας

γ) παιδιά που πρόκειται να επιστρέψουν ή έχουν επιστρέψει (Τσιάντης, 1983:51-52, 1989).

4. Οι αλλαγές στον ρόλο της Ελληνίδας, όπως διαπιστώνεται από το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός από γυναίκες εργάζεται σήμερα. Υπολογίζεται ότι το 1/3 του εργατικού δυναμικού είναι γυναίκες. Το 35% του επιστημονικού προσωπικού των διαφόρων ιδρυμάτων και το 30% των διαφόρων υπαλλήλων στις υπηρεσίες και καταστήματα κ.λ.π. είναι γυναίκες» (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

«Το αποτέλεσμα είναι ότι πολλά παιδιά βιώνουν αποχωρισμούς από τους γονείς τους και φροντίζονται από άλλα πρόσωπα (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

Χρειάζεται επίσης να αναφερθεί ότι η εκτεταμένη οικογένεια τείνει να εξαφανισθεί, ιδίως στις μεγάλες πόλεις, χωρίς να υπάρχει επαρκής προγραμματισμός και κατάλληλη κρατική υποδομή για τη δημιουργία παιδικών σταθμών, νηπιαγωγείων, για να φροντίζονται τα παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς εργάζονται. Η υποδομή αυτή αναφέρεται και στον αριθμό αλλά και στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας σε αυτά τα κέντρα από άποψη αριθμού προσωπικού και εκπαίδευσής τους

καθώς και του φυσικού περιβάλλοντος. Πάλι, εξαιτίας των παραπάνω λόγων, η ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού μπορεί να επηρεασθεί (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

5. Το γεγονός ότι και στη χώρα μας έχουμε μείωση των ποσοστών της βρεφικής θνησιμότητας. Αυτό από τη μία μεριά είναι πολύ ικανοποιητικό, από την άλλη όμως δημιουργεί μία «παράδοξη κατάσταση» γιατί έχει σαν αποτέλεσμα να ζουν και να αναπτύσσονται παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες. Το τελευταίο όμως δημιουργεί αυξημένες ανάγκες για την δημιουργία περισσότερων ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, για θεραπεία και αντιμετώπιση στον ιατρικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

6. Η δυσμενής μορφολογία του εδάφους και η άνιση κατανομή του πληθυσμού - το 30% του πληθυσμού ζει στην Αθήνα και την περιφέρειά της, το 15% στην Θεσσαλονίκη, ενώ το υπόλοιπο βρίσκεται διασκορπισμένο σε κομμοπόλεις, χωριά και νησιά – αποτελεί πρόσθετο πρόβλημα στον παραγραμματισμό επαρκών προγραμμάτων για παιδοψυχιατρική περίθαλψη και πρόληψη (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

Επίσης, η δυσμενής μορφολογία του εδάφους αποτελεί πρόσθετο πρόβλημα στον προγραμματισμό επαρκών υγειονομικών υπηρεσιών για ολόκληρο τον πληθυσμό. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι η Ελλάδα είναι μία χώρα όπου επικρατεί αισθητή ανισότητα στον κοινωνικό, οικονομικό και εκπαιδευτικό τομέα. Μερικές περιοχές είναι περισσότερο αναπτυγμένες από άλλες για διάφορους λόγους που συνδέονται με την γεωγραφία, την οικονομία, την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, καθώς και για τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους τοπικούς πληθυσμούς (λ.χ. στο μέγεθος, στα συστήματα αξιών, στ έθιμα και στις στάσεις) (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθούν στο σημείο αυτό τα αποτελέσματα μίας έρευνας από την μελέτη «Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Εξέλιξη του Παιδιού στην Ελλάδα», που έγινε υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και η οποία είχε σαν στόχο να χαρτογραφήσει τις υπάρχουσες ανάγκες και προβλήματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Εξέλιξης του Παιδιού στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα αυτά συνοψίζονται στα εξής: (Τσιάντης, 1983:52, 1989).

1. «Συγκέντρωση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στις δύο αστικές περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη).
2. Χαμηλό ή ανύπαρκτο επίπεδο παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές.
3. Προβλήματα που συνδέονται με τις μακρινές αποστάσεις που οφείλουν να διανύσουν οι οικογένειες προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια.

4. Χαμηλό επίπεδο των Υπηρεσιών Παιδικής Πρόνοιας.
5. Ανεπαρκής συντονισμός και έλλειψη συνεργασίας των διαφόρων φορέων στην παροχή της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης.
6. Ανεπαρκής συντονισμός και κατακερματισμός των υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την περαιτέρω παρακολούθηση των περιπτώσεων μεταξύ των πολλαπλών και διαφορετικών φορέων. Αυτό είναι ιδιαίτερα αισθητό στον τομέα των υπηρεσιών που παρέχουν η Παιδική Πρόνοια και η Παιδοψυχιατρική, ακόμη και στις αστικές περιοχές.
7. Έλλειψη υπηρεσιών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη των εφήβων.
8. Ανεπαρκής οργάνωση και λειτουργία της ιατρικής υπηρεσίας.
9. Οι ανάγκες ειδικής εκπαίδευσης των αναπήρων παιδιών και εφήβων δεν καλύπτονται επαρκώς ή παραμελούνται ολότελα στις αγροτικές περιοχές.
10. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες για παιδιά και έφηβους που έχουν ανάγκη από ειδική εκπαίδευση, είναι συγκεντρωμένες στις δύο μεγάλες αστικές περιφέρειες της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.
11. Ειδικά για τους εφήβους οι υπηρεσίες είναι ελάχιστα αναπτυγμένες.
12. Απρόσφορη ανάμειξη παιδιών με διαφορετικά είδη αναπηρίας και διαφορετικό βαθμό ανικανότητας στα περισσότερα ειδικά σχολεία.
13. Υπάρχει παντελής σχεδόν έλλειψη προετοιμασίας και επαγγελματικού προσανατολισμού των αναπήρων παιδιών και εφήβων στα ειδικά σχολεία, προκειμένου να ενσωματωθούν στην ζωή των ενηλίκων.
14. Δεν υπάρχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες (διαγνωστικές, εκπαιδευτικές, θεραπευτικές) για το παιδί που έχει προβλήματα μάθησης.
15. Ανεπαρκής αριθμός εκπαιδευμένου προσωπικού, χαμηλή ποιότητα εκπαίδευσης και παντελής σχεδόν έλλειψη επιμορφωτικών προγραμμάτων για το ειδικό επιστημονικό προσωπικό που συνεργάζεται με τους παιδοψυχιάτρους.
16. Ανεπαρκής εκπαίδευση γύρω από τα προβλήματα Ψυχικής Υγείας και περιορισμένες ευκαιρίες για επιμόρφωση του εκπαιδευτικού προσωπικού σε όλα τα επίπεδα.

17. *Προβλήματα που συνδέονται με την συλλογή και ερμηνεία των στοιχείων, εφόσον κάθε φορέας χρησιμοποιεί το δικό του σύστημα καταγραφής των περιπτώσεων.*

---

<sup>1</sup> Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

18. *Χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης για την αποτελεσματικότητα του ατόμου ή της κοινότητας σε θέματα σχετικά με την πρόληψη και την παραγωγή της υγείας, ειδικά σε ότι αφορά την Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη του Παιδιού.*
19. *Έλλειψη μέσων και ευκαιριών για ψυχαγωγία και αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών, ιδιαίτερα των εφήβων» (Τσιάντης, 1983:52-53, 1989).*

### 3.2 Προτάσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων στους τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού

Ο τομέας της πρόληψης θεωρείται και είναι πολύ σημαντικός και ουσιώδης για την ανάπτυξη προγραμμάτων στους τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού. Με αυτή λοιπόν την λογική θα παρουσιαστούν προτάσεις για την παιδική ψυχική υγεία στους εξής τομείς:

- **Πρόληψη**
- **Στελέχωση και προγράμματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Πρόνοιας**

Στην συνέχεια θα εξετασθούν παράμετροι που έχουν μεγάλη σημασία για την προώθηση του θέματος Ψυχική Υγεία. Συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

- α. Το πρόβλημα των αρνητικών στάσεων προς τα θέματα ψυχικής υγείας.
- β. Εκπαίδευση
- γ. Έρευνα
- δ. Νομοθεσία
- ε. Διοίκηση-Γραφειοκρατικές διαδικασίες (Τσιάντης, 1983:53, 1989).

- **Πρόληψη**

#### 1. Υπηρεσίες για μητέρες και τα μικρά παιδιά της

Η αρχή για τη δημιουργία υπηρεσιών για μητέρες και τα μικρά παιδιά τους είναι πολύ σημαντική (Τσιάντης, 1983:53).

Πολλά νεογέννητα έχουν μία πολύ άσχημη αρχή στην ζωή τους που οφείλονταν στις κακές συνθήκες διαβίωσης και διατροφής της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη που αφορούσε τρεις αγροτικές περιοχές με διαφορετικά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας -13 τοις χιλίοις- διαπιστώθηκε ότι οι λοιμώξεις, ο υποσιτισμός και οι κακές κοινωνικές, εκπαιδευτικές και υγειονομικές αιτίες στον νομό, με τον υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (Τσιάντης, 1983:53, 1989).

Τα πορίσματα αυτά μιλούν από μόνα τους και αποτελούν στρατηγικής σημασίας μεταβλητές στις οποίες θα πρέπει να συγκεντρώσουμε την προσοχή μας (Τσιάντης, 1983:53).

Από την έρευνα της Π.Ο.Υ., όμως διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχουν κάποιες υπηρεσίες για πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και υπηρεσίες για μητέρες και παιδιά, επειδή η οργάνωση, η λειτουργία και η εκτίμηση της αποδοτικότητάς τους είναι ανεπαρκής, πολύ λίγα γίνονται στον τόπο μας στον τομέα της πρόληψης (Τσιάντης, 1983:53, 1989).

## **2. Οικογενειακός προγραμματισμός**

Στον τόπο μας μία κρατική πολιτική σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού μόλις τα πολύ τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αναπτύσσεται. Οι υπάρχουσες εταιρείες είναι βασισμένες στην ιδιωτική πρωτοβουλία και λειτουργούν κυρίως στην Αθήνα. Χρειάζεται επίσης να αναφερθεί ότι η Ελλάδα έχει μία μεγάλη συχνότητα σε γεννήσεις πρόωρων παιδιών και αυτό έχει συσχετισθεί με τον μεγάλο αριθμό των πρόωρων διακοπών κύηση που γίνονται. Έχει επίσης υπολογισθεί ότι κάθε χρόνο γίνονται στην Ελλάδα 250.000 εκτρώσεις και ότι ο αριθμός τους υπερβαίνει τον αριθμό των γεννήσεων. Έχει από πολλούς εκφραστεί η άποψη ότι η Ελληνίδα χρησιμοποιεί σαν αντισύλληψη την έκτρωση, πράγμα που δεν απέχει της πραγματικότητας, αν λάβουμε υπόψη την εκτίμηση σύμφωνα με την οποία για κάθε 100 Ελληνίδες οι 40 τερματίζουν την εγκυμοσύνη τους (Τσιάντης, 1983:53-54).

Μπορεί επίσης να υποστηριχθεί ότι πολύ λίγοι νέοι άνθρωποι και ζευγάρια έχουν επαρκή πληροφόρηση για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην υγεία του παιδιού και της μάνας μία κύηση που δεν είναι προγραμματισμένη. Δεν γνωρίζουν ακόμη ότι η αναπαραγωγικότητα χωρίς κανένα έλεγχο μπορεί να απειλήσει την υγεία της μάνας και του παιδιού και μπορεί να υπάρχουν επιπτώσεις στην υγεία των άλλων μελών της οικογένειας (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Από τα παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού τα οποία θα έχουν σαν στόχο την πληροφόρηση του κοινού σε ανάλογα θέματα. Είναι επίσης σκόπιμο να γίνει αναθεώρηση του νόμου του σχετικού με τις διακοπές της κύησης, έτσι ώστε να γίνει προοδευτικότερος. Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι υπάρχουν πολλές πολιτικοκοινωνικές προεκτάσεις καθώς και τα ηθικά διλήμματα που συνδέονται με τον οικογενειακό



προγραμματισμό. Η ύπαρξη και η ανάπτυξη όμως τέτοιων προγραμμάτων μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων της παιδικής ηλικίας (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

### **3. Ημερήσια φροντίδα παιδιών**

Αναφέρθηκε προηγούμενα ότι επειδή πολλές γυναίκες εργάζονται είναι πολύ σημαντικό να βρεθούν τρόποι για την ημερήσια φροντίδα των παιδιών τους κατά το διάστημα της απουσίας της μητέρας από το σπίτι (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Στην Ελλάδα φαίνεται ότι πολλοί από τους βρεφονηπιακούς σταθμούς που υπάρχουν, δεν παρέχουν την απαιτούμενη φροντίδα στα παιδιά. Οι κύριοι λόγοι είναι: ακαταλληλότητα του φυσικού περιβάλλοντος του σταθμού, έλλειψη χώρου γενικά μικρή αναλογία αριθμού προσωπικού προς παιδιά και έλλειψη του απαραίτητου ελέγχου και φροντίδας (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Οι υπάρχοντες παιδικοί σταθμοί και νηπιαγωγεία δεν επαρκούν για να καλυφθούν όλες οι ανάγκες. Χρειάζεται επομένως να αντιμετωπισθεί το θέμα της αύξησης του αριθμού των παιδικών σταθμών και νηπιαγωγείων (Τσιάντης, 1983:54).

Παράλληλα όμως, είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στα παιδιά. Το τελευταίο μπορεί να πραγματοποιηθεί αν καθοριστούν τα απαραίτητα κριτήρια για την λειτουργικότητα των σταθμών. Επειδή όμως ένα από τα προβλήματα που παρατηρούνται στον ελληνικό χώρο είναι ότι πολλά πράγματα καθορίζονται μόνο «στα χαρτιά», χωρίς να υπάρχει συντονισμένη προσπάθεια για την τήρησή τους, θεωρείται απαραίτητο να καθοριστούν τρόποι αξιολόγησης της λειτουργίας των σταθμών (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Το θέμα της ημερήσιας φροντίδας των παιδιών, ιδίως στις περιπτώσεις που αυτή η φροντίδα αρχίζει από την πρώιμη βρεφική ηλικία, έχει δώσει αφορμή στο να διατυπωθούν διάφορες υποθέσεις για το αν επηρεάζεται ή όχι η ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών. Σχετικά με αυτό, τα αποτελέσματα, από διάφορες μελέτες είναι αλληλοσυγκρουόμενα και μερικές φορές μη συγκρίσιμα μεταξύ τους, ιδίως στις περιπτώσεις που προέρχονται από διάφορες χώρες, δεδομένου ότι υπάρχουν μεγάλες πολιτισμικές διαφορές αναφορικά με τους τρόπους φροντίδας και ανατροφής των παιδιών (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Τα τελευταία όμως χρόνια έχει διατυπωθεί η άποψη ότι αρκετοί γονείς αφήνουν τα παιδιά τους στην φροντίδα των άλλων πολύ εύκολα και πολύ νωρίς. Υπάρχουν πράγματι πολλά θετικά στοιχεία στα καλά οργανωμένα για την ημερήσια φροντίδα των παιδιών κέντρα. Στοιχεία τα οποία μπορεί να επηρεάζουν θετικά την ομαλή εξέλιξη του παιδιού. Αλλά υπάρχουν όμως παράλληλα και στοιχεία τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Για παράδειγμα, χρειάζεται να αναρωτηθούμε αν όλα τα βρέφη και μικρά παιδιά μπορούν να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές εμπειρίες απώλειας που έχουν εξαιτίας του αποχωρισμού από τους γονείς τους και αν μπορούν να εκφράσουν ανοιχτά το θρήνο και τη θλίψη τους. Βέβαια είναι πολύ εύκολο να μην το εκτιμήσουμε ανάλογα και γενικά να υποτιμήσουμε την ένταση και σημασία αυτών των εμπειριών του αποχωρισμού, ιδίως για τα παιδιά που προέρχονται από συνηθισμένες φυσιολογικές οικογένειες (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Είναι δυνατόν ακόμη να ειπωθεί ότι μία μαζική ανάπτυξη των παιδικών σταθμών, για να καλύψει τις υπάρχουσες ανάγκες, θα απαιτήσει παράλληλα την ανάπτυξη μίας στρατιάς από ειδικούς που θα φροντίζουν τα παιδιά. Υπάρχει ακόμη και το πρακτικό πρόβλημα να βρούμε τους κατάλληλους εκπαιδευτές αυτών των ειδικών. Για τους λόγους αυτούς σε πολλές χώρες (Αγγλία, Γερμανία, κ.α.) έχει αρχίσει μία αντίστροφη τάση και οι μητέρες ενθαρρύνονται να μην αποχωρίζονται πολύ νωρίς τα παιδιά τους. Δηλαδή όχι νωρίτερα από τα 2-3 χρόνια της ζωής του παιδιού (Τσιάντης, 1983:54, 1989).

Οι γυναίκες αυτές χρειάζεται να έχουν κάποια βραχυχρόνια εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού. Με την ίδια λογική μπορεί να ενθαρρυνθεί η ανάπτυξη των «ομάδων αυτοβοήθειας» (self – help groups) μέσα στην κοινότητα, όπου οι μητέρες φροντίζουν περιοδικά τα δικά τους και άλλα παιδιά σε μικρές ομάδες. Το σκεπτικό για μια τέτοια προσπάθεια είναι να φροντίζεται το παιδί σε ένα περιβάλλον που να μοιάζει με αυτό μιας οικογένειας και όχι σε ένα παιδικό σταθμό, που όσο καλά οργανωμένος και αν είναι, δεν παύει να έχει τα μειονεκτήματα ενός ιδρύματος (Τσιάντης, 1983:54-55, 1989).

#### 4. Ο ρόλος του σχολείου

Μελέτες που έχουν γίνει στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν δείξει ότι είναι μεγάλη η σημασία και η συμβολή του σχολείου και της εκπαίδευσης γενικά για την πρόληψη και την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Φαίνεται ότι, σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες είναι ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί το σχολείο σαν κοινωνικός θεσμός, ο οποίος φαίνεται από την ατμόσφαιρά του σχολείου και γενικά το ονομαζόμενο «κρυμμένο πρόγραμμα» (Hidden curriculum) σε αντίθεση με το αναλυτικό διδακτικό πρόγραμμα. Επίσης εδώ συμπεριλαμβάνονται και άλλα στοιχεία, όπως οι σχέσεις δασκάλων – παιδιών καθώς και η συμμετοχή των μαθητών στις διαδικασίες τα λειτουργίας του σχολείου. Αντίθετα με αυτά που θα περίμενε κανείς, δεν φαίνεται να παίζουν μεγάλο ρόλο οι παράγοντες όπως το φυσικό περιβάλλον του σχολείου, το μέγεθος της τάξης κλπ. (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

Επομένως ο ρόλος της εκπαίδευσης και του σχολείου μπορεί να παίζει ουσιαστικό ρόλο στο να συμβάλλει στην πρόληψη των ψυχοκοινωνικών διαταραχών και να αντισταθμίσει τουλάχιστον μερικές από τις ανεπάρκειες και ελλείψεις του επικρατούν στις οικογένειες μερικών παιδιών ή στα συστήματα περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας της χώρας. Για να πραγματοποιηθεί αυτό χρειάζεται: (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

α) *«Βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης των δασκάλων, καθηγητών κ.α. στο προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, με την εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με την ψυχοκοινωνική υγεία στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα. Στα προγράμματα αυτά πρέπει να γίνονται μαθήματα σχετικά με την εκπαίδευση για την προαγωγή της υγείας.*

β) *Μεταβολή στη δομή και λειτουργία του εκπαιδευτικού συστήματος, έτσι ώστε να μην καθορίζονται τα πάντα για κάθε σχολείο από ένα κεντρικό όργανο, δηλαδή το Υπουργείο Παιδείας.*

γ) *Δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης (in service training) σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας για τους εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων. απαραίτητο είναι να επαναλαμβάνεται περιοδικά αυτή η επιμόρφωση.*

δ) *Ανάπτυξη μίας σχολικής ψυχολογικής υπηρεσίας και καθιέρωση του θεσμού του σχολικού ψυχολόγου.*

*ε) Αναδιοργάνωση των σχολικών υγειονομικών υπηρεσιών. Αναβάθμιση της σχολιατρικής υπηρεσίας. Επιμόρφωση των σχολιάτρων σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού» (Τσιάντης, 1983:55, 1989).*

## **5. Φροντίδα για παιδιά και οικογένειες σε Γενικά Νοσοκομεία και Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας**

Είναι γενικά γνωστό ότι η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο -δικαιολογημένη ή αδικαιολόγητη- συνδέεται με αποχωρισμό του παιδιού από τους γονείς, άγχος στο παιδί λόγω του αποχωρισμού, της αρρώστιας, των διαφόρων επεμβάσεων κ.α. (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

Το πρόβλημα είναι πιο οξύ στις περιπτώσεις όπου βρέφη ή νήπια παραμένουν σε Μονάδες Πρόωρων ή Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας με παραμονή στην θερμοκοιτίδα. Στις τελευταίες περιπτώσεις, μπορεί να διαταραχθεί ο δεσμός παιδιού-γονιών χωρίς να υπάρχει ενθάρρυνση και διευκόλυνση των γονιών να επισκέπτονται και να φροντίζουν τα παιδιά τους (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

Επομένως είναι αυτονόητο στις παραπάνω περιπτώσεις να υπάρχει συνέχιση της φροντίδας των γονιών προς τα παιδιά τους όταν εισάγονται στα νοσοκομεία και να επιτρέπεται στις μητέρες και τους πατέρες να παραμένουν με τα πρόωρα βρέφη τους. Δηλαδή χρειάζεται διευκόλυνση και ενίσχυση της σχέσης και του δεσμού γονιών παιδιών. Φαίνεται ότι η έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης στους γονείς, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι στάσεις και προκαταλήψεις του κόσμου, του διοικητικού, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, είναι οι κύριες αιτίες που παρεμποδίζουν στο να διευκολυνθεί η σχέση γονιών-παιδιών στις παραπάνω περιπτώσεις (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

Στον τόπο μας ιδιαίτερα οξύ είναι το πρόβλημα με τις Μονάδες Εντατικής Λειτουργίας. Αυτές είναι σχετικά λίγες και ανεπτυγμένες κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Έτσι τα πρόωρα βρέφη από την επαρχία, αναγκαστικά μεταφέρονται στα μεγάλα αστικά κέντρα με επιπτώσεις στην ζωή της οικογένειας. Παράλληλα λόγω της υπάρχουσας έλλειψης προγραμματισμού οι Μονάδες αυτές είναι ανεπτυγμένες σε πολύ περιορισμένο χώρο, όπου μηχανήματα, γονείς, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι «μπλεγμένοι» μεταξύ τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι συχνά γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό εκλογικεύουν μιλώντας για τον φόβο λοιμώξεων και μικροβίων και αποθαρρύνουν την επαφή γονιών παιδιού. Φαίνεται

ότι οι πραγματικές αιτίες είναι το άγχος που κυριαρχεί στο προσωπικό αυτών των μονάδων λόγω των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται. Ένας άλλος λόγος είναι η έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης και η αρνητική στάση στα θέματα Ψυχικής Υγείας. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την έλλειψη χώρου έχουν σαν αποτέλεσμα να αποθαρρύνονται από το προσωπικό οι επισκέψεις των γονιών (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

➤ **Στελέχωση και προγράμματα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υγείας**

Είναι γνωστό ότι η παροχή υπηρεσιών στο επίπεδο της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, κυρίως στις αγροτικές περιοχές και μπορεί γενικά α διατυπωθούν τα εξής: (Τσιάντης, 1983:55, 1989).

**A.** Δεν φαίνεται να υπάρχει ένα συστηματικό πρόγραμμα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας ιδιαίτερα σε ότι αφορά της ψυχικές διαταραχές, τη διανοητική καθυστέρηση, την επιληψία και τα προβλήματα όρασης και ακοής. Κατά συνέπεια, όταν τα παιδιά φθάνουν στην σχολική ηλικία , έχει χαθεί πολύτιμος χρόνος (Τσιάντης, 1983:55-56, 1989).

**B.** Όταν οι διάφοροι φορείς υγείας επισημαίνουν παιδιά που εμφανίζουν κάποια ψυχολογική διαταραχή ή κάποια από τα προβλήματα που προαναφέραμε (ημιαστικές περιοχές), επειδή δεν μπορούν να τα αντιμετωπίσουν τα παραπέμπουν στο πλησιέστερο αστικό κέντρο. Κανείς όμως δεν ελέγχει, αν η οικογένεια έφθασε πραγματικά σε αυτό το κέντρο (Βλ. Τσιάντης, 1983:56, 1989).

**Γ.** Οι φορείς υγείας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το επίπεδο της ψυχολογικής ενημέρωσης και παιδείας. Σε αυτό προστίθεται η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για την παροχή συμβουλών, ιδιαίτερα στις ημιαστικές περιοχές (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Επιπλέον τα ειδικά προγράμματα ψυχικής υγείας του παιδιού είναι λιγοστά και περιορισμένα και αντιμετωπίζουν προβλήματα προσωπικού και προϋπολογισμού και είναι κυρίως αναπτυγμένα στην μείζονα περιοχή της πρωτεύουσας. Δεν υπάρχουν μονάδες κλειστής περίθαλψης για τα παιδιά με ψυχικές διαταραχές στο Γενικό Νοσοκομείο ούτε Νοσοκομεία Ημέρας. Δεν υπάρχουν καθόλου υπηρεσίες για εφήβους και αν υπάρξει ανάγκη ενδονοσοκομειακής θεραπείας οι έφηβοι αντιμετωπίζονται στα ψυχιατρεία ή τις ιδιωτικές κλινικές. Οι υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής περίθαλψης που παρέχονται από τα υπάρχοντα κέντρα είναι κυρίως διαγνωστικές και συμβουλευτικές (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση είναι πολύ περιορισμένη και τα κοινοτικά προγράμματα σχεδόν ανύπαρκτα αν και πρόσφατα γίνονται κάποιες προσπάθειες για να αναπτυχθεί η κοινοτική εργασία (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Είναι ευνόητο επομένως ότι είναι απαραίτητη η αναβάθμιση και ην βελτίωση των υπηρεσιών και προγραμμάτων της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ιδίως στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Ο στόχος αυτής της προσπάθειας πρέπει να είναι η πρόληψη. *Παράλληλα είναι αναγκαίο να αρχίσουν να δημιουργούνται σταδιακά παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες καθώς και υπηρεσίες για εφήβους στα Γενικά Νοσοκομεία καθώς και στην κοινότητα. Απαραίτητη είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων στην επαρχία* (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Ένα κοινό πρόβλημα των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών που τώρα λειτουργούν είναι η μεγάλη δυσκολία για την συνέχιση της παρακολούθησης των οικογενειών που προέρχονται από την επαρχία. Θα μπορούσαν επομένως αρχικά να ενισχυθούν οικονομικά και με άλλους τρόπους οι τρεις νέες Ιατρικές Σχολές (Πάτρα, Ιωάννινα, Αλεξανδρούπολη) καθώς και η υπό ίδρυση στην Κρήτη, ώστε να αναπτύξουν τις κλινικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές τους υπηρεσίες, παίζοντας έτσι σημαντικό ρόλο στην αναβάθμιση των προληπτικών υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Βεβαίως παραμένει το πρόβλημα της παροχής υπηρεσιών σε απομακρυσμένες φτωχές, αγροτικές, ορεινές, νησιωτικές περιοχές. Η σταδιακή ανάπτυξη και λειτουργία κινητών διεπιστημονικών ομάδων που θα απαρτίζονται από ψυχίατρο ή και ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, παιδαγωγό και παιδίατρο στις έδρες νομών, θα μπορούσε να προσφέρει πάρα πολλά στις περιοχές αυτές. Οι σκοποί αυτών των μονάδων θα μπορούσε να είναι:

- i. Επισήμανση παιδιών με ψυχολογικές δυσκολίες, καθυστέρηση, επιληψία κτλ.
- ii. Υγειονομική διαφώτιση της τοπικής κοινότητας.
- iii. Παροχή υπηρεσιών σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Υπάρχουν δύο τέτοιες μονάδες που λειτουργούν στον Έβρο και τη Φωκίδα με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

#### **α. Το πρόβλημα των αρνητικών στάσεων προς τα θέματα ψυχικής υγείας.**

Είναι γνωστό ότι η ψυχική νόσος συνδέεται με κοινωνικό στίγμα. Επίσης, ότι η κοινότητα γενικά αλλά και ειδικότερα, άτομα που εργάζονται στους τομείς της

υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και εκπαίδευσης μπορεί να έχουν αρνητικές στάσεις για τον ψυχικά πάσχοντα. Το ίδιο ισχύει και στον τομέα της παιδικής ψυχικής υγείας και η κλινική μου εμπειρία καθώς και παρατηρήσεις από έρευνες επιβεβαιώνουν ότι πολύ συχνά οι γονείς δεν ζητούν βοήθεια για το παιδί τους ε το ψυχολογικό πρόβλημα, για λόγους προκατάληψης καθώς και από έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης. Γενικά μπορεί να διατυπωθεί ότι οι αρνητικές στάσεις προς την ψυχική διαταραχή είναι ένας άλλος φραγμός για να αναπτυχθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επομένως είναι βασικό να ταυτοποιηθούν με ερευνητικά προγράμματα οι στάσεις του κοινού προς την ψυχική διαταραχή των παιδιών (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Παρόμοια ερευνητικά προγράμματα μπορεί να γίνουν και με πρόσωπα που εργάζονται σε υπηρεσίες σχετικές με την παιδική ψυχική υγεία για παράδειγμα δασκάλους, γιατρούς, αδελφές, κλπ. Τα αποτελέσματα από τις έρευνες αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθούν με σκοπό να αναπτυχθούν κατάλληλες εκπαιδευτικές τεχνικές για να γίνει προσπάθεια με στόχο την αλλαγή των αρνητικών τους στάσεων. Μία τέτοια αλλαγή στην κοινότητα, μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την εκπαίδευση για την προαγωγή της υγείας (health education) σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Αυτή η εκπαίδευση πρέπει να γίνει σε γονείς, δασκάλους, γιατρούς, σε άτομα που εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας, σε σημαντικά πρόσωπα της κοινότητας, σε πρόσωπα στη Διοίκηση που εργάζονται στον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας καθώς και της εκπαίδευσης (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Οι στόχοι της εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι κυρίως η δημιουργία μίας θετικής, συμπαθητικής και ανθρώπινης στάσης προς τα παιδιά με την ψυχική διαταραχή. Παράλληλα, χρειάζεται να αντιληφθεί η κοινότητα τις μεγάλες δυσκολίες και προβλήματα στο πρακτικό, κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό επίπεδο, που αντιμετωπίζουν αυτές οι οικογένειες (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Η εκπαίδευση για τη προαγωγή της υγείας μπορεί επίσης να κινητοποιήσει υποστήριξη από την κοινότητα για τις οικογένειες που έχουν παιδιά με ψυχικές διαταραχές. Αυτό θεωρείται πολύ σημαντικό, ιδίως όταν γίνονται προσπάθειες να ευαισθητοποιηθεί η κοινότητα με παράλληλη υποστήριξη της που έχει σαν τελικό στόχο να μπορέσουν να αντιληφθούν καλύτερα την σημασία του ατόμου και της κοινότητας για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ειδικότερα στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού. Στο σημείο όμως αυτό χρειάζεται να επισημανθεί ότι είναι πολύ σημαντικό να γίνει, παράλληλα με την εκπαίδευση για την προαγωγή της υγείας και ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών. Αν αυτό δεν

γίνει, υπάρχει ο μεγάλος κίνδυνος, όλη αυτή η προσπάθεια να αποβεί καταστροφική με το να φαίνεται ότι υποσχόμαστε βοήθεια η οποία όμως στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ή είναι πολύ ανεπαρκής (Τσιάντης, 1983:56, 1989).

Είναι σχετικό να αναφέρω εδώ ότι ένα από τα κύρια συμπεράσματα μίας διεθνούς σύσκεψης υπό την αιγίδα της Π.Ο.Υ. επάνω στους παράγοντες που εμποδίζουν την ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης και της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι ότι οι κύριοι ανασταλτικοί παράγοντες βρίσκονται στα κεφάλια και τις σκέψεις των αρμοδίων και όχι στα κρατικά ταμεία (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Προκατάληψη, φόβος, έλλειψη γνώσης φαίνεται να είναι η πηγή των αντιστάσεων εκ μέρους του κοινού, των υπευθύνων για την ανάπτυξη και χρηματοδότηση προγραμμάτων για την ψυχική υγεία. Επομένως είναι πολύ σημαντικό να προσπαθήσουμε όλοι μας να βρούμε τρόπους για να διοχετεύσουμε την κατάλληλη γνώση και τις απαραίτητες σωστές πληροφορίες της σχετικές με την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού, σε ανθρώπους στη Διοίκηση, και στους αρμοδίους κρατικούς φορείς γενικά γιατί είναι αυτοί που πραγματικά μπορούν να βοηθήσουν με την γενική υποστήριξη και χρηματοδότηση κατάλληλων προγραμμάτων (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

## **β. Εκπαίδευση**

Στον τομέα της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης, ένα από τα σημαντικότερα θέματα σε όλες τις χώρες και ιδίως σε χώρες όπως η Ελλάδα είναι το θέμα της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των επιστημόνων που θα εργαστούν στον τομέα αυτό (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Για την οργάνωση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι απαραίτητο να καθοριστεί το περιεχόμενο των προγραμμάτων με βάση το έργο που θα απαιτηθεί να ασκείται από τους μελλοντικούς επιστήμονες στον τομέα της παιδικής ψυχικής υγείας. Σχετικά με αυτό έχει διατυπωθεί ότι για μία αρκετά μεγάλη κατηγορία ψυχικών διαταραχών στα παιδιά, δεν απαιτείται η παρέμβαση από επιστήμονες που έχουν μεγάλη εξειδίκευση (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Η Π.Ο.Υ. σε μία προσπάθεια να αναπτύξει αποτελεσματικές στρατηγικές οι οποίες δεν απαιτούν οικονομική επιβάρυνση για να αντιμετωπισθούν με προβλήματα στον τομέα της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης, έχει προτείνει και παράλληλα δεχτεί



τις προτάσεις από πολύ έμπειρους παιδοψυχιάτρους και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων που εργάζονται στον τομέα της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα έχει υποστηριχθεί ότι είναι πολύ σημαντική η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης μέσα στην Γενική Ιατρική Περίθαλψη και τη κατάλληλη εκπαίδευση των ατόμων που εργάζονται στην Γενική Ιατρική Περίθαλψη ή ακόμη και ατόμων που είναι πρόσωπα κύρους μέσα στην κοινότητα. Τέτοιες προσπάθειες έχουν γίνει σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες με αρκετά ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Οι προσπάθειες αυτές έγιναν κάτω από την αιγίδα της Π.Ο.Υ.

Μερικά συμπεράσματα και προτάσεις από αυτή την μελέτη είναι:

α) Δημιουργία και ανάπτυξη κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, αφού καθορισθούν οι προτεραιότητες, με παράλληλη προσπάθεια να καθορισθεί ποια συμπτώματα συνθέτουν την εικόνα ενός παιδοψυχιατρικού προβλήματος.

Είναι ευνόητο ότι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν εδώ σημαντικό ρόλο.

β) Βελτίωση των διαγνωστικών ικανοτήτων των ατόμων που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με στόχο να μπορούν να διακρίνουν και ενδεχόμενο να αντιμετωπίζουν παιδιά και οικογένειες με ψυχολογικές διαταραχές.

γ) Προσπάθεια να εντοπισθούν στην τοπική κοινότητα πρόσωπα ικανά τα οποία να ευαισθητοποιούν και εκπαιδεύουν στον τομέα της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και στην προληπτική ψυχική υγιεινή γενικά. Ένα από τα στοιχεία της αξιολόγησης πρέπει να εξετάζει αν είναι παραδεκτή από το προσωπικό η ενσωμάτωση στοιχείων σχετικών με την Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στη Γενική Ιατρική Περίθαλψη και τη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Η λογική για μία τέτοια στρατηγική στηρίζεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει αρκετός αριθμός από εκπαιδευμένα στελέχη στους τομείς της ψυχικής υγείας. Βεβαίως κάθε χώρα έχει τις ιδιομορφίες της. Για παράδειγμα, στον τόπο μας, όπως είναι γνωστό, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και, σε μικρότερο βαθμό, ψυχιάτρους που υποαπασχολούνται, είναι άνεργοι ή ασχολούνται σε άλλους τομείς από αυτούς που έχουν εκπαιδευτεί. Αυτό κάνει βέβαια απαραίτητη την αύξηση του αριθμού των υπαρχουσών θέσεων ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων ειδικοτήτων που εργάζονται στην παιδοψυχιατρική ομάδα (λογοθεραπευτών, ψυχοπαιδαγωγών κ.α.). Από την άλλη μεριά είναι γνωστό ότι μία αρκετή αναλογία από τις ψυχικές διαταραχές της παιδικής

ηλικίας δεν απαιτούν να έχουν βοήθεια από υψηλά ειδικευμένο προσωπικό. Επομένως, μπορεί να διατυπωθεί ότι η χρησιμοποίηση προσωπικού με υψηλή ειδίκευση για την αντιμετώπιση όλων των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας δεν είναι πιο παραγωγική και οικονομική μέθοδος (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Ένας άλλος παράγοντας που απαιτεί την εισαγωγή στοιχείων και αρχών της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και της προληπτικής ψυχικής υγιεινής στους τομείς Υγείας, Κοινωνικής Πρόνοιας και Εκπαίδευσης, είναι η έλλειψη βασικής γνώσης μεταξύ των γιατρών, νοσοκόμων, δασκάλων κλπ σε τομείς της Ψυχικής Υγείας (Τσιάντης, 1983:57, 1989).

Αυτό διαπιστώθηκε και από τα αποτελέσματα της μελέτης μας στην Ελλάδα, από τη διερεύνηση του εκπαιδευτικού προγράμματος των γιατρών, νοσοκόμων, δασκάλων κ.λ.π. Πραγματικά πολύ λίγα καλύπτονται σε θέματα ψυχικής υγείας στην προπτυχιακή, μεταπτυχιακή, βασική ή μεταβασική εκπαίδευση των παραπάνω επαγγελματιών. Επομένως στην προσπάθειά μας να υλοποιηθούν οι προτάσεις για την ενσωμάτωση και εισαγωγή στοιχείων σχετικών με την παιδοψυχιατρική περίθαλψη στην Γενική Ιατρική Περίθαλψη, είναι απαραίτητο να βελτιωθούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα στο προπτυχιακό, βασικό, μεταπτυχιακό και μεταβασικό επίπεδο των γιατρών, νοσοκόμων, μαιών, δασκάλων, κοινωνικών λειτουργών κλπ. Η βελτίωση αυτή πρέπει να είναι όχι μόνο ποσοτική αλλά και ποιοτική. Επίσης είναι απαραίτητο να συνεχίζεται η εκπαίδευση των παραπάνω με την εισαγωγή προγραμμάτων εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας (in-service training). Είναι επίσης σημαντικό να εκπαιδεύονται οι ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι κλπ σε τομείς που θα τους δώσουν τις ικανότητες και δυνατότητες να εργάζονται συμβουλευτικά με άτομα που ανήκουν στα επαγγέλματα υγείας (Τσιάντης, 1983:57-58, 1989).

Ο τελικός σκοπός θα είναι να ευαισθητοποιηθούν τα άτομα που εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας σε τομείς της παιδικής ψυχικής υγείας καθώς και η επέκταση της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης μέσα στη Γενική Ιατρική Περίθαλψη (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Παράλληλα βέβαια με την στρατηγική αυτή είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν προγράμματα για την εκπαίδευση των παιδοψυχιάτρων. Όπως επισημαίνεται και από τις προτάσεις της ομάδας εργασίας για την παιδοψυχιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., η κάλυψη των αναγκών για παιδοψυχιατρική περίθαλψη είναι ένας παιδοψυχίατρος με την ομάδα του (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς,

ψυχοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) σε πληθυσμό 12.00, κάτω των 16 ετών (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Για την Ελλάδα υπολογίζεται ότι για να καλυφθούν οι ανάγκες χρειάζονται 160 τουλάχιστον παιδοψυχίατροι ενώ ο σημερινός αριθμός των παιδοψυχιάτρων είναι περίπου 25-30 (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Είναι επομένως απαραίτητο να αυξηθεί ο αριθμός των εκπαιδευμένων την παιδοψυχιατρική. Τα τελευταία αναφέρεται γιατί σύμφωνα με υπολογισμούς ο συνολικός αριθμός των θέσεων που παρέχουν εκπαίδευση στην παιδοψυχιατρική στην Ελλάδα είναι περίπου 12. Με τις προοπτικές αυτές, υπολογίζεται ότι οι ανάγκες θα καλυφθούν σε αρκετά χρόνια (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Παράλληλα, χρειάζεται να γίνει αναβάθμιση και βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην παιδοψυχιατρική. Ένας τέτοιος προγραμματισμός θα μπορούσε να γίνει από το προτεινόμενο κεντρικό όργανο για την ψυχική υγεία. Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι έχει γίνει κάποια προσπάθεια να καθοριστεί το αντικείμενο της ειδικότητας της παιδοψυχιατρικής, αλλά η προσπάθεια ότι η παιδοψυχιατρική αντιμετωπίζεται σαν ο «φτωχός συγγενής» της ψυχιατρικής των ενηλίκων. Για παράδειγμα στην ύλη της ειδικότητας της παιδοψυχιατρικής αναφέρεται: (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Αυτούσια η ύλη της ειδικότητας ψυχιατρικής με επιπλέον ειδικές συμπληρώσεις και προσαρμογές, για την παιδική ηλικία και εφηβεία δηλαδή» και μετά ακολουθεί ένας μακρύς κατάλογος από κλινικές οντότητες, μερικές από τις οποίες βρίσκονται σε εγχειρίδια ψυχιατρικής των αρχών του αιώνα μας (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Ειδικότερα στον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης τονίζεται ότι είναι απαραίτητη η ψυχοθεραπευτική παιδεία, των εκπαιδευομένων, η οποία, όπως είναι γνωστό, αποτελεί το πλέον πρόσφορο μέσο για μια πληρέστερη προσέγγιση και κατανόηση της ψυχολογικής κατάστασης του παιδιού και της οικογένειά του. Παράλληλα αποτελεί και σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο. Είναι επομένως απαραίτητη η ανάπτυξη της ψυχοθεραπείας στην χώρα μας και μέσα στα πλαίσια του οποιουδήποτε συστήματος Δημόσιας Υγείας τελικά αναπτυχθεί ακόμα και σε αυτό που υπάρχει τώρα. Αυτό θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με τη δημιουργία ειδικών εκπαιδευτικών κέντρων στα οποία θα παρέχεται η εκπαίδευση ψυχοθεραπείας από ειδικούς, εκπαιδευμένους σε αναγνωρισμένα κέντρα. Αυτονόητη επίσης θεωρείται η ανάπτυξη αυτόνομων πανεπιστημιακών σχολών ψυχολογίας, καθώς και η

αναβάθμιση της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών, με την ίδρυση πανεπιστημιακής σχολής (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

### **γ. Έρευνα**

Στον τομέα της παιδικής ψυχικής υγείας πράγματι υστερεί σημαντικά. Η πρόσφατη μελέτη του ψυχιάτρου κ. Δ. Πάλλη δίνει μία εικόνα της πραγματικότητας σε αυτό τον τομέα (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Για παράδειγμα στην Ελλάδα τα επιδημιολογικά δεδομένα που διαθέτουμε σχετικά με την συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία είναι πράγματι πολύ περιορισμένα, και αναφέρονται κυρίως σε αστικές περιοχές, ενώ έχουμε ακόμη πιο λίγα στοιχεία για αγροτικές ή ημιαγροτικές περιοχές της Ελλάδας. Είναι βέβαια γνωστό από έρευνες άλλων χωρών ότι υπάρχουν διαφορές στο είδος και την συχνότητα των διαταραχών μεταξύ παιδιών από αγροτικές και αστικές περιοχές. Για την Ελλάδα το τελευταίο αποκτά ιδιαίτερη σημασία, γιατί είναι δυνατόν να διερευνηθούν παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τις μεταβολές στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες προαναφέρθηκαν και είναι η μετανάστευση -εσωτερική, εξωτερική-, οι αλλαγές στους ρόλους της γυναίκας -εργαζόμενη μητέρα-, η διάσπαση της εκτεταμένης στην πυρηνική οικογένεια κ.α. (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν θετικά ή και αρνητικά την ομαλή ψυχολογική εξέλιξη του παιδιού (Τσιάντης, «Σύγχρονα Θέματα», 1983:58).

Με την πραγματοποίηση επιδημιολογικών μελετών είναι δυνατόν να πεισθούν οι αρμόδιοι φορείς ότι το πρόβλημα υπάρχει. Παράλληλα, τα δεδομένα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και παροχής υπηρεσιών (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

### **δ. Νομοθεσία σχετική με την παιδοψυχιατρική περίθαλψη**

Στενά συνδεδεμένη με τα θέματα της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης είναι η ισχύουσα νομοθεσία σε θέματα σχετικά με την υιοθεσία, την αφαίρεση της πατρικής εξουσίας σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, όπως και σε περιπτώσεις αιμομιξίας κ.α. στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητο να γίνουν νομοθετικές ρυθμίσεις που μπορεί πράγματι να προστατεύσουν

περισσότερο τα δικαιώματα και τις ψυχολογικές ανάγκες των παιδιών. Οι αλλαγές αυτές χρειάζεται να συμβαδίζουν με τα γενικά παραδεκτά ανθρώπινα δικαιώματα (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

Ένα πρόσφατο παράδειγμα είναι ο νέος νόμος που ψηφίστηκε για το οικογενειακό δίκαιο, που, εκτός των άλλων θετικών σημείων του, επιτρέπει μία καλύτερη και ευκολότερη ρύθμιση θεμάτων σχετικών με την επιμέλεια του παιδιού σε περιπτώσεις διαζυγίου. Μπορεί δηλαδή με τις νέες νομοθετικές ρυθμίσεις να αποφύγουμε το συνηθισμένο γεγονός όπου το παιδί γίνεται το πεδίο μάχης των διαφορών των γονιών του. Χρειάζεται να υπογραμμίσω ότι δεν υπάρχει πάντοτε οικονομική δαπάνη που να συνοδεύει τις αλλαγές των νόμων. Είναι ευνόητο ότι για τα θέματα αυτά χρειάζεται να γίνει συνεργασία των διάφορων Υπουργείων, π.χ., Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Παιδείας κλπ. (Τσιάντης, 1983:58, 1989).

#### **ε. Διοίκηση-Γραφειοκρατικές διαδικασίες**

Καλή λειτουργία του διοικητικού μηχανισμού μαζί με ικανοποιητικό συντονισμό των διαφόρων Υπουργείων, Οργανισμών και Φορέων, και μείωση ή εξάλειψη των διαφόρων γραφειοκρατικών διαδικασιών μέσα στις οποίες συχνά το παιδί με τις ψυχολογικές του ανάγκες «χάνεται» ή αγνοείται, μπορεί να επιφέρει καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και εκπαίδευσης. Επίσης ο καλός συντονισμός και ο έλεγχος των αποδοτικότητας θα εξουδετερώσει διάφορα προβλήματα, όπως επανάληψη των ιδίων υπηρεσιών από διάφορους φορείς κ.α. (Τσιάντης, 1983:58-59, 1989).

Οι παρατηρήσεις από τον ελληνικό χώρο έχουν δείξει ότι ο υδροκεφαλισμός και η συγκέντρωση των υπηρεσιών, η πληθώρα ομοίων υπηρεσιών και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ τους, είναι μερικά από τα κύρια προβλήματα του συστήματος περίθαλψης στην χώρα μας. Ανακατατομή των πόρων από άλλους τομείς τους τομείς Υγεία, Πρόνοια, Εκπαίδευση είναι απαραίτητη, καθώς και η περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας με μεγαλύτερη ανάμειξη όλων των ατόμων από τα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και από όλους τους ενδιαφερόμενους ιατροκοινωνικούς φορείς (Τσιάντης, 1983:59, 1989).

Ο στόχος πρέπει να είναι η ύπαρξη ίσων δυνατοτήτων για υποβολή προτάσεων σχετικών με τον προγραμματισμό, η δημιουργία καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ τους και εφαρμογή δημοκρατικών διαδικασιών στην λήψη αποφάσεων για να βελτιωθεί η

ποιότητα ζωής της κοινότητας καθώς και η παιδοψυχιατρική περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας (Τσιάντης, 1983:59, 1989).

Από όσα αναφέρθηκαν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι σωστή χρησιμοποίηση των υπαρχόντων μέσων και υπηρεσιών, μαζί με την ανάπτυξη νέων μεθόδων και κατάλληλης στρατηγικής για την επιτυχία στους τομείς πρόληψης και θεραπείας είναι σημαντικά (Τσιάντης, 1983:59, 1989).

Ενσωμάτωση της παιδοψυχιατρικής περίθαλψης στη γενική ιατρική περίθαλψη, εκπαίδευση της κοινότητας με στόχο την προαγωγή της υγείας, καθώς και μεγαλύτερο ενδιαφέρον με την ανάλογη συναισθηματική επένδυση για την πιο πέρα ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την παιδική ψυχική υγεία από την κοινότητα γενικά, από την τοπική αυτοδιοίκηση, από τους φορείς υγείας, πρόνοιας και εκπαίδευσης και από την πολιτεία, μπορούν πραγματικά να βοηθήσουν μία μεγάλη αναλογία παιδιών που είναι σε υψηλό κίνδυνο, να μην αναπτύξουν ψυχικά προβλήματα ή ψυχικές διαταραχές. Το τελικό αποτέλεσμα θα είναι ότι τα παιδιά αυτά θα αναπτυχθούν φυσιολογικά και θα ζήσουν μία ευτυχισμένη και δημιουργική ζωή, συμβάλλοντας στην πιο πέρα ανάπτυξη της χώρας μας <sup>2</sup> (Τσιάντης, 1983:59, 1989).

---

<sup>2</sup> Για το βασικό Παιδοψυχιατρικό θεσμό, (Π.Ν.Α.), θα αναφερθούμε στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, του II Μέρους

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**  
**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

### 4.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

*«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Υγείας και της κοινωνίας για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια.*

*Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα» (Μαδιανός Μ. Γ., 1994:25).*

*«Η μεταρρύθμιση αφορά:*

- το νομικό πλαίσιο,*
- το οργανωτικό πλαίσιο,*
- το διοικητικό πλαίσιο,*
- το διαχειριστικό πλαίσιο, του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών»*

*(Μαδιανός, Μ. Γ., 1994:25).*

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση, και κοινωνική ένταξη. Δηλαδή, να έχει μια ζωή διαφορετική από εκείνη που θα είχε όταν όντας μακροχρόνια έγκλειστος σε κάποιο Ψυχιατρείο.

*«Το πέρασμα από την **ασυλική ψυχιατρική**, (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην **κοινωνική-κοινοτική Ψυχιατρική**, (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος*



Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

«Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στην χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, (Ν. 1397/83)» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

«Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ, (κανονισμός 815/84), άρχισε μια διαδικασία αποιδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

«Ο Νόμος 2716/99 για την **“Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας”** ήρθε να καλύψει και θεσμικά τα συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στην Μεταρρύθμιση» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τα τελευταία χρόνια μιλάμε για Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εννοώντας το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων της ψυχικής υγείας, χωρίς να εμποδίζουν το άτομο που πάσχει από κάποια ασθένεια να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

«Για να εξασφαλιστεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα μας έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της είναι ένας Τομέας, (εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορους νομούς). Εξαιρέσεις επίσης αποτελούν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ραγδαία ανάπτυξη των επιστημών και της τεχνολογίας κατά το δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, είχε ως αποτέλεσμα την επαναστατική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, του τρόπου παροχής, αλλά και του προτύπου ζήτησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι εξελίξεις αυτές επηρέασαν όλα τα επαγγέλματα υγείας σε κάθε ανεπτυγμένο κράτος του πλανήτη, συνέτειναν ώστε η παροχή υπηρεσιών υγείας να

επιτελείται πλέον στο πλαίσιο ενός συνειδητά οργανωμένου συστήματος, του Συστήματος Υγείας. Ένα σύγχρονο τέτοιο Σύστημα αποσκοπεί στο να συνδυάζει τους ανθρώπινους, τεχνολογικούς και χρηματοοικονομικούς πόρους, ώστε να είναι εφικτή η ορθολογική άσκηση της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης και πρακτικής, ως ένας τομέας της εν γένει κοινωνικής δραστηριότητας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

*«Στην Ελλάδα, η προσπάθεια οργάνωσης και λειτουργικής αναβάθμισης των Νοσοκομείων, επιχειρείται μέσω των τελευταίων μεταρρυθμίσεων και συγκεκριμένα με τον νέο Νόμο 2889/2001 με τον χαρακτηρισμό των νοσοκομειακών μονάδων ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας»* (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η νέα διοικητική δομή, έχει την δυνατότητα εφαρμογής ενός νέου μοντέλου λειτουργίας και διαχείρισης στο εσωτερικό επίπεδο της νοσοκομειακής μονάδας. Ταυτόχρονα εξασφαλίζει την άμεση διασύνδεση με το Περιφερειακό και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα σημαντικές είναι οι αλλαγές που φέρνει η νέα αντίληψη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η συντελούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο χώρο αυτό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

*«Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 σχετικά με την Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας»* (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Κεντρικός άξονάς της είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η νέα αυτή αντίληψη φέρνει σημαντικές αλλαγές τόσο στη στάση και τις προσεγγίσεις των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας, όσο και στη δομή και τους τύπους των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους πολίτες γενικότερα.

Τίθενται σε εφαρμογή νέες θεραπευτικές μέθοδοι –πέραν της φαρμακευτικής- που είτε εφαρμόζονταν περιστασιακά, είτε δεν είχαν εφαρμοστεί προηγουμένως στη χώρα, όπως η οικογενειακή θεραπεία, η συστημική, η ομαδική, η εργοθεραπεία, η

λογοθεραπεία, η δραματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και άλλες ειδικότερες θεραπείες (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έχει διαπιστωθεί στην πράξη η αποτελεσματικότητα της ομαδικής δραστηριότητας των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για την θεραπευτική παρέμβαση και την υποστήριξη του ασθενή και έχει καταδειχθεί η αναγκαιότητα της ανάπτυξης δικτύου υπηρεσιών σε τομεακό επίπεδο (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της χώρας είναι και ένας Τομέας, εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορο, πολυπληθέστερο νομό. Εξαίρεση επίσης γίνεται για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο επίπεδο των δομών και των υπηρεσιών, ο στόχος που τίθεται από τις κατευθύνσεις της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, είναι η ανάπτυξη ενός πλήρους δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα, που να διασφαλίζει σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού, στόχος προφανώς πολύ ευρύτερος από την απλή αντιμετώπιση της ασθένειας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Για τη εξυπηρέτηση του στόχου αυτού σε επίπεδο δομών, είναι απαραίτητη κατ' αρχάς η ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο, παράλληλα με τη σταδιακή κατάργηση των Ψυχιατρείων. Ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (πρόκειται για Εξειδικευμένα Κέντρα για παιδιά και εφήβους), Μονάδων εφήβων, Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα και Φιλοξενούσες Οικογένειες), Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης, Κινητών Μονάδων για τις απομονωμένες περιοχές, Κοινωνικών Συνεταιρισμών για την απασχόληση εκείνων των ασθενών, που δεν μπορούν να εργαστούν στις συνθήκες της ελεύθερης αγοράς, Κέντρων Παρέμβασης στην Κρίση και άλλων εξειδικευμένων κατά περίπτωση Μονάδων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το δίκτυο αυτό των δομών απαιτεί ένα σύνθετο πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδαγωγοί και

άλλοι), αλλά και μία ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή. Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επιβάλλει σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευσή, και τη δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας. Προϋποθέτει επίσης τη στήριξη των τοπικών κοινωνιών και αρχών, την υπέρβαση του φόβου για την ψυχική ασθένεια που έχουν διαμορφώσει οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, προκειμένου σταδιακά να εξαλειφθεί το κοινωνικό στίγμα για τον ψυχικά ασθενή και την οικογένεια του και να αναδειχθεί ως εθνική αναγκαιότητα η συνολική κοινωνική υποστήριξη και αλληλεγγύη απέναντι στον ψυχικά νοσούντα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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 κοινωνικό - οικονομικούς 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 ιδιαίτερους λόγους χρήζει ψυχολογικής υποστήριξης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### 4.1.1 Μεταβαλλόμενη ιδεολογία και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 το δίκτυο των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών απαρτιζόταν από: α) υπηρεσίες νοσηλευόμενων ασθενών, που προσφέρονταν από τα δημόσια ψυχιατρεία, τις ιδιωτικές κλινικές και σε μικρότερο βαθμό, από τις πανεπιστημιακές κλινικές, και β) την ψυχιατρική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία νευρολόγων - ψυχιάτρων, στα ιατρεία του ΙΚΑ και στις τυχόν υπάρχουσες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών των δημοσίων ψυχιατρείων και των δύο Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας μας. Τα δημόσια ψυχιατρεία, για παράδειγμα το Δαφνί, αποτελούσαν τους εκπροσώπους και συγχρόνως το πρότυπα και τα σύμβολα της ιδεολογίας που αφορούσε την πραγματικότητα της επίσημης ελληνικής εθνοψυχιατρικής (Μπλου, Ε., 1999:115, Μαδιανός, 1994).

*«Το δίκτυο των υπηρεσιών χαρακτηρίζονταν από ανισότητες μεταξύ επαρχίας και πόλης, το 60% των νευρολόγων - ψυχιάτρων είχαν έδρα τους την Αθήνα όπου κατοικεί το 32% του συνολικού πληθυσμού της χώρας» (Μπλου, Ε., 1999:115, Μαδιανός, 1994).*

*«Το 1983, 32 από τις 60 δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές βρισκόταν στην Αθήνα σε 11 νομούς από τους 51 ολόκληρης της χώρας, με συνολικό πληθυσμό 900000 κατοίκους, δεν υπήρχε ούτε ένας ψυχίατρος η αναλογία κλινών/πληθυσμού κυμαινόταν μεταξύ 0,03 και 2,27 ενώ σε 11 νομούς δεν υπήρχε καμία υπηρεσία νοσηλείας ασθενών» (Μπλου, Ε., 1999:115, Μαδιανός, 1994).*

*«Στα μεταπολεμικά χρόνια η ελληνική ψυχιατρική, ήταν τελείως οχρωμένη μέσα σε ένα οργανικό πρότυπο και στηριζόταν από άποψη θεραπείας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και άλλων βιολογικών μεθόδων παρέμβασης. Επιπλέον η ελληνική ψυχιατρική ήταν «ιδρυματική». Κύριος άξονας της θεραπείας ήταν η εισαγωγή των ψυχασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία, ιδρύματα που είχαν μετατραπεί ή μετατρέπονταν σε άσυλα. Το κράτος και ψυχιατρική - σε κρίση ως προς τη διαχείριση των ιδρυμάτων αυτών-έφτιαχναν περισσότερα ψυχιατρεία, μερικά από τα οποία αναλάμβαναν το ρόλο ασύλου» (Μπλου, Ε., 1999:115-116, Μαδιανός, 1994).*

Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70, παρουσιάστηκε κάποια ρωγμή στην παραδοσιακή ψυχιατρική ιδεολογία και στον τρόπο που αντιμετωπιζόνταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ρωγμή αυτή ήταν, αποτέλεσμα της έμπνευσης που αντλούσαν οι Έλληνες ψυχίατροι αφενός από την εμπειρία τους στο εξωτερικό και αφετέρου από την κατά παράδοση εισαγωγή ξένων ψυχιατρικών προτύπων στη χώρα. Έχοντας μνηθεί σε ξένες ιδεολογίες και πρότυπα ψυχιατρικής περίθαλψης, αυτά τα συγκεκριμένα άτομα επέστρεφαν στην Ελλάδα με την επιθυμία και την διάθεση να εφαρμόσουν κάτι αντίστοιχο. Το έργο ορισμένων, που ήταν δραστήριοι, επαγγελματικά φιλόδοξοι και είχαν σχέση με το πανεπιστήμιο, είχε ως αποτέλεσμα καινοτομίες στην ψυχιατρική περίθαλψη, μερικές από τις οποίες σημειώθηκαν ήδη από το 1980 σε διάφορα σημεία της χώρας, π.χ. στο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινίτειο (Μπλου, Ε., 1999:116, Μαδιανός, 1994).

Η ισχύουσα ψυχιατρική νομοθεσία, η κυβερνητική γραφειοκρατία και η απουσία οποιασδήποτε συγκροτημένης και συνεπούς κυβερνητικής πολιτικής σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελούσαν τα εμπόδια που έπρεπε να ξεπεραστούν προκειμένου να αναπτυχθούν οι καινούργιες υπηρεσίες (Μπλου, Ε., 1999:116, Μαδιανός, 1994).

*«Η ψυχιατρική νομοθεσία, που είχε τροποποιηθεί με νόμους του 1973 και του 1978, είχε συμπεριλάβει ένα σημαντικό άρθρο που προέβλεπε την εκούσια εισαγωγή στο ψυχιατρείο. Παρ' όλα αυτά οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχιατρική περίθαλψη εξακολούθησαν να παρεμποδίζονται από νομικές διατάξεις σύμφωνα με τις οποίες η νοσηλεία ρυθμιζόταν μόνο σε εικοσιτετράωρη βάση, (Mantonakis, 1981). Η κυβερνητική γραφειοκρατία, με την αιωνίως αρνητική επίδραση της στις ελληνικές δημόσιες υπηρεσίες, έδρασε από κοινού με την ανύπαρκτη κυβερνητική πολιτική και το επίσης ανύπαρκτο κυβερνητικό συμβούλιο για την ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα να ανασταλεί και να παρεμποδιστεί η επέκταση των ψυχιατρικών υπηρεσιών»* (Μπλου, Ε., 1999:116 - 117, Μαδιανός, 1994).

Επιπλέον, την εποχή εκείνη δεν υπήρχε συγκροτημένη ιδεολογική στάση από τη μεριά των ειδικών, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Μπλου, Ε., 1999:117, Μαδιανός, 1994).

*«Η επίσημη σύνδεση νευρολογίας και ψυχιατρικής ως ενιαίας ειδικότητας κράτησε δέσμα την ψυχιατρική περίθαλψη σε μια κατά βάση οργανική*

κατεύθυνση, χωρίς ιδεολογικό και βίο-ιατρικό πλαίσιο που να επιτρέπει την αναζήτηση και προαγωγή των ψυχοκοινωνικών στοιχείων του τομέα της ευρύτερης ψυχιατρικής περίθαλψης. Το ψυχιατρικό επάγγελμα, έχοντας κατακερματιστεί από μη εμφανείς ανταγωνισμούς σε πολλές επί μέρους βάσεις παραγωγής, δεν ανέπτυξε συγκροτημένο όραμα για τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Εξάλλου, ούτε από τον πολιτικό κόσμο ούτε από το ευρύτερο κοινό υπήρχε καμιά οργανωμένη φωνή που να ασκεί πίεση για βελτίωση και την αναδιοργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, (σε αντίθεση με ότι συνέβαινε, πχ. στην γειτονική Ιταλία) (Μπλου, Ε., 1999:117, Μαδιανός, 1994).

Το 1988-1989 η χώρα ζούσε ένα είδος έξαρσης όσον αφορά τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, η έξαρση αυτή είχε δημιουργηθεί από τη δραστηριότητα τόσο πανεπιστημιακών όσο και μη πανεπιστημιακών ψυχιάτρων: Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης για τους χρονίως πάσχοντες, συμπεριλαμβανομένων και χώρων για βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη παραμονή, και τέλος αναδιοργάνωση της δομής των θαλάμων στα δημόσια ψυχιατρεία. Η τρέχουσα ιδεολογία της ελληνικής ψυχιατρικής εκφέρεται πλέον από τη νέα «προσέγγιση κοινοτικής περίθαλψης», (Μανρεάς, 1987), ενώ συγχρόνως ο κλάδος φαίνεται να απομακρύνεται σταθερά από τον προηγούμενο ιδρυματικό προσανατολισμό του (Μπλου, Ε., 1999:117, Μαδιανός, 1994).

*«Η ψυχιατρική θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Οι ανάγκες των νοσηλευομένων θα εξυπηρετούνται με τη σύντομη παραμονή τους σε μικρές ψυχιατρικές μονάδες. Επιπλέον, τόσο η «αποιδρυματοποίηση» ή «αποασυλοποίηση» των χρόνιων ασθενών όσο και η «επανένταξή» τους στην κοινότητα συμπεριλαμβάνονται τώρα στους δηλωμένους σκοπούς της ειδικότητας. Σε όλη τη χώρα επικρατεί ατμόσφαιρα «ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», οι ψυχίατροι δείχνουν μεγάλο ζήλο να σηκώσουν τη σημαία της και να συμμετάσχουν στη δημιουργία νέων υπηρεσιών για την επίτευξη νέων στόχων» (Μπλου, Ε., 1999:118, Μαδιανός, 1994).*

*«Σε αυτή τη μεταρρυθμιστική κίνηση περιλαμβάνονται και προσπάθειες για την ενημέρωση του κοινού γύρω από την ψυχασθένεια». (Βλ. Μπλου, Ε., 1999:118, Μαδιανός, 1994).*

*«Όπως ισχύει και σε πολλές άλλες κοινωνίες, η ψυχασθένεια στην Ελλάδα αποτελεί αντικείμενο φόβου και σοβαρών παρερμηνειών: ο γενικός πληθυσμός ξέρει*

*ελάχιστα πράγματα για το ζήτημα. Παρόλο που έχουν υπάρξει κάποιες προσπάθειες από ειδικούς στον τομέα της ψυχικής υγείας για την ενημέρωση του κοινού, αυτές στο σύνολό τους δεν είναι πολλές» (Μπλου, Ε., 1999:118, Μαδιανός, 1994).*

Ορισμένες από τις νέες υπηρεσίες που θα περιγραφούν πιο κάτω συμπεριλαμβάνουν στις δραστηριότητες τους τη δημόσια ενημέρωση, τόσο από ιδεολογική από πρακτική άποψη. Για παράδειγμα, οι κινητές μονάδες Έβρου και Φωκίδας οργανώνουν τακτικές συζητήσεις στις κοινότητες, στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν συνθήκες ευνοϊκές για επανένταξη σε πρώην νοσηλευόμενους ασθενείς. Η ομάδα της Φωκίδας από τον Οκτώβριο του 1981 μέχρι τον Ιούνιο του 1985 είχε ασχοληθεί συνολικά περισσότερες από 600 ώρες με δραστηριότητες γύρω από την «κοινωνική ευαισθητοποίηση» (Μπλου, Ε., 1999:118 - 119, Μαδιανός, 1994).

Ένα ακόμη παράδειγμα προέρχεται από το Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου, το οποίο έχει εκδώσει ένα ωραίο φυλλάδιο, που διανέμεται δωρεάν, με τον τίτλο *Ζώντας με τη σχιζοφρένεια στο νοσοκομείο και στο σπίτι*. Στις περίπου εβδομήντα σελίδες του περιλαμβάνονται συζητήσεις για το τι είναι σχιζοφρένεια, για τη νοσηλεία στο ψυχιατρείο, την εξωτερική περίθαλψη, τα φάρμακα, τη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν οι συγγενείς καθώς και για θέματα σχετικά με την εργασιακή απασχόληση και το σχολείο. Ορισμένοι ειδικοί-όχι απαραίτητα, βέβαια, σύσσωμος ο ψυχιατρικό κλάδος - θεωρούν ότι η μεταρρύθμιση πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τις νέες υπηρεσίες περίθαλψης αλλά και περισσότερη ενημέρωση και κατανόηση εκ μέρους του κοινού (Μπλου, Ε., 1999:119, Μαδιανός, 1994).

### ➤ **Οι δυνάμεις πίσω από τη μεταρρύθμιση**

*«Η έμπνευση και η δομή για σημερινή μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της επίδρασης δύο οικείων πλέον και αλληλένδετων παραγόντων στην ιστορία της ελληνικής ψυχιατρικής: της εσωτερικής και της διεθνούς πολιτικής. Η ελληνική κυβέρνηση ενώ γενικά είχε κρατήσει σιωπηρή στάση σε θέματα ψυχικής υγείας σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας της ελληνικής ψυχιατρικής, στη δεκαετία του '80 ανέπτυξε τις δικές της*



κατευθυντήριες γραμμές, πιθανότατα μετά από σχετική ενημέρωση της από τους ίδιους τους ψυχιάτρους. Άλλωστε, η χρηματοδότηση από το εξωτερικό την εποχή ακριβώς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θυμίζει αφενός τα γεγονότα γύρω από την απόκτηση του πρώτου ψυχιατρείου της χώρας και αφετέρου το ρόλο των ξένων παρεμβάσεων στην ελληνική ιστορία» (Μπλου, Ε., 1999: 119-20, Μαδιανός, 1994).

Δύο παράγοντες προϋπήρχαν και συνέβαλλαν στο ξεκίνημα αυτής της μεταρρύθμισης: Ο πρώτος, ήταν ο επίσημος διαχωρισμός της ειδικότητας νευρολογία-ψυχιατρική σε δύο διαφορετικούς κλάδους, πράγμα που έγινε το 1981. Ο διαχωρισμός αυτός παρείχε στην ψυχιατρική μια νέα ταυτότητα, και έτσι επαναπροσδιορίστηκε τόσο η θεωρία όσο και η πράξη της. Το όραμα ήταν ότι η ειδικότητα της ψυχιατρικής έπρεπε να βαδίσει πέρα από το παραδοσιακό πλαίσιο της οργανικής και ιδρυματικής θεωρίας και πρακτικής (Μπλου, Ε., 1999:120, Μαδιανός, 1994).

Ο δεύτερος παράγοντας αφορά τους ίδιους τους ειδικούς. Στη διάρκεια της δεκαετίας του '70, ορισμένοι φοιτητές ιατρικής επέλεγαν την ειδικότητα της ψυχιατρικής με βάση το ενδιαφέρον τους για την ελευθερία και ατομικά δικαιώματα. Υπάρχει ένας πυρήνας ειδικών που διαπνέεται από την επιθυμία να αλλάξει τις συνθήκες στα ιδρύματα και να εγκαινιάσει νέες προσεγγίσεις στην περίθαλψη των ασθενών. Οι ειδικοί αυτοί είναι παρόντες και διαθέσιμοι προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο ιερός σκοπός της μεταρρύθμισης (Μπλου, Ε., 1999:120, Μαδιανός, 1994).

*«Το γεγονός που επηρέασε τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν η δημιουργία του ΕΣΥ, που θεσμοθετήθηκε από την κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ το 1983. Στο άρθρο 21 της σχετικής νομοθεσίας προβλεπόταν ρητά η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης με τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και πτερόγων ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία. Και τα δυο αυτά είδη υπηρεσιών υπήρχαν ήδη στη χώρα σε κάποια περιορισμένη κλίμακα, η νομοθεσία όμως προέβλεπε την αύξησή τους» (Μπλου, Ε., 1999:120, Μαδιανός, 1994)*

*«Η νομοθεσία ανέφερε ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν ιατροπαιδαγωγικά κέντρα καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας, (ημερήσιας ή νυχτερινής), και ότι θα λειτουργούσαν σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Οι ψυχιατρικές μονάδες των γενικών*

νοσοκομείων θα πρόσφεραν μόνο βραχύχρονη νοσηλεία, ενώ οι ασθενείς που θα χρειάζονταν μακρόχρονη θα παραπέμπονταν στα ψυχιατρεία. Στην ουσία αυτό που προτεινόταν ήταν ένα ευρύτερο δίκτυο ψυχιατρικής περίθαλψης που θα ήταν λιγότερο βασισμένο σε ιδρύματα» (Μπλου, Ε., 1999:120 - 121, Μαδιανός, 1994).

«Η νομοθεσία του ΕΣΥ πρόσφερε έναν τρόπο να σχεδιαστούν με κρατική χορήγηση και να θεσμοθετηθούν οι εναλλακτικές υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας. Παρόλο, που το 1980 είχε υπάρξει μια συμβουλευτική επιτροπή ψυχικής υγιεινής, (Μαδιανός, 1983), μια δεύτερη συγκροτήθηκε στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Τα μέλη πρότειναν δυο πενταετή προγράμματα για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών. Ωστόσο, μια ακόμη δυναμικότερη ώθηση προς την κατεύθυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δόθηκε από τη σύνδεση της Ελλάδας με τη διεθνή πολιτική αρένα» (Μπλου, Ε., 1999:121, Μαδιανός, 1994).

«Η τότε ονομαζόμενη Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα, (ΕΟΚ), ύστερα από πρόσκληση της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ άρχισε το 1983 να συμμετέχει σε συζητήσεις για τα ζητήματα που αφορούσαν τις ελληνικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η έκθεση που συνέταξε το 1984 προώθησε όχι μόνο την ιδεολογία και τη ρητορική της εκκολλαπτόμενης ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και την έναρξη της εφαρμογής της. Η πρωτοβουλία της ΕΟΚ, (N 815/84), έδινε έμφαση στη δημιουργία υπηρεσιών επανένταξης για τους χρόνιους τροφίμους των δημοσίων ψυχιατρείων της χώρας και υποστήριζε το ήδη υπάρχον πρόγραμμα της ελληνικής κυβέρνησης για την ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και τη δημιουργία πτερύγων ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία» (Μπλου, Ε., 1999:121, Μαδιανός, 1994).

«Καθορίστηκαν δυο φάσεις ειδικής χρηματοδότησης από την ΕΟΚ : η πρώτη, από το 1984 ως το 1988, και η δεύτερη, από το 1989 ως το 1993. Το ποσό που διατέθηκε για την πρώτη φάση, στη διάρκεια της οποίας επρόκειτο να ιδρυθούν 135 διαφορετικές μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη χώρα, ήταν 60 εκ. ECU ή 840 εκ. δραχμές . Επιπλέον, από τα χρήματα αυτά θα απονέμονταν υποτροφίες για την εκπαίδευση προσωπικού στον τομέα της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με έναν υπολογισμό, μέχρι το 1988 ο αριθμός των κλινών στα ψυχιατρεία θα μειωνόταν από 8.486 σε 6.860, ενώ ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών που επρόκειτο να προστεθούν στα γενικά νοσοκομεία θα ήταν 543 σε 27 διαφορετικές μονάδες» (Μπλου, Ε., 1999:121 - 122, Μαδιανός, 1994).

## 4.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Γαλλία τις τελευταίες δεκαετίες

*«Υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές στις οποίες στηρίζετε η λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Γαλλία αλλά και ευρύτερα στην Ευρώπη:*

*α) η τομεοποίηση,*

*β) η σταθερότητα των θεραπειών και στη συνέχεια των θεραπειών που εφαρμόζονται στους ασθενείς που παρακολουθούνται,*

*γ) η δημιουργία ορισμένων δομών, όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, η Κινητή Μονάδα σε αγροτικές περιοχές, ο Τομέας Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα και τα Οικοτροφεία για την αποασυλοποίηση χρόνιων αρρώστων.*

*δ) η παράλληλη και εναρμονισμένη λειτουργία ανάλογων υπηρεσιών για ανηλίκους,*

*ε) ο συντονισμός και ο ενιαίος προγραμματισμός όλων αυτών των Μονάδων,*

*στ) η μετάθεση της παροχής υπηρεσιών από το Ψυχιατρικό στην Κοινότητα, με την προοδευτική ανάπτυξη της έξω - νοσοκομειακής περίθαλψης,*

*ζ) η αγωγή της κοινότητας, ώστε να αλλάξει στάση ως προς τον ψυχικά άρρωστο και τους θεραπευτές του και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική προσπάθεια,*

*η) η δημιουργία νέων στελεχών ψυχικής υγείας με μια εξειδικευμένη εκπαίδευση και κατάρτιση» (Lemperiere, T. - Feline, A., 1995:27 - 28).*

Η εφαρμογή αυτών των βασικών αρχών μπορεί να οδηγήσει σε διάφορους τύπους λειτουργίας, ανάλογα με την προσωπικότητα του επικεφαλής των υπηρεσιών, την εκπαίδευση, την εμπειρία και τις απόψεις των άλλων εργαζομένων, τη χώρα ή την περιοχή στην οποία εφαρμόζονται και βέβαια ανάλογα με τα κονδύλια τα οποία διατίθενται. *«Οι υπηρεσίες αυτές έχουν πάντα ένα εξελικτικό, ψυχοδυναμικό χαρακτήρα: γεννιόνται, αναπτύσσονται και παρακμάζουν. Έτσι στην Δ. Ευρώπη η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εξελίσσεται και ανανεώνεται διαρκώς. Στην Ελλάδα η εφαρμογή των προαναφερόμενων βασικών*

αρχών, σε διάφορες περιοχές, έχει βελτιώσει την ποιότητα του παρεχόμενου ψυχιατρικού έργου» (Lempriere, T. - Feline, A., 1995:28).

«Στις ίδιες αυτές βασικές αρχές, με περισσότερη ή λιγότερη έμφαση, στην κάθε μία από αυτές, διαμορφώθηκε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Γαλλία και κατά επέκταση η σύγχρονη λειτουργία της Ψυχιατρικής. Άρχισε τη δεκαετία του '50 και συνεχίζετε περνώντας από διάφορες φάσεις. Το *''Abrege de Psychiatrie de l' Adulte''* εμπεριέχει και εκφράζει αυτή την εξέλιξη, χωρίς να είναι αυτός ο κύριος στόχος του. Παρουσιάζει, κυρίως, την εξέλιξη της γαλλικής ψυχιατρικής σκέψης. Η παράδοση δύο τουλάχιστον αιώνων ψυχοπαθολογίας, φαινομενολογίας, νοσολογίας και κατάταξης νόσων, αιτιολογικής αναζήτησης και θεραπευτικού προβληματισμού, ενσωματώνεται στις νεότερες εξελίξεις» (Lempriere, T. - Feline, A., 1995:28).

Η κλασική Ψυχιατρική συνδέεται με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και η Ψυχαναλυτική σκέψη με την εφαρμογή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην θεραπευτική πράξη. Περιγράφονται έτσι έμμεσα οι θεωρητικές αναζητήσεις και η πρακτική δραστηριότητα ενός μεγάλου αριθμού ψυχοπαθολόγων και θεραπευτών, στην Γαλλία και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η σύνδεση του παρελθόντος με το παρόν, καθώς και ορισμένα ιστορικά στοιχεία, αποκαλύπτουν τις αιτίες και τις διαδικασίες που οδήγησαν στις σημερινές μορφές παροχής υπηρεσιών. Όλα αυτά συνιστούν το ουσιαστικό περιεχόμενο αυτού του συγγράμματος (Lempriere, T. - Feline, A., 1995:28 - 29).

Η ανανέωση της γαλλικής ψυχιατρικής έγινε παράλληλα από πολλές ομάδες εργαζομένων στην ψυχική υγεία. Στα μέσα της δεκαετίας του '50 δημιουργήθηκαν οι τέσσερις πρώτες υπηρεσίες πιλότοι (Lempriere, T. - Feline, A., 1995:29).

«Συγχρόνως στο 13<sup>ο</sup> Διαμέρισμα του Παρισιού άρχισε να λειτουργεί η πρώτη υπηρεσία που είχε ως γνωρίσματα την αυστηρή τομεοποίηση, τη σταθερότητα των θεραπειών και τη συνέχεια των θεραπευτικών σχημάτων, τη στενή σύνδεση των μονάδων για τα παιδιά και τους ενήλικους, την εφαρμογή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στη δημόσια περίθαλψη και τέλος την εργασία και την στενή σχέση των θεραπειών με την κοινωνική ομάδα» (Lempriere, T. - Feline, A., 1995:29).

Η Πολιτεία, με το αρμόδιο Υπουργείο και τις διευθύνσεις του, με επικεφαλής την εξέχουσα μορφή του H. Duchene, ήταν θερμός συμπαράστατης

των πρώτων αυτών υπηρεσιών. Ο Η. Duchene, αξιόλογος ψυχίατρος και ψυχαναλυτής, δέχτηκε την θέση του ανώτατου κρατικού λειτουργού. Πέθανε τραγικά λίγα χρόνια αργότερα, αφού πλέον η μεταρρύθμιση είχε μπει στο δρόμο της (Lemperiere, T. - Feline, A., 1995:29).

Ακολουθούν αμέσως οι ομάδες των νεότερων , που συνεχίζουν μέχρι σήμερα να εργάζονται και να προσφέρουν υπηρεσίες με τον ίδιο ζήλο : R. Angelergues , P. Bailly - Salin , T. Lemperiere , H Chalgneau , M. Soule , κ.α. (Lemperiere, T. - Feline, A., 1995:29).

Η ύπαρξη ενός πολύ μεγάλου αριθμού στελεχών , που ανέλαβαν ηγετικό ρόλο και δημιούργησαν πρωτοποριακές υπηρεσίες, είναι ένα ενδιαφέρον κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο όμως δεν παρατηρήθηκε στην Ελλάδα. Τα στελέχη αυτά προήλθαν από διάφορους κοινωνικό - πολιτικούς χώρους και εργάστηκαν σε διάφορες περιοχές της Γαλλίας. Αυτή η άνθιση οφείλετε στα κοινά γνωρίσματα της πνευματικής και επαγγελματικής τους πορείας. Χωρίς να παραγκωνίσουν την κλασσική ψυχιατρική παιδεία τους ενστερνίστηκαν, ενσωμάτωσαν και εφάρμοσαν στην πράξη την ψυχαναλυτική θεωρία και τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Όλοι κινήθηκαν στον χώρο της Δημόσιας Περίθαλψης, έξω από τα συμβατικά ακαδημαϊκά πλαίσια (Lemperiere, T. - Feline, A., 1995:29).

Αυτή η εξελικτική πορεία της Γαλλίας, επηρέασε άμεσα ή έμμεσα την ψυχιατρική μεταρρυθμιστική κίνηση στο Βέλγιο, την Ελβετία, τη Γερμανία, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Η Ιταλία ακολούθησε, παράλληλα, ένα δικό της λαμπρό μεταρρυθμιστικό δρόμο (Lemperiere, T. - Feline, A., 1995:30).

---

<sup>1</sup> Όλες τις παραπάνω πληροφορίες , ( του κεφ. 4.1 ) , τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός»

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**  
**ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

#### 5.1 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μετά το 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την ονομασία «Ψυχαργός» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της Μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000 - 2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργός», ώστε να ισχύει πλέον για την δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του έχει προγραμματισθεί για το έτος 2004, οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το έτος 2001, ως γνωστόν, είναι η χρονιά των μεγάλων διακηρύξεων για την μεταρρύθμιση στον χώρο της Υγείας. Τα Νοσοκομεία χάνουν τη διοικητική και νομική αυτοτέλεια τους και αποτελούν πλέον αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. Μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των διακηρύξεων για τη μεταρρύθμιση

του δυσλειτουργούντος ΕΣΥ, επικρατεί η διακηρυγμένη πολιτική βούληση για την εφαρμογή ενός 10ετούς εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία με την κωδική ονομασία **Ψυχαργός** (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υποστηρίζεται σε χρηματοοικονομικό επίπεδο από την Ευρωπαϊκή Ένωση και βρίσκεται υπό την αυστηρή διοικητική και διαχειριστική εποπτεία της. Το σχέδιο αυτό προβλέπει μεταξύ άλλων την επιτάχυνση του αποϊδρυματισμού όλων των ψυχιατρειών της χώρας, την σταδιακή κατάργηση μέχρι το 2006, των πέντε από αυτά, (μεταξύ των οποίων και το Π.Ν.Α.), και την ταυτόχρονη ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### ► Το 10ετές Ειδικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, έχοντας υπόψη τις διατάξεις του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α'/17.5.99) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» και τις διατάξεις του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76/Α'/10.3.2000) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» όπως διορθώθηκε στο ΦΕΚ 123/Α'/24.4.2000, αποφάσισε την έγκριση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης (1η Αναθεώρηση) με κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», που αφορά την ανάπτυξη δομών και υποδομών κατά την δεκαετία 2001 έως 2010 σε όλη την χώρα, με τις οποίες: (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**α.** Εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**β.** Αναπτύσσονται δράσεις πρόληψης και άμεσης παρέμβασης στην κρίση των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).



Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπεται να αναπτυχθούν στο σύνολο της 10ετίας ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας, είναι ενδεικτικά οι κατωτέρω: (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευόμενα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγχρόνως,

- η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),
- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ένα μέρος των προγραμματισμένων δράσεων στο 10ετές Πρόγραμμα «Ψυχαργός» έχει ενταχθεί για χρηματοδότηση στο τομεακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», στο Άξονα Προτεραιότητα 2 «Ψυχική Υγεία» και έχει ονοματιστεί κωδικά ως Πρόγραμμα «Ψυχαργός-β' φάση» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### ► Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006 και ο Άξονας Προτεραιότητας 2: «Ψυχική Υγεία»

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000 - 2006 παρεμβαίνει στρατηγικά σε τέσσερις τομείς δράσης, που αντιστοιχούν στους τέσσερις Άξονες Προτεραιότητας του Προγράμματος, δηλαδή την Υγεία, την Ψυχική Υγεία, την Πρόνοια και τους Ανθρώπινους Πόρους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ειδικότερα, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, συνεχίζεται η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή η αποασυλοποίηση χρόνιων ψυχικά ασθενών που σήμερα διαβιούν σε κλειστές δομές, η ανάπτυξη ανοιχτών κοινοτικών δομών πρόληψης και θεραπείας και η υλοποίηση ενεργειών κοινωνικής και οικονομικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συνολικά, η στρατηγική που ακολουθείται για την αποτελεσματική υλοποίηση των δράσεων του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006 βασίζεται στις εξής αρχές: (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

- Έμφαση σε τύπους δράσεων οι οποίοι ενισχύουν τη μεταρρυθμιστική και εκσυγχρονιστική διαδικασία
- Συνέργια και συμπληρωματικότητα μεταξύ των δράσεων (π.χ. συνδυασμός οργανωτικών-διοικητικών και λειτουργικών αλλαγών, υιοθέτηση νέων μοντέλων και εισαγωγή νέων τεχνολογιών)

- Ολοκληρωμένη προσέγγιση (π.χ. αλλαγή λειτουργικού προτύπου ή αποασυλοποίηση και παράλληλη δημιουργία ανοιχτών κοινοτικών δομών πρόληψης)
- Προώθηση της καινοτομίας (σε περιεχόμενο δράσεων και λειτουργία δομών)
- Ενίσχυση της απασχόλησης
- Προστασία του περιβάλλοντος
- Ισότητα των δύο φύλων και ισότητα ευκαιριών για όλους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, οι ραγδαίες αλλαγές του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού προτύπου και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα καθιστούν αναγκαία την εμβάθυνση και τον εμπλουτισμό των εφαρμοζόμενων πολιτικών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα, οι θετικές κατακτήσεις από την υλοποίηση των δράσεων του Κανονισμού 815/84, την επέκταση των δράσεων αυτών κατά το μεταβατικό στάδιο (1997-98), την ανάπτυξη της Α΄ φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργώς» και των καινοτομικών δράσεων στο πλαίσιο των Κοινοτικών Πρωτοβουλιών δημιούργησαν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων, με αυξημένα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και τομεοποιημένου δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο για την πρόληψη, την άμεση παρέμβαση, την παροχή φροντίδας και υποστήριξης, καθώς και μέσω δράσεων και προγραμμάτων που διευκολύνουν τη σταδιακή κοινωνικό-οικονομική (επαν)ένταξη των ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Επιπλέον, θα προωθηθούν μέτρα κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής εκπαίδευσης/κατάρτισης, σε συνδυασμό με τα αναγκαία μέτρα ενεργητικών πολιτικών για τη συμμετοχή της ομάδας στόχου στην αγορά εργασίας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Οι κυριότεροι στόχοι του Άξονα 2 αφορούν:**

- Στην τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Στην ανάπτυξη ειδικής δράσης που αφορά στη λειτουργική αναβάθμιση κυρίως του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών κατά την παρούσα περίοδο και την ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου τους στην κοινότητα. Το σχέδιο

ανάπτυξης της ειδικής δράσης αποτελεί μέρος του Εθνικού Σχεδίου για την ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

- Στη λειτουργική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και στη διασύνδεση των υπηρεσιών σε ολοκληρωμένα δίκτυα στο πλαίσιο των τομέων ψυχικής υγείας
- Στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας για τους πληθυσμούς-στόχους στο επίπεδο της κοινότητας
- Στην προαγωγή της πρόληψης
- Στην ανάπτυξη ενεργειών που προωθούν την κοινωνική αλληλεγγύη και ενισχύουν τις δράσεις ένταξης των πληθυσμών στόχων στην αγορά εργασίας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Οι παραπάνω γενικοί στόχοι εξειδικεύονται στα εξής Μέτρα παρέμβασης:**

**Μέτρο 2.1:** «Αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών».

**Μέτρο 2.2:** «Ανάπτυξη/συμπλήρωση/επέκταση δομών στην κοινότητα, για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης».

**Μέτρο 2.3:** «Ενέργειες πρόληψης - ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης».

**Μέτρο 2.4:** «Κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Μέτρο 2.1 στοχεύει στη συνέχιση της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Πρόκειται για ολοκλήρωση ήδη υλοποιούμενων δράσεων, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός», για την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών (ψυχικά ασθενείς, ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ασθενείς με νοητική υστέρηση και ψυχικές διαταραχές) που διαβιούν στα δημόσια ψυχιατρεία της χώρας και την εγκατάστασή τους σε δομές στην κοινότητα. Ταυτόχρονα, πρόκειται για υποστήριξη των ασθενών από ολοκληρωμένα προγράμματα κοινωνικοοικονομικής επανένταξης,

παροχής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και οικονομικής επανένταξης και συμβουλευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, στο πλαίσιο των οποίων διασφαλίζονται η συμμετοχή και ο σεβασμός των δικαιωμάτων τους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Σ' αυτό το πλαίσιο, οι στόχοι του Μέτρου 2.1 είναι:**

- Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και στους αντίστοιχους Τομείς ψυχικής υγείας στο σύνολο της χώρας. Επιδιώκεται η έξοδος μεγάλου μέρους χρόνιων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει σαν στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς
- Η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο Λέρου και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο πλαίσιο των παραπάνω στόχων προβλέπονται οι εξής δράσεις:**

- Εφαρμογή σύγχρονου λειτουργικού προτύπου σε επιλεγμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, με στόχο την εγκατάλειψη του «προστατευτισμού» και της κλειστής περίθαλψης και την εξασφάλιση παροχής σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Υλοποίηση της ειδικής δράσης στο Ψ.Ν.Α. και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα, εφόσον επαρκούν οι πόροι του Ε.Π.
- Εγκατάσταση των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές-ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα και επέκταση της λειτουργίας εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης για την προώθηση της κοινωνικής και εργασιακής επανένταξής τους.
- Ενέργειες υποστήριξης των δικαιούχων φορέων οι οποίοι θα υλοποιήσουν το σύνολο των δράσεων αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικό-οικονομικής ένταξης των ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το σύνολο των δράσεων εξυπηρετεί έναν από τους κεντρικούς στόχους του Άξονα που αφορά στην αποϊδρυματοποίηση ασθενών που έχουν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στη λειτουργική αναμόρφωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι προτεραιότητες που τίθενται στο πλαίσιο αυτού του Μέτρου, αφορούν σε τρία αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα. Συγκεκριμένα :

- Κατ' αρχήν, πρόκειται για ενέργειες υποστήριξης υπηρεσιών και φορέων που εμπλέκονται στην υλοποίηση των δράσεων αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής (επαν)ένταξης των ασθενών. Γι' αυτό τον σκοπό προβλέπονται μηχανισμοί υποστήριξης της πορείας υλοποίησης των παρεμβάσεων, καθώς και οργανωτικής και επιστημονικής παρακολούθησης και αξιολόγησής τους.
- Παράλληλα προβλέπεται η ενίσχυση των εργαζομένων που εμπλέκονται στην αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών, ώστε να διαχειριστούν με επιτυχία δικές τους ενδεχομένως προϊδεάσεις/προκαταλήψεις και να υποστηρίξουν το καθημερινό έργο τους με βελτίωση των δεξιοτήτων τους.
- Επιπλέον, προβλέπεται λειτουργία δομών αποασυλοποίησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Στο πλαίσιο του Μέτρου προβλέπονται οι παρακάτω κατηγορίες πράξεων:**

- Στελέχωση, με ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού δομών που πρόκειται να λειτουργήσουν.
- Λειτουργία υποστηρικτικού μηχανισμού για την υλοποίηση του συνόλου των δράσεων αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικοοικονομικής ένταξης των ασθενών.

Λειτουργία δομών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Ως ενδεικτικές προβλεπόμενες πράξεις μπορούν να αναφερθούν:**

- Στελέχωση και λειτουργία οικοτροφείου χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- Στελέχωση και λειτουργία ξενώνα χρόνιων ψυχικά ασθενών.
- Στελέχωση και λειτουργία προστατευμένου διαμερίσματος χρόνια ψυχικά ασθενών.

- Στελέχωση και λειτουργία εργαστηρίων.
- Σύσταση και Λειτουργία Μηχανισμών Υποστήριξης των δράσεων αποασυλοποίησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σε επίπεδο αποτελεσμάτων, το Μέτρο αναμένεται να συμβάλλει στη λειτουργία δομών αποασυλοποίησης και δομών φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα καθώς και στην εγκατάσταση ασθενών σε δομές εκτός ψυχιατρικών νοσοκομείων και στην επέκταση της λειτουργίας εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Όσον αφορά στην απασχόληση:**

- Εκτιμάται ότι θα δημιουργηθούν αρκετές θέσεις εργασίας κατά τη διάρκεια υλοποίησης του Μέρου. Συγκεκριμένα, θα δημιουργηθεί σημαντικός αριθμός ενδιάμεσων θέσεων απασχόλησης για ειδικό επιστημονικό προσωπικό αλλά και για ειδικευμένο ή/και ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό.
- Επιπλέον η λειτουργία δομών αποασυλοποίησης συνεπάγεται θετικές επιπτώσεις στην απασχόληση επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Συνολικά, αναμένεται η δημιουργία περίπου 3000 μόνιμων θέσεων επιστημονικού ή και ανειδίκευτου προσωπικού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στο περιβάλλον, δεν αναμένονται επιπτώσεις γιατί το μέτρο αφορά στην υλοποίηση άυλων ενεργειών.

Τα τελευταία επίσης, χρόνια γίνονται σημαντικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον τομέα της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, με στόχο τη σταδιακή κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων της χώρας και τη μετάβαση σε ανοικτές δομές ψυχικής φροντίδας. Σημαντικό πλεονέκτημα του τομέα είναι η εμπειρία και η τεχνογνωσία που αποκτήθηκε από τις μέχρι σήμερα αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην Ψυχική Υγεία (κυρίως κατά την εφαρμογή της Α' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» ), οι οποίες έθεσαν τις απαραίτητες βάσεις για τις δράσεις του παρόντος Επιχειρησιακού Προγράμματος (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).



Ωστόσο, σοβαρό μειονέκτημα αποτελεί η μη ικανοποιητικής έκτασης παρέμβαση τις υποδομές ψυχικής υγείας στη διάρκεια της προηγούμενης προγραμματικής περιόδου (Β' Κ.Π.Σ.), σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ορισμένες δομές που δημιουργήθηκαν βάσει του κανονισμού ΕΟΚ 84/815 είτε δε βρίσκονται σε λειτουργία είτε υπολειπούνται. Την ίδια στιγμή, η έλλειψη επαρκούς αριθμού δομών πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας κατευθύνει τους εξυπηρετούμενους σε κλειστές ψυχιατρικές δομές, ενώ το υφιστάμενο δίκτυο δεν επαρκεί για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών. Η υποδομή, όμως, σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία (όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής), εκτός των άλλων μειονεκτημάτων που παρουσιάζει, είναι και πεπαλαιωμένη, ενώ ορισμένες υποδομές στο νομό Αττικής έχουν πληγεί ιδιαίτερα από τον σεισμό του 1999 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Γενικά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν παρουσιάζουν ικανοποιητική εικόνα σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο, τόσο όσον αφορά σε υποδομές και εξοπλισμό όσο και σε εξειδικευμένα στελέχη, ώστε να είναι σε θέση να προχωρήσουν σε αποτελεσματική υλοποίηση της αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών. Το Μέτρο 2.2. σχεδιάστηκε για να καλύψει αυτήν ακριβώς την υστέρηση σε επίπεδο υλικών υποδομών και μάλιστα σε συνθήκες αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Μέτρο αυτό περιλαμβάνει ένα σύνολο δράσεων για την ανάπτυξη νέων ή και συμπλήρωση-βελτίωση υφιστάμενων υποδομών. Οι δράσεις αυτές συνδέονται και με τις άλλες πολιτικές που αναπτύσσονται στους τομείς Υγείας και Πρόνοιας και εξασφαλίζουν, μαζί με τις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για την αποιδρυματοποίηση των ασθενών που διαβιούν στα ψυχιατρεία και το απαραίτητο θεσμικό και υποστηρικτικό πλαίσιο, την ολοκληρωμένη λειτουργία του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Οι βασικοί στόχοι του Μέρους 2.2 είναι:**

- Η ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών ψυχιατρικών νοσοκομείων, για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την εξασφάλιση

ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της κατάργησης ορισμένων από αυτά και υποκατάστασής τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Μέτρο 2.2 έχει σχεδιαστεί για να παρέχει οριζόντια υποστήριξη στις δράσεις του Άξονα 2 «Ψυχική Υγεία». Κατά συνέπεια, δε δρα μόνο συμπληρωματικά στα άλλα Μέτρα του Άξονα, αλλά αποτελεί και προϋπόθεση αποτελεσματικής εφαρμογής για τις βασικές δράσεις αποασυλοποίησης και επανένταξης. Έτσι, ως Μέτρο παρέμβασης στις υποδομές του τομέα Ψυχικής Υγείας, βρίσκεται, από τη φύση του, σε απόλυτη συνάφεια με τους στόχους του Άξονα και ιδιαίτερα με τους στόχους που αφορούν στη λειτουργική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών κατά την παρούσα προγραμματική περίοδο και την ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου τους στην κοινότητα αλλά και στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Με βάση αυτά που προαναφέρθηκαν, το Μέτρο 2.2 θα υποστηρίξει την ανάπτυξη δράσεων προς δύο βασικές κατευθύνσεις:**

- Τη συνέχιση της ανάπτυξης δομών στην κοινότητα.
- Τη συνέχιση της αποασυλοποίησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Όσον αφορά στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, περιλαμβάνονται παρεμβάσεις για:**

- Ανάπτυξη νέων Ψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Συμπλήρωση υφιστάμενων Ψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία.
- Ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων.

- Ανάπτυξη ειδικών μονάδων (π.χ. για εξαρτημένα άτομα, αλκοολικούς, άτομα με αυτισμό, κλπ.) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στην αποασυλοποίηση, οι σχετικές παρεμβάσεις ανά γεωγραφική περιφέρεια θα είναι σύμφωνες με τα προβλεπόμενα στη β' φάση του Σχεδίου «Ψυχαργώς». Σε κάθε περίπτωση, πάντως, το Μέτρο θα καλύψει τον εξοπλισμό των αντίστοιχων υποδομών καθώς και ενδεχόμενη κτιριακή αναβάθμιση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο πλαίσιο αυτό, οι προτεραιότητες του Μέτρου αφορούν στην κάλυψη αναγκών σε τρία παράλληλα και αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα:**

- Κατ' αρχήν, κάλυψη των αναγκών υποδομής στην πρώτη γεωγραφική περιφέρεια, η οποία συγκεντρώνει το μισό πληθυσμό της χώρας (ειδικά στο Δαφνί φιλοξενούνται 952 άτομα από τα 1385).
- Παράλληλα, κάλυψη των αναγκών υποδομής σε νέες (ενοικιαζόμενες) δομές, ή/και σε δομές που υφίστανται αλλά δε λειτουργούν ή υπολειτουργούν, λόγω ελλείψεων σε θέματα υποδομής.
- Τέλος, παράλληλη σταδιακή ανάπτυξη/βελτίωση υποδομής σε όλες τις υπόλοιπες περιφέρειες-ειδικά σε περιοχές που δεν υφίσταται σχετική υποδομή- στο πλαίσιο της τομεοποίησης των σχετικών υπηρεσιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο πλαίσιο του Μέτρου αυτού προβλέπονται οι παρακάτω κατηγορίες πράξεων:**

- Συμπλήρωση υφιστάμενων υποδομών (κτίρια και εξοπλισμός) και δημιουργία νέων, για την κάλυψη αναγκών στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων.
- Ανάπτυξη κατάλληλων, κατά περίπτωση, δομών στην κοινότητα για ψυχικά ασθενείς, άτομα με αυτισμό και άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικές ουσίες.
- Βελτίωση της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, στην κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών

διαβίωσης των ασθενών και της λειτουργικής υποστήριξης δράσεων του προγράμματος αποασυλοποίησης (δηλαδή, με δραστική μείωση της σημερινής δυναμικότητας των αντίστοιχων νοσοκομείων).

- Εξοπλισμός των νέων δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, επαγγελματικά εργαστήρια), για την εγκατάσταση των ασθενών και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν) ένταξής τους.
- Δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, κατά προτεραιότητα στα μεγάλα αστικά κέντρα.
- Δημιουργία της κατάλληλης υποδομής στα Κέντρα Υγείας για την παροχή προληπτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Ως ενδεικτικές προβλεπόμενες πράξεις μπορούν να αναφερθούν:**

- Μελέτη και αναβάθμιση κλινών Ψυχιατρικού Νοσοκομείου
- Μελέτη και αναβάθμιση κλινών ψυχιατρικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου
- Προμήθεια εξοπλισμού Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου
- Διαρρύθμιση ή και εξοπλισμός προστατευμένου διαμερίσματος ή/και ξενώνα, ή/και οικοτροφείου ή/και προστατευμένου διαμερίσματος ή/και επαγγελματικού εργαστηρίου
- Σε επίπεδο αποτελεσμάτων, το Μέτρο αναμένεται να συμβάλλει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά ασθενών σε υφιστάμενες δομές και ανάπτυξη δομών μέσα στην κοινότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Όσον αφορά στην απασχόληση, εκτιμάται ότι θα δημιουργηθούν αρκετές θέσεις εργασίας κατά τη διάρκεια υλοποίησης του Μέτρου. Συγκεκριμένα:**

- Κατά τη μελέτη, επίβλεψη και κατασκευή των έργων θα δημιουργηθούν ενδιάμεσες θέσεις για επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (πολιτικοί μηχανικοί, μηχανολόγοι, μηχανικοί, αρχιτέκτονες, κοινωνιολόγοι κτλ.)

- Σημαντικός, επίσης, αριθμός ενδιάμεσων θέσεων απασχόλησης θα δημιουργηθεί για ειδικούς τεχνίτες διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και για ειδικευμένο ή/και ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η λειτουργία των δομών που θα δημιουργηθούν στο πλαίσιο του Μέτρου συνεπάγεται θετικές επιπτώσεις στην απασχόληση διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συνολικά, αναμένεται η δημιουργία τουλάχιστον 1.500 μόνιμων θέσεων επιστημονικού ή και ανειδίκευτου προσωπικού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στο περιβάλλον, δεν αναμένονται σημαντικές επιπτώσεις γιατί αφενός οι πράξεις θα υλοποιηθούν σε υφιστάμενες κατά κύριο λόγο υποδομές και αφετέρου όπου υπάρξουν νέες παρεμβάσεις αυτές θα είναι μικρής κλίμακας. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, θα τηρηθούν οι προβλεπόμενοι περιβαλλοντικοί όροι. Με δεδομένο, μάλιστα, ότι προβλέπεται και εκσυγχρονισμός υφιστάμενης κτιριακής υποδομής, θα επιτευχθεί, μεταξύ άλλων, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης για ασθενείς και του εργασιακού περιβάλλοντος των εργαζόμενων στις μονάδες (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Μέτρο 2.3 περιλαμβάνει την προώθηση ενεργητικών πολιτικών πρόληψης, ενίσχυσης του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης και ένταξης των πληθυσμών στόχων στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Βασικοί στόχοι του Μέτρου 2.3 είναι:**

- Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων πρόληψης
- Η μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής

- Η υιοθέτηση συνδυασμένων δράσεων για την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων και την κοινωνική και εργασιακή (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### **Οι δράσεις του Μέτρου 2.3 περιλαμβάνουν:**

- Τη λειτουργία δομών και προγραμμάτων πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης. Έτσι, μέσα από τη διεπιστημονική προσέγγιση θα επιτυγχάνεται, κατ' αρχήν, αναβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και η εξυπηρέτηση του στόχου της ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού καθώς και ειδικών πληθυσμών. Για το λόγο αυτό το συγκεκριμένο Μέτρο, σε συνεργασία με τα Μέτρα 2 και 4 του ίδιου Άξονα, θα συμβάλει στη λειτουργία των δομών που αναπτύσσονται, είτε στο πλαίσιο του παρόντος Ε.Π., είτε έχουν αναπτυχθεί στο παρελθόν χωρίς να λειτουργούν ικανοποιητικά. Στόχος των παρεμβάσεων του παρόντος Μέτρου είναι, εξάλλου, η λειτουργία μονάδων Πρωτογενούς και Δευτερογενούς πρόληψης.
- Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης και κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης αφενός των χρόνιων ασθενών που αποασυλοποιούνται και αφετέρου των ψυχικά ασθενών που διαβιούν στην κοινότητα. Η διαδικασία αυτή θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, με την προώθηση ενεργειών επαγγελματικής κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών που στοχεύουν στη δημιουργία νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας.
- Τη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (π.χ. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης-ΚοιΣΠΕ),
- Την στήριξη της συνεταιριστικής δραστηριότητας με τη λειτουργία μηχανισμού για την διερεύνηση θεμάτων που σχετίζονται με τις εγγυοδοσίες, τη χρηματοδότηση, τη δημιουργία δικτύου προώθησης των παραγόμενων προϊόντων κ.λ.π. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι δράσεις κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης των ψυχικά ασθενών βρίσκονται σε συνεργεία με αντίστοιχες δράσεις που προβλέπονται στον Άξονα 2 του Ε.Π. «Απασχόληση και Συνεχιζόμενη Κατάρτιση» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με τον τρόπο αυτό, θα εξασφαλισθεί η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς τόσο κατά το σχεδιασμό των σχετικών πολιτικών όσο και κατά την παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς, με έμφαση στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση και στο σεβασμό των δικαιωμάτων και των επιλογών των επωφελούμενων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συνολικά, οι στόχοι του Μέτρου συνάδουν με το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός» και αποβλέπουν στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας, τη διασφάλιση της μετανοσοκομειακής φροντίδας, την ολοκληρωμένη υποστήριξη της ψυχικής υγείας, την κοινωνική ευαισθητοποίηση και την εξασφάλιση της κοινωνικής και οικονομικής ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών. Έτσι, συμβάλλουν, με τρόπο ουσιαστικό, και στην επίτευξη των αντίστοιχων στόχων του Άξονα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Βασική προτεραιότητα του Μέτρου αποτελεί η παροχή υπηρεσιών στον γενικό πληθυσμό, ώστε :

- Να προληφθεί κατά το δυνατό, μέσω της συμβουλευτικής ή/και της έγκαιρης διάγνωσης, η εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας.
- Να προληφθεί η υποτροπή
- Να αποφευχθεί/μειωθεί δραστικά ο χρόνος κλειστής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών.
- Να επιτευχθεί η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση της κοινότητας, προκειμένου να αποδειχθεί κοινωνικά τους αποασυλοποιούμενους χρόνιους ψυχικά ασθενείς (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα βασική προτεραιότητα του Μέτρου είναι επίσης η κοινωνικοοικονομική επανένταξη των αποασυλοποιούμενων και των ψυχικά ασθενών που διαβιούν στην κοινότητα, μέσα από τη διαδικασία της κατάρτισης και τη δημιουργία δομών/προγραμμάτων, με στόχο τη συμβολή στην εξασφάλιση

ισότητας ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς, στην προσπάθεια ένταξής τους στην αγορά εργασίας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Πρόκειται για εξαιρετικά σημαντικές προτεραιότητες που εξυπηρετούν άμεσα τους στόχους του Μέτρου όσον αφορά στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων πρόληψης και πρόληψης της υποτροπής, αλλά και στην ανάπτυξη παρεμβάσεων κοινωνικής και εργασιακής ένταξης των ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).



**Στο πλαίσιο του παρόντος Μέτρου προβλέπονται οι ακόλουθες κατηγορίες πράξεων:**

- Λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης. Στο πλαίσιο αυτό πρόκειται να αυξηθούν τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στις δομές αυτές οι οποίες είτε προϋπάρχουν είτε δημιουργούνται για πρώτη φορά, πρόκειται να λειτουργήσουν μονάδες αντιμετώπισης οξέων περιστατικών, βραχείας νοσηλείας, αντιμετώπισης περιστατικών σε κρίση, κέντρα διημέρευσης κ.λ.π..
- Λειτουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, καθώς και εξειδικευμένων μονάδων που απευθύνονται σε ειδικούς πληθυσμούς (άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, αλκοολικοί), που αναπτύσσουν ψυχική ασθένεια δευτερογενώς και για τους οποίους απαιτείται εξειδικευμένη παρέμβαση.
- Υλοποίηση ενεργειών κατάρτισης, που απευθύνονται σε ψυχικά ασθενείς.
- Λειτουργία Κοινωνικών Επιχειρήσεων και Συνεταιρισμών, με στόχο την εργασιακή αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- Λειτουργία μηχανισμού υποστήριξης της δημιουργίας Κοινωνικών Επιχειρήσεων για την εργασιακή αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Ως ενδεικτικές προβλεπόμενες πράξεις μπορούν να αναφερθούν:**

- Λειτουργία ψυχιατρικού τμήματος Γενικών Νοσοκομείων
- Λειτουργία Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή/και ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου ή/και εξειδικευμένων μονάδων για ειδικούς πληθυσμούς (π.χ. άτομα με αυτισμό κλπ.)
- Ενέργεια κατάρτισης για ψυχικά ασθενείς
- Λειτουργία Κοινωνικού Συνεταιρισμού ή Επιχείρησης
- Έργα και ενέργειες υποστήριξης της Λειτουργίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών και Επιχειρήσεων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σε επίπεδο αποτελεσμάτων, το Μέτρο 2.3 αναμένεται να συμβάλλει στην λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης ψυχικών ασθενών,

στη λειτουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων καθώς και άλλων εξειδικευμένων μονάδων, αλλά και στη λειτουργία Κοινωνικών Συνεταιρισμών και Επιχειρήσεων. Επιπλέον, το Μέτρο αναμένεται να συμβάλλει, γενικότερα, και στην εργασιακή αποκατάσταση ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Όσον αφορά στην απασχόληση:**

- Εκτιμάται ότι θα δημιουργηθούν αρκετές θέσεις εργασίας κατά τη διάρκεια υλοποίησης του Μέρου. Συγκεκριμένα, θα δημιουργηθεί σημαντικός αριθμός ενδιάμεσων θέσεων απασχόλησης για ειδικό επιστημονικό προσωπικό αλλά και για ειδικευμένο ή/και ανειδίκευτο δυναμικό.
- Επιπλέον, η λειτουργία δομών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα συνεπάγεται θετικές επιπτώσεις στην απασχόληση επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Συνολικά, αναμένεται η δημιουργία περίπου 1000 μόνιμων θέσεων επιστημονικού ή/και ανειδίκευτου προσωπικού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στο περιβάλλον, δεν αναμένονται επιπτώσεις γιατί το Μέτρο αφορά στην υλοποίηση άυλων ενεργειών.

Τέλος, θετικές επιπτώσεις αναμένονται και όσον αφορά στην ισότητα ευκαιριών, καθώς κεντρική ιδέα του Μέρου είναι η εξασφάλιση ισότητας ευκαιριών για όλους, και ιδιαίτερα για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού από την κοινωνικο-οικονομική ζωή (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στη διάρκεια του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, υλοποιήθηκε η Α' φάση του σχεδίου ΨΥΧΑΡΓΩΣ με τη δημιουργία δομών στην κοινότητα για την αποασυλοποίηση ενός αριθμού ψυχικά ασθενών. Επίσης, στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Β' Κ.Π.Σ. 1994-1999) υλοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, ενέργειες κατάρτισης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που στελεχώνουν τις αντίστοιχες δομές (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το γεγονός ότι το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη συνέχιση και εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα βρίσκεται σε στάδιο ολοκλήρωσης, καθώς και η απόκτηση σημαντικής εμπειρίας και τεχνογνωσίας από τις παρεμβάσεις της Α' φάσης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» αποτελούν σημαντικές δυνάμεις του τομέα ψυχικής υγείας. Αντίθετα, αδυναμίες του τομέα, που εξακολουθούν να υφίστανται, είναι η προβληματική υποδομή σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η έλλειψη ικανού αριθμού υποδομών για την αποασυλοποίηση ψυχικά ασθενών που διαβιούν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και η αντίσταση που συναντούν συχνά οι παρεμβάσεις για την αλλαγή του υπάρχοντος συστήματος, (σε επίπεδο στάσεων, αντιλήψεων, πρακτικών), η οποία απορρέει από την μακροχρόνια εφαρμογή του κλειστού μοντέλου ιδρυματικής περίθαλψης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο αυτό, η ολοκληρωμένη, σε εθνικό επίπεδο, εφαρμογή του ανοικτού μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα συμβάλλει αποφασιστικά στην πορεία προς την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών και στην άρση των αιτιών του κοινωνικού αποκλεισμού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η προσπάθεια μεταρρύθμισης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα θα συνεχισθεί με τις παρεμβάσεις του Άξονα 2 «Ψυχική Υγεία» για την αποασυλοποίηση των ασθενών και την εγκατάστασή τους σε κοινοτικές δομές, και την ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης. Το Μέτρο 2.4 περιλαμβάνει δράσεις οι οποίες στοχεύουν στην ποιοτική και αποτελεσματική λειτουργία των κοινοτικών δομών και στην παροχή σύγχρονων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Συγκεκριμένα οι στόχοι του Μέτρου 2.4 αφορούν:**

- Στη λειτουργική ανάπτυξη των δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων που προβλέπονται για την εμπέδωση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- Στην εξασφάλιση του ποιοτικού και αποτελεσματικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### Οι δράσεις του Μέτρου 2.4 περιλαμβάνουν:

- Κατάρτιση εκπαιδευτών, στελεχών και λοιπού προσωπικού των υπηρεσιών του τομέα ψυχικής υγείας, με έμφαση στην πρακτική εφαρμογή. Πρόκειται για μεθόδους και διαδικασίες που αφορούν τόσο στη διευκόλυνση της μετάβασης των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα σε προστατευμένη ημιαυτόνομη ή και αυτόνομη διαβίωση μέσα στην κοινότητα, όσο και την υποστήριξη των ατόμων αυτών, με στόχο την κοινωνικοοικονομική επανένταξή τους.
- Κατάρτιση στα νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας, με έμφαση στις αρχές της κοινοτικής ψυχικής υγιεινής και στην σύγχρονη οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Διαμόρφωση εναλλακτικών τρόπων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού.
- Εκπαιδευτικές επισκέψεις και ανταλλαγές.
- Διακρατικές συνεργασίες με στόχο την μεταφορά τεχνογνωσίας και επιτυχημένων πρακτικών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Πρόκειται για κατάρτιση του προσωπικού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, καθώς και του προσωπικού το οποίο θα στελεχώσει το σύνολο των νέων δομών Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα. Πρόκειται, επίσης, για κατάρτιση ομάδας επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, η οποία θα λειτουργήσει ως ομάδα εκπαιδευτών για την κατάρτιση του προσωπικού των νέων δομών στην κοινότητα. Πρόκειται για Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές, Διοικητικούς, Εργοθεραπευτές, Φυσιοθεραπευτές, Βοηθητικό προσωπικό κ.λ.π. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η κατάρτιση θα καλύπτει μεταξύ άλλων, θεματικές ενότητες που αφορούν στη δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγεία, στην αποασυλοποίηση ψυχικά ασθενών, στην υιοθέτηση σύγχρονων μοντέλων κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, στην αλλαγή στάσης της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας. Η κατάρτιση θα περιλαμβάνει θεωρητική κατάρτιση και πρακτική εξάσκηση, ενώ η μεθοδολογία της θα συμβάλλει αποφασιστικά τόσο στην προσέγγιση του γνωστικού αντικείμενου όσο και στην ανάπτυξη κλίματος

συλλογικότητας και ομαδικού πνεύματος συνεργασίας μεταξύ των καταρτιζομένων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ο οριζόντιος χαρακτήρας του Μέτρου, που υποστηρίζει το σύνολο των παρεμβάσεων που περιλαμβάνει ο Άξονας, το καθιστά κρίσιμο όσον αφορά στη συμβολή του στην επίτευξη των στόχων του Άξονα, δηλαδή, της λειτουργικής αναβάθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της ανάπτυξης κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας δευτεροβάθμιας ψυχικής φροντίδας, της προαγωγής της πρόληψης και της διασφάλισης της συνέχειας της φροντίδας για τον πληθυσμό σε επίπεδο κοινότητας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Οι προτεραιότητες που τίθενται στο πλαίσιο αυτού του Μέτρου, είναι:**

- Κατ' αρχήν, ο σχηματισμός ενός πυρήνα εκπαιδευτών, ο οποίος θα αξιοποιηθεί στην κατάρτιση του προσωπικού που θα στελεχώσει τις δομές στην κοινότητα.
- Στη συνέχεια, η κατάρτιση του προσωπικού που θα στελεχώσει τις δομές αποασυλοποίησης.
- Παράλληλα, η παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού και μεθοδολογίας κατά την διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας και σε άμεση σύνδεση με αυτήν (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Οι κατηγορίες πράξεων περιλαμβάνουν:**

- Κατάρτιση εκπαιδευτών και στελεχών του τομέα Ψυχικής Υγείας, με στόχο την ενσωμάτωση τεχνογνωσίας και καλών πρακτικών και την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων : α) από το προσωπικό των υφιστάμενων και των νέων εξωνοσοκομειακών κοινοτικών δομών, β) από το προσωπικό των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών καθώς και γ) από το προσωπικό που συνδέεται με την προετοιμασία των ασθενών με ψυχικά και νοητικά προβλήματα για την έξοδό τους από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και την ένταξή τους στις δομές αυτές ή/και στην κοινότητα.
- Διαμόρφωση εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού. Πρόκειται για ενέργειες που στοχεύουν στην παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού

και μεθοδολογικών εργαλείων για την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

- Εκπαιδευτικές επισκέψεις και ανταλλαγές με φορείς, που στοχεύουν στη μεταφορά τεχνογνωσίας από εκπαιδευτικούς φορείς, από φορείς ψυχικής υγείας αλλά και άλλες ανεπτυγμένες συναφείς δομές αποκατάστασης ψυχικά ασθενών και ατόμων με νοητική υστέρηση, καθώς και στην ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ εκπαιδευτών, στελεχών και λοιπού προσωπικού των υπηρεσιών του τομέα ψυχικής υγείας και συναδέλφων τους. Για το σκοπό αυτό θα επιδιωχθεί μεταξύ άλλων η συνεργασία με φορείς του εξωτερικού, με στόχο την υλοποίηση διακρατικών συνεργασιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Ως ενδεικτικές προβλεπόμενες πράξεις μπορούν να αναφερθούν:**

- Ενέργεια κατάρτισης εργαζομένων σε εξωνοσοκομειακές δομές και σε δομές στην κοινότητα.
- Ενέργεια κατάρτισης εκπαιδευτών με διακρατική συνεργασία.
- Ενέργεια διαμόρφωσης εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και εκπαιδευτικού υλικού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σε επίπεδο αποτελεσμάτων, το Μέτρο 2.4 αναμένεται να συμβάλει στην βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του προσωπικού των δομών αποασυλοποίησης και των δομών φροντίδας ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στην απασχόληση, εκτιμάται ότι θα δημιουργηθεί σημαντικός αριθμός ενδιάμεσων θέσεων απασχόλησης για ειδικό επιστημονικό προσωπικό αλλά και για άλλο ειδικευμένο ή/και ανειδίκευτο προσωπικό (π.χ. εισηγητές, διοικητικό-υποστηρικτικό προσωπικό κα) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Όσον αφορά στο περιβάλλον, δεν αναμένονται επιπτώσεις γιατί το μέτρο αφορά στην υλοποίηση άυλων ενεργειών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τέλος, το Μέτρο, καθώς προωθεί την κατάρτιση σε θέματα φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα, αποτελεί μια ουσιαστική συμβολή στην εξασφάλιση της ισότητας ευκαιριών για όλους, και ιδιαίτερα για άτομα με προβλήματα ψυχικής

υγείας που αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά στην ένταξή τους στην κοινωνικό-οικονομική ζωή <sup>1</sup> (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

---

<sup>1</sup> Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 5.1), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός»

## **5.2 Α΄ και Β΄ φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός», (2000-2010)**

### **> Εισαγωγή**

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» 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 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997-2006 και, η περίοδος 1997 - 2006 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 τομέα καθώς και να επέρχονται επιμέρους αλλαγές, όπου αυτές προκύπτουν μέσω της αποκτηθείσας εμπειρίας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποσυλοποίηση 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 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).



### 5.2.1 Η Α΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός», (2000-2006)

Η Α΄ Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο, (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Α΄ φάση του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάση αποσυλοποίησης ασθενών από όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

- ✓ Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων
- ✓ Δημιουργία 71 εργαστηρίων κατάρτισης
- ✓ Προκατάρτιση, κατάρτιση, απασχόληση 973 ασθενών
- ✓ Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές, (Ξενώνες, Οικοτροφεία), 769 ασθενών
- ✓ Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων
- ✓ Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης φάσης είχε εγκριθεί ως πολιτική δράση η δημιουργία και λειτουργία **«Μονάδας Υποστήριξης , Εμπύκωσης , και Παρακολούθησης, (Μ.ΥΠ.Ε.Π.), των Φορέων υλοποίησης»** του προγράμματος. Ο στόχος της Μονάδας ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποσυλοποίησης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- Συλλογή, επεξεργασία, και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων
- Σχεδιασμός και λειτουργία βάσεων δεδομένων και τηλεματικού συστήματος
- Εντοπισμός, ανάλυση, και επικύρωση της καινοτομίας
- Ενέργειες διάδοσης - ευαισθητοποίησης
- Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας
- Εμπύκωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του υπ. Υγείας – Πρόνοιας
- Οργάνωση ελληνικού δικτύου φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Μέχρι σήμερα, (Α φάση), το μεγαλύτερο βάρος δόθηκε στην αποσυλοποίηση των ασθενών. Δημιουργήθηκαν 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία, και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 1000 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 1200 άτομα για τις δομές αυτές (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ο προγραμματισμός για την ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα, ενώ αρχικά προέβλεπε σημαντικές δραστηριότητες, τροποποιήθηκε στην πορεία λόγω των καταστροφών που έφερε ο σεισμός της 7<sup>ης</sup> Σεπτεμβρίου του 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 μουσουλμανικού θρησκευματος, ένα Κέντρο Ημέρας για ασθενείς Ρομ και κατασκευάστηκαν έξι νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Για την περίοδο 2001 – 2010 (1<sup>η</sup> Αναθεώρηση), προβλέπεται όσον αφορά την αποσυλοποίηση, η δημιουργία 300 στεγαστικών δομών (κυρίως οικοτροφεία, αλλά και ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) για 3500 ασθενείς που διαβιούν σε Ψυχιατρεία ή νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών στην πλειονότητα τους ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ενώ ένας μεγάλος αριθμός από τον πληθυσμό αυτό είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση, (ψυχική ασθένεια και νοητική υστέρηση) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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 παραμονή) αναπτύσσονται έτσι ώστε κάθε μία 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 οι προστατευόμενα διαμερίσματα αναπτύσσονται στις συνοικίες έτσι ώστε οι ένοικοι τους να μπορούν να λειτουργούν (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

- 69 ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- 6 ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει τμήμα νοσηλείας, μονάδα βραχείας νοσηλείας, κέντρο παρέμβασης στην κρίση και μονάδα οξέων)
- 52 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
- 51 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
- 32 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία

- 15 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
- 18 ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν κέντρο ημέρας, ξενώνα, κέντρο παρέμβασης στην κρίση, κέντρο εκπαίδευσης και έρευνας
- 34 κινητές μονάδες Ψυχικής Υγείας γι περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης
- κέντρα ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
- 56 ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα
- 46 Μονάδες επαγγελματικής επανένταξης
- 7 ειδικές μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
- 34 ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3500 χιλιάδων ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- 5 κέντρα αντιμετώπισης της νόσου αλτσχαιμερ
- 2 μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- 3 μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης)
- 55 κοινωνικοί συνεταιρισμοί Π.Ε ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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 υλοποίησης τους οι δομές στη κοινότητα για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, άλλο οι δομές για τα άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές, άλλο 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 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η θεσμοθέτηση των αρχών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μέσω των Νόμων 2071 και 2716, έδωσε τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια περιφερειακή πολιτική στον τομέα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τόσο στο σύνολο της χώρας, όσο και στην ευρύτερη περιοχή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι με το 10ετές πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός» πραγματοποιείται μια γενικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών. Μία από τις δύο κεντρικές κατευθύνσεις της μεταρρύθμισης αφορά στην έξοδο των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την ένταξή τους σε δομές στην κοινότητα. Για να υλοποιηθούν αυτές οι κατευθύνσεις προβλέπεται αφενός η ανάπτυξη κατάλληλων υποδομών και αφετέρου η δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων σχετικών με την προετοιμασία των ασθενών για την έξοδό τους στην κοινότητα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Μέχρι σήμερα έχουν επιτευχθεί αξιόλογα αποτελέσματα από την υλοποίηση της α΄ φάσης του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» όσον αφορά στην αποασυλοποίηση ενός ικανού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών και στην εγκατάστασή τους σε δομές στην κοινότητα. Αποτέλεσμα των προσπαθειών αυτών, μεταξύ άλλων, είναι ότι έχει αντληθεί σημαντική εμπειρία και τεχνογνωσία από τις μέχρι σήμερα αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας (κυρίως κατά την εφαρμογή της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός») και έχουν τεθεί οι βάσεις για τις δράσεις της νέας προγραμματικής περιόδου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα, ωστόσο, συνεχίζουν να υφίστανται κάποιες αδυναμίες. Κατ' αρχήν η μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης έχει πλέον δημιουργήσει μια πραγματικότητα που συχνά δυσκολεύει την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Την ίδια στιγμή οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές. Επιπλέον, ο τομέας Ψυχικής Υγείας δε διαθέτει ακόμη ικανό αριθμό εξειδικευμένων στελεχών για να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί το γεγονός

ότι η υποδομή σε ορισμένα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (όπως και το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) είναι πλέον πεπαλαιωμένη (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συνολικά, διαπιστώνεται αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αυτό φαίνεται να οφείλεται αφενός στο σύγχρονο τρόπο ζωής που δημιουργεί αυξητικές τάσεις στην εμφάνιση ψυχικών νόσων και αφετέρου στην αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με ειδικές ομάδες πληθυσμού (όπως άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, μετανάστες και ποινικοί παραβάτες με προβλήματα ψυχικής υγείας) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Οι παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία στο χώρο της ψυχικής υγείας είχαν ως αποτέλεσμα τη σταδιακή κοινωνική επανένταξη ενός μέρους των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν ενδιάμεσες δομές στην κοινότητα, που αφορούσαν τόσο στην εκτός ιδρυμάτων διαβίωση, (οικοτροφεία-ξενώνες-προστατευμένα διαμερίσματα), όσο και στην ένταξη και προώθηση στην αγορά εργασίας, (ένταξη σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και σε άτυπες μορφές απασχόλησης στο πλαίσιο του κοινωνικού τομέα της οικονομίας) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η απόκτηση εμπειρίας από τις μέχρι και σήμερα παρεμβάσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» έχει δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ολοκλήρωση και την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά, παραμένει ελλειμματική η ανάπτυξη και λειτουργία δομών και προγραμμάτων πρόληψης ή/και πρόληψης της υποτροπής που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς και σε ειδικούς πληθυσμούς. Στη συνολική καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης πρέπει να συνυπολογιστούν και προϋπάρχουσες δομές ψυχικής υγείας, οι οποίες εμφανίζουν μερική λειτουργικότητα λόγω του ότι δεν είναι πλήρως στελεχωμένες (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τέλος, φανερό είναι η ανάγκη δημιουργίας ενός δικτύου στην κοινότητα, προκειμένου να συγκρατηθεί η σημερινή ανεξέλεγκτη ροή προς τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο

με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγκεκριμένα, καταρτίστηκε το 1999 ένα δεκαετές πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη καθώς και στην είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το πρόγραμμα αποτελεί τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» πραγματοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση του προγραμματίστηκε για το 2004, οπότε και θα ισχύει για μια δεκαετία. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### **5.2.2 Η Β΄ φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» (2007-2010)**

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος, (1<sup>η</sup> Αναθεώρηση 2001-2010), χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006, η οποία αποτελεί τη Α΄ φάση, και την περίοδο 2007-2010, η οποία αποτελεί τη Β΄ φάση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού

Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται, η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες και εφήβους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ανάπτυξη των δομών και υποδομών έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

1. 36 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα και Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει: κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων
2. 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες
3. 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους
4. 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία
5. 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς
6. 8 Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου περιλαμβάνουν: Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας



7. 21 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης, (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές)
8. 12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους
9. 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα
10. 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης
11. 15 Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια
12. 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 χιλιάδων περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
13. Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
14. Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
15. 15 κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στη ίδια περίοδο προβλέπεται ακόμη η πρόσληψη 5.500 νέων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και η κατάρτιση τους. Επίσης, προβλέπεται στο τέλος αυτής της περιόδου να έχουν αντικατασταθεί από ψυχιατρικές υπηρεσίες των Γενικών Νοσοκομείων, οι υπηρεσίες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και να κλείσουν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:

- Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Κέρκυρας
- Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

(Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Συγχρόνως:

- ❖ η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας
- ❖ η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- ❖ η αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- ❖ εξασφαλίζουν την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας και την παγίωση των μέχρι τώρα αποτελεσμάτων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά την φάση της κρίσης, είτε κατά το στάδιο υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το προσωπικό των Ψυχιατρικών αυτών Νοσοκομείων θα αξιοποιείται σταδιακά στις νέες δομές, ενώ η κτιριακή τους δομή 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, «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»<sup>2</sup> (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

---

<sup>2</sup> Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 5.2), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός»

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**  
**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ**  
**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

### 6.1 Η διαδικασία του αποϊδρυματισμού στο άσυλο και ο ρόλος του προσωπικού

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να δούμε τη διαδικασία της αλλαγής αυτού του ρόλου, σαν τον πυρήνα μέσα απ' τον οποίο περνάει το πιο ουσιαστικό μέρος των διαδικασιών της αποϊδρυματοποίησης, γιατί είναι αυτό που αφορά το μόνιμο προσωπικό, ιδιαίτερα το ανειδίκευτο, και αυτό το ξέρουν καλό όσοι δουλεύουν σε ψυχιατρεία, (και στη Λέρο αυτό είναι σε ακραίο σημείο) (Μεγαλοοικονόμου, 1993:52, Teresa, W., 1989).

Όπως ξέρουμε βασικό μέσα στα Ψυχιατρεία είναι ο ρόλος που παίζει όχι μόνο το εξειδικευμένο προσωπικό, αλλά και ο φύλακας και ο καθαριστής γιατί αποτελούν μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού. Είναι σε άμεση, καθημερινή επαφή με τους ασθενείς, γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες τους και γνωρίζονται απ' αυτούς. Ως εκ τούτου μόνο δια μέσου αυτών είναι δυνατόν να βρεθούν οι δρόμοι, οι πόροι που είναι αναγκαίοι για την όποια αλλαγή. Αλλά μιλώντας για το φύλακα που δουλεύει μέσα το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο πρέπει να πούμε ότι ο παλιός και κουστωδιακός ρόλος που ασκούσε μέχρι σήμερα και εν μέρει ασκεί, δεν ταιριάζει, στους μετασχηματισμούς που γίνονται ή που επιδιώκονται να γίνουν και έχουν στόχο τη βελτίωση της περίθαλψης αλλά και στην επανεξέταση των ασθενών (Μεγαλοοικονόμου, 1993:52-53, Teresa, W., 1989).

*«Εδώ θα πρέπει να πούμε δυο λόγια για το ποιος θα είναι αυτός ο παραδοσιακός, φυλακτικός ρόλος γιατί πιστεύουμε ότι αυτός ο φυλακτικός ρόλος αποτελεί ένα στρατηγικό σημείο σε κάθε προσπάθεια για το μετασχηματισμό του Ψυχιατρείου»* (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

«Το Ψυχιατρείο είναι ένας αντιθεραπευτικός χώρος, είναι το σημείο όπου υπάρχει η ασυμβίβαστη αντίφαση ανάμεσα στην έννοια της φύλαξης και την έννοια της θεραπείας. Αυτή η αζεδιάλυτη αντίφαση λύνεται πάντα με την υπερίσχυση του χαρακτήρα της φύλαξης απέναντι στους σκοπούς της θεραπείας και γι' αυτό ακριβώς το Ψυχιατρείο δεν μπορεί στο βαθμό που παραμένει ένα Άσυλο να έχει θεραπευτική δραστηριότητα» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

«Μπορεί να δει το Ψυχιατρείο την εισαγωγή της θεραπευτικής σχέσης μόνο απ' τη στιγμή που αρχίζει να υπάρχει μια λειτουργία μετασχηματισμού του αρχίζει να υπάρχει ένα γίγνεσθαι όπου θέτει σε αμφισβήτηση τις εγκαθιδρυμένες σχέσεις, τις ιεραρχίες, τους ρόλους - όλους τους ρόλους του ψυχιάτρου, του νοσοκόμου των φυλάκων κλπ. - καθώς και τη σχέση του ιδίου του ασθενή» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

«Η οργάνωση του Ψυχιατρείου είναι τέτοια που ο φύλακας ή ο νοσοκόμος δεν βρίσκεται αντιμέτωπος με υποκείμενα αλλά με αντικείμενα, για την ακρίβεια με αντικειμενοποιημένα όντα» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

«Η λειτουργία του φύλακα διακρίνεται απ' την απαίτηση για επάρκεια και σωστή και αποτελεσματική λειτουργία του μηχανισμού. Η σχέση δεν γίνεται με υποκείμενα και ανάγκες αλλά με κανόνες, με μέτρα ασφαλείας με την κατά το δυνατόν αποτελεσματική διαχείριση των λειτουργιών βιολογικής συντήρησης των εγκλείστων. Πολλές φορές η διεκδίκηση κάποιων πραγμάτων ή η αμφισβήτηση κάποιων κανόνων μπορεί να εκληφθεί κα σαν ύποπτη εκδήλωση ψυχικής αρρώστιας ή υποτροπής. Ανάγκες, επιθυμίες και δικαιώματα δεν υπάρχουν παρά μόνο στο βαθμό που αναγνωρίζονται από το μηχανισμό που κατέχει την εξουσία. Αυτό που κυριαρχεί μέσα στο Ψυχιατρείο είναι η υπέρτατη φρόνηση, η υπέρτατη ασφάλεια, ο πλήρης έλεγχος στη βάση της λογικής «κανείς δεν ξέρει ποτέ τι μπορεί να συμβεί». Ο φύλακας είναι υποχρεωμένος να κάνει έναν έλεγχο, να μετράει αν οι ασθενείς που παραλαμβάνει είναι οι ίδιοι με αυτούς που αφήνει, και να περιφρουρεί το υλικό που διατίθεται για τους ασθενείς, τα ρούχα, τις κουβέρτες, τα πάντα. Κάποιοι απ' αυτούς είναι και χρεωμένοι μ' αυτό το υλικό» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

Οι υπόλοιπες δραστηριότητές του, είναι η διανομή του φαγητού, η χορήγηση των φαρμάκων, η καθαριότητα των ασθενών, η καθαριότητα των χώρων. Αυτές οι δραστηριότητες με μικρές διαφορές γίνονται παντού και πολλές φορές με τη συνεργασία των ίδιων των ασθενών με την αποκαλούμενη συχνά

«μαύρη εργασία», την απλήρωτη που κάνουν οι ασθενείς μέσα στα ψυχιατρικά τμήματα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53, Teresa, W., 1989).

Δεν προβλέπεται κανένας συγκεκριμένος στόχος για να μπορέσουν οι ασθενείς να φτάσουν σ' ένα βαθμό αυτονομίας σε κάποια αποκατάσταση. Η καθαρή φύλαξη λοιπόν προσώπων και πραγμάτων συμβιβάζεται με μια οργάνωση εργασίας του προσωπικού που στηρίζεται σε λίγα ειδικά καθήκοντα. Ένα καθηκοντολόγιο υπάρχει πάντα, σε μια άκαμπτη ιεραρχία και στον κεντρικό έλεγχο της κάθε δραστηριότητας που γίνεται. Για να βγει έξω ο νοσοκόμος π.χ. πρέπει να πάρει άδεια, να υπογράψουν ένα σωρό άνθρωποι κλπ. Το βασικό όμως που υπάρχει σ' αυτό το ρόλο είναι η ίδια η εσωτερίκευση από το προσωπικό, αυτό συχνά ονομάζεται «θετικιστική αντίληψη» για την ψυχική αρρώστια, ότι είναι μια βιολογική μεταβολή μέσα στον άνθρωπο για ην οποία δεν μπορεί να γίνει τίποτα πέρα απ' την απομόνωση και το κλείσιμο στο ίδρυμα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:53-54, Teresa, W., 1989).

Η εσωτερίκευση αυτής της αντίληψης συνοδεύει το φυλακτικό ρόλο. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει καθαρό σε κάθε διαδικασία αλλαγής τι σημαίνει και τι εξυπηρετεί το Άσυλο καθώς και όλα αυτά τα ολοκληρωτικά ιδρύματα, (Goffman 1994), και πως αυτά τα ιδρύματα επιτελούν μια ορισμένη κοινωνική λειτουργία, φύλαξη κλπ και παράλληλα επιτελώντας αυτή τη λειτουργία δημιουργούν θέσεις εργασίας για νοσοκόμους, για τους λεγόμενους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Έτσι με όρους μιας οικονομικής λογικής που καθορίζει τη ζωή μας γενικά μια διαδικασίας η οποία εκπληρώνει μια κοινωνική ανάγκη όπως είναι η παροχή θέσεων εργασίας εξυπηρετεί ταυτόχρονα και την ανάγκη της κοινωνικής τάξης, περιορίζει την κοινωνική «ενόχληση» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:54, Teresa, W., 1989).

Δημιουργούνται λοιπόν θέσεις εργασίας που εξυπηρετούν αυτή τη λειτουργία, και ταυτόχρονα δημιουργείται μια ορισμένη κοινωνική ταυτότητα, ταυτοποίηση του λειτουργού με το συγκεκριμένο του αυτό ρόλο. Αυτό είναι ουσιαστικό για όλα τα προβλήματα και τις αντιστάσεις που υπάρχουν σ' όλες αυτές τις διαδικασίες μεταρρύθμισης. Έτσι η λογική του Ασύλου λειτουργεί σε δυο επίπεδα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:54, Teresa, W., 1989).

*«Απ' τη μια υπάρχει η εσωτερίκευση μιας ορισμένης αντίληψης για την ψυχική αρρώστια και απ' την άλλη υπάρχει μια διάσπαση, μια διαίρεση το προσωπικό από δω, οι ασθενείς από κει, οι φύλακες και φυλασσόμενοι, κατά μια*

διαφορετική ορολογία θεραπευτές-θεραπευμένοι, υγεία-αρρώστια» (Μεγαλοοικονόμου, 1993:54, Teresa, W., 1989).

*«Η υγεία εκπροσωπείται απ' το προσωπικό, η αρρώστια απ' τους ασθενείς. Υπάρχει ένα ιεραρχικό σύστημα από πάνω μέχρι κάτω που αναπαράγεται διαρκώς. Ζει και αναπαράγεται γιατί προσφέρει στα άτομα ισχυρές θέσεις και προνόμια και είναι δύσκολο κανείς να τα αρνηθεί. Υπάρχει ένας γραφειοκρατικός μηχανισμός που δίνει προνόμια, τα προνόμια ισχυροποιούν με τη σειρά τους το γραφειοκρατικό μηχανισμό, τις σχέσεις εξουσίας. Οι διάφοροι επηρεασμοί και όλο αυτό το σύμπλεγμα των σχέσεων είναι που αυξάνει την επιθετικότητα μέσα, η οποία τελικά επιθετικότητα διοχετευόμενη από τα πάνω προς τα κάτω καταλήγει να εκφορτίζεται στον ίδιο τον ασθενή που είναι ο πιο αδύνατος κρίκος αυτής της αλυσίδας. Φυσικά είναι δύσκολο να σπάσει αυτός ο κύκλος»* (Μεγαλοοικονόμου, 1993:54, Teresa, W., 1989).

Η όλη λοιπόν διατήρηση του Ασύλου και της λογικής του εγκλεισμού πραγματοποιείται περνώντας αυτή την επιθετικότητα που αναβλύζει απ' όλους, καταλήγει τελικά στο νοσοκόμο/νοσηλεύτη γιατί είναι αυτός/ή που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Στην άμεση σχέση όλο το σύστημα υποτίθεται ότι λειτουργεί για τον ασθενή (Μεγαλοοικονόμου, 1993:54, Teresa, W., 1989).

Το Ψυχιατρείο, λειτουργεί συχνά με βάση την αρχή ότι πρώτα είναι οι ανάγκες του μηχανισμού και ύστερα οι ανάγκες των ατόμων, οι ανάγκες του μηχανισμού και ύστερα οι ανάγκες των ατόμων. Η όλη διαδικασία για την αλλαγή αυτού του συστήματος θεραπείας είναι η στροφή προς ακριβώς αντίθετη κατεύθυνση. Πρώτα οι ανάγκες των ατόμων, αυτών που έχουν ανάγκη, των ασθενών, και ύστερα οι ανάγκες του μηχανισμού. Αυτή η αναστροφή είναι η όλη διαδικασία του ξεπεράσματος του ψυχιατρικού ιδρύματος, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Μεγαλοοικονόμου, 1993:55, Teresa, W., 1989).

Μπορεί λοιπόν αυτό το σύστημα να αλλάξει από τη στιγμή που ο ασθενής από την περιφέρεια και από την άκρη του όλου συστήματος έρχεται στο κέντρο και απ' την στιγμή που το όλο σύστημα αρχίζει πια να οργανώνεται όχι πια με βάση τις ανάγκες του μηχανισμού αλλά με βάση τις ανάγκες του καθενός ασθενή ξεχωριστά, (εξατομικευμένη προληπτική) (Μεγαλοοικονόμου, 1993:55, Teresa, W., 1989).

Αυτή η απάντηση που επικεντρώνεται πάνω στη σφαιρικότητα του ασθενή όχι σαν αρρώστια, σαν σύμπτωμα αλλά το όλο της ύπαρξης του μέσα στο



κοινωνικό σώμα, αυτό είναι κομβικό σημείο που ξεχωρίζει την «νέα» αντίληψη. Πάνω λοιπόν στην σφαιρικότητα του ασθενή σαν ανθρώπινη ύπαρξη και όχι σε ειδικά καθήκοντα κάνει αδύνατη τη συγκρότηση ενός καθηκοντολογίου γιατί θα ήταν οπωσδήποτε μερικό, περιοριστικό και αποπροσανατολιστικό. Μ' αυτό τον τρόπο κάθε λειτουργός στα πλαίσια της συνεργασίας του με άλλους συναδέλφους του οφείλει κατά κάποιο τρόπο να αναλάβει τη συνολική υπευθυνότητα του θεραπευτικού προγράμματος ξεπερνώντας τον κεντρικό και ιεραρχικό έλεγχο των επιμέρους δραστηριοτήτων (Μεγαλοοικονόμου, 1993:55-56, Teresa, W., 1989).

Ο μετασχηματισμός του ψυχιατρικού νοσοκομείου προϋποθέτει μια σφαιρική παρέμβαση σε τρία επίπεδα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56, Teresa, W., 1989).

Το ένα είναι ότι δεν μπορεί να προχωρήσει ο μετασχηματισμός χωρίς να αμφισβητούνται οι ιδρυματικοί κανόνες, το δεύτερο ότι η δουλειά γίνεται μέσα απ' το μόνιμο προσωπικό, που σημαίνει την εκπαίδευση του, και το τρίτο είναι ότι ο λεγόμενος εξανθρωπισμός του Ψυχιατρείου δεν μπορεί να είναι μια ξεχωριστή φάση αποκομμένη απ' τη διαδικασία αποιδρυματοποίησης, μπορεί να είναι μόνο μια στιγμή στη διαδικασία της αποιδρυματοποίησης. Απ' την παραμικρή κίνηση εξανθρωπισμού μέσα στο τμήμα πρέπει μπαίνει και να υπάρχει ο στόχος του ξεπεράσμάτος του (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56, Teresa, W., 1989).

Ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά τώρα της νοσηλευτικής λειτουργίας σ' αυτό τον αλλαγμένο ρόλο;

Το πρώτο είναι να εγκαθιδρύσει μια σχέση φροντίδας και προσοχής προς όλες τις ανάγκες του άρρωστου ατόμου και όχι περιορισμό σ' ένα απλό έλεγχο των συμπτωμάτων της αρρώστιας ή της ψυχολογικής μειονεξίας που εκδηλώθηκαν ή διαγνώστηκαν κάποτε (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56, Teresa, W., 1989).

Το δεύτερο είναι, να προωθήσει της διαδικασία της αποκατάστασης δια μέσου της εγκαθίδρυσης μιας σχέσης με τον ασθενή που απλώνεται στο χρόνο, υπερασπίζοντας τον απέναντι σε εμπόδια ιδρυματικά, κοινωνικά, πολιτιστικά, κλπ. και ενθαρρύνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις αρχίζοντας απ' τη δική του σχέση με τον άρρωστο σαν άνθρωπος προς άνθρωπο (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56, Teresa, W., 1989).

Το τρίτο είναι, η δυνατότητα εξεύρεσης νέων χώρων, και αυτό είναι επίσης ευθύνη του θεραπευτή δηλ. του νέου ρόλου που πρέπει να αποκτήσει. Νέο χώρο στο περιβάλλον εκτός Ψυχιατρείου στο οποίο πρέπει να οργανωθεί η επανένταξη του ασθενή (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56, Teresa, W., 1989).

Τέταρτο είναι, η ικανότητα να δημιουργεί μια σύνθεση όλων των εμπειριών αποκατάστασης του ασθενή με στόχο το ξεπέραςμα των αντιφάσεων που από χωρισμένες εμπειρίες μπορούν να δημιουργούν στον ασθενή. Αυτό σημαίνει μια γενικευμένη γνώση δουλειάς που γίνεται με τον ασθενή και της προσωπικής του ιστορίας (Μεγαλοοικονόμου, 1993:56-57, Teresa, W., 1989).

Το πέμπτο είναι, η δουλειά μεσ' την ομάδα στο βαθμό όπου δια μέσου της κυκλοφορίας της πληροφορίας είναι δυνατό να παρακολουθείται ο ασθενής με τους χρόνους και τους χώρους του (Μεγαλοοικονόμου, 1993:57, Teresa, W., 1989).

Λοιπόν, σπίτι για ασθενή τι σημαίνει; Τι μπορεί να σημαίνει επιστροφή στην οικογένεια; Όλα αυτά μπαίνουν μέσα στον επαγγελματικό ρόλο. Διαμονή ημι-προστατευμένη μόνο σε μικρή ομάδα, διαμονή σε αυτόνομο διαμέρισμα. Ο νοσοκόμος οφείλει κατά κάποιο τρόπο να καταλάβει ποια εναλλακτική λύση είναι η πιο κατάλληλη για τον ασθενή, να βρει αναγκαίους πόρους οικονομικούς, δομικούς, οργανωτικούς να κάνει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης για το ξεπέραςμα της ιδρυματικής πρακτικής της προνοιακής συντήρησης π.χ. να διδάξει τον ασθενή πως να τρώει αυτόνομα και σωστά, τη φροντίδα του σώματος, την οργάνωση χώρων διαμονής, να εξασφαλίσει τη βαθμιαία επανένταξη του ασθενή στη νέα κατάσταση της ζωής του, να τον μάθει να ψωνίζει, να τον διδάξει να χρησιμοποιεί το λεωφορείο, να τον ενθαρρύνει να αναπτύξει αυτόνομες φιλικές σχέσεις κ.λ.π. (Μεγαλοοικονόμου, 1993:57, Teresa, W., 1989).

Ο νοσοκόμος πρέπει να εξεύρει πόρους που είναι αναγκαίοι π.χ. να κατευθύνει τον ασθενή στο γραφείο εύρεσης εργασίας, να προωθήσει την υλοποίηση των συνεταιρισμών, να βρει ιδιωτική χρηματοδότηση κ.λ.π. Για τους συνεταιρισμούς πρέπει ιδιαίτερα να δείξει μια επαγγελματικότητα με στόχο αφενός την παραγωγική πλευρά και αφετέρου απ' τη άποψη της αποκατάστασης, πλευρές που είναι συνδεδεμένες μεταξύ τους, για να ανοίξει ένας χώρος στον οποίο ο ασθενής γίνεται συμμετοχος εργαζόμενος μέσα στον συνεταιρισμό (Μεγαλοοικονόμου, 1993:57, Teresa, W., 1989).

Ένα άλλο πράγμα που πρέπει να κάνει για την ένταξη του ασθενή στην ελεύθερη αγορά είναι να βοηθήσει στη διαπραγματευτικότητα του και να τον στηρίξει στον εργασιακό του ρόλο. Ο νοσοκόμος πρέπει να είναι ικανός, να οδηγήσει σ' ένα βαθμιαίο ξεπέραςμα του εξαναγκαστικού και του υποχρεωτικού χαρακτήρα της εργασίας του νοσοκομείου που είναι εμφανής και προγράμματα εργοθεραπείας ακόμη (Μεγαλοοικονόμου, 1993:57, Teresa, W., 1989).

Η κοινωνική ταυτότητα σημαίνει ανάκτηση υποκειμενικότητας με την απελευθέρωση από συμπεριφορές επαναληπτικές και απρόσωπες, ικανότητα και δυνατότητα να πειραματίζεται με καινούργια πράγματα και να μαθαίνει μέσα απ' την εμπειρία. Σ' αυτό ο νοσοκόμος πρέπει να προωθήσει τη βελτίωση συνθηκών ζωής και να κεντρίσει νέες ανάγκες όχι να επιβάλει, να κεντρίσει να παρακινήσει και να κάνει ικανό τον ασθενή να επιλέγει, να απαντήσει θετικά στις ανάγκες του ασθενή, να αναπτύξει την ικανότητα του να κατανοεί τις θεραπευτικές πράξεις που είναι και αναγκαίες πχ να παίρνει τα φάρμακα με τρόπο αυτόνομο και συνειδητό, να μάθει τη χρήση του χρήματος για να το χρησιμοποιεί ακολούθως μόνος του κ.λ.π. (Μεγαλοοικονόμου, 1993:58, Teresa, W., 1989).

Ο νοσοκόμος δια μέσου της θεραπευτικής σχέσης πρέπει να παράγει στον ασθενή την ικανότητα να αναπτύσσει συνείδηση των δικαιωμάτων του. Πρέπει να επιτρέπει μια συναλλαγή όχι μόνο ανάμεσα σε λειτουργό και ασθενή αλλά σαν σχέση δύο ανθρώπων εμπειριών που έρχονται σε επαφή μεταξύ τους (Μεγαλοοικονόμου, 1993:58, Teresa, W., 1989).

Θεωρώντας δεδομένα όσα προλογικά αναφέρθηκαν για τον τελικό στόχο για όλους τους ασθενείς μπορούμε να κάνουμε έναν αρχικό προγραμματισμό με τρόπο όχι άκαμπτο και σταθερό αλλά σε σχέση με το απρόβλεπτο της απαίτησης του χρόνιου και ιδρυματοποιημένου ασθενή. Εδώ σπίτι σημαίνει ιδιωτικός χώρος πχ μικρό δωμάτιο η δυνατότητα να κατέχει και να χρησιμοποιεί μικρά αντικείμενα, η εκπαίδευση στο φαγητό, η δυνατότητα να εκπαιδευτεί στην αυτοφροντίδα η δυνατότητα να κάνει σχέσεις με άλλα άτομα και να ζει σ' ένα περιβάλλον αξιοπρεπές και καθαρό. Ο νοσοκόμος πρέπει να δώσει μια τέτοια προσοχή στο περιβάλλον, ώστε να εξασφαλίσει τις καλύτερες συνθήκες υγιεινής κατοικίας και ερεθισμάτων. Να αρχίσει μια δουλειά εξατομίκευσης αποκατάστασης προσεγγίζοντας τον ασθενή μ' ένα τρόπο όλο και περισσότερο στην κατεύθυνση των κανονικών συνθηκών της καθημερινής ζωής σε σχέση με την αποδεκτή κουλτούρα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:58, Teresa, W., 1989).

Να αρχίσει να μοιράζεται τη δουλειά του με τους συναδέλφους του σαν δουλειά ομάδας. Εργασία σημαίνει να αρχίσει μια σχέση πειραματισμού με αντικείμενα και με το να κάνει πράγματα, να δοθεί η δυνατότητα στον άρρωστο να πειραματιστεί και τροποποιήσει την πρώτη του επαφή με το αντικείμενο χωρίς η καταστροφή ή απώλεια του αντικειμένου να δημιουργεί ευθύνες στον νοσηλευτή. Να οδηγεί τον ασθενή σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης της σημασίας και της χρήσης του αντικειμένου στην πραγματικότητα (Μεγαλοοικονόμου, 1993:58, Teresa, W., 1989).

Κοινωνική ταυτότητα σ' αυτή την περίπτωση, μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίζεται σαν υποκείμενο με ίσα δικαιώματα κοινωνικά, νομικά, πολιτικά, δηλαδή δικαιώματα που δίνουν την ιδιότητα του πολίτη με ουσιαστικό τρόπο. Ο νοσοκόμος πρέπει να εξανθρωπίζει τη σχέση του με τον άρρωστο. Να γίνει ο λειτουργός του περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο που θα υποστηρίξει αυτά τα δικαιώματα κι έξω από τους τοίχους του Ψυχιατρείου. Να προσπαθήσει να διαμεσολαβεί σε περίπτωση δυσμενών σχέσεων με την κοινότητα, να επιτελέσει μια λειτουργία αλλαγής της νοοτροπίας και της κουλτούρας ενάντια στον αποκλεισμό και περιθωριοποίηση ή την αντιμετώπιση με οίκτο των λεγόμενων διαφορετικών ατόμων (Μεγαλοοικονόμου, 1993:58-59, Teresa, W., 1989).

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι το είδος της θεραπευτικής σχέσης για την οποία μιλάμε και ποια δυνατότητα υπάρχει για μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση μέσα στο θεσμικό πλαίσιο στο οποίο δρούμε (Μεγαλοοικονόμου, 1993:59, Teresa, W., 1989).

Μπαίνει λοιπόν το ερωτηματικό της υπέρβασης αυτής της ίδιας της σχέσης. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν είναι οι σχέσεις ανάμεσα σε ρόλους που έχουν την κύρια θεραπευτική σημασία αλλά είναι μια άλλη πιο υψηλού επιπέδου η σχέση άνθρωπο με άνθρωπο. Πως σχηματίζουμε λοιπόν τη σχέση μέσα στην οποία βρισκόμαστε τώρα μ' ένα τρόπο θεσμικά κατοχυρωμένο, τη θέση δηλ. θεραπευτή-θεραπευμένου σε μια κατεύθυνση που αυξάνει και την εξουσία και τον αυτοκαθορισμό του ασθενή. Ο κύριος τρόπος είναι δια μέσου του μετασχηματισμού της θέσης και του ρόλου του λειτουργού αποιδρυματοποιώντας τη γνώση του λειτουργού και την πρακτική του απομυστικοποιώντας την εξουσία του και χρησιμοποιώντας της σε άλλες κατευθύνσεις που δεν ήταν για τον έλεγχο του ασθενή αποδημώντας επ'

άπειρον το ρόλο με την έννοια ότι ο λειτουργός αποκτά πολλαπλές λειτουργίες και στόχους ολοένα και λιγότερο ειδικούς προς μια σφαιρική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών (Μεγαλοοικονόμου, 1993:59, Teresa, W., 1989)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**  
**ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

#### 7.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην ψυχική υγεία-ψυχιατρική μεταρρύθμιση

Μόλις προς το τέλος της δεκαετίας του 1960 άρχισαν να επικρατούν σε διάφορες χώρες, όπως στην Γαλλία και Αγγλία, οι ψυχαναλυτικές, κοινωνιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες στην ερμηνεία και τον σχεδιασμό μεθόδων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας εξοβελίζοντας το μονομερές δόγμα της απόδοσης των αιτιών προέλευσης της σε βιολογικούς παράγοντες. Η αλλαγή αυτή βοήθησε στην ολιστική αντιμετώπιση της και στην δημιουργία εναλλακτικών θεραπευτικών στρατηγικών, οι οποίες σήμερα οδήγησαν σε μια μεταρρυθμιστική κίνηση σύμφωνη με τις αρχές της κοινοτικής Ψυχιατρικής (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Στα πλαίσια λοιπόν της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης καθίσταται αναγκαία αφενός μια δομική αλλαγή των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και αφετέρου μια αλλαγή στον τρόπο σκέψης, διαμόρφωσης στόχων και μεθοδολογίας των κοινωνικών επαγγελμάτων, όπως και της κοινωνικής εργασίας. Στο σχεδιασμό των νέων μεθόδων ψυχιατρικής στην κοινότητα, με όλες τις δυνατές μορφές της, για παράδειγμα εξωτερικά ιατρεία και μερική κλινική παρακολούθηση, η παρουσία και συμμετοχή μόνο κάποιων μελών της θεραπευτικής ομάδας, όπως του γιατρού, ψυχιάτρου, ψυχολόγου θα μπορούσε να δυσχεράνει το έργο της καθώς και ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσδιορίσει τους τομείς πρόληψης, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Συγκεκριμένα, παραδείγματα, που προβάλλουν την δυνατότητα αυτή στον τομέα πρόληψης είναι η συμμετοχή του σε σχολεία, σε επαγγελματικά εκπαιδευτήρια ή σε συμβουλευτικούς σταθμούς, στον τομέα θεραπείας στην παροχή ατομικής συμβουλευτικής, θεραπείας της οικογένειας ή αντιμετώπισης καταστάσεων κρίσης και στο τομέα αποκατάστασης στην εξωιδρυματική παρακολούθηση του ασθενή, στην συμμετοχή του σε προφυλαγμένες κοινότητες ή σε μονάδες μερικής περίθαλψης χωρίς όμως να συγχέει τον ρόλο του συμβούλου με τον ρόλο του θεραπευτή (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Οι συμβουλές και οι παρεμβάσεις του μπορούν να αφορούν την παροχή βοήθειάς στον ασθενή για τις μη ευνοϊκές συνθήκες ζωής του, την αντιμετώπιση νομικών προβλημάτων και απαιτήσεων, (επιδόματα, εύρεση κατοικίας), την κοινωνική υποστήριξη του και να εμπεριέχουν το ενδιαφέρον για τον κοινωνικό περίγυρο του καθώς και για την ιδιωτική του απασχόληση. Επίσης, μπορούν να σχετίζονται με την μεσολάβηση του για την ανάπτυξη σχέσεων με κοινωνικούς φορείς και κοινωνικές οργανώσεις (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).

Τέλος, τα παραπάνω στοιχεία, που περιλαμβάνονται στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπιση της ασθένειας σε κοινοτικές δομές, καθιστούν αναγκαίο το σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που θα απευθύνονται σε κοινωνικούς λειτουργούς που πρόκειται να ασχοληθούν με τον ψυχιατρικό χώρο και στην εξειδίκευσή τους με την συμβολή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης έτσι ώστε η προσπάθειά τους να φέρει θετικά αποτελέσματα και να συντελέσει στην επίτευξη των στόχων της μεταρρυθμιστικής κίνησης για την βελτίωση του τομέα ψυχικής υγείας (Παπαγεωργίου, 2002:402-407).



ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**  
**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

#### 1.1 Μεθοδολογία Έρευνας

##### > Εισαγωγή

Αρχίζοντας το II Μέρος της πτυχιακής μας εργασίας: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, (Νταού Πεντέλης). Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού», θεωρήσαμε σκόπιμο να ξεκινήσουμε το 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζοντας την μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Θα μιλήσουμε για τις Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων, το Πεδίο Μελέτης όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας, την Επιλογή Δείγματος και τέλος την Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων.

##### 1.1.1 Σκοπός Της Μελέτης

Σκοπός της έρευνας είναι: α) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η ιδρυματοποιημένη μορφή περίθαλψης καθώς και η διαδικασία αλλαγής της, β) να ερευνηθεί η δυνατότητα πραγματοποίησης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Π.Ν.Α., γ) να καταγραφούν και να εκτιμηθούν οι υποδομές που υπάρχουν για να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δ) να αποκτηθούν γνώσεις για τα περιεχόμενα , από το υπό διερεύνηση Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, προγράμματα αποκατάστασης, ε) να διαπιστωθεί η πραγματοποίηση κοινωνικής αλλαγής και επανένταξης των ασθενών μέσα από τα προγράμματα και στ) να

καταγραφούν και να αναλυθούν συστηματικά οι απόψεις του προσωπικού για όλα τα παραπάνω ζητήματα.

### 1.1.2 Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα που τέθηκαν χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω τεχνικές έρευνας:

1) **Συμμετοχική παρατήρηση** στο χώρο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Νταού Πεντέλης.

**Συμμετοχική Παρατήρηση:** Η Συμμετοχική Παρατήρηση αποτελεί ουσιώδες στοιχείο στις ποιοτικές έρευνες και απαιτεί άμεση εμπλοκή του παρατηρητή στο πεδίο που έχει επιλεγεί για διερεύνηση. Η σε βάθος εμπλοκή επιτρέπει στον παρατηρητή να ακούσει, να δει και να βιώσει την πραγματικότητα, όπως και τα εμπλεκόμενα αντικείμενα.

Η παρατήρηση δεν θα πρέπει να διαταράσσει την συμπεριφορά του πεδίου ή των ανθρώπων που παρατηρεί. Απαιτεί συστηματική καταγραφή γεγονότων, συμπεριφορών και αντικειμένων στο προς μελέτη πεδίο. Έχει συγκεκριμένο σκοπό και διαδικασία, ενώ παράλληλα ο ερευνητής πρέπει να αναπτύξει σχέσεις με τους ανθρώπους που ερευνά, για να παρατηρήσει και να ερμηνεύσει συμπεριφορές, αλληλεπιδράσεις και συναισθήματα. Στόχος του είναι να γίνει αποδεκτός με σκοπό την υλοποίηση της έρευνας (Κυριαζή, Ν., 1999).

Ο ρόλος μας ως παρατηρητές σύμφωνα με την Gold ήταν:

A ) **Ο ρόλος μας, «συμμετέχοντες ως παρατηρητές»** ► ο ερευνητής γνωστοποιεί στα υποκείμενα του πεδίου μερικώς τους σκοπούς του και αναπτύσσει σχέσεις με αυτά τα οποία λειτουργούν ως αποδέκτες και πληροφοριοδότες. Κατά κάποιο τρόπο ο ερευνητής γίνεται μέλος της ομάδας

χωρίς όμως να υιοθετεί απόλυτα τα στοιχεία της κοινότητας (Κυριαζή, Ν., 1999).

Η συμμετοχή μας ως παρατηρητές πραγματοποιήθηκε μέσα από την συνεχή, επί δίμηνο, επαφή μας με το πεδίο. Αυτό που βοήθησε την συμμετοχική μας παρατήρηση ήταν ότι μετά από το τέλος της σχετικής διαδικασίας ακολουθούσε καταχώρηση και ανάλυση των στοιχείων που παρατηρήσαμε σε φόρμες π.χ. Παράρτημα V.

**B ) Ο ρόλος μας, «παρατηρητές ως συμμετέχοντες»** ► ο ρόλος αυτός αφορά σειρά συνεντεύξεων που η κάθε μια από αυτές ολοκληρώνεται μέσα σε μια επαφή εξατομικευμένα. (Κυριαζή, Ν., 1999).

Από την εφαρμογή της συμμετοχικής παρατήρησης στο πεδίο έρευνας αυτά που θέλουμε να διερευνήσουμε είναι τα παρακάτω:

■ Κυρίως μας ενδιαφέρει η άποψη του προσωπικού για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση:

→ Συμφωνούν με αυτή την αλλαγή και γιατί;

→ Τι συναισθήματα τους δημιουργεί αυτό;

→ Πιστεύουν πως θα βοηθήσει τα παιδιά και θα συμβάλει στην κοινωνική τους αποκατάσταση και επανένταξη;

→ Ποια τα θετικά και ποια τα αρνητικά αυτής της κίνησης;

■ Ρόλος των επαγγελματιών:

→ συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση των διαφόρων αναγκών των εξυπηρετούμενων, και την επίτευξη των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

→ συγκρούσεις όσο αφορά της αρμοδιότητες του κάθε επαγγελματία,

→ σύγχυση ρόλων,

→ βαθμός συμμετοχής του κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή.

■ Κατά πόσο το προσωπικό καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων; Είναι εξειδικευμένο για την κάλυψη των αναγκών αυτών; Θα υπάρξει βελτίωση των συνθηκών αυτών με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση;

→ Νοσηλευτική φροντίδα-μέριμνα για συνθήκες νοσηλείας,

→ ψυχοκοινωνική θεραπεία-αποκατάσταση,

- ψυχολογική στήριξη ασθενών-οικογένειας,
- λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού,
- λήψη νοσηλευτικού ιστορικού,
- κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση,
- ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και προαγωγή της υγείας,
- επανακοινωνικοποίηση ιδρυματιζόμενων ασθενών,
- επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί στην οικογένεια η ασθένεια ,
- ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη.

■ Ποιες οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών; Ποια η άποψη του προσωπικού; Τι προοπτικές υπάρχουν με την μεταρρυθμιστική αλλαγή;

- συνθήκες εργασίας-διαβίωσης,
- πως αυτές εκτιμούνται;
- προσπάθειες αντιμετώπισης τους,
- προτάσεις για το μέλλον.

■ Σχέσεις προσωπικού με ασθενείς:

- στάση προσωπικού απέναντι στους ασθενείς,
- συμπεριφορά προσωπικού απέναντι στους ασθενείς,
- ύπαρξη ή απουσία σωματικής και συναισθηματικής επαφή με τους ασθενείς, και που οφείλεται το κάθε ένα από αυτό;
- σχέση-επίδραση της θέσης-ειδικότητας, (διοικητικό προσωπικό, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, βοηθητικό προσωπικό), του κάθε επαγγελματία, παίζει ρόλο στην στάση του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς.

**2) Δομημένη συνέντευξη** με αντιπροσωπευτικό και τυχαίο δείγμα και από όλες τις κατηγορίες των εργαζομένων που στελεχώνουν το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

**Οι άξονες που κινηθήκαμε στην δομημένη συνέντευξη είναι οι εξής:**

■ Δημογραφικά-προσωπικά στοιχεία προσωπικού:

→ ηλικία,

→ φύλλο,

→ ειδικότητα,

→ επαγγελματική θέση,

→ χρονική διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

■ Απόψεις του προσωπικού για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση:

→ γενική εκτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης,

→ αρνητικά και θετικά σημεία της ψυχιατρικής αλλαγής,

→ υποστηρίζουν ή όχι την αλλαγή αυτή,

→ κριτήρια υποστήριξης ή μη της μεταρρύθμισης, (προσωπικά, σε σχέση με τους ασθενείς).

■ Αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το προσωπικό.

→ η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα συμβάλει στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών,

→ δεν θα υπάρξει αλλαγή.

■ Ο ρόλος της κάθε υπηρεσίας στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

**3 ) Γραπτά τεκμήρια,** (ενημερωτικά φυλλάδια, προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης κ.α.).

Το εμπειρικό υλικό που συγκεντρώθηκε, από τις επισκέψεις μας στις ενδό-νοσοκομειακές και έξω-νοσοκομειακές δομές αναλύθηκε ανάλογα με το περιεχόμενο των ενημερωτικών φυλλαδίων και με τον στόχο της εργασίας μας.

Ύστερα από την γνωριμία που είχαμε με όλες τις υπηρεσίες του Π.Ν.Α. ενημερωθήκαμε και μαζέψαμε αρκετά ενημερωτικά φυλλάδια, τα οποία χρησιμοποιήσαμε σε διάφορα κεφάλαια της εργασίας μας, όπως για παράδειγμα για το μετασχηματισμό του Π.Ν.Α. μετά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, (κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>, σελ. 209-211).

### 1.1.3 Πεδίο Μελέτης, Επιλογή Δείγματος, Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων.

#### › Πεδίο μελέτης

Αποτέλεσε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Νταού Πεντέλης.

Ύστερα από την απόφασή μας να ασχοληθούμε, ως θέμα πτυχιακής, με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, σκεφτήκαμε ως πεδίο έρευνας το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Έτσι κάναμε την πρώτη μας τηλεφωνική επαφή, με την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου, στις αρχές Φεβρουαρίου 2004 και τους είπαμε πως ενδιαφερόμαστε να πραγματοποιήσουμε την έρευνα της πτυχιακής μας εργασίας στο Π.Ν.Α. Στην αρχή δυσκολευτήκαμε πάρα πολύ, διότι, για μέρες παίρναμε τηλέφωνο και δεν το σήκωνε κανείς. Όταν βρήκαμε κάποιον υπεύθυνο του εξηγήσαμε ακριβώς τι θέλουμε να κάνουμε και κλείσαμε ένα ραντεβού μέσα στο Πάσχα για να τα πούμε από κοντά.

Η προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας στην αρχή δεν ενθουσιάστηκε και ήταν πολύ ψυχρή, αλλά δέχτηκε την πρόταση μας. Έτσι καταθέσαμε την αίτηση για την πτυχιακή μας εργασία στην Σχολή μας. Κοντά στο Πάσχα είχαμε κλείσει ραντεβού και πήγαμε να συζητήσουμε από κοντά το στόχο της πτυχιακής μας εργασίας και τι ακριβώς θέλουμε να κάνουμε.

Ζητήσαμε λοιπόν να μας επιτραπεί η περίπου δίμηνη είσοδός μας στο Π.Ν.Α., την περίοδο Ιούλιο-Αύγουστο 2004, με σκοπό την ξενάγησή μας στον χώρο, την ενημέρωσή μας για την λειτουργία του, καθώς και το μοίρασμα ερωτηματολογίων, σε κάποιο αντιπροσωπευτικό δείγμα από το προσωπικό του Π.Ν.Α., με σκοπό την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, (Νταού Πεντέλης). Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού».

Η προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας δέχτηκε τα αιτήματά μας, με μια εξαίρεση, αντί για το μοίρασμα ερωτηματολογίων να πραγματοποιήσουμε συνεντεύξεις, διότι το προσωπικό είχε συμπληρώσει ερωτηματολόγια πριν λίγο καιρό για μια έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί από το Μ.Υ.Π. και φοβόταν



μήπως υπάρξει αντίδραση. Έτσι, στην συνέχεια, καταθέσαμε γραπτή αίτηση για όλα αυτά στον Διοικητή του Νοσοκομείου, η οποία έγινε δεκτή.

Στις αρχές Ιουλίου του 2004 πήγαμε στο Π.Ν.Α. για να αρχίσουν οι επισκέψεις μας και να πραγματοποιηθεί η έρευνά μας. Εκεί αντιμετωπίσαμε μια επιφυλακτικότητα, έναν φόβο και σαν να προσπαθούσαν να μας αποφύγουν. Πρώτο και χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν, ότι ενώ τους επισημάναμε πως μας ενδιέφερε ο συγκεκριμένος χώρος του Π.Ν.Α. προσπαθούσαν να μας διώξουν από εκεί, έτσι μας ανάγκασαν να επισκεφτούμε στην αρχή όλες τις έξω-νοσοκομειακές δομές.

Επισκεφτήκαμε λοιπόν όλα τα πλαίσια που υπάγονταν στο Νοσοκομείο αλλά βρίσκονταν εκτός αυτού. Οι περισσότεροι μας αντιμετώπιζαν με επιφυλακτικότητα, χαρακτηρίζοντας την πτυχιακή μας, ως «περίεργη» πτυχιακή, και κάνοντάς μας διάφορες ερωτήσεις, όπως αν αυτά που τους ρωτάμε θα δημοσιευτούν, αν κρατάμε όνομα, γιατί διαλέξαμε το συγκεκριμένο πλαίσιο για έρευνα κ.α.

Υπήρχαν άτομα που μας αντιμετώπισαν πολύ ευγενικά, ήταν πλήρως ενημερωμένα για το θέμα που διερευνούσαμε και μας έλεγαν ανοιχτά τις απόψεις τους και άλλα άτομα που μας έλεγαν ότι δεν ξέρουν αλλά μας έδειχναν το αντίθετο.

Αφού τελειώσαμε την έρευνά μας στις έξω-νοσοκομειακές δομές γυρίσαμε στο Π.Ν.Α., εκεί αντιμετωπίσαμε άλλα προβλήματα. Στην αρχή μας έλεγαν ότι το προσωπικό λείπει σε άδεια και πρέπει να γυρίσουν όλοι για να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις μας, στην συνέχεια μας είπαν ότι αν δεν μιλήσουμε προσωπικά με τον Διοικητή του Π.Ν.Α. δεν μπορούν να μας επιτρέψουν την επαφή μας με το προσωπικό.

Ακολουθώντας προσπαθούσαμε να κλείσουμε ραντεβού με τον Διοικητή, το οποίο όμως στάθηκε αδύνατον, διότι δεν τον βρίσκαμε. Έτσι ύστερα από την επαφή που είχαμε με την Μ.Υ.Π.Ε.Π., (Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός»), σταθήκαμε τυχεροί. Σκοπός της επαφής μας με την Μ.Υ.Π.Ε.Π. ήταν να πάρουμε την έρευνα που οι ίδιοι είχαν πραγματοποιήσει στο Π.Ν.Α., όπου κάποιο κομμάτι της συνέπετε με την πτυχιακή μας και να τα συγκρίνουμε.

Ύστερα από επαφή που είχαμε με τον κ. Χονδρό Δημήτριο, Διευθυντή της Μ.Υ.Π.Ε.Π. μας βοήθησε να έρθουμε σε επαφή με τον κ. Στυλιανίδη και να ολοκληρωθεί η πτυχιακή μας.

Έτσι ήρθαμε σε επαφή με την Διοίκηση του Π.Ν.Α., η οποία μας επέτρεψε να έχουμε πρόσβαση στην έρευνα του Μ.Υ.Π.Ε.Π. και στην συνέχεια συζητήσαμε για την συνέχεια της δικής μας έρευνας. Ο Διοικητής στην αρχή αντέδρασε φοβούμενος την αντιμετώπιση μας από το προσωπικό. Μας ζήτησε ένα ακριβές σχεδιάγραμμα των ερωτήσεων που θα κάνουμε. Οπότε είχαμε και μια δεύτερη συνάντηση. Είδε το σχεδιάγραμμα και διαφώνησε, α) στο μέγεθός του και β) στη διατύπωση κάποιων ερωτήσεων. Έτσι μας ζήτησε επειδή δεν έχει γίνει παρόμοια έρευνα και επειδή θα τον ενδιέφεραν πολύ οι απόψεις του προσωπικού, όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, οι ερωτήσεις να είναι πιο συγκεκριμένες και πιο συνοπτικές, έτσι καταλήξαμε στην τελική μορφή των ερωτήσεων της συνέντευξης, (Παράρτημα ΙΙΙ).

Ύστερα από τον καθορισμό του σχεδιαγράμματος συνεννοηθήκαμε με την προϊστάμενη της κοινωνικής υπηρεσίας για το δείγμα της έρευνας. Αποφασίσαμε το δείγμα να αντιπροσωπεύει τον αριθμό και όλες τις κατηγορίες προσωπικού. Στην συνέχεια είχαμε την επαφή με το προσωπικό, ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκαν π.χ. διοικητικό, ιατρικό κ.τ.λ.

Τα περισσότερα άτομα από το δείγμα μας υποδέχτηκαν θετικά, άλλοι ήταν επιφυλακτικοί, άλλοι φοβόντουσαν για την τήρηση του απορρήτου, άλλοι θέλησαν να βγάλουν όλη τους την οργή για το όλο σύστημα, (συνολικά πήραμε 52 συνεντεύξεις).

Αυτό που παρατηρήσαμε ήταν ότι ύστερα από την υποδοχή μας από τον Διοικητή του Νοσοκομείου και αφού εκείνος μας επέτρεψε να πραγματοποιήσουμε την έρευνά μας άλλαξε και η στάση του προσωπικού απέναντί μας. Χαρακτηριστικό ήταν ότι για να πάρουμε τις συνεντεύξεις συνήθως μας συνόδευε κάποιος από την κοινωνική υπηρεσία και η πρώτη κουβέντα που ανέφερε στον κάθε συνεντευξιζόμενο ήταν, «έχουν άδεια από τον κ. Στυλιανίδη».

Ίσως αυτή η επιφυλακτικότητα και ο φόβος των ανωτέρων για την αντίδραση του προσωπικού ήταν και δικαιολογημένος, διότι ύστερα από μαρτυρίες του προσωπικού μάθαμε ότι, όταν η ιδέα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ανακοινώθηκε και άρχισε να εφαρμόζεται, υπήρχαν έντονες

αντιδράσεις από το προσωπικό π.χ. απειλές, υβριστικά μηνύματα, επιθετικές ενέργειες, προς άτομα του προσωπικού που ήταν υπέρ της Μεταρρύθμισης.

Τέλος ύστερα από όλη αυτή την διαδικασία και τα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε ολοκληρώθηκε η έρευνά μας με επιτυχία.

### › Δείγμα

Αποτέλεσαν όλες οι κατηγορίες των εργαζομένων που στελεχώνουν το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, (ιατρό-ψυχιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικοί υπάλληλοι και εργαζόμενοι στην κοινωνική υπηρεσία).

Τα κριτήρια με τα οποία επιλέξαμε το δείγμα μας βασίζονται στην θεωρητική δειγματοληψία, (theoretical sampling). Δηλαδή, προσπαθήσαμε να συμπεριλάβουμε όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις όχι με κριτήρια τη στατιστική αντιπροσωπευτικότητα αλλά με βάση το βασικό χαρακτηριστικό που μας ενδιέφερε, δηλαδή την συγκεκριμένη επαγγελματική ιδιότητα, το επάγγελμα, κτλ.

### › Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων

Πραγματοποιήθηκαν τρία στάδια ανάλυσης: i) αποκωδικοποίηση των στοιχείων που έχουν συγκεντρωθεί από τις φόρμες και καταγραφή και ανάλυση των αποτελεσμάτων, ii) ανάλυση και κατηγοριοποίηση των συνεντεύξεων σύμφωνα με το πρόγραμμα SPSS, iii) επεξεργασία των αποτελεσμάτων που θα προκύπτουν μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων.

Κατά την διάρκεια της έρευνας πραγματοποιήθηκαν 52 δομημένες συνεντεύξεις στο προσωπικό του Π.Ν.Α. Όταν συγκεντρώθηκαν όλες οι συνεντεύξεις φτιάξαμε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS μία κωδικοποιημένη φόρμα, (των ερωτημάτων της συνέντευξης που ακολουθήθηκε και των απαντήσεων που δόθηκαν από το προσωπικό) και περάσαμε όλα τα στοιχεία. Στην συνέχεια, με την βοήθεια των δυνατοτήτων του προγράμματος SPSS, βγάλαμε τα ποσοστά και επεξεργαστήκαμε τα αποτελέσματα.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**  
**ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ**  
**ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ**  
**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

#### 2.1 Παρουσίαση Του «Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής»

##### > Εισαγωγή

Στο 2ο κεφάλαιο του ΙΙ΄ Μέρους, «η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, (Νταού Πεντέλης). Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού», θα παρουσιάσουμε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Στην αρχή θα κάνουμε μία μικρή ιστορική αναδρομή του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και θα παρουσιάσουμε τις υπηρεσίες και τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης και αποκατάστασης που λειτουργούν μέσα και έξω από το Νοσοκομείο και όσα έχουν αποδυναμωθεί ή δεν εφαρμόζονται πλέον. Επίσης θα παρουσιάσουμε την οργανωτική διάρθρωση του Νοσοκομείου και θα αναφερθούμε σε κάποια γενικά χαρακτηριστικά όσον αφορά το προσωπικό του Νοσοκομείου, (πόσα άτομα δουλεύουν στο Νοσοκομείο και τι ειδικότητες υπάρχουν), και τους ασθενείς, (ηλικίες, φύλλο, διαγνώσεις).

Στην συνέχεια θα μιλήσουμε για την αποστολή και τον ρόλο του Νοσοκομείου, καθώς και για τους τρεις τομείς πρόληψης της ψυχικής υγείας, και για τις γενικές αρχές όσο αφορά τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας του Π.Ν.Α. σύμφωνα με το άρθρο 47 του νόμου 2071/1992 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## > Ταυτότητα και σύντομο Ιστορικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Το «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» με τη σημερινή του μορφή, έχει την έδρα της Κεντρικής Υπηρεσίας του στην πόλη της Ραφήνας και είναι ανεπτυγμένο σε έκταση 460 στρεμμάτων. Τα παλιά κτίρια του Νοσοκομείου ανεγέρθησαν πριν από το 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο, (1932), από τον Σύλλογο Απόρων Φυματιούντων και χρησιμοποιήθηκαν από αυτόν μέχρι το 1942 για τη λειτουργία του Σανατορίου «Ζωοδόχος Πηγή».

Από το 1942 έγινε επίταξη αυτών και στη συνέχεια απαλλοτρίωση από το Κράτος, για την εγκατάσταση-από το 1943-του συσταθέντος Κρατικού Σανατορίου Περιθάλλεως Δημοσίων Υπαλλήλων. Στις 13 Αυγούστου 1958 δημοσιεύονται στο Φύλλο 120 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως τα 120 άρθρα που απαρτίζουν τον πρώτο οργανισμό του Δημοσίου Παιδιατρικού Νευροψυχιατρικού Νοσοκομείου και ο αριθμός κλινών ορίζεται σε 200.

Ουσιαστικά λειτούργησε από το 1961 από όπου μπορούμε να διακρίνουμε τρεις φάσεις λειτουργίας του:

α) Η πρώτη φάση εκτείνεται από το 1960 έως το 1971. Το 1960, το Νοσοκομείο άρχισε να λειτουργεί πρώτα σαν Εξωτερικό Ιατρείο και Ιατροπαιδαγωγικός και Συμβουλευτικός Σταθμός στην οδό Σολωμού 25 στην Αθήνα και κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του εξέτασε πάνω από 600 παιδιά που οι γονείς τους ζητούσαν την εξέταση τους με σκοπό την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο. Στις 9 Φεβρουαρίου 1961 άνοιξε τις πόρτες του το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο και δέχτηκε τους πρώτους ασθενείς. Σε αυτή τη φάση το Νοσοκομείο περιορίζεται στο παλαιό Σανατόριο, αρχικά λειτουργεί με 80 κλίνες και από το 1965 μέχρι και το 1971 με 120 κλίνες.

β) Στη δεύτερη φάση, που εκτείνεται από το 1972 έως το 1981, το Νοσοκομείο επεκτείνεται με τη δημιουργία άλλων δυο τμημάτων. Από το 1973 άρχισαν οι εργασίες ανέγερσης κτιριακού συγκροτήματος 300 κλινών και οι μεν οικοδομικές εργασίες ολοκληρώθηκαν το 1980 οι δε ηλεκτρολογικές το 1981.

γ) Στην τρίτη φάση, που εκτείνεται από το 1982 έως σήμερα, έλαβαν χώρα τα ακόλουθα:

- 1982: Λειτουργία Προεπαγγελματικών Εργαστηρίων, που έχουν ως σκοπό την παροχή Ειδικής Αγωγής και Ειδικής Επαγγελματικής

Εκπαίδευσης. Οι Ειδικότητες των Εργαστηρίων είναι: Πλεκτική, Υφαντική, Κεραμική - Αγγειοπλαστική, Ζωγραφική - Ελεύθερο Σχέδιο, Υδραυλική, Χειροτεχνία, Βιβλιοδεσία και Κηπουρική. Επιδοτούνται κατά 55% από την τότε Ε.Ο.Κ. και κατά 45% από το Ελληνικό Δημόσιο. Απευθύνεται επίσης σε παιδιά που δεν νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο.

- 1983: Διαμόρφωση και εξοπλισμός χώρων παιχνιδιού.
- 1984: Ίδρυση του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Ν. Ηρακλείου, Αττικής.
- 1985: Λειτουργία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.
- 1985: Ίδρυση του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Ν. Σμύρνης, Αττικής.
- 1985: Λειτουργία Μονάδας Αυτιστικών παιδιών και παιδιών με σοβαρές διαταραχές της ψυχολογικής εξέλιξης.
- 1985: Δημιουργία Βιβλιοθήκης, η οποία λειτουργεί καθημερινά και εξυπηρετεί τις ανάγκες του επιστημονικού και άλλου προσωπικού.
- 1986: Ίδρυση του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Αθήνας.
- 1986: Λειτουργία Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών (Μ.Ε.Π.) που νοσηλεύει περιστατικά από όλη την Ελλάδα.
- 1986: Δημιουργία των τεσσάρων Κλινικών του Νοσοκομείου.
- 1986: Μετονομασία του Νοσοκομείου από «Δημόσιο Παιδιατρικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο», (Δ.Π.Ν.Ν.), σε «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής», (Π.Ν.Α.), σύμφωνα με την υπ' αριθμό Α3β/οικ.17962 Υπουργική Απόφαση.
- 1986: Λειτουργία Παιδικού Σταθμού για τα παιδιά των υπαλλήλων του Π.Ν.Α.
- 1987: Λειτουργία του Προγράμματος Αναδόχων Οικογενειών, (Κανονισμός 815/84 Ε.Ο.Κ.).
- 1990: Λειτουργία του Προγράμματος Αποκατάστασης των Δυσλεκτικών Παιδιών (Κανονισμός 815/84 Ε.Ο.Κ.).
- 1995: Δημιουργία των δύο Ξενώνων αποασυλοποίησης για ασθενείς του Π.Ν.Α. και του Κέντρου Ημέρας για Αυτιστικά παιδιά, (Κανονισμός 815/84 Ε.Ο.Κ.).
- 1997: Ίδρυση του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Παλλήνης.

Στο διάστημα από 11 Νοεμβρίου 1997 έγιναν μεταξύ άλλων τα κατωτέρω:

- Το Α΄ τμήμα μετασχηματίστηκε σε μονάδα ψυχοκοινωνικής φροντίδας και λειτουργεί σε ανακαινισμένο κτίριο.
- Ανακαινίστηκε το Γ΄ κτίριο της Β΄ Πτέρυγας και λειτουργεί εκεί τμήμα Αυτιστικών για μικρά παιδιά.
- Μετεγκατάσταση και λειτουργία δύο ακόμη τμημάτων των Γ΄ και Δ΄ σε ανακαινισμένα κτίρια.
- Προμήθεια ενός υπερηχοτομογράφου, ενός ηλεκτροεγκεφαλογράφου και ενός ηλεκτρομυογράφου.
- Υγρομονώσεις δωματίων σε κτίρια των Νοσηλευτικών Μονάδων.
- Κατασκευή από το τεχνικό προσωπικό του Νοσοκομείου δικτύου άρδευσης με επεξεργασμένα λύματα του Βιολογικού Καθαρισμού.
- Ανακατασκευή τμήματος του κεντρικού υπογείου δικτύου ύδρευσης.
- Περάτωση Ιερού Ναού.
- Επισκευή Περιπτέρου Γονέων.
- Ενίσχυση της λειτουργίας των 4 Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, των 2 Κέντρων Ημέρας για αυτιστικά παιδιά καθώς και των 2 Ξενώνων που βρίσκονται στην Παλλήνη (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σήμερα το Π.Ν.Α υπάγεται στο Β΄ Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας, (Πε.Σ.Υ.Π.). Νοσηλεύει 104 χρόνιους ασθενείς από τους οποίους μόνο οι 15 είναι μικρότεροι των 18 ετών, (ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 24 έτη). Ο μέσος χρόνος νοσηλείας τους είναι 14 χρόνια και το 63% κατάγεται από το Νομό Αττικής. Το προσωπικό που απασχολείται σήμερα στις εσωτερικές και εξωτερικές δομές του είναι 428 άτομα.

Οι δύο ξενώνες του βρίσκονται στην περιοχή της Παλλήνης και φιλοξενούν 8 παιδιά/εφήβους. Τα δύο Κέντρα Ημέρας, (το «Λιθαράκι» που λειτουργεί στη Ν. Σμύρνη και η «ΕΘΝΑ» που λειτουργεί στο Ψυχικό), καλύπτουν ανάγκες παιδιών του Νομού Αττικής και τα 4 Ιατροπαιδαγωγικά του Κέντρα ανάγκες ψυχικής υγείας παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους τεσσάρων Παιδοψυχιατρικών Τομέων της Αττικής. Η Μονάδα Επειγόντων



Περιστατικών καλύπτει ανάγκες παιδιών και εφήβων σε πανελλαδικό επίπεδο και τα Εξωτερικά Ιατρεία ανάγκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της ευρύτερης περιοχής της Ανατολικής Αττικής (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### **2.1.1 Προγράμματα Αποκατάστασης Και Κοινωνικής Επανεένταξης. Υπηρεσίες Του Π.Ν.Α. Μέσα Και Έξω Από Το Νοσοκομείο**

#### **> Ενδό - νοσοκομειακές Δομές**

Στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής λειτουργούν μικρές οικιστικές μονάδες, «τμήματα», για τους νοσηλευόμενους με χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας, Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και τα Εξωτερικά Ιατρεία που εξυπηρετούν τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής. Επίσης, η Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών που δέχεται παραπομπές ασθενών από όλη την Ελλάδα.

Κάποιες άλλες υπηρεσίες που υπάγονται στο Π.Ν.Α. και προσφέρουν φροντίδα υγείας σε παιδιά και εφήβους στην κοινότητα είναι η Ειδική Θεραπευτική Μονάδα Αυτιστικών, το Κέντρο Δυσλεξίας με έδρα την Παλλήνη και το Κέντρο Ημέρας για το Παιδί, «Το Λιθαράκι». Το Κέντρο Ημέρας καθώς και ο Ξενώνας Εφήβων Παλλήνης και η Προστατευόμενη Κατοικία Παλλήνης, που λειτουργούσαν την ίδια περίοδο, δημιουργήθηκαν το 1995 στο πλαίσιο δράσεων για τον απόϊδρυματισμό που όρισε ο κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ.

Επίσης πρέπει να αναφερθούμε στο Πρόγραμμα Ανάδοχων Οικογενειών που λειτουργεί υπό την ευθύνη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, που πρόσφατα έχει σημαντικά αποδυναμωθεί.

Τέλος, παλαιότερα το Νοσοκομείο περιελάμβανε ιδιαίτερους χώρους όπως το Γυμναστήριο, το Ειδικό Δημοτικό Σχολείο, τα Επαγγελματικά Εργαστήρια, την Λέσχη, ένα μικρό θέατρο και ένα παρεκκλήσι (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

→ **Κύριες Λειτουργίες του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου**

A. Παροχή Ιατρικών Υπηρεσιών:

Η Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τέσσερις τομείς: α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός και δ) Ψυχικής Υγείας ως εξής:

1. Παθολογικός Τομέας:

Αποτελείται από το Νευρολογικό Τμήμα και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Π.Ν.Α..

- **Νευρολογικό Τμήμα:** Ενδονοσοκομειακό Τμήμα που νοσηλεύει 12 ενήλικες χρόνιους ασθενείς με νοητική υστέρηση και νευρολογικά προβλήματα. Ο ρόλος του τμήματος είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και η αντιμετώπιση κάθε νευρολογικού, παθολογικού και ψυχιατρικού τους προβλήματος.
- **Εξωτερικά Ιατρεία:** Τα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ανήκουν και λειτουργούν στο Π.Ν.Α. από τον Αύγουστο του 1985. Σκοπός και στόχος τους είναι η παροχή Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής φροντίδας στους κατοίκους των παρακάτω Δήμων και Κοινοτήτων της Ανατολικής Αττικής: Γραμματικού, Μαραθώνα, Ν. Μάκρης, Ραφήνας, Αρτέμιδος, Πικερμίου, Παλλήνης και άλλων. Τα Εξωτερικά Ιατρεία καλύπτουν προς το παρόν τις ακόλουθες ειδικότητες: 1) Γυναικολογικό, 2) Καρδιολογικό, 3) Νευρολογικό, 4) Οδοντιατρικό, 5) Οφθαλμολογικό, 6) Παθολογικό και 7) Παιδιατρικό.

2. Χειρουργικός Τομέας:

Αποτελείται από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Π.Ν.Α.

- **Οδοντιατρικό Τμήμα:** Το τμήμα εξετάζει, ελέγχει και θεραπεύει τις ανάγκες για στοματική υγεία των ειδικών ασθενών που νοσηλεύονται στα Τμήματα. Επίσης, εξετάζει και κατοίκους που διαμένουν στην περιοχή ευθύνης του Νοσοκομείου. Η ύπαρξη οδοντοτεχνίτη βοηθάει στις προσθετικές εργασίες και παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους ειδικούς ασθενείς.

3. Εργαστηριακός Τομέας:

Αποτελείται από το Μικροβιολογικό Τμήμα, το Ακτινολογικό Τμήμα και το Φαρμακείο.

- **Μικροβιολογικό Τμήμα:** Το Μικροβιολογικό Τμήμα καλύπτει τις ανάγκες σε εξετάσεις των εσωτερικών ασθενών του Π.Ν.Α. και του πληθυσμού της ευρύτερης περιοχής. Είναι ο μόνος Δημόσιος Φορέας με δυνατότητες να εξυπηρετεί, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με μεγάλη γκάμα εξετάσεων, με αποδεδειγμένη αξιοπιστία (συμμετοχή σε εξωτερικό control) και με ταχύτητα έκδοσης των αποτελεσμάτων. Για καλύτερη απόδοση και έλεγχο, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο χωρίζεται στα εξής Τμήματα: Μικροβιολογικό, Αιματολογικό, Βιοχημικό και Ανοσολογικό. Το κάθε Τμήμα λειτουργεί με την ευθύνη του Ιατρού που έχει αναλάβει την ευθύνη του και την τελική ευθύνη της υπεύθυνης Ιατρού του Εργαστηρίου. Οι αποφάσεις σε επιστημονικό επίπεδο λαμβάνονται σε συνεργασία των Ιατρών με τελική ευθύνη της Υπεύθυνης του Εργαστηρίου. Οι αποφάσεις που αφορούν τους βοηθούς παρασκευαστές λαμβάνονται από τους ίδιους και επικυρώνονται από την Υπεύθυνη του Ιατρείου.
- **Ακτινολογικό Τμήμα:** Το Ακτινολογικό Τμήμα εξυπηρετεί τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής με απλές ακτινογραφίες, εξετάσεις πεπτικού (βαριούχο γεύμα) και πανοραμικές ακτινογραφίες οδοντοστοιχιών. Οι ασθενείς εξυπηρετούνται χωρίς να υπάρχει λίστα αναμονής εκτός από τις εξετάσεις πεπτικού, στις οποίες ο χρόνος αναμονής είναι 1-7 ημέρες και εφόσον ο γιατρός δεν έχει άδεια από την εργασία του. Ο ιατρός Ακτινολόγος εκτελεί τις ειδικές εξετάσεις (βαριούχο γεύμα). Αξιολογεί τις ακτινογραφίες που γίνονται στο εργαστήριο και δίνει γραπτή απάντηση στους ασθενείς για τα ακτινολογικά ευρήματα που προκύπτουν από αυτές. Οι τρεις (3) τεχνολόγοι του Τμήματος εκτελούν τις εντολές για ακτινογραφίες των Ιατρών του Π.Ν.Α. και άλλων Ιατρών της περιοχής (λήψη και εμφάνιση ακτινογραφιών). Φροντίζουν επίσης για την προμήθεια του τμήματος με τα υλικά που απαιτούνται (films – γραφική ύλη) για να λειτουργήσει αποτελεσματικά.
- **Φαρμακείο:** Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, τη φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, την διανομή, την διακίνηση και διαχείριση του Φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ.. Ακόμα έχει την ευθύνη του Επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε

συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

4. Τομέας Ψυχικής Υγείας: Αποτελείται από τις Κλινικές Α', Β', Γ', και Δ' του Νοσοκομείου.

- **Α' Κλινική:** Αποτελείται από το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Παλλήνης, (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 169), το 2<sup>ο</sup> Περίπτερο, τον Ξενώνα Παλλήνης και την Προστατευόμενη Κατοικία Παλλήνης.
- ✓ **2ο Περίπτερο:** Νοσηλεύει 10 ενήλικες ασθενείς άνδρες και γυναίκες με βαριές ψυχικές διαταραχές και νοητική υστέρηση.
- ✓ **Ξενώνας Παιδιών Παλλήνης:** Είναι μια δομή του Π.Ν.Α. που ανήκει στον 6ο Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΟ.ΨΥ.ΠΕ) αλλά έχει διατομεακή εμβέλεια. Φιλοξενεί μέχρι και 8 παιδιά (μελλοντικός στόχος τα 12 παιδιά), ηλικίας 7-14 χρονών και των δύο φύλων, που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και εμφανίζουν κοινωνικές δυσκολίες, όταν δεν είναι δυνατόν να διαμένουν στην οικογένεια τους ή σε φιλοξενούσα οικογένεια. Λειτουργεί σαν ένας χώρος διαβίωσης και φροντίδας των εφήβων, σε 24ωρη βάση, με στόχο την θεραπευτική παρέμβαση για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και την καλύτερη δυνατή κοινωνική τους ένταξη.
- ✓ **Προστατευόμενη Κατοικία (Ξενώνας Εφήβων Παλλήνης):** Είναι μια δομή του Π.Ν.Α. που ανήκει στον 6ο Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΟ.ΨΥ.ΠΕ.) αλλά έχει διατομεακή εμβέλεια. Φιλοξενεί μέχρι 7 εφήβους ηλικίας 14-18 χρονών και των δύο φύλων, με συνύπαρξη κοινωνικών δυσκολιών και ψυχικών διαταραχών, όταν δεν είναι δυνατόν να διαμένουν στην οικογένεια τους ή σε φιλοξενούσα οικογένεια. Λειτουργεί σαν ένας χώρος διαβίωσης και φροντίδας των εφήβων, σε 24ωρη βάση, με στόχο την θεραπευτική παρέμβαση για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και την καλύτερη δυνατή κοινωνική τους ένταξη.
- **Β' Κλινική :** Αποτελείται από το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ν. Ηρακλείου, (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 169), και το Α' Τμήμα.

- ✓ **Α' Τμήμα:** Είναι ενδονοσοκομειακό Τμήμα που περιλαμβάνει ασθενείς με χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση και Αυτισμό. Σκοπός του Τμήματος είναι η θεραπεία των συμπτωμάτων των ασθενών, η 24ωρη φροντίδα και παρακολούθηση τους αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας τους. Οι δραστηριότητες του Τμήματος περιλαμβάνουν: α) Την Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των νοσηλευόμενων, β) Κλινικές συναντήσεις μια φορά την εβδομάδα, 3) Εργοθεραπευτικό πρόγραμμα για τέσσερις (4) ασθενείς, 4) Ψυχαγωγικό πρόγραμμα και 5) Γυμναστική.
  
- **Γ' Κλινική :** Αποτελείται από το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ν. Σμύρνης, (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 169), το Γ' Τμήμα, το 3<sup>ο</sup> Περίπτερο και το Κέντρο Ημέρας, «Λιθαράκι», (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 172).
  
- ✓ **Γ' Τμήμα:** Είναι ενδονοσοκομειακό Τμήμα που περιλαμβάνει κορίτσια ασθενείς με χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση και Αυτισμό. Οι δραστηριότητες του περιλαμβάνουν κοινωνικά, εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα.
  
- ✓ **3<sup>ο</sup> Περίπτερο:** Αποτελεί Μονάδα βραχείας νοσηλείας και ενδιάμεση δομή μεταξύ της Μ.Ε.Π. και των Ξενώνων. Νοσηλεύει άρρενες ενήλικες με νοητική υστέρηση και ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζουν μια καλή λειτουργικότητα και έναν έφηβο με νοητική στέρηση και επιληψία. Οι δραστηριότητες της περιλαμβάνουν κοινωνικά, εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα.
  
- **Δ' Κλινική :** Αποτελείται από το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθηνών , το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ραφήνας, (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 169), το Ουράνιο Τόξο, το 1<sup>ο</sup> Περίπτερο, το Κέντρο Ημέρας «Ε.Θ.Μ.Α.», (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 173), το Δ' Τμήμα και τη Μ.Ε.Π.
  
- ✓ **Ουράνιο Τόξο:** Είναι Ενδονοσοκομειακό Τμήμα που νοσηλεύει ενήλικες χρόνιους ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση, πολλά παθολογικά προβλήματα και αναπηρίες.

- ✓ **1<sup>ο</sup> Περίπτερο:** Νοσηλεύει παιδιά και νεαρούς εφήβους με αυτισμό και βαριά νοητική υστέρηση.
- ✓ **Κέντρο Ημέρας «Ε.Θ.Μ.Α.:** Η Ειδική Θεραπευτική Μονάδα Αυτιστικών Παιδιών, αποτελεί αποκεντρωμένη οργανική μονάδα της Δ' Κλινικής του Π.Ν.Α., παρέχει υπηρεσίες στον 5ο Τομέα Ψυχικής Υγείας (ΤΟ.ΨΥ.ΠΕ.) αλλά έχει χαρακτήρα διατομεακό καλύπτοντας όλους τους τομείς της Αττικής αλλά και άλλων περιοχών της Ελλάδος διότι δεν υπάρχουν άλλα Κέντρα εξειδικευμένα στον αυτισμό. Είναι η μοναδική Δομή του Ε.Σ.Υ. για τον Αυτισμό, λειτουργεί από το 1985 και σύμφωνα με το νόμο 2716/1999 για την Ψυχική Υγεία, εντάσσεται στα Ειδικά Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. Παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας 2-6 χρόνων καθώς και σε παιδιά τα οποία παρακολουθούνται χωρίς να ενταχθούν στο Κέντρο Ημέρας ή έχουν περάσει από αυτό και έχουν ηλικία έως 17 χρονών. Στόχοι της Ε.Θ.Μ.Α. είναι η ολοκληρωμένη λειτουργία, στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενός Ειδικού Κέντρου Εξειδικευμένης Περίθαλψης για παιδιά με Αυτισμό και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, η δημιουργία Κέντρου Μελέτης και Έρευνας θεμάτων Αυτισμού αλλά και η δημιουργία ενός Εκπαιδευτικού Κέντρου. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου είναι: α) Η διάγνωση, η αξιολόγηση, ο θεραπευτικός σχεδιασμός και η παρακολούθηση των ασθενών, β) Η εκπαίδευση και η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, γ) Η ένταξη σε εκπαιδευτικό πλαίσιο, δ) Η εκπαίδευση και εποπτεία εκπαιδευτών, ε) Η μελέτη και έρευνα σε θέματα Αυτισμού και στ) Η εκπαίδευση και εξειδίκευση στελεχών Υγείας και Παιδείας σε θέματα Αυτισμού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση κατά κύριο λόγο έχει ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα σε ατομική ή ομαδική βάση. Περιλαμβάνει παράλληλες θεραπευτικές–εκπαιδευτικές παρεμβάσεις όπως Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Ειδική Ψυχοπαιδαγωγική, Ψυχοκινητική και Μουσικοθεραπεία και έχει στόχο την ένταξη ή επανένταξη των παιδιών σε παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία και σχολεία.
- ✓ **Δ' Τμήμα:** Είναι ενδονοσοκομειακό Τμήμα που περιλαμβάνει ασθενείς με χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση και Αυτισμό.
- ✓ **Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών:** Νοσηλεύει παιδιά και εφήβους σε κρίση από 8 έως 17 ετών που παρουσιάζουν ψυχιατρικά και κοινωνικά

προβλήματα. Έχει 12 κρεβάτια και δέχεται περιστατικά από όλη την Ελλάδα με ακούσιες και εκούσιες νοσηλείες. Οι δραστηριότητες της Μ.Ε.Π. περιλαμβάνουν: 1) Διάγνωση, β) Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης, 3) Πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξης στα πλαίσια της Κοινοτικής Παιδοψυχιατρικής, 4) Ευαισθητοποίηση και ανάπτυξη καλύτερων τρόπων συνεργασίας, με άλλους φορείς κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας, 5) Ατομικές συνεδρίες ψυχολογικής στήριξης, 6) Διαγνωστικές συνεδρίες με την Ψυχολόγο και 7) Ατομικές και ομαδικές δράσεις με νοσηλευτές (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### *Β. Παροχή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών:*

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

- Η παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας, στα άτομα που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα Υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της Νοσηλευτικής επιστήμης.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους Νοσηλευτικούς Τομείς του Π.Ν.Α. για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών.
- Η επαρκής στελέχωση των Νοσηλευτικών Τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση. Επίσης, είναι επιβεβλημένη η προσπάθεια δίκαιης κατανομής μεταξύ των Νοσηλευτών και των Βοηθών.
- Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης των Νοσηλευτικών Τομέων.
- Η λειτουργία προγραμμάτων Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων.
- Η συμμετοχή της στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του Π.Ν.Α..
- Η συνεργασία με τις άλλες Υπηρεσίες του Π.Ν.Α. για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Η Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τρεις τομείς ως εξής:**

### 1. Παθολογικός Τομέας:

Εξυπηρετεί τις ανάγκες των Παθολογικών Νοσηλευτικών Τμημάτων και αποτελείται από το Νευρολογικό τμήμα, το Ουράνιο Τόξο, τα Εξωτερικά Ιατρεία, το Κέντρο Ημέρας «Ε.Θ.Μ.Α.», (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 173), και το Κέντρο Ημέρας «Λιθαράκι», (βλ. Έξω - νοσοκομειακές δομές σελ. 172).

- **Νευρολογικό Τμήμα:** Ενδονοσοκομειακό Τμήμα που νοσηλεύει 12 ενήλικες χρόνιους ασθενείς με νοητική υστέρηση και νευρολογικά προβλήματα. Απασχολούνται σε αυτό 9 υπάλληλοι της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Τα καθήκοντα τους εναρμονίζονται με το σκοπό του Τμήματος.
- **Ουράνιο Τόξο:** Σε αυτό το τμήμα απασχολούνται 12 υπάλληλοι της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο ρόλος του προσωπικού περιλαμβάνει την φροντίδα των ασθενών όσον αφορά την ατομική καθαριότητα, την ένδυση, την τροφή, τον χώρο διαμονής και ύπνου και την ψυχαγωγία με σκοπό οι νοσηλεύόμενοι να έχουν όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.
- **Εξωτερικά Ιατρεία:** Για το Παθολογικό, Χειρουργικό, Παιδιατρικό, Γυναικολογικό, Καρδιολογικό και το Οφθαλμολογικό απασχολούνται 3 νοσηλεύτριες, 1 μαία και 2 βοηθοί νοσηλευτές. Επίσης, 2 βοηθοί νοσηλευτές απασχολούνται στη Γραμματεία των Εξωτερικών Ιατρείων και εκτελούν χρέη διοικητικού υπαλλήλου. Το Οδοντιατρικό και το Νευρολογικό δεν απασχολούν προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ρόλος του προσωπικού των εξωτερικών Ιατρείων είναι η παροχή βοήθειας στον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης, στον Ιατρό κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, οι δικές του νοσηλευτικές παρεμβάσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Ιατρού, η διδασκαλία νοσηλευτικών πράξεων σε ασθενείς που τις έχουν ανάγκη καθώς και η προσφορά κάθε υπηρεσίας όπου πρέπει και όταν πρέπει με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών και την ποιοτική παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- **Κέντρο Ημέρας «Ε.Θ.Μ.Α.»:** Αποτελεί κοινοτική δομή και απασχολούνται σε αυτή δύο νοσηλεύτριες. Ο ρόλος τους καθορίζεται από τον κανονισμό λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας και εποπτεύονται από την Επιστημονική Υπεύθυνη του Κέντρου μέσα στα πλαίσια της Νοσηλευτικής δεοντολογίας και πρακτικής.



- **Κέντρο Ημέρας «Λιθαράκι»:** Σε αυτή την κοινοτική δομή απασχολείται 1 βοηθός Νοσηλεύτρια. ο ρόλος της οποίας καθορίζεται από το πλαίσιο και τον κανονισμό λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας και εποπτεύεται από την Επιστημονική Υπεύθυνο του Κέντρου.

Να τονιστεί ότι τα ενδοκλινικά προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στα τμήματα και αφορούν τη φροντίδα των νοσηλευομένων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων καθορίζονται από τον υπεύθυνο Ιατρό και τα άλλα μέλη της πολυκλαδικής ομάδας του τμήματος. Δεν υπάρχουν ατομικά προγράμματα σύμφωνα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας (Αξιολόγηση-Στόχος-Παρέμβαση-Αποτέλεσμα) αλλά εφαρμόζονται καθημερινά προγράμματα του Τμήματος. Επίσης, οι βοηθοί θαλάμου καλούνται να εκτελέσουν τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλείας, σύμφωνα με παλαιότερη απόφαση του Δ.Σ., όταν οι περιστάσεις το απαιτούν (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## 2. Α΄ Ψυχιατρικός Τομέας:

Οι λειτουργίες του Α΄ Ψυχιατρικού Τομέα αφορούν τρία ενδονοσοκομειακά Τμήματα, τα Α΄, Γ΄ και Δ΄, που περιλαμβάνουν ασθενείς με χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση, Αυτισμό αλλά και μια Κοινοτική δομή, την Προστατευόμενη Κατοικία (Ξενώνας Εφήβων Παλλήνης).

- **Τμήμα Α΄:** Νοσηλεύει 17 ενήλικες ασθενείς και απασχολεί 11 υπαλλήλους της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο ρόλος του προσωπικού είναι η φροντίδα για την καθαριότητα, το φαγητό και την ένδυση-υπόδηση των ασθενών, την περιποίηση του χώρου διαμονής και ύπνου των νοσηλευόμενων αλλά και την ψυχαγωγία τους εντός και εκτός του Τμήματος με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη και αξιοπρεπή διαμονή τους.
- **Τμήμα Γ΄:** Νοσηλεύει 11 γυναίκες ασθενείς και απασχολεί 10 νοσηλεύτριες. Ρόλος του προσωπικού του Τμήματος είναι η φροντίδα για την ατομική υγιεινή, διατροφή, ένδυση και ψυχαγωγία των ασθενών. Επίσης, η βοήθεια για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας και δεξιοτήτων σε όσους ασθενείς είναι αυτό εφικτό μέσα από ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που εκπονείται από τον υπεύθυνο Ιατρό και τα άλλα μέλη της θεραπευτικής μονάδας του Τμήματος.
- **Τμήμα Δ΄:** Νοσηλεύει 10 άρρενες ασθενείς και απασχολεί 9 νοσηλεύτριες. Ρόλος του προσωπικού του Τμήματος είναι η φροντίδα για την ατομική υγιεινή, διατροφή, ένδυση και ψυχαγωγία των ασθενών.

- **Προστατευόμενη Κατοικία (Ξενώνας Εφήβων Παλλήνης):** Είναι μια κοινοτική δομή του Π.Ν.Α. που εδρεύει στην κοινότητα της Παλλήνης και νοσηλεύει εφήβους. Απασχολεί 6 υπαλλήλους της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Είναι μέλη της «πολυκλαδικής θεραπευτικής μονάδας» και ο ρόλος τους καθορίζεται από τον κανονισμό λειτουργίας του Ξενώνα, που έχει συνταχθεί από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και την Επιστημονική Υπεύθυνη, έχοντας υπόψη το προεδρικό διάταγμα που αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### B' Ψυχιατρικός Τομέας:

Οι λειτουργίες του Β' Ψυχιατρικού Τομέα αφορούν τέσσερα ενδονοσοκομειακά Τμήματα, το 1ο, 2ο και 3ο Περίπτερο τη Μ.Ε.Π. αλλά και μια Κοινοτική Δομή, τον Ξενώνα Παιδιών Παλλήνης.

- **1ο Περίπτερο:** Απασχολεί 9 νοσηλεύτριες. Ο ρόλος του προσωπικού είναι μέσα από ένα δομημένο ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα εντός και εκτός Νοσοκομείου να βοηθήσει τους νοσηλευόμενους να αποκτήσουν δεξιότητες, αυτονομία στην αυτοφροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν καλύτερα μέσα σε ένα προστατευμένο πλαίσιο, οικοτροφείο ή οικογένεια.
- **2ο Περίπτερο:** Απασχολεί 9 υπαλλήλους της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, περιλαμβάνει τη φροντίδα των ατομικών αναγκών των ασθενών για αυτοεξυπηρέτηση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, κοινωνικοποίηση και εκπαίδευση ούτως ώστε οι ασθενείς να νιώθουν πιο αυτόνομοι, ήρεμοι και συνεργάσιμοι είτε σε ένα υποστηρικτικό σύστημα είτε στην οικογένεια τους. Αυτό επιτυγχάνεται με ένα ημερήσιο πρόγραμμα που απευθύνεται σε όλους τους νοσηλευόμενους.
- **3ο Περίπτερο:** Απασχολεί 8 νοσηλευτές. Ο ρόλος του προσωπικού είναι να βοηθήσει τους ασθενείς μέσα από ένα οργανωμένο ημερήσιο ατομικό πρόγραμμα να διατηρήσουν και να προάγουν όσο γίνεται τη λειτουργικότητα τους τόσο σε επίπεδο αυτοφροντίδας και φροντίδας ατομικού χώρου όσο και

στην κοινωνικοποίηση τους με σκοπό την ένταξή τους σε έναν Ξενώνα ή στην οικογένεια τους.

- **Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών:** Στη Μ.Ε.Π. απασχολούνται 13 νοσηλεύτριες. Ο ρόλος του προσωπικού καθορίζεται από το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα του κάθε νοσηλευόμενου πάντα στα πλαίσια της νοσηλευτικής ψυχιατρικής και δεοντολογίας με σκοπό τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που θα βοηθήσει τον νοσηλευόμενο να ξεπεράσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα την κρίση και να επιστρέψει στην οικογένεια του ή στο πλαίσιο από το οποίο έγινε η παραπομπή.
- **Ξενώνας Παιδιών Παλλήνης:** Απασχολεί 8 νοσηλεύτριες. Ο ρόλος και ο σκοπός λειτουργίας του νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται από τον κανονισμό λειτουργίας του Ξενώνα Παιδιών Παλλήνης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Εισαγωγή Ασθενών:**

Το Π.Ν.Α. εφημερεύει όλο το 24ωρο για παιδοψυχιατρικά περιστατικά. Κάθε περιστατικό που προσέρχεται εξετάζεται από τους Ιατρούς εάν είναι πρωινή ώρα και από τον εφημερεύοντα Ιατρό εάν είναι απόγευμα, νύχτα ή αργία. Αν το περιστατικό χρήζει νοσηλείας τότε η εισαγωγή γίνεται στη Μ.Ε.Π.. Αν η Μ.Ε.Π. δεν προσφέρει το κατάλληλο πλαίσιο για ένα συγκεκριμένο περιστατικό, τότε ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί μετά τη μονάδα σε κάποιο άλλο τμήμα του Π.Ν.Α. εντός ή εκτός του χώρου του Νοσοκομείου (Ενδονοσοκομειακό Τμήμα ή Ξενώνες). Οι παραπομπές μπορεί να είναι: α) Από την ίδια την οικογένεια του ασθενή, β) Από άλλες Υπηρεσίες, γ) Παραπομπές από άλλο Νοσοκομείο και δ) Από εισαγγελικές παραγγελίες για αναγκαστική νοσηλεία. Στα Εξωτερικά Ιατρεία Γενικής Ιατρικής του Π.Ν.Α. η εξέταση από οποιοδήποτε Ιατρό γίνεται κατόπιν ραντεβού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **> Έξω - νοσοκομειακές Δομές**

**Α ) ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ Ν. ΣΜΥΡΝΗΣ, ΨΥΧΙΚΟΥ, Ν.  
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΠΑΛΛΗΝΗΣ**

Τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα παρέχουν υπηρεσίες στον χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού, του εφήβου και της οικογένειάς του. Η διεπιστημονική ομάδα του κάθε κέντρου λειτουργεί στα πλαίσια των 4 κλινικών του Π.Ν.Α. και αποτελείται από Παιδοψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Επισκέπτες Υγείας, Εργοθεραπευτές, Ειδικούς Παιδαγωγούς και άλλους ειδικούς της ψυχικής υγείας.

Στόχος των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων είναι η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των παιδιών, υποδέχονται αιτήματα και προβληματισμούς σχετικά με τα παιδιά και τους εφήβους από την αρχή της ζωής τους, (0 -18 ετών).

Διαδικασία έναρξης θεραπείας:

- Τηλεφωνική επαφή της οικογένειας με την γραμματεία και υποβολή κάποιων τυπικών ερωτήσεων σχετικά με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, όπως ερωτήσεις για την ηλικία όπου άρχισε να μιλάει και να έχει έλεγχο των σφικτήρων του.
- Παραπομπή του ασθενούς στην μονάδα του κέντρου, όπου παρέχονται υπηρεσίες αποκατάστασης και ομαλής εξέλιξης της πορείας του.
- Συμμετοχή της οικογένειας σε συνεδρίες με κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και άσκηση συμβουλευτικής και υποστηρικτικής θεραπείας.

**Στόχοι:**

- A ) διαγνωστική εκτίμηση
- B ) συνεργασία με το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς
- Γ ) συνεργασία με τους παιδίατρους και τους άλλους φορείς υγείας που παρακολουθούν το παιδί και την οικογένεια και
- Δ ) αντιμετώπιση των προβλημάτων με διάφορους τύπους θεραπευτικών παρεμβάσεων ανάλογα με το είδος και τη βαρύτητα του προβλήματος: ατομική ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική γονέων, ειδική εκπαίδευση για παιδιά με δυσλεξία, οικογενειακή παρέμβαση, εργοθεραπεία.

Συνεργάζονται με άλλους ειδικούς , φορείς και δομές , που ασχολούνται με το παιδί και τον έφηβο, όπως Δήμους, Σχολεία, Πολιτιστικά σωματεία, Δικαστικές Αρχές, Γιατρούς, εκπαιδευτικούς κ.τ.λ.

#### Παρεχόμενες Υπηρεσίες:

- Διαγνωστική εκτίμηση σε όλες τις περιπτώσεις,
- Συμβουλευτική προς τους γονείς,
- Θεραπευτική εργασία στα πλαίσια των δυνατοτήτων του κέντρου και

*Ειδικότερα:*

- υποστηρικτική θεραπεία,
- ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης,
- θεραπεία οικογένειας, συστημικής κατεύθυνσης,
- θεραπεία ζεύγους,
- ομαδική ψυχοθεραπεία.

*Επίσης:*

- Εκπαιδευτικά προγράμματα. Παρέχεται εκπαίδευση προς ειδικευόμενους παιδοψυχιάτρους, προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους ειδικούς της ψυχικής υγείας,
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια,
- Κοινοτικό πρόγραμμα παρέμβασης,
- Ερευνητικά προγράμματα στα πλαίσια της Παιδοψυχιατρικής και της Ψυχολογίας του παιδιού και του εφήβου.

Τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα εξυπηρετούν παιδιά και εφήβους και τις οικογένειές τους , κυρίως , από τους γειτονικούς Δήμους.

*Αντιμετωπίζουν:*

**Παιδιά με →**

- μαθησιακά προβλήματα
- υπερκινητικότητα και διάσπαση προσοχής
- εναντιωματική και επιθετική συμπεριφορά
- δυσκολίες στο σχολείο και στις διαπροσωπικές σχέσεις
- σχολική άρνηση
- άγχος και φοβίες
- καταθλιπτική διάθεση
- προβλήματα στην ανάπτυξη, όπως νοητική καθυστέρηση και αυτισμό

- παραμέληση ή κακοποίηση
  - ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα χρόνιας σωματικής νόσου
- Έφηβους με →**
- προβλήματα στις σχέσεις τους με τους γονείς τους ή τους εκπαιδευτικούς τους
  - προβλήματα ταυτότητας
  - δυσκολίες στις σχέσεις με το άλλο φύλο
  - προβλήματα στην πρόσληψη της τροφής
  - έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο
  - παραπτωματική συμπεριφορά
  - χρήση ουσιών
  - καταθλιπτική διάθεση
  - σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα

**Γονείς και οικογένειες με →**

- δυσαρμονία μεταξύ των συζύγων
- διαζύγιο
- υιοθεσία
- πένθος μετά από απώλεια αγαπημένου προσώπου
- αδυναμία χειρισμού διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Β ) «ΤΟ ΛΙΘΑΡΑΚΙ». Κέντρο Ημέρας για το παιδί**

Το Λιθαράκι, Κέντρο Ημέρας για το παιδί είναι ένας τύπος θεραπευτικής παρέμβασης, λειτουργεί καθημερινά και δέχεται παιδιά από τις 9 π.μ. έως 1 μ.μ. Είναι διατομεακό, δεν επιχορηγείται από την ΕΟΚ, είναι κρατικός φορέας και δεν υπάρχει επιστημονικός διευθυντής, είναι αυτοδύναμη υπηρεσία. Βρίσκεται στην Νέα Σμύρνη και **απευθύνεται** κυρίως σε παιδιά και τις οικογένειές τους που κατοικούν στην ευρύτερη περιοχή της νοτιοανατολικής Αττικής.

**Συνεργάζεται και διασυνδέεται** με τον Ι.Π.Σ. Νέας Σμύρνης της Γ΄ Κλινικής του Π.Ν.Α., τον Δήμο Νέας Σμύρνης, καθώς επίσης και με

βρεφονηπιακούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, παιδίατρους, και άλλους ιατρικούς και ψυχοκοινωνικούς φορείς που ασχολούνται με το παιδί.

**Δέχεται παιδιά** από 3 έως 8 ετών, με διάχυτες διαταραχές της εξέλιξης (ακόμα και με αυτιστικά στοιχεία), οι οποίες εκφράζονται ως αναστολές ή δυσκολίες:

- στην προσαρμογή σε προσχολικό και σχολικό πλαίσιο,
- στην ψυχοκινητική ανάπτυξη και συμπεριφορά,
- στην έκφραση ομιλίας και λόγου,
- στην κοινωνικοποίηση.

**Συνεργάζεται με τους γονείς** συστηματικά, με στόχο την σημαντική εξέλιξη και συνέχιση της θεραπευτικής παρέμβασης στο παιδί. **Η ομάδα των παρεμβαινόντων** επεξεργάζεται την κάθε περίπτωση χωριστά και προτείνει συγκεκριμένο σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η **παρέμβαση** είναι **συνέπεια μιας συλλογικής εργασίας** στην οποία συμμετέχουν:

- 2 Ψυχολόγοι
- 1 εργοθεραπευτής
- 1 γραμματέας
- 1 Νοσηλεύτης
- 1 Κοινωνικός λειτουργός - Ψυχαναλύτρια - Οικογενειακή Ψυχοθεραπεύτρια

#### **Ομαδικές δραστηριότητες:**

- εργαστήριο χρωμάτων,
- » » » μορφών,
- » » » ζαχαροπλαστικής,
- » » » ήχου και κίνησης.

**Εξωτερικές δραστηριότητες:** κολύμβηση, περίπατοι, επισκέψεις σε μουσεία, παιδικές χαρές κ.α.

Ο θεσμός του Κέντρου Ημέρας ως πλαίσιο εμπεριέχει το παιδί και την οικογένειά του. Οι παρεμβάσεις γίνονται οι διαμεσολαβητές στη σχέση του παιδιού με τον εαυτό του και τον ενήλικα. Συντροφεύουν και καθοδηγούν το παιδί στο να εκφραστεί σαν άτομο με δικές του ανάγκες και επιθυμίες.

**Παρέχει** συμβουλευτική, εργασιοθεραπεία, υποστηρικτική, κοινωνικοποίηση. Ψυχαγωγικοπαιδαγωγική και Ψυχοδυναμική Προσέγγιση .

Τα **εργαστήρια** στηρίζουν την υποκειμενική έκφραση και δυνατότητα του κάθε παιδιού σε σχέση με τον λόγο. Παράλληλα συμβάλλουν στην ανάπτυξη και μάθηση δεξιοτήτων.

Οι ατομικές παρεμβάσεις, θεραπευτικές και ψυχοπαιδαγωγικές, συνιστούν μια εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε παιδιού και μια αναγνώριση της δικής του δυσκολίας και ιδιαιτερότητας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### **Γ ) ΕΙΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ.**

##### **«ΕΘΜΑ»**

Η «ΕΘΜΑ» βρίσκεται στην κοινότητα και χρηματοδοτείται από το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, κομμάτι της ΕΘΜΑ είναι το Κέντρο Ημέρας όπου συστεγάζονται. Δέχεται παιδιά από 2,5-6 ετών με αναπτυξιακές διαταραχές και αυτισμό. Τα παιδιά συνήθως κάθονται από τις 8:30-1 στο Κέντρο Ημέρας και μεταφέρονται με αυτοκίνητο της υπηρεσίας.

Στην υπηρεσία λειτουργούν ατομικά και ομαδικά προγράμματα και τα παιδιά παραμένουν και συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά μέχρι το διάστημα των 3 χρόνων.

Η ΕΘΜΑ και το Κέντρο Ημέρας έχει το παρακάτω προσωπικό: 1 Ψυχολόγο, 1 Εργοθεραπεύτρια, 1 Ειδικό Παιδαγωγό, 2 Νοσηλεύτες, 1 οδηγό, 1 καθαρίστρια, 1 γραμματέα, 1 Παιδοψυχίατρο, 1 Κοινωνικό Λειτουργό.

Η ΕΘΜΑ κάνει διάγνωση από 0 - 17 χρόνων, Follow up: παρακολούθηση και συμβουλευτική. Εξυπηρετεί μόνο εξωτερικούς ασθενείς. Στοχεύει στην θεραπεία, παρακολούθηση και την υποστήριξη των γονέων.

Η ΕΘΜΑ περιμένει άλλα 4 άτομα προσωπικό και καινούργιο υλικό. Συνεργάζεται με το Πάντειο Πανεπιστήμιο και διοργανώνει σεμινάρια και παρατήρηση των οικογενειών των αυτιστικών, από τους σπουδαστές, σε μια αίθουσα με αμφίδρομο καθρέφτη.

Αυτή την στιγμή το Κέντρο Ημέρας έχει 10 παιδιά. Στόχος του Κέντρου είναι:

- ο η προσαρμογή σε προσχολικό και σχολικό πλαίσιο,



- η ψυχοκινητική ανάπτυξη και συμπεριφορά,
- η έκφραση ομιλίας και λόγου,
- η κοινωνικοποίηση του παιδιού,
- η συμβουλευτική των γονέων,
- εργασιοθεραπεία,
- η υποστηρικτική,
- βελτίωση και επαύξηση της συναισθηματικής ανάπτυξης και της ικανότητας για κοινωνική αλληλεπίδραση μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων με ενήλικες και παιδιά,
- ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων και του συμβολικού παιχνιδιού.

Το Κέντρο Ημέρας έχει Ολιστικό μοντέλο παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις που γίνονται στο πλαίσιο αυτής της παρέμβασης είναι:

- αισθητηριακή ολοκλήρωση,
- αισθητηριακή χαλάρωση,
- ειδική εκπαίδευση , δομημένη διδασκαλία,
- ειδική ψυχοπαιδαγωγική,
- εργοθεραπεία,
- θεραπεία συμπεριφοράς , τροποποίηση συμπεριφοράς,
- λογοθεραπεία και εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας,
- μάθηση υποβοηθούμενη από την χρήση υπολογιστών,
- μουσικοθεραπεία , «θεραπεία μουσικής αλληλεπίδρασης»,
- ψυχοκινητική (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### 2.1.2 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

Το Π.Ν.Α. απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες:

- Διοικητική
- Τεχνική
- Νοσηλευτική
- Ιατρική

Κάθε Υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τέσσερις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Συμβουλίου Διοίκησης του Π.Ν.Α.. Οι αρμοδιότητες των Υπηρεσιών ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό του Π.Ν.Α. σε συνδυασμό με τις αποφάσεις του Συμβουλίου Διοίκησης και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το προσωπικό που τοποθετείται σε άλλη Υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### 2.1.2.1..... ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται στην:

- 1) Υποδιεύθυνση Διοικητικού που αποτελείται από τα τμήματα:  
α) Προσωπικού, β) Γραμματείας, γ) Οικονομικού, δ) Κίνησης Αρρώστων, ε) Διατροφής, στ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας και θ) Παραϊατρικών Επαγγελμάτων
- 2) Τα Αυτοτελή γραφεία Επιστασίας και Ιματισμού.
- 3) Τα Επαγγελματικά Εργαστήρια και τον Παιδικό Σταθμό του Δήμου Ραφήνας.

#### **Οι Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:**

##### Τμήμα Προσωπικού:

- Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Π.Ν.Α..
- Για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

##### Τμήμα Γραμματείας:

- Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων Υπηρεσιών του Π.Ν.Α..
- Την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου.
- Την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του Ιδρύματος.

#### Τμήμα Οικονομικού:

Τα επιμέρους γραφεία του τμήματος είναι: 1) Χρηματικού (έκδοση χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής), 2) Μισθοδοσίας, 3) Υλικού και Αποθήκης Υλικού (εκτός τροφίμων, φαρμάκων, ιματισμού, ειδών καθαριότητας και καυσίμων), 4) Λογιστήριο, 5) Προμηθειών και 6) Ταμείο. Οι Αρμοδιότητες του Τμήματος περιλαμβάνουν:

- Τη φροντίδα για τη μελέτη των οικονομικών αναγκών του Π.Ν.Α. και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Ιδρύματος.
- Την πραγματοποίηση των δαπανών.
- Την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων.
- Την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που απαιτούνται για τη λειτουργία του Νοσοκομείου.
- Την κατάρτιση του ετήσιου ισολογισμού και απολογισμού του Π.Ν.Α..
- Την τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου.
- Την ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και την τήρηση των Οικονομικών στατιστικών στοιχείων του.

#### Τμήμα Κίνησης Ασθενών:

- Η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής.
- Τηρεί βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής.
- Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευομένων, την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών.

- Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Επίσης, τηρεί στατιστικά στοιχεία της Νοσηλευτικής κίνησης και χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, κατόπιν σχετικής αίτησης.

#### Τμήμα Διατροφής:

- Εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευομένων ασθενών και των ασθενών των Εξωτερικών Ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διαιτητική αγωγή.
- Στο Τμήμα Διατροφής εντάσσονται επίσης, οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωση τους.

#### Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων:

- Η ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και την υποδοχή και εξυπηρέτηση σε αυτά αρρώστων.
- Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των Εξωτερικών Ιατρείων.
- Ρυθμίζει την σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέταση τους με προσυνεννόηση.
- Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.
- Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και τον τρόπο λειτουργίας τους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας:

Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Π.Ν.Α. έχει πρωτογενή και δευτερογενή τρόπο λειτουργίας. Σύμφωνα με τον Οργανισμό του 1986 αλλά και την νομοθεσία μέχρι την έκδοση του Νόμου 2889/2001 ονομάζεται Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάγεται στη Διοικητική Διεύθυνση, συνεργάζεται δε με την Ιατρική και Νοσηλευτική Υπηρεσία. Ο νόμος 2889/2001 στο άρθρο 6 'Οργάνωση Νοσοκομείων' στην παράγραφο 6 εντάσσει το Τμήμα στην Ιατρική Υπηρεσία χωρίς να αναπτύσσει τον διοικητικό αλλά ούτε και τον λειτουργικό μηχανισμό ως προς την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας. Από τη στιγμή που καμία σχετική υπουργική απόφαση δεν έχει εκδοθεί το Τμήμα εξακολουθεί να ανήκει στη Διοικητική υπηρεσία και τα καθήκοντα του περιλαμβάνουν:

- Την ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Π.Ν.Α. για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα.
- Την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά.
- Την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.
- Εκπαίδευση και εποπτεία φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας.
- Εκπαίδευση εθελοντών και συνοδών κατασκήνωσης.
- Συμμετοχή και παρουσίαση Θεμάτων Κοινωνικής Εργασίας σε Εκπαιδευτικά Σεμινάρια του Π.Ν.Α. και άλλων φορέων.
- Συμμετοχή των Κοινωνικών Λειτουργών σε επιτροπές σχεδιασμού του Νοσοκομείου (προγράμματα ΕΚΤ/815, Οργανισμού, προγράμματα Υγεία, Νέες Δομές, Ομάδα Έργου) για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.
- Δημόσιες Σχέσεις.
- Αλληλογραφία (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το **αντικείμενο** εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών του Π.Ν.Α. έχει ως ακολούθως :

- Συμμετοχή στη διαγνωστική διαδικασία των οικογενειών των προσερχόμενων προς εξέταση ή και νοσηλεία παιδιών.
- Αξιολόγηση υποψηφίων αναδόχων οικογενειών.
- Κοινωνική Εργασία με Οικογένειες και Ομάδες.
- Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα.
- Συμμετοχή στην οργάνωση ψυχαγωγικών προγραμμάτων για τους ασθενείς που νοσηλεύονται.
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες για την κοινωνική, εκπαιδευτική και επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών και των εφήβων (Υπηρεσίες Πρόνοιας, Υπηρεσίες και Δικαστήρια ανηλίκων, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια, Ειδικά Σχολεία, Επαγγελματικά Εργαστήρια, Προγράμματα Κατάρτισης, Ο.Α.Ε.Δ., κ.α.).
- Συμμετοχή σε προγράμματα αποϊδρυματοποίησης του Π.Ν.Α. και τα οποία αφορούν τους χρόνιους ασθενείς.

Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων):

- Στο τμήμα αυτό εντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων χειριστών – εμφανιστών, των εργοθεραπευτών και φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.
- Με το καινούργιο σύστημα, το Τμήμα ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία. Από τη στιγμή που η μετάβαση δεν έχει γίνει επίσημα, εξακολουθεί να ανήκει στην Διοικητική Υπηρεσία. Ο Προϊστάμενος συντονίζει τη λειτουργία όλου του προσωπικού, ελέγχει την τήρηση του ωραρίου και αξιολογεί ως Α' βαθμολογητής το προσωπικό του Τμήματος.

#### Γραφείο Επιστασίας:

- Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Π.Ν.Α. και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

#### Γραφείο Ιματισμού:

- Η φύλαξη, η διανομή, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του Π.Ν.Α. καθώς και του ιματισμού που προσφέρεται για την εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

#### Επαγγελματικά Εργαστήρια:

- Στο Π.Ν.Α. λειτουργούν τα Προεπαγγελματικά – Επαγγελματικά Εργαστήρια που έχουν ως σκοπό την στοιχειώδη τεχνική κατάρτιση για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών του στην ελεύθερη οικονομία.

#### Παιδικός Σταθμός:

- Λειτουργεί Παιδικός Σταθμός σε συνεργασία του Π.Ν.Α. και του Δήμου Ραφήνας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο Σχήμα 1, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε το Οργανόγραμμα της Διοικητικής Υπηρεσίας.**

Η Τεχνική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση του Π.Ν.Α. σύμφωνα με το νόμο 2219/21-08-97 και αποτελείται από τα Τμήματα Τεχνικού και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.

Οι αρμοδιότητες της Τεχνικής Υπηρεσίας είναι:

Τμήμα Τεχνικού:

- Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Π.Ν.Α. και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού.
- Η κατάρτιση μελετών για την εκτέλεση έργων.
- Η επίβλεψη της εκτέλεσης των έργων και η φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους.
- Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων του Π.Ν.Α., των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου.
- Η φροντίδα για τη συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Π.Ν.Α..

Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας:

- Η ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού καθώς και η οργανωμένη υποστήριξη του (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο Σχήμα 2, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε το Οργανόγραμμα της Τεχνικής Υπηρεσίας του Π.Ν.Α.**

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και έχει τις εξής αρμοδιότητες: Την παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, την προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τρεις τομείς ως εξής:

Παθολογικός Τομέας:

Αποτελείται από το Νευρολογικό τμήμα, το Ουράνιο Τόξο, τα Εξωτερικά Ιατρεία, το Κέντρο Ημέρας «Ε.Θ.Μ.Α.» και το κέντρο Ημέρας «Λιθαρακί».

Α' Ψυχιατρικός Τομέας:

Οι λειτουργίες του Α' Ψυχιατρικού Τομέα αφορούν τρία ενδονοσοκομειακά Τμήματα, τα Α', Γ' και Δ', που περιλαμβάνουν ασθενείς με χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές, νοητική υστέρηση, Αυτισμό αλλά και μια Κοινοτική δομή, την Προστατευόμενη Κατοικία (Ξενώνας Εφήβων Παλλήνης).

Β' Ψυχιατρικός Τομέας:

Οι λειτουργίες του Β' Ψυχιατρικού Τομέα αφορούν τέσσερα ενδονοσοκομειακά Τμήματα, το 1ο, 2ο και 3ο Περίπτερο τη Μ.Ε.Π. αλλά και μια Κοινοτική Δομή, τον Ξενώνα Παιδιών Παλλήνης (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο Σχήμα 3, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε το Οργανόγραμμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Π.Ν.Α.**

2.1.2.4.....ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και έχει τις εξής αρμοδιότητες: την προώθηση και προαγωγή της Υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, την παροχή υπηρεσιών Υγείας και τον προγραμματισμό και τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τέσσερις τομείς: α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός και δ) Ψυχικής Υγείας ως εξής:



Παθολογικός Τομέας:

Αποτελείται από το Νευρολογικό Τμήμα και τα Εξωτερικά Ιατρεία του Π.Ν.Α..

Χειρουργικός Τομέας:

Αποτελείται από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Π.Ν.Α..

Εργαστηριακός Τομέας:

Αποτελείται από το Μικροβιολογικό Τμήμα, το Ακτινολογικό Τμήμα και το Φαρμακείο.

Τομέας Ψυχικής Υγείας:

Αποτελείται από τις Κλινικές Α', Β', Γ', και Δ' του Νοσοκομείου (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

**Στο Σχήμα 4, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε το Οργανόγραμμα της Ιατρικής Υπηρεσίας του Π.Ν.Α..**

**Στο Σχήμα 5, (Παράρτημα VII), παρουσιάζονται, για να υπάρχει μια πιο σαφή εικόνα, αναλυμένες οι Δομές του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής Υπηρεσίας του Π.Ν.Α..**

Στο Π.Ν.Α. λειτουργούν επίσης τα Γραφεία: 1) Επικοινωνίας με τον Πολίτη και Υποδοχής Ασθενών και 2) Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του Π.Ν.Α. αλλά και το Ειδικό Σχολείο του Υπουργείου Παιδείας.

Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και Υποδοχής Ασθενών:

Σε συνέχεια της αριθμού 3/29-05-02 απόφασης του Συμβουλίου Διοίκησης του Π.Ν.Α., από τις αρχές Νοεμβρίου του 2002 λειτουργεί 'Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και Υποδοχής Ασθενών' οι αρμοδιότητες του οποίου είναι οι ακόλουθες:

- Επεξεργασία και ανανέωση πληροφοριακού υλικού για όλες τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και Αποκατάστασης.
- Διευκόλυνση των Χρηστών και των οικογενειών τους για ευκολότερη πρόσβαση στην πληροφόρηση.
- Ανάλυση πρωτοβουλιών σε συνεργασία με τις άλλες Υπηρεσίες του Π.Ν.Α. για την οργάνωση εκδηλώσεων καθώς και η ενεργοποίηση δικτύων πληροφόρησης των Χρηστών και των οικογενειών τους.

- Πρωτοβουλίες για την προαγωγή της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των Χρηστών σε όλο το δίκτυο παροχής Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
- Διασύνδεση με Ενώσεις Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και την Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών και των οικογενειών τους στο Γραφείο υποδοχής σε συνεργασία με όλες τις Υπηρεσίες του Π.Ν.Α..
- Συνεργασία του Γραφείου με αρμόδιους φορείς εντός του Π.Ν.Α. (Διοίκηση, Κοινωνική Υπηρεσία, Ιατρική Υπηρεσία, Νοσηλευτική Υπηρεσία, Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων των Ασθενών) καθώς και εκτός του Νοσοκομείου (Γραφεία Υποδοχής Ασθενών άλλων Νοσοκομείων, Εισαγγελία, Συνήγορο του Πολίτη, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας), συνεργασία με τον Σ.Ο.Ψ.Υ. και Συλλόγους Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας.
- Συλλογή Παραπόνων Χρηστών και των οικογενειών τους από τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και τις άλλες εξωνοσοκομειακές μονάδες του Π.Ν.Α. και υποβολή μηνιαίας αναφοράς στο *Συμβούλιο Διοίκησης* του Νοσοκομείου.
- Η συνεργασία με την Επιτροπή Προάσπισης των δικαιωμάτων του Πολίτη και η παραπομπή περιπτώσεων καταγγελιών ασθενών και πολιτών σε αυτήν.

#### Γραφείο Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων:

Από το Β' εξάμηνο του 2002 λειτουργεί ένα ιδιαίτερο κομμάτι της Διοίκησης του Νοσοκομείου με συγκεκριμένο αντικείμενο, που είναι η δραστηριότητα του φορέα που σχετίζεται με δράσεις που εντάσσονται στο Γ' Κ.Π.Σ., με τη διαχειριστική Αρχή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και με το Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια».

Η βάση του έργου του Γραφείου είναι η διαπραγμάτευση, παρακολούθηση και διεκπεραίωση όλων των επιπέδων προγραμματισμού που περιλαμβάνονται στα Τεχνικά Δελτία των έργων που έχει αναλάβει το Π.Ν.Α. ως φορέας υλοποίησης τους. Το έργο του Γραφείου καλύπτει και τις ποικίλες προεκτάσεις που έχει δραστηριότητα του, τόσο στις σχέσεις του με τον υπόλοιπο διοικητικό μηχανισμό όσο και με την εμπλοκή του στη φάση υλοποίησης όσων έργων έχουν ωριμάσει μέχρις αυτού του σημείου, ενώ συνεπικουρεί στην προετοιμασία για την εκπόνηση του Επιχειρησιακού Σχεδίου.

#### Ειδικό Σχολείο Υπουργείου Παιδείας:

Στο Νοσοκομείο λειτουργεί Εξαθέσιο Δημόσιο Ειδικό Δημοτικό Σχολείο, που ιδρύθηκε με το 680/82 Προεδρικό Διάταγμα «Ίδρυση, προαγωγή ειδικών δημοτικών σχολείων και ίδρυση ειδικών νηπιαγωγείων» (Φ.Ε.Κ. 143/Α/82), και έχει ως σκοπό, την παροχή ειδικής αγωγής και ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης σε αποκλίνοντα από τα φυσιολογικά άτομα, τη λήψη μέτρων κοινωνικής μέριμνας και την αντίστοιχη με τις δυνατότητες τους ένταξη στην κοινωνική ζωή και επαγγελματική δραστηριότητα, με την εφαρμογή ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε συνδυασμό με τα ιατρικά και άλλα κοινωνικά μέτρα, σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 1143/81 (Φ.Ε.Κ. 80/Α/81) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο Σχήμα 6, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε το ολοκληρωμένο Οργανόγραμμα του Π.Ν.Α.**

Σύμφωνα με την Αριθμό Υ5β/οικ. 2581 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συστήνεται ο 3<sup>ος</sup> Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Αττικής με έδρα το Ν. Ηράκλειο, που περιλαμβάνει τις περιοχές: Εκάλη, Ν. Ηράκλειο, Θρακομακεδόνες, Κηφισιά, Λυκόβρυση, Μαρούσι, Μεταμόρφωση, Ν. Ερυθραία, Ν. Ιωνία, Πεύκη, Ν. Φιλαδέλφεια και Ν. Χαλκηδόνα.

Σύμφωνα με την Αριθμό Υ5β/οικ.2582 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συστήνεται ο 5<sup>ος</sup> Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Αττικής με έδρα την Αγία Παρασκευή, που περιλαμβάνει τις περιοχές: Αγία Παρασκευή, Χαλάνδρι, Βριλήσσια, Μελίτσια, Χολαργός, Μαρκόπουλο Ωρωπού, Ν. Παλάτια, Συκάμιнос, Αυλώνας, Σκάλα Ωρωπού, Κάλαμος, Βαρνάβας, Γραμματικό, Μαλακάσα, Άγιος Στέφανος, Σταμάτα, Άνοιξη, Δροσιά, Διόνυσος, Πεντέλη, Ν. Πεντέλη, Φιλοθέη, Ψυχικό, Ν. Ψυχικό και Παπάγου.

Σύμφωνα με την Αριθμό Υ5β/οικ.2583 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συστήνεται ο 6<sup>ος</sup> Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Αττικής με έδρα την Ραφήνα, που περιλαμβάνει τις περιοχές: Ανθούσα, Γέρακας, Γλυκά Νερά, Ανάβυσσος, Π. Φώκαια, Μαραθώνας, Μάτι, Ν. Μάκρη, Ραφήνα, Αφίδναι, Παλλήνη, Παιανία, Πικέρμι, Σπάτα, Κουβαράς, Καλύβια και Κερατέα.

Σύμφωνα με την Αριθμό Υ5β/οικ.2583 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συστήνεται ο 11<sup>ος</sup> Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Αττικής με έδρα τη Νέα Σμύρνη, που περιλαμβάνει τις περιοχές: Άλιμος, Βάρη, Βουλιαγμένη, Βούλα, Γλυφάδα, Ελληνικό, Ν. Σμύρνη, Π. Φάληρο και Αργυρούπολη (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Στο Σχήμα 7, (Παράρτημα VII), μπορούμε να δούμε πώς κατανέμονται οι Δομές του Π.Ν.Α. στον 3<sup>ο</sup>, 5<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup> και 11<sup>ο</sup> ΤΟ.ΨΥ.ΠΕ.**

### **2.1.3 Χαρακτηριστικά Του Προσωπικού Και Των Ασθενών Του Π.Ν.Α.**

Το προσωπικό του Νοσοκομείου αποτελείτε περίπου από 356 εργαζομένους, από τους οποίους οι 50 αποτελούν το Διοικητικό προσωπικό, οι 28 τους γιατρούς, οι 143 ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό και 47 άτομα εργάζονται για την Τεχνική υπηρεσία. Τα υπόλοιπα 88 άτομα ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες εργαζομένων που αποτελούν το βοηθητικό προσωπικό.

#### **α. Ιατρικό Προσωπικό:**

Στην Ιατρική Υπηρεσία, ασχολούνται συνολικά 28 ειδικευμένοι Ιατροί, επί συνόλου 45 Ιατρών (62,2 % κάλυψη θέσεων) που προβλέπεται από τον οργανισμό. Υπάρχουν κενές θέσεις, οι οποίες αφορούν ελλείψεις σε Διευθυντές 3 άτομα, 4 Επιμελητές Α', 10 Επιμελητές Β'. Επίσης, στο Ιατρικό προσωπικό συμπεριλαμβάνονται και 6 βοηθοί Ιατροί που κάνουν ειδικότητα σε σύνολο 15 θέσεων.

#### **β. Νοσηλευτικό Προσωπικό:**

Ιδιαίτερα σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό, συναντάμε στη Νοσηλευτική Υπηρεσία. Το απασχολούμενο προσωπικό είναι 143 άτομα από τα 310 που προβλέπει ο οργανισμός (46,1 % κάλυψη θέσεων). Συνολικά υπάρχουν 167 κενές θέσεις, εκ των οποίων 20 Π.Ε., 122 Τ.Ε., 7 Δ.Ε. και 18 Υ.Ε.

#### γ. Επιστημονικό Μη Ιατρικό Προσωπικό:

Ως Επιστημονικό Μη Ιατρικό Προσωπικό απασχολούνται συνολικά 66 άτομα από τα 130 που προβλέπει ο οργανισμός του Π.Ν.Α. (50,7 % κάλυψη θέσεων). Οι κενές θέσεις είναι 64 από τις οποίες 40 Π.Ε., 18 Τ.Ε. και 6 Δ.Ε..

#### δ. Διοικητικό Προσωπικό:

Απασχολούνται 50 άτομα από τα 60 που προβλέπονται από τον οργανισμό του Π.Ν.Α. (83,3 % κάλυψη θέσεων). Οι κενές θέσεις είναι 10, 2 Π.Ε., 4 Τ.Ε. και 4 Δ.Ε..

#### ε. Τεχνικό Προσωπικό:

Απασχολούνται 46 άτομα από τα 64 που προβλέπει ο οργανισμός (71,9 % κάλυψη θέσεων). Υπάρχουν 18 κενές θέσεις, 2 Π.Ε. και 16 Δ.Ε..

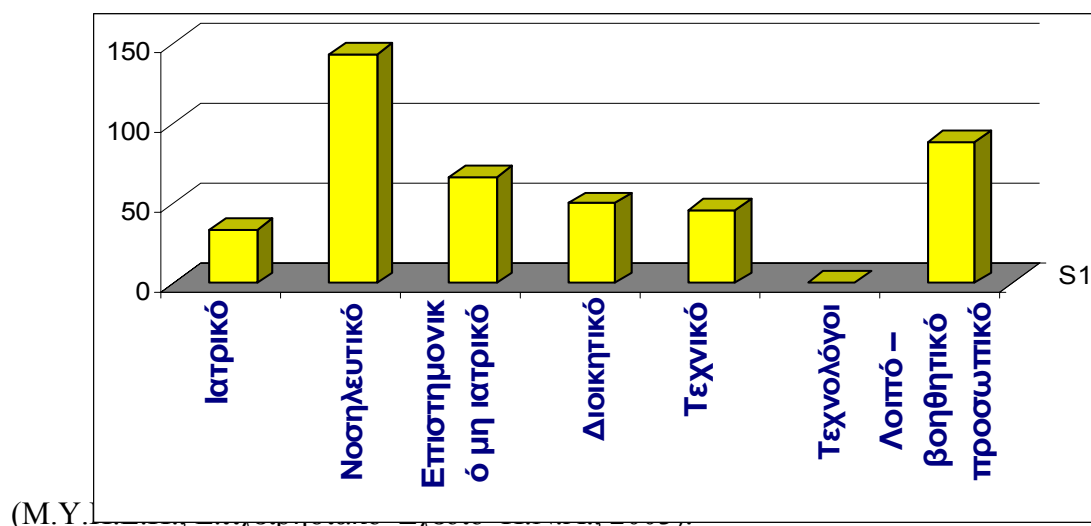
#### στ. Τεχνολόγοι:

Απασχολείται 1 άτομο από τα 2 που προβλέπει ο οργανισμός (50% κάλυψη θέσεων). Η μία κενή θέση είναι Τ.Ε..

#### ζ. Λοιπό Προσωπικό:

Απασχολούνται 88 άτομα από τα 162 που προβλέπονται στον οργανισμό (54,3 % κάλυψη θέσεων). Οι κενές θέσεις είναι 74 από τις οποίες 3 Τ.Ε., 10 Δ.Ε. και 61 Υ.Ε. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ανθρώπινο Δυναμικό Π.Ν.Α. (2002)



Το σύνολο των ατόμων που εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες του Π.Ν.Α. ανέρχονται σε 132, εκ των οποίων 96 είναι αγόρια και 36 είναι κορίτσια. Η ηλικία τους ανέρχεται από 15 έως 45 ετών.

Στις διάφορες δομές που βρίσκονται στο χώρο του Π.Ν.Α. φιλοξενούνται 102 άτομα εκ των οποίων τα 75 είναι άρρενα και τα 26 θήλεα. Πρέπει να

τονίσουμε ότι από τους νοσηλευόμενους μόνο τα 15 άτομα είναι ηλικίας μικρότερης των 18 ετών, ενώ υπάρχουν και άτομα ηλικίας 40 ετών. Ενδεικτικά αναφέρεται το Τμήμα Α στο οποίο φιλοξενούνται άτομα με μέσω όρο ηλικίας τα 35 έτη και μέσω όρο νοσηλείας τα 25 έτη.

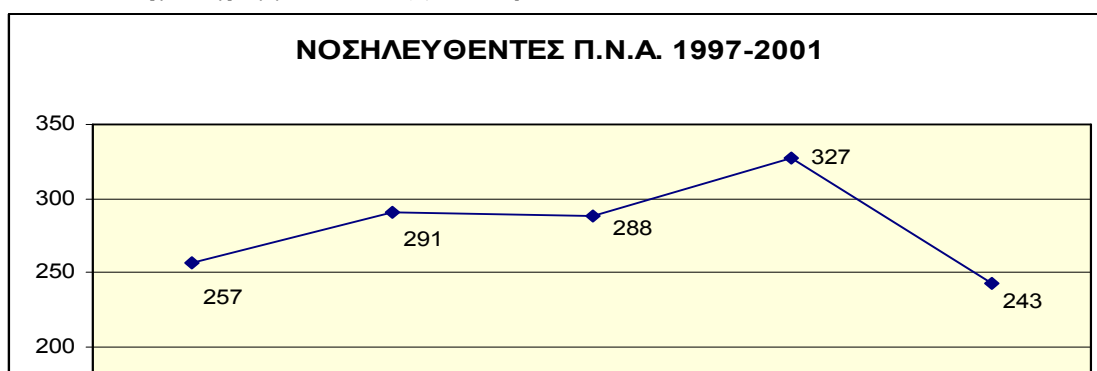
Στις ενδιάμεσες δομές δηλαδή στον Ξενώνα Παλλήνης και την Προστατευόμενη Κατοικία Παλλήνης, 9 άτομα είναι ηλικίας μικρότερης των 18 ετών και μάλιστα, από αυτά τα 6 είναι αγόρια και τα 3 κορίτσια. Στις δομές ημερήσιας φροντίδας, δέχονται επίσης φροντίδα 21 άτομα εκ των οποίων 15 αγόρια και 6 κορίτσια.

Όπως όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα ασυλικού τύπου, το Π.Ν.Α. δεχόταν περιστατικά παιδιών από όλη την Ελλάδα, με όλες τις παθολογίες: σοβαρές διαταραχές ανάπτυξης, παιδικές ψυχώσεις, σύνθετα προβλήματα ψυχοτικής παθολογίας και διαταραχών συμπεριφοράς, νευρολογικά σύνδρομα, παιδιά με κοινωνικά προβλήματα, (ορφανά, εγκαταλελειμμένα από προβληματικές οικογένειες).

Τέλος, το Π.Ν.Α. δεχόταν και, σε ορισμένες περιπτώσεις δέχεται, παιδιά μέχρι ηλικίας 18 ετών από τα προνοιακά ιδρύματα της χώρας που αδυνατούν να περιθάλψουν πολύπλοκες παθολογίες στερούμενα και του πλαισίου και της απαραίτητης εκπαίδευσης του προσωπικού του.

Στο σχεδιάγραμμα που ακολουθεί, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του συνολικού αριθμού των νοσηλευθέντων του Π.Ν.Α., την περίοδο 1997-2001. Όπως παρατηρούμε, ο συνολικός αριθμός των νοσηλευθέντων παρουσιάζει διακυμάνσεις και εμφανίζει τη μέγιστη τιμή του το έτος 2000 με 327 ασθενείς και την ελάχιστη το έτος 2001 με 243 ασθενείς. Στον αριθμό των νοσηλευθέντων περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς που φιλοξενούνται στις Νοσοκομειακές Δομές, τις Ενδιάμεσες Δομές και τις Εξωνοσοκομειακές Δομές του Νοσοκομείου αλλά και στο Νευρολογικό Τμήμα του Παθολογικού Τομέα χωρίς όμως να είναι διαθέσιμοι οι ακριβείς αριθμοί σε κάθε ένα από αυτά (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

**Σχεδιάγραμμα 2.1.2.1 (1): Νοσηλευθέντες στο Π.Ν.Α. 1997-2001**



(Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## 2.2 Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου

Σύμφωνα με τον τελευταίο Οργανισμό του Νοσοκομείου (25-11-1986, τεύχος δεύτερο, αριθμός φύλλου 810) ο σκοπός του «Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής» ορίζεται ως εξής:

*«Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας, εξειδικευμένης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε παιδί ηλικίας από πέντε (5) μέχρι δεκαεπτά (17) ετών, που πάσχει από νευροψυχικές παθήσεις ή διαταραχές καθώς και νοητικές καθυστερήσεις, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση της οικογενείας του, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα»:*

1. Η Ιατρική και Νοσηλευτική περίθαλψη παιδιών που πάσχουν από κάθε είδους νευροψυχικές διαταραχές. Η κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των παιδιών, σε όσες περιπτώσεις κρίνεται δυνατή ή με τη φοίτησή τους στο ειδικό σχολείο που λειτουργεί στο Νοσοκομείο ή με τη στοιχειώδη τεχνική κατάρτισή τους στα επαγγελματικά εργαστήρια ή με την παραμονή τους στα ενδιάμεσα σπίτια (Μονάδα Κοινωνικής Αποθεραπείας), για την ανεξαρτητοποίηση, αποϊδρυματοποίηση εκπαίδευση και κοινωνική επανένταξή τους.
  2. Η εξυπηρέτηση της προληπτικής ψυχιατρικής αντίληψης και η προέκταση της κοινωνικής μέριμνας στον τομέα της ψυχικής υγιεινής του παιδιού, με τη λειτουργία των Ειδικών Εξωτερικών Ιατρείων (Ιατροπαιδαγωγικών Συμβουλευτικών Σταθμών).
  3. Η παρακολούθηση της κοινωνικής προσαρμογής και συμπεριφοράς καθώς και η παρέμβαση για την επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο με την φροντίδα της Κοινωνικής Υπηρεσίας του.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.
  - Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### 2.2.1 Διαχρονική Εξέλιξη του ρόλου του Νοσοκομείου



Σύμφωνα με τον πρώτο Οργανισμό του Νοσοκομείου (13-08-1958, τεύχος πρώτο, Αριθμός Φύλλου 120), ο σκοπός του «Δημοσίου Παιδιατρικού Νευροψυχιατρικού Νοσοκομείου» ήταν:

- Η Ιατρική και Νοσηλευτική περίθαλψη παιδιών που πάσχουν από κάθε είδους νευρικών και ψυχικών διαταραχών και η ηλικία τους δεν υπερβαίνει τα 16 έτη.
- Επίσης, η κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των παιδιών μέσω της φοιτήσεως των τάξεων του ειδικού σχολείου που δημιουργείται μέσα στο Νοσοκομείο μέσω της στοιχειώδους τεχνικής κατάρτισης τους.
- Τα περιστατικά στα οποία, μετά την κατάλληλη επιστημονική παρατήρηση από το Εξωτερικό Ψυχιατρικό Ιατρείο ή το Νοσοκομείο, δεν προβλέπεται καμία βελτίωση της κατάστασής τους θα παραπέμπονται σε ειδικά άσυλα.
- Η εξυπηρέτηση της προληπτικής ψυχιατρικής αντιλήψεως και η προέκταση της κοινωνικής μέριμνας στον τομέα της Ψυχικής Υγιεινής των παιδιών πραγματοποιείται μέσω Εξωτερικού Ειδικού Ιατρείου που λειτουργεί κατά το υπόδειγμα των Ιατροπαιδαγωγικών Συμβουλευτικών Σταθμών.
- Η παρακολούθηση της Ψυχικής Υγείας των εξερχόμενων παιδιών και η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάστασή τους μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ιδρύματος.
- Η μόρφωση και ειδίκευση του Επιστημονικού και Νοσηλευτικού προσωπικού.

#### **Ο Οργανισμός προέβλεπε ακόμη ότι :**

- Η περίθαλψη και παρακολούθηση των ανίατων περιστατικών θα γίνεται από Άσυλα τα οποία θα τελούν κάτω από την πλήρη εξάρτηση του Νοσοκομείου.
- Ο αριθμός των νοσηλευτικών κλινών του ορίζεται στις 200 κλίνες.
- Στο Δ.Π.Ν.Ν. λειτουργεί Τμήμα Εργασιοθεραπείας που σκοπό έχει την κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των νοσηλευόμενων παιδιών.
- Η εισαγωγή των παιδιών γίνεται κατόπιν εισιτηρίου που χορηγείται από το Εξωτερικό Ιατρείο.
  
- Η Διεύθυνση του Νοσοκομείου ασκείται από το Διοικητικό Διευθυντή και ο οργανισμός ορίζει τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του. Πρέπει να τονιστεί, ότι ο

οργανισμός δεν περιγράφει τις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου τις αποφάσεις του οποίου επιμελείται ο Διοικητικός Διευθυντής.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 04-05-1960 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 59), γίνεται η πρώτη τροποποίηση του Οργανισμού του Δ.Π.Ν.Ν. και αφορά την αύξηση του αριθμού των Οδοντιάτρων, από έναν σε δύο, που υπηρετούν σε αυτό

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 30-01-1961 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 16), τροποποιείται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

- Αυξάνεται ο αριθμός των εργαζομένων σε ειδικότητες βοηθητικού προσωπικού.
- Ο προϊστάμενος της Εργασιοθεραπείας οφείλει να έχει πτυχίο της Αλλοδαπής (Bachelor's Degree) και σχετική ειδίκευση σε Ψυχιατρικό Εργασιοθεραπευτικό Τμήμα.
- Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιδρύματος μπορεί να χορηγεί με απόφασή του πρωινή, μεσημβρινή, βραδινή τροφή και διαμονή στο εξωτερικό προσωπικό του Ιδρύματος για υπηρεσιακούς λόγους.
- Για πρώτη φορά προβλέπεται η αγορά ή εκμίσθωση μέσω μεταφοράς για τη μεταφορά του προσωπικού του Νοσοκομείου.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 14-03-1963 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 29), τροποποιείται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

- Τα εισιτήρια εισαγωγής των ασθενών θεωρούνται από το Διοικητικό Διευθυντή.
- Δημιουργείται Γραφείο Επόπτη «Τάξης και Ασφάλειας» το οποίο είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση της εφαρμογής των μέτρων που διατάσσει η Διεύθυνση του Νοσοκομείου όσον αφορά την τήρηση της τάξης και της ασφάλειας του Νοσοκομείου, την επιμέλεια της καθαριότητας των μη νοσηλευτικών χώρων αλλά και τη σωστή χρήση των ειδών καθαριότητας που διατίθενται για το σκοπό αυτό.
- Διορίζεται τηλεφωνήτρια για πρώτη φορά.
- Αυξάνεται ο αριθμός αλλά και εμπλουτίζονται οι ειδικότητες του προσωπικού.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 20-12-1966 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 278), τροποποιείται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

- Διορίζεται Φυσιοθεραπεύτρια για πρώτη φορά.
- Δημιουργούνται νέες ειδικότητες για το Διοικητικό προσωπικό.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 31-03-1971 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 65), τροποποιείται και συμπληρώνεται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

- Ο σκοπός του Νοσοκομείου παραμένει ο ίδιος εκτός από το σημείο που αναφέρεται στα ανίατα περιστατικά και προβλέπει τη δημιουργία Ειδικών Περιπτέρων Ανιάτων Παιδιών τα οποία μπορούν να συσταθούν με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιδρύματος και να λειτουργούν μέσα σε αυτό.
- Αυξάνεται ο αριθμός των κλινών από 200 σε 240 κλίνες.
- Επαναπροσδιορίζονται και συμπληρώνονται τα καθήκοντα του Διοικητικού Διευθυντή.
- Ορίζονται τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες: α) όλων των Τμημάτων και των Γραφείων του Νοσοκομείου αλλά και του προσωπικού τους, β) των Διευθυντών Κλινικών, Ιατρείων, και Εργαστηρίων, γ) των Επιμελητών Ιατρών των Κλινικών και των Ιατρείων, δ) των Βοηθών Ιατρών των Κλινικών και των Ιατρείων και ε) των Εξωτερικών Ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.
- Το προσωπικό του Νοσοκομείου διακρίνεται σε εσωτερικό και εξωτερικό. Το εσωτερικό προσωπικό είναι: α) οι εκάστοτε Εφημερεύοντες Ιατροί, β) το Νοσηλευτικό προσωπικό και γ) το προσωπικό Φύλαξης. Όλο το υπόλοιπο προσωπικό θεωρείται εξωτερικό και είναι δυνατή η παραχώρηση τροφής και διαμονής σε αυτό αν υπηρεσιακοί λόγοι το επιβάλλουν.
- Για πρώτη φορά ορίζεται Επιστημονικό Συμβούλιο, γνωμοδοτικού χαρακτήρα, στο Νοσοκομείο και η σύνθεση του αποτελείται από τους Διευθυντές Κλινικών, Εργαστηρίων και Ιατρείων αλλά και το Διοικητικό Διευθυντή. Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος των Διευθυντών Κλινικών και αναπληρωτής ο επόμενος αρχαιότερος Διευθυντής. Το Συμβούλιο συνεδριάζει κάθε δεκαπέντε ημέρες και ο Πρόεδρος του μπορεί να παρίσταται στις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, χωρίς να έχει δικαίωμα ψήφου, προκειμένου να αναλυθούν θέματα επιστημονικού ενδιαφέροντος.
- Σκοπός του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι: α) Η μελέτη, συζήτηση, και γνωμάτευση για κάθε επιστημονικό ζήτημα που αφορά τη λειτουργία του Ιδρύματος και η εισήγηση των κατάλληλων μέτρων για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη των νοσηλευομένων, β) Η συζήτηση όλων των επιστημονικών εργασιών και παρατηρήσεων

και γ) Η σύνταξη έκθεσης, τον Ιανουάριο κάθε έτους, των επιστημονικών πεπραγμένων του Ιδρύματος και η υποβολή της στην αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και στη Διεύθυνση του Ιδρύματος.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 12-02-1973 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 37), τροποποιείται και συμπληρώνεται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

Η τροποποίηση αφορά την κατασκευή Ιερού Ναού αλλά και τον ορισμό των αρμοδιοτήτων της Υπηρεσίας Διοικήσεως του Ιερού Ναού. Επίσης, το Διοικητικό Συμβούλιο με εισήγηση του Διοικητικού Διευθυντή μπορεί να αναθέσει σε υπαλλήλους του Νοσοκομείου ή σε ιδιώτες τα καθήκοντα του ιεροψάλτη και του νεωκόρου.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 06-02-1979 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 21), τροποποιείται και συμπληρώνεται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

Ο σκοπός του Νοσοκομείου παραμένει ο ίδιος εκτός από την αύξηση του ορίου ηλικίας των νοσηλευόμενων παιδιών από 16 ετών σε 17 ετών.

Ο αριθμός των νοσηλευτικών κλινών παραμένει 240 κλίνες.

Περιγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες όλων των Τμημάτων και Γραφείων του Ιδρύματος.

Ορίζεται νέα διάρθρωση θέσεων προσωπικού σε όλες τις βαθμίδες.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 25-11-1986 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 810), τροποποιείται και αναμορφώνεται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ως εξής:

Ο σκοπός του Νοσοκομείου (περιγράφεται αναλυτικά στην ενότητα 1.2 Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου) αλλάζει στα εξής σημεία:

α) Προβλέπεται εξειδικευμένη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε παιδί, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και

επαγγελματική κατάσταση της οικογένειας του, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

β) Η κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των παιδιών κρίνεται δυνατή και με τη στοιχειώδη τεχνική κατάρτισή τους στα Επαγγελματικά Εργαστήρια ή με την παραμονή τους στα ενδιάμεσα σπίτια (Μονάδα Κοινωνικής Αποθεραπείας).

γ) Προβλέπεται η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής έρευνας.

δ) Είναι εφικτή η εκπαίδευση και επιμόρφωση λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

Το Ίδρυμα ορίζεται ως Ειδικό Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο και μετονομάζεται σε «Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής».

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε 300 κλίνες.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσοδοι από την περιουσία του Ιδρύματος.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα και εκποιήσεις.

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις Υπηρεσίες: Την Ιατρική, την Νοσηλευτική και τη Διοικητική.

Στον Οργανισμό γίνεται αναλυτική παρουσίαση των αρμοδιοτήτων και των καθηκόντων των Υπηρεσιών, των Τμημάτων και των Γραφείων του Νοσοκομείου.

Γίνεται ανάλυση των θέσεων και των καθηκόντων του προσωπικού ενώ παρατηρείται αύξηση του αριθμού εργαζομένων σε ορισμένες ειδικότητες που ισχύουν μέχρι και τη σημερινή εποχή.

**Σήμερα**, με την επιχειρούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ο ρόλος του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής βαίνει προς το τέλος του, αφού έχει δρομολογηθεί η οριστική κατάργησή του και η αντικατάστασή του από ένα πλήρες κοινοτικό δίκτυο δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους.

Ο καθοριστικός -μέχρι πρότινος- ρόλος του να υποδέχεται το σύνολο των ψυχικά ασθενών -παιδιών και εφήβων- από ολόκληρη σχεδόν την επικράτεια, τερματίζεται

με την ψήφιση του νέου θεσμικού πλαισίου για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρ' όλ' αυτά και μέχρι την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων που έχουν αποφασισθεί, το Νοσοκομείο πρέπει να επιτελέσει έναν διπλό ρόλο. Αφενός να πρωταγωνιστήσει στις συντελούμενες αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας και αφετέρου να παρέχει πλήρεις υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης στον πληθυσμό που αναφέρεται (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### 2.3.....ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σύμφωνα με τον πρώτο Οργανισμό του Νοσοκομείου (13-08-1958, τεύχος πρώτο, Αριθμός Φύλλου 120), οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, από άποψη περιεχομένου καθηκόντων, διακρίνονται σε:

- **Διοικητική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει: α) Το Τμήμα Γραμματείας που απαρτίζεται από τα Γραφεία Γραμματείας, Προσωπικού και Κινήσεως Ασθενών και β) Το Τμήμα Οικονομικών Υπηρεσιών που απαρτίζεται από το Γραφείο Προϊσταμένου Οικονομικών Υπηρεσιών, το Λογιστήριο που συγκροτείται από τα Γραφεία Διαχειρίσεως Τροφίμων, Υλικού και Προμηθειών και το Ταμείο.
- **Ιατρική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει: α) Την Νευροψυχιατρική Κλινική Παίδων μαζί με το Εξωτερικό Νευροψυχιατρικό Ιατρείο Παίδων και β) Τα Εργαστήρια, Μικροβιολογικό, Ακτινολογικό, Ηλεκτροφυσιολογικό και Ψυχολογικό.
- **Νοσηλευτική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει το Νοσηλευτικό προσωπικό.
- **Φαρμακευτική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει το Φαρμακείο.
- **Ειδική Επιστημονική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει τους Ψυχολόγους και τους Παιδαγωγούς.
- **Κοινωνική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.
- **Υπηρεσία Απασχολήσεως και Εργασιοθεραπείας** που περιλαμβάνει το προσωπικό Εργασιοθεραπείας και
- **Βοηθητική Υπηρεσία** που περιλαμβάνει το προσωπικό Καθαριότητας και το λοιπό προσωπικό.

Με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 31-03-1971 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 65), οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου ορίζονται ως εξής:

- Η **Διοικητική Υπηρεσία** περιλαμβάνει: α) Το Διοικητικό Διευθυντή, β) Το Γραμματέα του Ιδρύματος, γ) Το Τμήμα Γραμματείας που απαρτίζεται από τα γραφεία Διοικητικού, Προσωπικού, Κινήσεως Ασθενών, Εποπτείας και Πρωτοκόλλου και δ) Το Τμήμα Οικονομικού που εμπεριέχει το Γραφείο Προϊσταμένου Οικονομικού και το Λογιστήριο που αποτελείται από τα γραφεία Χρηματικού, Διαχείρισης Τροφίμων, Διαχείρισης Υλικού, Προμηθειών, το Ταμείο αλλά και το Ιματιοφυλάκιο.
- Η **Ιατρική Υπηρεσία** περιλαμβάνει: α) Δύο Νευροψυχιατρικές Κλινικές Παίδων με δύναμη 120 κλίνες η κάθε μια κλινική, β) Τα ανεξάρτητα εσωτερικά Ιατρεία (Παιδιατρικό, Οδοντιατρικό, Ωτολαρυγγολογικό), γ) Το Εξωτερικό Νευροψυχιατρικό Ιατρείο Παίδων και δ) Τα Επιστημονικά Εργαστήρια (Ακτινολογικό, Μικροβιολογικό, Ηλεκτροφυσιολογικό, Ψυχολογικό).
- Η **Φαρμακευτική Υπηρεσία** περιλαμβάνει το Φαρμακείο.
- Η **Νοσηλευτική Υπηρεσία** περιέχει το Νοσηλευτικό προσωπικό.
- Η **Ειδική Επιστημονική Υπηρεσία** περιλαμβάνει α) τους Ψυχολόγους, β) τους Παιδαγωγούς, γ) τους Λογοπεδικούς και δ) τους Καθηγητές Σωματικής Αγωγής.
- Η **Κοινωνική υπηρεσία** περιέχει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.
- Η **Υπηρεσία Εργασιοθεραπείας και Φυσιοθεραπείας** περιλαμβάνει: α) Το προσωπικό της Εργασιοθεραπείας και β) Τους Φυσιοθεραπευτές.
- Η **Τεχνική Υπηρεσία** περιέχει το Τεχνικό και Ειδικευμένο προσωπικό, και
- Η **Βοηθητική Υπηρεσία** περιλαμβάνει το προσωπικό: α) των Μαγειρείων, β) των Ραφείων, γ) της Καθαριότητας και των Πλυντηρίων και δ) Το Υπηρετικό και κάθε άλλης φύσης προσωπικό.

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 06-02-1979 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 21), οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου ορίζονται ως εξής:

- Η **Διεύθυνση Διοικήσεως** που περιλαμβάνει τα Τμήματα: α) Προσωπικού, β) Οικονομικού και γ) Γραμματείας αλλά και τα Γραφεία: α) Κινήσεως Ασθενών, β) Νοσηλευτικό, γ) Τεχνικό, δ) Κοινωνικής Εργασίας, ε) Εργασιοθεραπείας και Φυσιοθεραπείας και στ) Ειδικού Επιστημονικού Προσωπικού.



- Η **Ιατρική Υπηρεσία** περιλαμβάνει: α) Τρεις Νευροψυχιατρικές Κλινικές Παίδων, β) Τα ανεξάρτητα Εσωτερικά Ιατρεία (Παιδιατρικό, Οδοντιατρικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Ψυχολογικό), γ) Το Εξωτερικό Νευροψυχιατρικό Ιατρείο Παίδων και δ) Τα Εργαστήρια (Ακτινολογικό, Μικροβιολογικό, Ηλεκτροφυσιολογικό, Ψυχολογικό). Η βασική αρμοδιότητα της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η θεραπεία και η εξυπηρέτηση των ασθενών ακολουθώντας πιστά τις σύγχρονες αντιλήψεις της Ιατρικής Επιστήμης.
- Το **Φαρμακείο** που βασικές του αρμοδιότητες είναι: α) η εκτέλεση, σύμφωνα με τους επιστημονικούς κανόνες, συνταγών που διαβιβάζονται στο Φαρμακείο από τις Κλινικές, τα Ιατρεία, τα Εργαστήρια και τα Τμήματα, β) η προμήθεια και διαχείριση φαρμακευτικών και επιδεσμικών υλικών και γ) η διατήρηση και φύλαξη των υλικών αυτών.

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της 25-11-1986 (τεύχος πρώτο, αριθμός Φύλλου 810), το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις εξής Υπηρεσίες:

- Η **Ιατρική Υπηρεσία** διαρθρώνεται: Στους Τομείς: α) Ψυχιατρικό με δύναμη 280 κλίνες, β) Παθολογικό με δύναμη 20 κλίνες, γ) Χειρουργικό και δ) Εργαστηριακό.

Κάθε Τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

Ψυχιατρικός Τομέας: α) Τμήματα: Τέσσερα Παιδοψυχιατρικά, β) Μονάδες: 1) Αυτιστικών παιδιών και παιδιών με σοβαρές διαταραχές της ψυχολογικής εξέλιξης και 2) Επειγόντων Περιστατικών.

Παθολογικός Τομέας: Τμήμα: Νευρολογικό.

Χειρουργικός Τομέας: Τμήμα: Οδοντιατρικό

Εργαστηριακός Τομέας: Τμήματα: 1) Μικροβιολογικό, 2) Ακτινοδιαγνωστικό και 3) Φαρμακευτικό.

- Η **Νοσηλευτική Υπηρεσία** αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις Τομείς, 1ο, 2ο και 3ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως εξής:

Ο 1ος Τομέας: σε τέσσερα (4) Τμήματα, που καλύπτουν τον Παθολογικό Τομέα, τον Χειρουργικό Τομέα, τον Εργαστηριακό Τομέα, τα Εξωτερικά Ιατρεία και τους Ιατροπαιδαγωγικούς Συμβουλευτικούς Σταθμούς της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Ο 2ος Τομέας σε πέντε (5) Τμήματα και

Ο 3ος Τομέας σε (6) Τμήματα, που καλύπτουν τον Ψυχιατρικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

- Η **Διοικητική Υπηρεσία** του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις. Κάθε Υποδιεύθυνση αποτελείται από Τμήματα και Αυτοτελή Γραφεία ακολούθως :

Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού, με τα εξής Τμήματα:

α) Προσωπικού, β) Γραμματείας, γ) Οικονομικού, δ) Κίνησης Αρρώστων, ε) Διατροφής, στ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας, η) Πληροφορικής – Οργάνωσης και θ) Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων).

Αυτοτελή Γραφεία: α) Επιστασίας και β) Ιματισμού.

β) Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού:

Τμήματα: α) Τεχνικού και β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Σύμφωνα με το Νόμο 2889, της 02-03-2001, (τεύχος πρώτο, αριθμός φύλλου 37), όλα τα Νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον Οργανισμό τους. Ο Νόμος προβλέπει ότι κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες: α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική, γ) Διοικητική – Οικονομική και δ) Τεχνική – Ξενοδοχειακή εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Ο τελευταίος –και εν ισχύ- Οργανισμός για το Π.Ν.Α. εκδόθηκε το 1986 και αυτή τη στιγμή το Νοσοκομείο λειτουργεί εν μέρει με βάση τον Οργανισμό του και εν μέρει με βάση το Νόμου 2889/2001, μέχρις ότου εκδοθεί ο νέος ο Οργανισμός του Νοσοκομείου.

Οι Υπηρεσίες του Π.Ν.Α. αυτή τη στιγμή είναι οι: **α) Διοικητική, β) Τεχνική, γ) Νοσηλευτική** και **δ) Ιατρική** και διαρθρώνονται σε Τμήματα και Γραφεία όπως θα αναλύσουμε σε επόμενη ενότητα 1 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

<sup>1</sup> Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 2.1,2.2,2.3), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαγωγός»

## 2.4 Τρεις Τομείς Πρόληψης Ψυχικής Υγείας

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες είναι η προάσπιση της υγείας των παιδιών και των εφήβων.

Ο όρος ψυχική υγεία δεν σημαίνει μόνο την απουσία ή την εξάλειψη των ψυχικών συμπτωμάτων. Προϋποθέτει και την εξασφάλιση μιας εσωτερικής ισορροπίας, μαζί με τη δυνατότητα για ευχαρίστηση, ικανοποίηση και συνεχή εξέλιξη του ατόμου.

Η πρόληψη θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για όλες τις χώρες του κόσμου. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης: η πρωτογενής, η δευτερογενής, και η τριτογενής.

Η **πρωτογενής πρόληψη** αναφέρεται σε όλα τα μέτρα και δραστηριότητες που έχουν στόχο την αποφυγή εμφάνισης νόσου ή διαταραχής.

Η **δευτερογενής πρόληψη** συμπεριλαμβάνει όλα τα μέτρα και τις δραστηριότητες που στόχο έχουν την πρώιμη αναγνώριση και διάγνωση μιας ασθένειας, τη χρησιμοποίηση κατάλληλων μεθόδων θεραπείας ή άλλων μέτρων που στόχο έχουν να ανακόψουν την πρόοδο της νόσου, να μειώσουν την πιθανότητα υποτροπών και να αποτρέψουν τη χρονιότητα.

Είναι αυτονόητο ότι οι δραστηριότητες στον τομέα της δευτερογενής πρόληψης έχουν άμεση σχέση με τη διαθεσιμότητα κατάλληλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και άλλων συναφών υπηρεσιών για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες.

Η **τριτογενής πρόληψη** συμπεριλαμβάνει όλα τα μέτρα και τις δραστηριότητες που στόχο έχουν να περιορίσουν τις αναπηρίες και τις μειονεξίες που παρουσιάζονται όταν η ασθένεια είναι τέτοια που είναι δύσκολο να θεραπευτεί ή να αντιμετωπιστεί ριζικά.

Οι δραστηριότητες στον τομέα της τριτογενούς πρόληψης έχουν στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση όλων των ατόμων με χρόνιες ασθένειες ή διαταραγμένες λειτουργίες, έτσι ώστε να εξλειφθεί ή να μειωθεί η πιθανότητα να εκτεθεί το άτομο σε βλαπτικές από το περιβάλλον συνθήκες, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις ατόμων με χρόνιες ασθένειες και εγκλεισμού τους σε

ιδρύματα. **Στόχος** είναι να βελτιωθούν οι δυνατότητες του ατόμου για την αντιμετώπιση των συνθηκών της ζωής του .

Η λειτουργία των φορέων πρόληψης, φροντίδας και προαγωγής της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων ενδιαφέρει κάθε γονιό που νοιώθει να δυσκολεύεται στη σχέση του με το παιδί του, που παρατηρεί δυσκολίες σε διάφορους τομείς και οι οποίες τον προβληματίζουν, που θέλει να συζητήσει για θέματα ψυχικής υγείας παιδιών (Σημειώσεις Π.Ν.Α.).

#### 2.4.1 Γενικές Αρχές Για Τα Δικαιώματα Των Χρηστών Των Υπηρεσιών Υγείας Και Ψυχικής Υγείας Του Π.Ν.Α.

- Σύμφωνα με το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 ο νοσοκομειακός ασθενής:
- i. Έχει δικαίωμα προσεγγίσεων στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
  - ii. Έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του.
  - iii. Έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.
  - iv. Δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί οτιδήποτε αφορά την κατάστασή του.
  - v. Έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκατάθεση του ίδιου.
  - vi. Έχει το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και των περιεχομένων των εγγράφων που

τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και των ευρημάτων πρέπει να είναι εγγυημένος.

- vii. Έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
- viii. Έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και συστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Στο πλαίσιο του προγράμματος της διακρατικής συνεργασίας των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ΨΝΑ, ΠΝΑ, και Maison Blanche έχει ξεκινήσει μια συνεργασία όσον αφορά τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συνεργασία με τους συλλόγους των χρηστών από τη Γαλλία και την Ελλάδα.

Προϊόν αυτής της συνεργασίας είναι ο Γαλλικός καταστατικός χάρτης του χρήστη στην ψυχική υγεία, του οποίου τις αρχές το Π.Ν.Α. επισήμως έχει υιοθετήσει. Ιδιαίτερα για τα άτομα που νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικό πλαίσιο πρέπει να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω:

- Ο χρήστης στην ψυχική υγεία είναι ένα πρόσωπο το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί με το σεβασμό και το ενδιαφέρον που αναλογεί στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Είναι ένα πρόσωπο το οποίο έχει το δικαίωμα σεβασμού των προσωπικών του αντικειμένων και αναγκών (προσωπικά ρούχα, ταχυδρομείο, προσωπικού χώρου) της προσωπικής του ζωής καθώς και το δικαίωμα του απορρήτου για κάθε πληροφορία προσωπική, ιατρική και κοινωνική που τον αφορά.
- Είναι ένα πρόσωπο το οποίο δεν αντιπροσωπεύει μια ασθένεια αλλά υποφέρει από μια ασθένεια.
- Ο ψυχίατρος πρέπει να προτείνει στους χρήστες να λειτουργούν με διασύνδεση μεταξύ τους προκειμένου να ανταλλάσσουν χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν το χρήστη και έτσι να υποστηρίζεται ενισχυμένα η ανάληψη της ιατρικής και κοινωνικής ευθύνης.
- Κατά τη νοσηλεία ο χρήστης έχει τα προσωπικά του ρούχα κατά την διάρκεια της παραμονής του εκτός αν λόγοι ασφαλείας επιβάλλουν το αντίθετο.

- Πρέπει να του παρέχεται ένα ενημερωτικό φυλλάδιο υποδοχής με πρακτικές πληροφορίες σχετικές με την παραμονή του καθώς και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του.
- Τα τηλεφωνήματα, οι επισκέψεις και οι έξοδοι μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου θα είναι αντικείμενο συμφωνίας το οποίο συζητείται τακτικά ανάμεσα σε ασθενή και γιατρό με σεβασμό προς τους άλλους ασθενείς.
- Επισταμένα προσοχή θα δοθεί στην οργάνωση για φροντίδα ποιότητας όταν είναι απαραίτητο μετά τη νοσηλεία.
- Αν η νοσηλεία αποδειχτεί αναγκαία, οι ασθενείς λαμβάνουν αμέσως ξεκάθαρη και προσαρμοσμένη πληροφόρηση σχετικά με τον τρόπο νοσηλείας και τους τρόπους για την έκφραση αντιρρήσεων. Αυτή η πληροφόρηση η οποία είναι πιθανόν να μην γίνει αρχικά αρκετά κατανοητή εξαιτίας της σοβαρότητας της αρχικής κλινικής κατάστασης θα ξαναδοθεί αργότερα τόσο όσο χρειάζεται.
- Εκτός από τις περιπτώσεις όπου επιβάλλεται νομικά η νοσηλεία με περιορισμό με ενημέρωση της οικογένειας του κάθε νοσηλευόμενος ασθενής δύναται πάντα να εγκαταλείψει το ίδρυμα αφού προηγουμένως ενημερωθεί για τους πιθανούς κινδύνους της κατάστασης του και αφού απογράψει το εξιτήριο του.
- Λαμβάνοντας υπόψη την υποχρέωση του για αποτελεσματικότητα και υποστήριξη στην θεραπεία πάντα θα απαιτείται ο μέγιστος βαθμός πληροφόρησης και συμμετοχής σε ότι αφορά τον ίδιο, τη θεραπεία του και την καθημερινότητα του ακόμα και στις περιπτώσεις όπου απαιτείται φροντίδα και χωρίς την συγκατάθεση του.
- Ο νεαρός χρήσης που δεν μπορεί να πάρει σοβαρές αποφάσεις που τον αφορούν στρέφεται προς τους έχοντες την πατρική κηδεμονία για να εκφράσουν την συγκατάθεση τους. Ωστόσο, όταν η υγεία του είναι πιθανόν να διακυβεύεται εξαιτίας της άρνησης των νομίμων αντιπροσώπων ή της αδυναμίας να δοθεί η συγκατάθεση τους, ο γιατρός μπορεί να απευθύνεται στον εισαγγελέα προκειμένου να παρέχει στον χρήση την αναγκαία φροντίδα.
- Ανεξάρτητα από τις παρατηρήσεις που εκφράζονται στα ερωτηματολόγια περί ικανοποίησης, ο χρήστης και οι δικαιούχοι του

μπορούν να μοιραστούν με τον διευθυντή της μονάδας ή του ιδρύματος την γνώμη, την επιθυμία ή τα παράπονα τους.

- Οι ενέργειες που αφορούν τους χρήστες υπηρετούν μια πολιτική η οποία στοχεύει στην δημιουργία μιας εικόνας λιγότερο υποτιμημένης για την ψυχική ασθένεια προκειμένου να εισαχθεί αυτή και σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς χώρους όπου οι χρήστες εξακολουθούν να είναι συχνά θύματα διακρίσεων.
  - Διατηρώντας απόλυτο σεβασμό προς τη συμφωνία με τον ασθενή, η οικογένεια μπορεί να συνδεθεί με την θεραπευτική διαδικασία, να ενημερωθεί για την ασθένεια προκειμένου να υιοθετήσει μια υποστηρικτική στάση προς τις δυσχέρειες του ασθενή 2 (Σημειώσεις Π.Ν.Α.).
-

2 Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 2.4), τις πήραμε από την συνεργασία μας με το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

## **2.5 Αποτίμηση του χαρακτήρα του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής**

### **Πλεονεκτήματα**

- **Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ Π.Ν.Α. ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.**
- **Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ Π.Ν.Α. ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ, ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ Κ.Α.)**
- **Η ΔΙΑΚΗΡΥΓΜΕΝΗ ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**
- **ΤΟ 10ΕΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**
- **Η ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΑΠΟ ΠΟΡΟΥΣ ΤΟΥ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»**
- **ΤΟ ΠΟΛΥΑΡΙΘΜΟ ΗΔΗ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**

### **Αδυναμίες**

- **ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**
- **ΤΟ ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ -BURN OUT- ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**
- **Ο ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΡΩΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.**
- **ΤΟ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ, ΕΛΕΓΧΟΥ, ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ**



### Δυνατότητες-Ευκαιρίες

- **Η ΠΛΗΡΗΣ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»**
- **Η ΠΛΗΡΗΣ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΑΡΙΘΜΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΟΣ ΗΔΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

### Κίνδυνοι

- **Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟ ΔΡΑΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΠΕ.Σ.Υ.Π., ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΟΜΟΡΑ ΠΕ.Σ.Υ.Π.**
- **Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟ ΔΡΑΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΦΟΡΕΩΝ (Κ.Ψ.Υ.)**
- **ΟΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ ΣΕ ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ<sup>3</sup> (Μ.Υ.Π.Ε.Π., ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ Π.Ν.Α., 2003).**

---

3 Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 2.5), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαγωγός»

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**  
**Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**  
**ΣΤΟ Π.Ν.Α.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ Π.Ν.Α.

#### 3.1 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

##### > Εισαγωγή

«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Υγείας και της κοινωνίας για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια» (Μαδιανός Μ. Γ., 1994:25).

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση, και κοινωνική ένταξη. Να έχει δηλαδή μια ζωή εντελώς διαφορετική από εκείνη που έχει ο μακροχρόνια έγκλειστος στο Ψυχιατρείο.

Το πέρασμα από την **ασυλική ψυχιατρική**, (με τα ιδρυματικού τύπου, κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία και συχνά από την ίδια τη ζωή), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην **κοινωνική - κοινοτική Ψυχιατρική**, (με την ανάπτυξη ενός συνολικού Συστήματος Κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της Ψυχικής Υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### 3.1.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Π.Ν.Α.

Σήμερα το σύνολο των πολιτικών για την ψυχική υγεία υιοθετεί τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που επικεντρώνονται στην έννοια της «αποσυλοποίησης» και του «αποιδρυματισμού» και των αρχών της «τομεοποίησης». Ο αποιδρυματισμός ορίζεται ως: η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για την φροντίδα των ψυχικά αρρώστων και η προοδευτική εκκένωση των χώρων από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί, η ταυτόχρονη εξάπλωση θεραπευτικών δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, η αποφυγή των ατόμων εκείνων που μπορεί να είναι πιθανοί υποψήφιοι ιδρυματισμού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο αυτό η χώρα μας εκπόνησε και εφαρμόζει σήμερα με συνχρηματοδότηση της Ε.Ε το δεκαετές, (2001 - 2010), Επιχειρησιακό Σχέδιο «Ψυχαργώς» για την ψυχική υγεία. Σε αυτό προβλέπεται το κλείσιμο πολλών ψυχιατρείων της χώρας και η παράλληλη ανάπτυξη κοινοτικών δομών για την πρόληψη, περίθαλψη και κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Η κρίση ή η οξεία φάση της ασθένειας αντιμετωπίζονται στα πλαίσια των ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με βάση τον εθνικό σχεδιασμό το Π.Ν.Α εκπόνησε επιχειρησιακό σχεδιασμό που προβλέπει την κατάργηση κι τον μετασχηματισμό σε δίκτυο αποκεντρωμένων κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Ειδικότερα, αυτός προβλέπει ότι μετά το 2006 πάει να λειτουργεί ως Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο και στο χώρο του αναπτύσσεται Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου με Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας καθώς επίσης και η δημιουργία Κέντρου Ιατρικής Φυσικής και Αποκατάστασης για τους κατοίκους της Ανατολικής Αττικής. Οι νοσηλεύόμενοι του μεταφέρονται σε 5 οικοτροφεία αποσυλοποίησης που πρόκειται να ιδρύσει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το Π.Ν.Α. δημιουργεί ένα οικοτροφείο αποσυλοποίησης και ένα ξενώνα για 10 εφήβους με αυτισμό. Ενισχύεται η λειτουργία των δύο ξενώνων και των δύο κέντρων ημέρας, ενώ τα τέσσερα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα ενισχύονται και αυτονομούνται. Προβλέπεται η κατάργηση της Μονάδας Επειγόντων

Περιστατικών και η ανάπτυξη ενδονοσοκομειακών παιδοψυχιατρικών δομών σε Γενικά και Παιδιατρικά Νοσοκομεία του Α΄ και Β΄ ΠΕΣΥΠ Αττικής σε αντικατάσταση της λειτουργίας των τεσσάρων μέχρι σήμερα ‘παραδοσιακών’ κλινικών του Π.Ν.Α, (Γ.Ν.Παιδων Αγλαΐας Κυριακού , Παιδων Πεντέλης , Αττικής Σισμανόγλειο και Γ.Ν. Βούλας ‘Ασκληπιείο’). Παράλληλα, ζητείται η εμπλοκή του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας για να συμμετάσχει στην ανάπτυξη Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών που απαιτούν κυρίως κοινωνική φροντίδα και όχι ψυχιατρική (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ειδικότερα, για την υλοποίηση αυτής της προσπάθειας αλλαγής έχουν ήδη υποβληθεί προτάσεις προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τα εξής έργα:

1. «Δημιουργία και λειτουργία ξενώνων αποσυλοποίησης για 10 εφήβους με αυτισμό,
2. δημιουργία και λειτουργία οικοτροφείου αποσυλοποίησης 10 ασθενών του Π.Ν.Α.,
3. ενίσχυση λειτουργίας των κέντρων ημέρας ΕΘΜΑ και ΛΙΘΑΡΑΚΙ,
4. ενίσχυση λειτουργίας του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Ν. Σμύρνης, Αθήνας, Ν. Ηρακλείου, Παλλήνης. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σε αυτό το σημείο θα αναφέρουμε και τις δράσεις που ανέλαβε η διοίκηση του Π.Ν.Α για την ολοκλήρωση του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού :

1. «Θεσμοθέτηση της ‘‘ομάδας σχεδιασμού και έργου’’,
2. καθιέρωση συναντήσεων μελών του προσωπικού όλων των επιπέδων,
3. ενέργειες για την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των νοσηλευομένων,
4. ίδρυση γραφείων ευρωπαϊκών προγραμμάτων και επικοινωνίας με τον πολίτη,
5. συγκρότηση επιτροπής «συντονισμού δράσεων για την κοινωνική επανένταξη των ασθενών,
6. εκπόνηση σχεδίων δράσης με τη συμμετοχή εξωτερικών κοινοτικών πόρων,
7. συγκρότηση ομάδας επικοινωνιακής πολιτικής,
8. συγκρότηση διακρατικού δικτύου συνεργασίας τριών ψυχιατρειών (Π.Ν.Α, Ψ.Ν. Αττικής, Ψ.Ν. Maison blanche Γαλλίας),
9. δημιουργία συλλόγου φίλων του Π.Ν.Α.,

**10.** δημοσιεύσεις σε επιστημονικά συνέδρια και περιοδικά της μεθοδολογίας και των δράσεων αποσυλοποίησης ολοκλήρωση του 'Χάρτη Υγείας' του Π.Ν.Α.» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

Το Π.Ν.Α. ως το μόνο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο δέχεται ασθενείς κατά ένα μεγάλο ποσοστό από την Αττική, αλλά και κατά ένα μικρότερο –πλην όμως ιδιαίτερα σημαντικό- από όλη την Ελλάδα.

Η πορεία του Π.Ν.Α. εξαρτάται άμεσα από τη συντελούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα. Το Νοσοκομείο βαίνει προς την κατάργησή του, μετασχηματιζόμενο σ' ένα δίκτυο κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το πλαίσιο του μετασχηματισμού του έχει διατυπωθεί με σαφήνεια στο Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός», ενώ σε πλήρη συμβατότητα με την πολιτική αυτή φαίνεται να είναι και η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο πλαίσιο του αποϊδρυματισμού και του μετασχηματισμού του Νοσοκομείου έχει προβλεφθεί η μεταφορά των κλινικών και ο μετασχηματισμός της λειτουργίας τους σε σύγχρονα παιδοψυχιατρικά τμήματα σε Παιδαγωγικά και Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής, ο μετασχηματισμός της Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών σε Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Φροντίδας Παιδιών και Εφήβων σε Γενικά Νοσοκομεία, σε συνεργασία με τις δομές κοινωνικής φροντίδας, η δημιουργία νέων θεραπευτικών κοινοτικών δομών και δομών αποϊδρυματισμού και η ενίσχυση και αναβάθμιση των υπαρχόντων κοινοτικών δομών (Σημειώσεις Π.Ν.Α.).

Συγκεκριμένα, οι τέσσερις κλινικές θα μεταφερθούν και θα αποτελέσουν πλέον Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Νοσοκομεία του Α' και Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής, ενώ η Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών προβλέπεται να μετασχηματιστεί σε Τμήμα Υποδοχής Περιστατικών (μέχρι 14 ετών), σε Κέντρο Κρίσης Εφήβων και σε Μονάδα Υποδοχής Περιστατικών με επείγοντα κοινωνικά προβλήματα. Τη δημιουργία των δομών αυτών θα ακολουθήσει και η δημιουργία πέντε ακόμα Οικοτροφείων, η μεταφορά και αναβάθμιση των Επαγγελματικών Εργαστηρίων και η ενίσχυση και αναβάθμιση της λειτουργίας

των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, του Κέντρου Ημέρας και της Ειδικής Θεραπευτικής Μονάδας Αυτιστικών<sup>1</sup> (Σημειώσεις Π.Ν.Α.).

### 3.1.2 Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» για το Π.Ν.Α.

Το έτος 2001, ως γνωστόν, είναι η χρονιά των μεγάλων διακηρύξεων για την μεταρρύθμιση στον χώρο της Υγείας. Τα Νοσοκομεία χάνουν τη διοικητική και νομική αυτοτέλεια τους και αποτελούν πλέον αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. Μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των διακηρύξεων για τη μεταρρύθμιση του δυσλειτουργούντος ΕΣΥ, επικρατεί η διακηρυγμένη πολιτική βούληση για την εφαρμογή ενός 10ετούς εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία με την ονομασία **Ψυχαργός**.

Η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υποστηρίζεται σε χρηματοοικονομικό επίπεδο από την Ευρωπαϊκή Ένωση και βρίσκεται υπό την αυστηρή διοικητική και διαχειριστική εποπτεία της. Το σχέδιο αυτό προβλέπει μεταξύ άλλων την επιτάχυνση του αποϊδρυματισμού όλων των ψυχιατρείων της χώρας, την σταδιακή κατάργηση μέχρι το 2006, των πέντε από αυτά, (μεταξύ των οποίων και το Π.Ν.Α.), και την ταυτόχρονη ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα.

Ειδικά για το Π.Ν.Α. προβλέπεται, αφού προηγηθεί η κατάργηση του φορέα το 2006, να δημιουργηθεί στο χώρο του ένα Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης και ένα αναβαθμισμένο Κέντρο Υγείας Αστικού τύπου με μονάδα Βραχείας Νοσηλείας 15 κλινών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

---

<sup>2</sup> Σημειώσεις Π.Ν.Α. = Εμπειρικό υλικό που συγκεντρώσαμε από την επαφή μας με το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής



### 3.2 Στόχοι του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Σχετικά με τις Μεταβολές που αυτό θα υποβληθεί σύμφωνα με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

*Στόχοι* του Π.Ν.Α. σχετικά με τις μεταβολές που αυτό θα υποβληθεί σύμφωνα με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση:

- «Η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ποσοτικά και ποιοτικά) προς τους ασθενείς (παιδιά και εφήβους) για όσο διάστημα αυτό λειτουργεί (τέλος 2006),
- Η επίτευξη υψηλών ποσοτικών και ποιοτικών αποδόσεων - στα πλαίσια του κοινωνικού του ρόλου - με σωστή διαχείριση των περιορισμένων πόρων και προγραμματισμένη ανάπτυξη προς όφελος των χρηστών,
- Η πλήρης υποστήριξη των δράσεων αποασυλοποίησης των χρόνιων ασυλικών ασθενών του, που ταυτίζεται με τις κατευθύνσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- Η υποστήριξη των σχεδιαζόμενων παρεμβάσεων στον τομέα της ανάπτυξης ενός πλήρους δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην ευρύτερη περιοχή, που θα υποκαταστήσει τις μέχρι σήμερα παρεχόμενες υπηρεσίες (παραπομπές στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και εκούσιες ή ακούσιες νοσηλείες),
- Υποστήριξη της εργασιακής ένταξης των ψυχικά ασθενών του μέσω της ίδρυσης Κοινωνικού Συνεταιρισμού Π.Ε. του Ν.2716/99,
- Προσαρμογή στην υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό,
- Αποϊδρυματισμός του συνόλου των χρόνιων ασυλικών ασθενών που διαβιούν στο Νοσοκομείο και μεταστέγασή τους σε κοινοτικές δομές,
- Υποστήριξη της (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών στην αγορά εργασίας μέσω της σύστασης Κοινωνικού Συνεταιρισμού (Κοι.Σ.Π.Ε.),

- Βελτιστοποίηση των κοινωνικών ωφελειών και ταυτόχρονα ελαχιστοποίηση του κοινωνικού κόστους από τη μεταφορά υπηρεσιών του Νοσοκομείου σε άλλους φορείς υγείας (μεταφορά κλινικών),
- Προσαρμογή φιλοσοφίας του προσωπικού στις νέες αλλαγές, με έμφαση στο συμμετοχικό management,
- Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου, μέσω κυρίως προγραμμάτων διαρκούς επιμόρφωσης και κατάρτισης,
- Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου τους στην κοινότητα,
- Υποστήριξη των σχεδιαζόμενων αλλαγών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και έφηβους της ευρύτερης περιοχής του Β΄ ΠεΣΥΠ Αττικής,
- Υποστήριξη των σχεδιαζόμενων αλλαγών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των περιοχών δραστηριότητας του Π.Ν.Α.
- Εξασφάλιση της εργασιακής ειρήνης του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου,
- Ενίσχυση και κατοχύρωση του έργου και του ρόλου των δομών και υπηρεσιών που λειτουργούν σήμερα στο Νοσοκομείο» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## **A. Σχέδια Δράσης**

### **A1. Αναβάθμιση – εκσυγχρονισμός υφιστάμενης υποδομής**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- *«Δράσεις συντήρησης-βελτίωσης υποδομών*
- *Ανακαίνιση χώρων εξωνοσοκομειακών δομών*
- *Ανακαίνιση χώρων εξωτερικών ιατρείων*
- *Βελτίωση των χώρων υποδοχής του Νοσοκομείου*
- *Ηλεκτρολογικές εργασίες-ενίσχυση φωτισμού*
- *Βελτίωση-διαμόρφωση περιβάλλοντος χώρου Νοσοκομείου*

### **A2. Βελτίωση παραγωγικότητας – αποδοτικότητας προσωπικού Νοσοκομείου**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- Συνεχής κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών-Κατάρτιση εκπαιδευτών, στελεχών και λοιπού προσωπικού, με έμφαση στην πρακτική εφαρμογή
- Παροχή κινήτρων (εκπαιδευτικές άδειες, ταξίδια κ.λ.π.)

### **B1. Δημιουργία δομών αποασυλοποίησης χρόνιων ασθενών**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- Λειτουργία Οικοτροφείου 15 χρόνιων ασθενών
- Λειτουργία Ξενώνα 10 ατόμων με αυτισμό
- Υποστήριξη των δράσεων αποασυλοποίησης που αναλαμβάνει το Κ.Ψ.Υ.

### **B2. Υποστηρικτικές δράσεις αποασυλοποίησης χρόνιων ασθενών**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- Πρόγραμμα κατάρτισης του προσωπικού του Οικοτροφείου
- Πρόγραμμα κατάρτισης του προσωπικού του Ξενώνα

### **B3. Δράσεις εργασιακής (επαν)ένταξης ψυχικά ασθενών – Δημιουργία ΚοιΣΠΕ**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- Υποστήριξη της δημιουργίας Κοινωνικού Συνεταιρισμού (Ν.2716) στην ευρύτερη περιοχή του 6<sup>ου</sup> Το.Ψ.Υ.Π.Ε.

### **Γ1. Σύσταση και ενίσχυση κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και έφηβους**

---

#### *Σχέδια δράσης:*

- Σύσταση και ενίσχυση 4 Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (Παλλήνης, Αθηνών, Ν. Ηρακλείου, Ν. Σμύρνης).
- Σύσταση και ενίσχυση 2 Κέντρων Ημέρας (ΕΘΜΑ, «Λιθαράκι»).
- Ενίσχυση της λειτουργίας Ξενώνα Εφήβων Παλλήνης
- Ενίσχυση της λειτουργίας Ξενώνα Παιδιών Παλλήνης.

## Γ2. Υποστηρικτικές δράσεις για τη λειτουργία των κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και έφηβους

---

### *Σχέδια δράσης:*

- *Πρόγραμμα κατάρτισης στελεχών των δομών» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).*

### → Στρατηγικοί στόχοι

α) Η επιτάχυνση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, απαιτεί την σταδιακή προσαρμογή όλων των μηχανισμών του Νοσοκομείου, με τέτοιο τρόπο ώστε μετά τη παύση λειτουργίας του, να είναι δυνατή η μετάβαση στη «νέα εποχή» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο αυτό έχει προγραμματιστεί η μεταφορά των λειτουργούντων τεσσάρων (4) Κλινικών του Π.Ν.Α. σε τέσσερα (4) Γενικά Νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου. Η μεταφορά έχει προγραμματιστεί να ξεκινήσει άμεσα με δράσεις επαφών με τα Νοσοκομεία υποδοχής, λειτουργίας εξωτερικών ιατρείων σ' αυτά και «διασυνδεδετικής» με τα λειτουργούντα ήδη τμήματα των Νοσοκομείων υποδοχής. Στη συνέχεια και με την αποασυλοποίηση των χρονίων ασθενών των κλειστών Τμημάτων του Π.Ν.Α. οι Κλινικές μπορούν να μεταφερθούν κανονικά, με το ιατρικό, το επιστημονικό-μη ιατρικό προσωπικό τους και με μέρος των υπολοίπων εργαζομένων, εφόσον κάτι τέτοιο είναι εφικτό (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Τα τέσσερα Νοσοκομεία υποδοχής είναι:

- *Το Γ.Ν.Π. «Αγλαΐα Κυριακού»*
- *Το Π.Ν. «Παιδων Πεντέλης»*
- *Το Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», όπου θα εγκατασταθεί ένα Τμήμα Εφήβων, και*
- *Το Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).*

Σχεδιάζεται ακόμη, να προχωρήσει το Νοσοκομείο στην τυπική σύσταση και στην ενίσχυση της λειτουργίας των τεσσάρων (4) Ιατροπαιδαγωγικών του Κέντρων και των δύο (2) Κέντρων Ημέρας, τα οποία λειτουργούν ήδη ατύπως. Η ενίσχυση της λειτουργίας τους αναφέρεται στη μεταφορά προσωπικού που επιθυμεί να

απασχοληθεί σ' αυτά, καθώς και στην κατάθεση πρότασης χρηματοδότησης από το Ε.Π. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο του ίδιου στόχου, είναι επιβεβλημένο να δραστηριοποιηθεί, η Διοίκηση του Νοσοκομείου, το σύνολο του στελεχιακού του δυναμικού και άλλων στελεχών άλλων Γενικών Νοσοκομείων, ώστε να καταστεί εφικτή η επίτευξη των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην ευρύτερη περιοχή του Λεκανοπεδίου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Έτσι έχει προγραμματιστεί η δραστηριοποίηση του Νοσοκομείου σχετικά με διοργάνωση συσκέψεων εργασίας με στελέχη άλλων Γενικών Νοσοκομείων, με αντικείμενο την ενημέρωση, πληροφόρηση και συνεπώς ενεργοποίηση αυτών στη φιλοσοφία και τις πρακτικές που εισάγει η συντελούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Να σημειωθεί ότι η δραστηριότητα αυτή έχει ήδη ξεκινήσει σε ορισμένα Νοσοκομεία (Σισμανόγλειο, Παίδων Πεντέλης, κ.α.) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Παράλληλα κρίνεται αναγκαία, από τους υπεύθυνους του Π.Ν.Α., η ενίσχυση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης του ίδιου του προσωπικού του Νοσοκομείου, αλλά και της ενημέρωσης της τοπικής κοινωνίας για την φιλοσοφία και τις προοπτικές της μεταρρύθμισης, μέσα από την διοργάνωση ημερίδων και λοιπών ανάλογων δραστηριοτήτων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

β) Σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα του Επιχειρησιακού Προγράμματος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, θα συνεχίσει τη λειτουργία του μέχρι και το έτος 2005, οπότε και αναμένεται να έχει ολοκληρωθεί η μεταφορά των Κλινικών του, η δημιουργία των ψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία, η δημιουργία δικτύου κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους (Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα) και η δημιουργία των εξωνοσοκομειακών κοινοτικών δομών αποασυλοποίησης των χρόνιων ασθενών του Νοσοκομείου (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ωστόσο μέχρι την υλοποίηση του χρονοδιαγράμματος αυτού, το Νοσοκομείο θα συνεχίσει να δέχεται ασθενείς (με φθίνοντα βέβαια ρυθμό) και να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς μέσω των κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, που θα έχει στην ευθύνη του (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο αυτό, το Νοσοκομείο έχει προγραμματίσει μία σειρά από ενέργειες (εκσυγχρονισμός μέρους των υποδομών-ανακαινίσεις), με στόχο αφενός τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφετέρου να καταστήσουν λειτουργικότερη την διαχείριση των παραγωγικών πόρων του Νοσοκομείου (εισαγωγή διοικητικοοικονομικών εφαρμογών-μηχανογράφηση) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η επίτευξη του στρατηγικού αυτού στόχου προϋποθέτει, σύμφωνα με διαπιστώσεις του Π.Ν.Α., την πλήρη αξιοποίηση του ανθρωπίνου δυναμικού του Νοσοκομείου, την ανάπτυξη των εργασιακών του δεξιοτήτων και την ορθολογικότερη κατανομή του στις διάφορες σχεδιαζόμενες δομές, με στόχο αφενός την αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του προσωπικού και αφετέρου τη διασφάλιση της εργασιακής ειρήνης αυτού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

γ) Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ως το μόνο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, μέχρι την πλήρη κατάργηση της λειτουργίας του και το μετασχηματισμό του, θα συνεχίσει να παρέχει υπηρεσίες νοσηλείας όπως συμβαίνει μέχρι σήμερα, αλλά ταυτόχρονα θα παρέχει και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας μέσω των υπό σύσταση κοινοτικών του δομών.

Το γεγονός αυτό επιβάλλει δραστηριότητες εξασφάλισης της αυτάρκειας στη λειτουργία του, βελτιστοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών του προς του ψυχικά ασθενείς και των εσωτερικών λειτουργιών του ως Οργανισμός.

Η επιτυχής άλλωστε λειτουργία των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, των Κέντρων Ημέρας, των Εξωτερικών Ιατρείων και των Εργαστηρίων του μέχρι σήμερα, επιβάλλει το σχεδιασμό και την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων, προκειμένου το Νοσοκομείο να αυξήσει την αποδοτικότητά τους και να βελτιώσει τις υπηρεσίες τους.

Ως άκρως ενδεικτικές τέτοιου είδους λύσεις, έχει κριθεί από τους υπεύθυνους ότι, είναι η διαρκής κατάρτιση του προσωπικού και η υιοθέτηση κινήτρων συμμετοχής στις σχεδιαζόμενες εξελίξεις και το μετασχηματισμό του οργανισμού (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

δ) Με βάση τις κατευθύνσεις της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά και τη μέχρι σήμερα δραστηριότητα του Νοσοκομείου, επιβάλλεται η αποασυλοποίηση (αποϊδρυματισμός) του συνόλου των χρόνιων ασυλικών ασθενών, που σήμερα διαβιούν στο Νοσοκομείο. Η έξοδός τους από το ασυλικό περιβάλλον

του Νοσοκομείου συνεπάγεται τη μεταστέγασή τους σε νέες, κοινοτικές δομές (οικοτροφεία κυρίως) και η προστατευμένη διαμονή τους σ' αυτές.

Στον πληθυσμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών του Νοσοκομείου υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός με ψυχική ασθένεια και άλλες αναπηρίες ή σωματικές ασθένειες ή οργανικά σύνδρομα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να δημιουργηθούν έξι Οικοτροφεία μακράς παραμονής, που να εξυπηρετούν δεκαπέντε περίπου ασθενείς το καθένα, με αυξημένο αριθμό και ποικιλία ειδικοτήτων προσωπικού.

Ένας μικρότερος αριθμός χρόνιων ασθενών πάσχει από σοβαρές διαταραχές αυτιστικού τύπου και επιβάλλεται να στεγαστεί σε ειδικό Ξενώνα.

Σε κάθε περίπτωση η διεπιστημονική ομάδα που θα αναλάβει την προετοιμασία των ασθενών σε κοινοτικές δομές θα πρέπει να προσαρμόσει τα πρότυπα λειτουργία των δομών αυτών στις ανάγκες των ασθενών που εξυπηρετούν, ώστε κάθε φορά να επιτυγχάνεται η μέγιστη εξυπηρέτηση των ενοίκων των δομών αυτών.

Η ανάπτυξη των νέων αυτών κοινοτικών στεγαστικών δομών έχει ήδη ενταχθεί στο Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» και το κόστος λειτουργίας τους συγχρηματοδοτείται από πόρους του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

Η σύσταση και λειτουργία των πέντε (5) Οικοτροφείων έχει προγραμματιστεί να αναληφθεί από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ενώ το έκτο Οικοτροφείο και ο Ξενώνας για τα άτομα με αυτισμό θα δημιουργηθούν από το ίδιο το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

ε) Είναι γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας στον ευρωπαϊκό χώρο, ταυτόχρονα με την τάση για κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αναπτύσσονται δραστηριότητες εργασιακής (επαν)ένταξης των ψυχικά ασθενών, ενώ παρατηρείται η τάση για μετατροπή των προστατευμένων εργαστηρίων για ψυχικά πάσχοντες σε παραγωγικές μονάδες οργανωμένες πάνω σε επιχειρηματική βάση και με πραγματικές συνθήκες εργασίας. Η τάση αυτή έχει φέρει στο προσκήνιο νέου τύπου οργανωτικές /νομικές μορφές όπως ο «Κοινωνικός Συνεταιρισμός» και η «Κοινωνική Επιχείρηση» που αποτελούν τα τελευταία χρόνια τις πλέον διαδεδομένες μορφές για την ανάληψη τέτοιων δραστηριοτήτων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η γενικότερη αυτή τάση αντανακλάται και στην Ελλάδα με τη θέσπιση του νέου νομικού πλαισίου για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Νόμος 2716/99) και ειδικότερα με τη θεσμοθέτηση των

Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε. - άρθρο 12) (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με την αξιοποίηση του νέου και καινοτόμου θεσμού των Κοι.Σ.Π.Ε. από το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής είναι εφικτή όχι μόνο η διοικητική και νομική τακτοποίηση όλων των μέχρι σήμερα πρωτοβουλιών του, που αποσκοπούσαν στην κοινωνικο-επαγγελματική ένταξη των ψυχικά ασθενών του (θεραπευτικά εργαστήρια κατάρτισης), αλλά και η επιχειρησιακή βιωσιμότητα των επαγγελματικών δομών που προωθούν τα άτομα αυτής της ομάδας-στόχου στην αγορά εργασίας. Οι δομές που δημιουργήθηκαν στο παρελθόν από το Νοσοκομείο αποτελούσαν στη μεγάλη πλειοψηφία τους προστατευμένες θεραπευτικές δομές, με μικρή παραγωγική και εμπορική δραστηριότητα. Ο επιχειρησιακός αναπροσανατολισμός τους τίθεται πλέον ως μια πραγματικότητα που πηγάζει από την ανάγκη της ένταξης των ατόμων της ομάδας-στόχου σε δομές, που αφ' ενός εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις βιωσιμότητάς τους, αφ' ετέρου προσφέρουν συνθήκες πραγματικής εργασίας και, κατ' επέκταση, αξιοπρεπούς διαβίωσης των εργαζομένων ψυχικά πασχόντων (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στο πλαίσιο αυτό, επιδιώκεται η δημιουργία ενός Κοι.Σ.Π.Ε. στην περιοχή του 6<sup>ου</sup> Το.Ψ.Υ.Π.Ε., έτσι ώστε να υποστηριχθούν αφενός οι προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών του Νοσοκομείου, και αφετέρου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις εναλλακτικής διαδικασίας προώθησης στην απασχόληση ψυχικά ασθενών που δεν έχουν νοσηλευτεί και διαβιούν στην ευρύτερη περιοχή της Ανατολικής Αττικής (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ο προβλεπόμενος Κοι.Σ.Π.Ε. στην περιοχή γίνεται προσπάθεια να συσταθεί και να λειτουργήσει μέσα από συναινετικές διαδικασίες της Διοίκησης του Νοσοκομείου, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που απασχολούνται στο Νοσοκομείο, αλλά και των ιδίων των χρηστών των υπηρεσιών που παρέχει το Νοσοκομείο (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το Νοσοκομείο προτείνεται να αναλάβει στο πλαίσιο αυτό σειρά υποστηρικτικών ενεργειών για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., όπως εκπόνηση επιχειρησιακών μελετών και ερευνών αγοράς, διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, χρηματοδότηση της αγοράς συνεταιριστικών μεριδίων από άπορους ασθενείς, παραχώρηση της χρήσης περιουσιακών στοιχείων κ.α. 2 (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).



---

2 Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 3), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαγωγής», καθώς και από την επαφή μας με το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**  
**ΈΡΕΥΝΑ Μ.ΥΠ.Ε.Π.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΈΡΕΥΝΑ Μ.ΥΠ.Ε.Π.

#### 4.1 Έρευνα Μ.ΥΠ.Ε.Π., (Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός Β΄ Φάση»).

##### > Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε την έρευνα που έγινε από την Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός Β΄ Φάση, στο προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Σκοπός της έρευνας που έγινε από την Μ.ΥΠ.Ε.Π. είναι: α) να διαπιστώσει την ικανοποίηση, (ή τη ματαίωση), κάθε εργαζομένου από την τωρινή του εργασία, (α΄ μέρος), β) το βαθμό της ενδεχόμενης επαγγελματικής κούρασης που ο καθένας μπορεί να νοιώθει κάνοντας μια απαιτητική εργασία όσο είναι αυτή της παροχής φροντίδας σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που διαβιούν σε ασυλικό περιβάλλον, (β΄ μέρος), γ) να ανιχνεύσει τις επιθυμίες και προσδοκίες για εργασία στα νέα πλαίσια, καθώς και τις αντίστοιχες εκπαιδευτικές ανάγκες, (γ΄ μέρος), και δ) στόχος της έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις του προσωπικού όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, (ε΄ και τελευταίο μέρος).

Εμείς θα αναλύσουμε και θα συγκρίνουμε με την δική μας έρευνα το ε΄ και τελευταίο μέρος της έρευνας του Μ.ΥΠ.Ε.Π. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

#### 4.1.1 Η Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Των Φορέων «Ψυχαργώς Β΄ Φάση» και το έργο της.

Για την υποστήριξη και παρακολούθηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διενήργησε Δημόσιο Ανοικτό Διαγωνισμό για την ανάδειξη Αναδόχου που ανέλαβε το έργο «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργώς Β΄ Φάση» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στην προκήρυξη συμμετείχε και αξιολογήθηκε θετικά από την Επιτροπή Αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η Ένωση Φορέων στην οποία συμμετέχουν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής με ποσοστό 60,3%, το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών με ποσοστό 7%, το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με ποσοστό 3,1% και ο Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ) με ποσοστό 29,6% (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Το έργο της «Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β΄ Φάση» συνίσταται στην παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών, μέσω του οποίου θα επιτευχθεί η βελτιστοποίηση των διαδικασιών του προγράμματος, η μεταφορά της πλέον σύγχρονης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας στις μονάδες ψυχικής υγείας και η εξασφάλιση συστηματικής παρακολούθησης έργων και ενεργειών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Μονάδα ανέλαβε σε πρώτη φάση την τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης ώστε να εξασφαλιστούν οι αναγκαίοι όροι αξιοποίησης, έγκαιρης και εντός των οικονομικών περιορισμών, εκτέλεσης των έργων. Η Μονάδα πέραν της υποστήριξης για τη διαμόρφωση προτάσεων έργων θα αναλάβει να προσφέρει λύσεις και υπηρεσίες σε θέματα συνολικού σχεδιασμού και προγραμματισμού δράσης. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό βελτίωση των λειτουργιών των Φορέων έναντι των υποχρεώσεων εκτέλεσης των έργων και των συνθηκών ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο και σε τελευταία ανάλυση (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Σημαντική διάσταση στη λειτουργία της Μονάδας αποτελεί η υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β΄ Φάση ώστε να ενσωματώσουν την οπτική και τις προτεραιότητες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. Πρακτικά τούτο επιτυγχάνεται με την υποστήριξη και εμπύχωση του προσωπικού των νέων δομών με εξειδικευμένα στελέχη και προγράμματα on the job training. Η αξιοποίηση της πλέον έγκυρης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό σχετικής με την κοινοτική ψυχιατρική, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αντιμετώπιση των κρίσεων από τη χρήση ουσιών και την αντιμετώπιση του αυτισμού, αναμένεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των φορέων του δημοσίου τομέα σε σχέση με τις μεθόδους (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Η Μονάδα αναλαμβάνοντας την υποστήριξη για τη δημιουργία και λειτουργία Δικτύων των εμπλεκόμενων Φορέων συμβάλλει στη μεγιστοποίηση των ωφελειών και την ανάπτυξη συνεργίας μεταξύ φορέων και τομέων ψυχικής υγείας (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Με τη λειτουργία της Μονάδας θα εξασφαλισθεί η τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων και δείκτες από την εφαρμογή των δράσεων για την αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική αποκατάσταση. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό η συστηματοποίηση των αναγκών σε σχέση με τη διαδικασία προγραμματισμού έργων και ενεργειών από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ιδιαίτερα ενόψει της διαδικασίας συνεχούς (10ετές πρόγραμμα) όσο και προγραμματικής (αρχές 2004) αναθεώρησης του προγράμματος (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Στην συνέχεια παρατίθεται πίνακας των υποέργων του έργου της Μονάδας:

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

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

καταπολέμησης του στίγματος και αντιμετώπισης αντιδράσεων εκ μέρους της κοινότητας.

**10.** Ανάλυση πρωτοβουλιών και πραγματοποίηση εκδηλώσεων, ημερίδων, παραγωγή εντύπου και λοιπού υλικού ευαισθητοποίησης, πληροφόρησης και ενημέρωσης σχετικά με την ψυχική ασθένεια, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοόλ και το πρόβλημα της αντιμετώπισης διαταραχών αυτιστικού τύπου καθώς και την προώθηση/προαγωγή της ψυχικής υγείας συνολικότερα.

**11.** Τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και των δομών, που θα δημιουργηθούν, σε θέματα νομικά, θεσμικά, δικαιωμάτων των χρηστών κλπ. Ακόμη τεχνική υποστήριξη συντονισμού των ενεργειών αντιμετώπισης προβλημάτων σε ζητήματα νομικά, θεσμικά κ.α.

**12.** Ολοκληρωμένη τεχνική, διοικητική, διαχειριστική και επιστημονική υποστήριξη του Ψ.Ν. Αττικής στην υλοποίηση των επιμέρους προγραμμάτων, που αυτό θα αναλάβει. Η υποστήριξη παρέχεται προς τα άτομα των ειδικών ομάδων και προς τα στελέχη υλοποίησης των προγραμμάτων.

**13.** Ενημέρωση του Πληροφοριακού Συστήματος που λειτουργεί ή θα δημιουργηθεί στο Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Τεχνική υποστήριξη προκειμένου να επιτευχθεί συμβατότητα του Πληροφοριακού Συστήματος με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) του ΥΠΕΘΟ, με στόχο τη διαρκή και απρόσκοπτη παρακολούθηση των δράσεων τόσο στο επίπεδο του σχεδιασμού όσο και της διαχείρισης.

**14.** Τεχνική υποστήριξη των φορέων υλοποίησης σε θέματα συντονισμού των ενεργειών ολοκλήρωσης έργων υποδομών, τεχνικών έργων κ.λ.π.

**15.** Δημιουργία και λειτουργία μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης της κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών.

Τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας σε θέματα υλοποίησης και παρακολούθησης του προγράμματος «Ψυχαργώς-Β' φάση» (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## **Το Οργανωτικό Σχήμα της «Μονάδας». Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία:**

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

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

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

Η προτεινόμενη συγκρότηση και διάρθρωση της Ομάδας Έργου και εκείνη της Ομάδας των Εμπειρογνομόνων, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική κατανομή και διάρθρωση των στελεχών που σε περιφερειακό επίπεδο, θα αναλάβουν το έργο της επιτόπιας υποστήριξης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός - Β' φάση», διασφαλίζουν την ομαλή και απρόσκοπτη εκτέλεση όλων των επιμέρους φάσεων του έργου. (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

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

- Διοίκηση συνολικού και επιμέρους έργων
- Διαχείριση προγραμμάτων
- Υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
- Ανάπτυξη δικτύων και διακίνηση πληροφοριών
- Δημοσιότητα-ευαισθητοποίηση-επικοινωνιακή στρατηγική



Σε κάθε επίπεδο η Μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να διαχειριστεί τα ζητήματα εξειδίκευσής του και να διατυπώσει λύσεις επ' αυτών. Ταυτόχρονα η πολυσυλλεκτικότητα και η υψηλή ετοιμότητα των στελεχών της Ομάδας Έργου, των Περιφερειακών Συνεργατών και των Εμπειρογνομώνων, που έχει εξασφαλίσει η Ένωση, παρέχει τα εχέγγυα για την αποδοτική υλοποίηση του έργου σε ομαδικό επίπεδο (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

Ο αριθμός, οι ειδικότητες και τα προσόντα του ανθρώπινου δυναμικού της Μονάδας εξασφαλίζει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πλήρη εξυπηρέτηση των υποχρεώσεων που αναλαμβάνει η Μονάδα, έναντι τόσο των Φορέων υλοποίησης, όσο και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας (Σημειώσεις Μ.Υ.Π.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

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

Επιτροπή Πλοήγησης (STEERING COMMITTEE)

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

#### **1. Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:**

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

#### **2. Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα:**

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

#### **3. Τομέας Διοίκησης-Διαχείρισης Προγραμμάτων & Υποστήριξης της Ειδικής Δράσης του Ψ.Ν. Αττικής:**

Ο Τομέας αυτός δραστηριοποιείται αφενός μεν σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με τη διοίκηση τόσο του συνολικού, όσο και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων, και αφετέρου σε αντικείμενα εξειδικευμένης υποστήριξης του

Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, προκειμένου να υποβοηθηθεί αυτό στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.

#### **4. Οριζόντιο - Διατομεακό Τμήμα (Task Force) της Ομάδας Έργου:**

Η Ομάδα έργου της Μονάδας συμπληρώνεται από ένα Οριζόντιο Διατομεακό Τμήμα (Task Force) το οποίο δραστηριοποιείται στην υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, κυρίως για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση δράσεων που σχετίζονται με την κοινωνικό-οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

##### **➤ Η Ομάδα Έργου:**

1. Υπεύθυνος Έργου της «Μονάδας»
2. Υπεύθυνη του Τομέα Αποασυλοποίησης & Αποκατάστασης
3. Υπεύθυνος του Τομέα Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα
4. Υπεύθυνος του Τομέα Διοίκησης & Διαχείρισης προγραμμάτων
5. Υπεύθυνος του Διατομεακού Τμήματος
6. Μέλη της Ομάδας Έργου (9)

##### **➤ Ομάδα Εμπειρογνομώνων:**

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

Οι ειδικότητες των Εμπειρογνομώνων της Μονάδας είναι:

Καθηγητές Ψυχιατρικής 4, Επίκουροι Καθηγητές Ψυχιατρικής 1

Λέκτορες Ψυχιατρικής 1, Ψυχίατροι 1

Ψυχίατροι 1, Ψυχίατροι 3

Καθηγητές Οικονομικών 2, Οικονομολόγοι 1

Οικονομολόγοι 2, Οικονομολόγοι 7

Επίκουροι Καθ. Ψυχολογίας 1, Ψυχολόγοι 2

Ψυχολόγοι 2, Εκπαιδευτικοί 1

Αναπλ. Καθ. Αρχιτεκτονικής 1, Αρχιτέκτονες 2

Πολιτικοί Μηχανικοί 2, Μηχανολόγοι-Μηχανικοί 1

Νομικοί 2, Νομικοί 3

Κοινωνιολόγοι 2, Πολιτικοί Επιστήμονες 2

Επικοινωνιολόγοι 3, Πληροφορικοί 3

Κοινωνικοί Λειτουργοί 4, Εργοθεραπευτές 1

Κλινικοί Νοσηλευτές 2, Μέλη Διοίκησης συλλόγων χρηστών 2

➤ **Ομάδα Εμπειρογνομόνων Διαρκούς Υποστήριξης της Ομάδας Έργου:**

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

➤ **Ομάδα Περιφερειακών Συνεργατών :**

Για τις ανάγκες του έργου της Μονάδας συγκροτείται Ομάδα Περιφερειακών Συνεργατών για την επιτόπια υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και την ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών της Μονάδας.

Η Ομάδα των Περιφερειακών Συνεργατών υποστηρίζεται από την Ομάδα Έργου και υποστηρίζει αμφίδρομα αυτή σε τοπικό και ευρύτερο περιφερειακό επίπεδο (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

## 4.2 Ερωτηματολόγιο για τους εργαζομένους του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, το οποίο πραγματοποιήθηκε από την Μ.ΥΠ.Ε.Π. προς τους εργαζόμενους του Π.Ν.Α., σκοπός είναι να διερευνηθούν τα παρακάτω θέματα: α) να διαπιστωθεί η ικανοποίηση, (ή η ματαίωση), κάθε εργαζομένου από την τωρινή του εργασία, (α' μέρος), β) ο βαθμός της ενδεχόμενης επαγγελματικής κούρασης που ο καθένας μπορεί να νοιώθει κάνοντας μια απαιτητική εργασία όσο είναι αυτή της παροχής φροντίδας σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που διαβιούν σε ασυλικό περιβάλλον, (β' μέρος), γ) να ανιχνεύσει τις επιθυμίες και προσδοκίες για εργασία στα νέα πλαίσια, καθώς και τις αντίστοιχες εκπαιδευτικές ανάγκες, (γ' μέρος), και δ) στόχος της έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις του προσωπικού όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, (ε' και τελευταίο μέρος).

Το κομμάτι που θα χρησιμοποιήσουμε εμείς στην πτυχιακής μας εργασία είναι το ε' και τελευταίο μέρος της έρευνας, (Παράρτημα IV), που αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και στην συνέχεια θα το συγκρίνουμε, (βλ. κεφ. 6.1.1), με την δική μας έρευνα. (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

#### 4.2.1 Επεξεργασία Έρευνας Μ.ΥΠ.Ε.Π. στο προσωπικό του Π.Ν.Α.

##### > Εισαγωγή

Η διερεύνηση των απόψεων των εργαζομένων γύρω από διάφορα ζητήματα που αφορούν την εργασία τους και τις συνθήκες στις οποίες αυτή διεξάγεται και οι απόψεις γύρω από τη συντελούμενη μεταρρύθμιση αποτελεί ένα από τα σημεία εκκίνησης για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της. Ποια αλλαγή κατέστη δυνατή αν δεν ήταν σε θέση να εμπλέξει στις διεργασίες της τους κύριους πρωταγωνιστές, τους ανθρώπους που καθημερινά εργάζονται στο υπό μεταρρύθμιση ίδρυμα;

Διανεμήθηκε λοιπόν, ένα ερωτηματολόγιο στο προσωπικό, από το προσωπικό της Μ.ΥΠ.Ε.Π., με σκοπό τη διερεύνηση της άποψής του για θέματα που αφορούσαν στην επίγνωση του ρόλου τους και την ομαδική εργασία. Επίσης, περιείχε ερωτήσεις αναφορικά με τις απόψεις τους για τη συντελούμενη μεταρρύθμιση καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν προτιμήσεις αναφορικά με τις μονάδες στις οποίες θα ήθελαν να μετακινηθούν μετά το κλείσιμο του Π.Ν.Α. Τέλος, έγινε μια προσπάθεια να ανιχνευθούν ανάγκες εκπαίδευσης ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν στα καθήκοντά τους στις νέες δομές (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

##### 4.2.1.1 ΜΕΘΟΔΟΣ

Το ερωτηματολόγιο, (Παράρτημα IV), που χορηγήθηκε, από το προσωπικό της Μ.ΥΠ.Ε.Π., αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο στο α΄ μέρος του προσπαθεί να διαπιστώσει την ικανοποίηση (ή τη ματαίωση) κάθε εργαζομένου από την τωρινή του εργασία. Στο β΄ μέρος, μέσω του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, (Maslach Burnout Inventory), εξετάζεται ο βαθμός της ενδεχόμενης επαγγελματικής κούρασης που ο καθένας

μπορεί να νιώθει κάνοντας μια απαιτητική εργασία όσο είναι αυτή της παροχής φροντίδας σε χρόνιους ψυχικά πάσχοντες που διαβιούν σε ασυλικό περιβάλλον. Τέλος, στο γ' μέρος το ερωτηματολόγιο προσπαθεί να ανιχνεύσει τις επιθυμίες και προσδοκίες για εργασία στα νέα πλαίσια, καθώς και τις αντίστοιχες εκπαιδευτικές ανάγκες (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

Οι λόγοι χρήσης αυτού του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τους υπεύθυνους της έρευνας, πιο αναλυτικά ήταν:

- Να δώσει στο προσωπικό την ευκαιρία να εκφράσει τις σκέψεις του επί αυτών των ζητημάτων
- Να διερευνήσει την επίγνωση του προσωπικού γύρω από το πόσο σημασία έχει ο ρόλος του στη ζωή των ανθρώπων με τους οποίους εργάζονται
- Να διερευνήσει την ένταση της αίσθησης ομαδικής εργασίας
- Να διερευνήσει την ικανοποίηση του προσωπικού από διάφορες πτυχές της εργασίας του
- Να διερευνήσει τις τάσεις προς φαινόμενα επαγγελματικής εξάντλησης
- Να διαπιστώσει τις εκπαιδευτικές ανάγκες, (όπως οι ίδιοι οι εργαζόμενοι τις αντιλαμβάνονται), που πρέπει να ικανοποιηθούν προκειμένου το προσωπικό του νοσοκομείου να στελεχώσει νέες δομές
- Να διερευνήσει τις απόψεις του προσωπικού όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση  
(Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε έτσι ώστε η συμπλήρωσή του να είναι μία αρκετά απλή και σύντομη διαδικασία. Οι ερωτήσεις ήταν «κλειστού τύπου». Οι εργαζόμενοι μπορούσαν είτε να επιλέξουν μία από τις προσφερόμενες απαντήσεις. Η συμπλήρωση του ήταν ανώνυμη ακριβώς για να επιτρέψει την ελεύθερη έκφραση των ερωτώμενων στα ζητήματα που τέθηκαν. Πριν χορηγηθεί το ερωτηματολόγιο αυτό παρουσιάστηκε στα μέλη του Σωματείου Εργαζομένων, έτσι ώστε να ληφθεί υπόψη η γνώμη του Σωματείου στην τελική του διαμόρφωση. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε στα τέλη Οκτωβρίου από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, τα οποία επισκέφτηκαν τους εργαζομένους στους χώρους που εργάζονται, δηλαδή σε όλες τις ενδό-νοσοκομειακές και

έξω-νοσοκομειακές δομές του Π.Ν.Α. Ρόλος των ατόμων που χορήγησαν τα ερωτηματολόγια ήταν να αποσαφηνίσουν τυχόν απορίες σχετικά με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να διασφαλίσουν την ανωνυμία των ατόμων που απαντούσαν σ' αυτό. Την όλη διαδικασία επέβλεπαν μέλη του συλλόγου εργαζομένων. Οι απαντήσεις συγκεντρώθηκαν με σκοπό την περιγραφική στατιστική ανάλυση με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος για υπολογιστή SPSS (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

#### 4.2.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

*«Συγκεντρώθηκαν 207 ερωτηματολόγια. Όλα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο παράρτημα αναλυτικά και με τη βοήθεια σχεδιαγραμμάτων. Όλες οι υπηρεσίες, ανάλογα με το συνολικό εργαζομένων που διαθέτουν στο ΠΝΑ, αντιπροσωπεύονται σε αυτά τα ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα 20,8 % ανήκει στην Ιατρική υπηρεσία, 33,8 % στην Νοσηλευτική, 26,6 % στην Διοικητική υπηρεσία και 15,9 % στην Τεχνική (Παράρτημα VIII, βλ. Σχεδ.1). Η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν εργάζονται σε χώρους που βρίσκονται εντός του ΠΝΑ στη Ραφήνα (116 άτομα, 56 %). Ελάχιστα άτομα από αυτούς που απάντησαν ήταν κάτω των 30 ετών (2,9 %). Όπως είναι φυσικό το 95 % των εργαζομένων είναι ηλικίας 30 έως 50 ετών (Παράρτημα VIII, βλ. Σχεδ. 2). Ένα ποσοστό των εργαζομένων που αγγίζει το 70 % (115 άτομα) έχει εργαστεί συνολικά 10 έως 20 έτη σε υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι (54,1 %) κατέχουν μία τυπική επαγγελματική αναγνώριση (π.χ. πτυχίο) σχετικά με την εργασία τους. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι 15 % των ερωτηθέντων δεν απάντησε σε αυτήν την ερώτηση.*

*Σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ, 77,1 % αυτών που απάντησαν συμφωνεί εν μέρει ή απόλυτα με τον τρόπο υλοποίησης της (Παράρτημα VIII, βλ. Σχ. 8 και 9). Ως θετικότερο σημείο της μεταρρύθμισης αυτής εμφανίζεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών και ως το πιο αρνητικό η έλλειψη ενημέρωσης και*

*συμμετοχής των ενδιαφερομένων στις διαδικασίες μεταρρύθμιση» (Σημειώσεις Μ.Υ.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).*

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάσθηκαν θεωρούμε σημαντικό να σχολιάσουμε τα ακόλουθα. Απάντησαν 207 άτομα (47,2 % των εργαζομένων). Από αυτούς που απάντησαν υπήρξε στη συνέχεια σημαντικός αριθμός που δεν απάντησε σε διαφορετικές ερωτήσεις. Αυτό θέτει ένα ζήτημα ως προς την επιθυμία και τη δυνατότητα των εργαζομένων να λαμβάνουν μέρος σε συμμετοχικές διαδικασίες και να εκφράζουν τους προβληματισμούς και τις επιθυμίες τους μέσω μίας μεθόδου όπως είναι αυτή του ερωτηματολογίου.

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό όσων απάντησαν (77,1 %, 135 άτομα, δεν απάντησαν 32) ότι συμφωνούν απόλυτα ή εν μέρει με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή υλοποιείται στο Π.Ν.Α. Πρέπει να σκεφτούμε ότι με τις δυσκολίες που παρουσιάζει αυτή η διαδικασία, αυτός είναι ένας μεγάλος αριθμός.

Σε καμία ερώτηση δε φαίνεται να επικρατούν ακραίες τάσεις και αυτό θέτει ένα ζήτημα προς τους ερευνητές ως προς τον τρόπο που απάντησαν οι εργαζόμενοι και την εγκυρότητα των ερωτήσεων έτσι όπως αυτές τέθηκαν στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Πιθανότατα βρισκόμαστε μπροστά στην ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης και με άλλες μεθόδους, (ποιοτικές), κάποιων αντιθέσεων που θα μπορούσαν να μας δώσουν μία πιο σαφή εικόνα.

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν τον τόπο στον οποίο θα επιθυμούσαν να εργαστούν μετά το κλείσιμο του νοσοκομείου φαίνονται να επικρατούν οι υπηρεσίες που βρίσκονται γεωγραφικά κοντά στον υπάρχον χώρο του Π.Ν.Α., ασχέτως μορφής και εξειδίκευσης τους<sup>1</sup> (Σημειώσεις Μ.ΥΠ.Ε.Π.:Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.).

---

<sup>1</sup> Όλες τις παραπάνω πληροφορίες, (του κεφ. 4), τις πήραμε από την συνεργασία μας με την «Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαγωγός»







**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

**ΈΡΕΥΝΑ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΈΡΕΥΝΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ

#### 5.1 Παρουσίαση-Επεξεργασία Αποτελεσμάτων Έρευνας Σπουδαστριών, (τεχνικές συλλογής στοιχείων → δομημένες συνεντεύξεις, φόρμες, συμμετοχική παρατήρηση)

##### > Εισαγωγή

Ο ρόλος των εργαζομένων του Π.Ν.Α. στη διαδικασία της κατάργησης του ασύλου και του μετασχηματισμού του είναι καίριας σημασίας: η θετική ή αρνητική τους στάση, η λιγότερο ή περισσότερο ενεργή εμπλοκή τους στις προσπάθειες αλλαγής αποτελούν εκ των ουκ άνευ όρο όχι μόνο για την επίτευξη των στόχων αλλά και για τη μέτρηση αυτής της ίδιας της αποτελεσματικότητας της μεταρρύθμισης. Άλλωστε, όταν μιλάμε για αλλαγές, αυτές δεν αναφέρονται, (μόνο) στην υλικοτεχνική υποδομή όσο στους ανθρώπους: η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων είναι το τελικό ζητούμενο, είτε αυτοί είναι οι επί μακρόν έγκλειστοι ψυχικά πάσχοντες είτε οι παλιότεροι και νεώτεροι εργαζόμενοι του νοσοκομείου. Η επίτευξη του στόχου της αποασυλοποίησης δεν είναι δυνατή χωρίς την ενεργητική συμμετοχή όλων των εργαζομένων σε αυτή τη διαδικασία. Ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους του Π.Ν.Α., είναι πολύ σημαντική η πολύπλευρη και πολυποίκιλη υποστήριξή τους για να μπορέσουν να βοηθήσουν ενεργητικά τη διαδικασία μετασχηματισμού. Γι' αυτό μέσα από την έρευνά μας θελήσαμε να δούμε την άποψη των

εργαζομένων όσο αφορά την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τον ρόλο τους μέσα στην αλλαγή αυτή.

### 5.1.1 Παρουσίαση Έρευνας-Επεξεργασία Αποτελεσμάτων

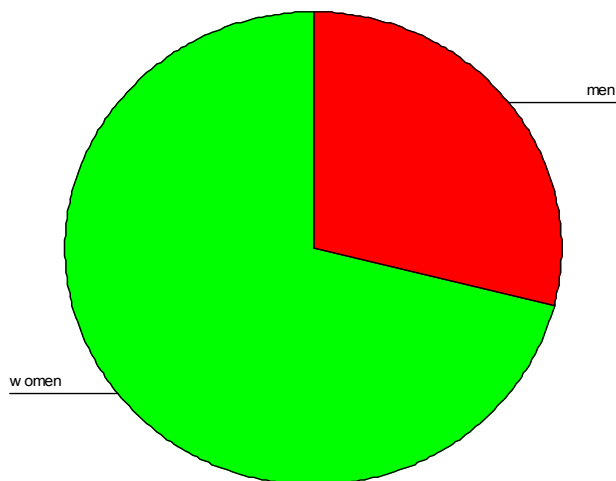
Σε αυτό το υποκεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας μας και θα επεξεργαστούμε τα στοιχεία που θεωρούμε σημαντικότερα για την τελειοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Αυτό που πρέπει να πούμε πριν αρχίσουμε την ανάλυση της έρευνας είναι, ότι, η έρευνα πραγματοποιήθηκε με δομημένες συνεντεύξεις, (17 ερωτήσεων), σε δείγμα 52 ατόμων. Σε αυτό που δυσκολευτήκαμε αρκετά ήταν ότι οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτές και ο/η καθένας/καθεμία απαντούσε με ελευθερία με αποτέλεσμα να έχουμε κάποιες ίδιες απαντήσεις αλλά διαφορετικά διατυπωμένες. Έτσι αναγκαστήκαμε να συνοψίσουμε τις απαντήσεις κατηγοριοποιώντας τις και στη συνέχεια τις επεξεργαστήκαμε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 52 ατόμων από τα οποία οι 15 ήταν άνδρες, (ποσοστό 28,8 %) και οι 37 γυναίκες, (ποσοστό 71,2 %). Η διαφορά αυτή υπάρχει διότι το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού ήταν γυναίκες, όπου ανήκαν κυρίως στο επιστημονικό προσωπικό, ( κοινωνικοί λειτουργοί, γιατροί, νοσηλεύτριες, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπεύτριες).

#### Filo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	men	15	28,8	28,8	28,8
	women	37	71,2	71,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

#### Φύλο



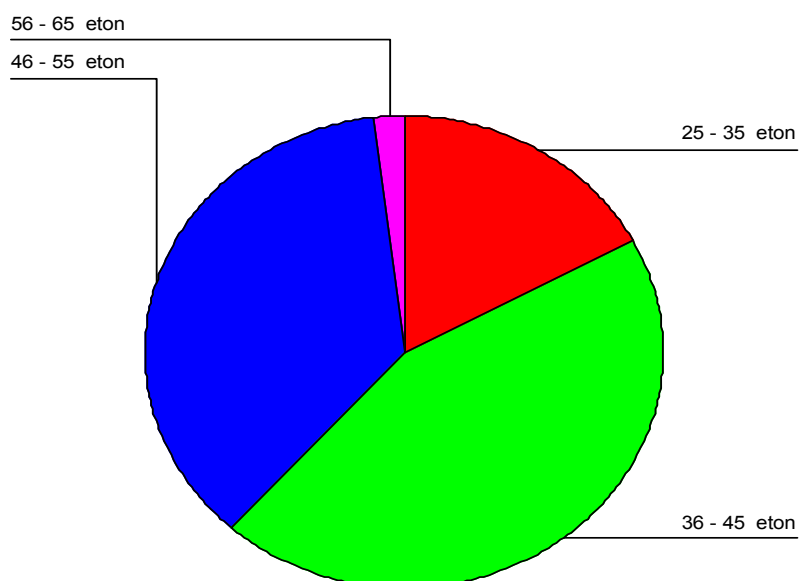
Στην συνέχεια όσο αφορά κάποια δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζουμε τα παρακάτω:

α) η ηλικία κυμάνθηκε από 25-65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό, (44,2 %), ήταν από 36-45 ετών,

#### Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25 - 35 eton	9	17,3	17,3	17,3
	36 - 45 eton	23	44,2	44,2	61,5
	46 - 55 eton	19	36,5	36,5	98,1
	56 - 65 eton	1	1,9	1,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

#### Ηλικία

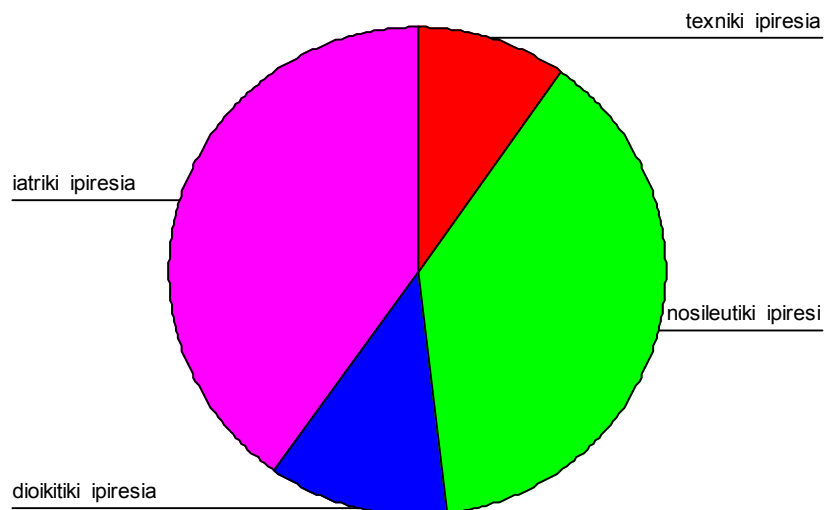


β ) όσο αφορά την ειδικότητα στην οποία ανήκε το κάθε άτομο το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκε στην ιατρική (40,4 %), και νοσηλευτική υπηρεσία (38,5 %), εφόσον εκεί ανήκει το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού και το δείγμα μας είναι αντιπροσωπευτικό, και το μικρότερο ποσοστό ανήκε στην τεχνική υπηρεσία (9,6 %),

dikotita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	texniki ipiresia	5	9,6	9,6	9,6
	nosileutiki ipiresia	20	38,5	38,5	48,1
	dioikitiki ipiresia	6	11,5	11,5	59,6
	iatriki ipiresia	21	40,4	40,4	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

### Ειδικότητα

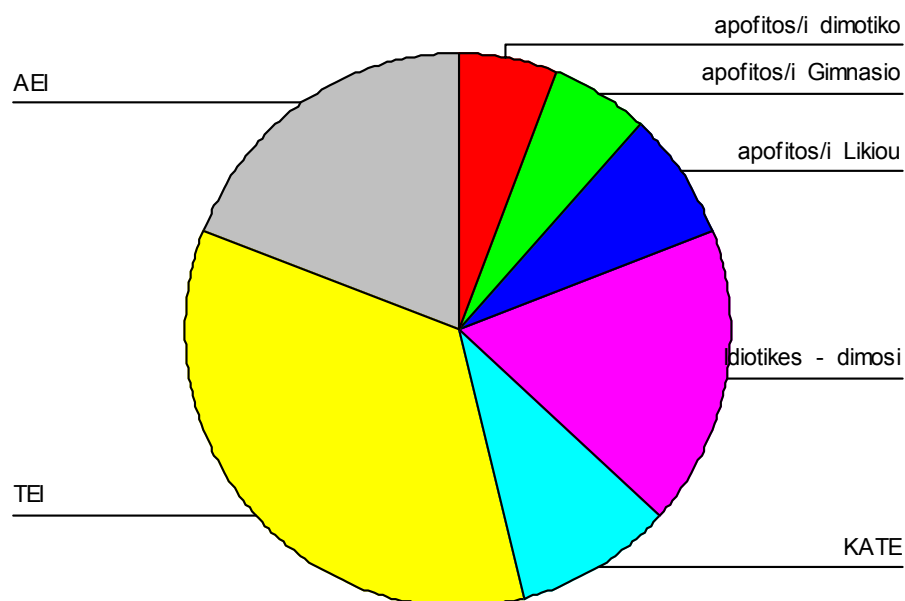


γ ) στην συνέχεια για την πραγματοποίηση των σπουδών βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν τα ΤΕΙ, (34,6 %), αφού οι νοσηλευτές και κάποιοι από εκείνους που ανήκουν στην Ιατρική Υπηρεσία, (που είναι το μεγαλύτερο ποσοστό από το προσωπικό), είναι απόφοιτοι ΤΕΙ.

## Spoudes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	apofitos/i dimotikou	3	5,8	5,8	5,8
	apofitos/i Gimnasiou	3	5,8	5,8	11,5
	apofitos/i Likou	4	7,7	7,7	19,2
	Idiotikes - dimosies sxoles	9	17,3	17,3	36,5
	KATE	5	9,6	9,6	46,2
	TEI	18	34,6	34,6	80,8
	AEI	10	19,2	19,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

## Σπουδές



δ ) ακολούθως πολύ μικρό είναι το ποσοστό εκείνων που έχουν κάνει κάποιο μεταπτυχιακό, (3,8 %) ή σεμινάριο, (9,6 %),

## sp.metaptixiako

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------



Valid	Metaptixiaka	2	3,8	100,0	100,0
Missing	System	50	96,2		
Total		52	100,0		

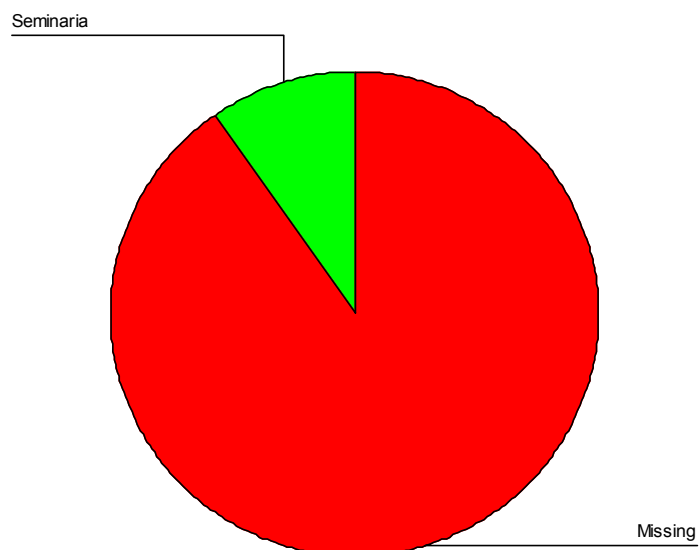
sp.seminaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Seminaria	5	9,6	100,0	100,0
Missing	System	47	90,4		
Total		52	100,0		

### Μεταπτυχιακά



### Σεμινάρια

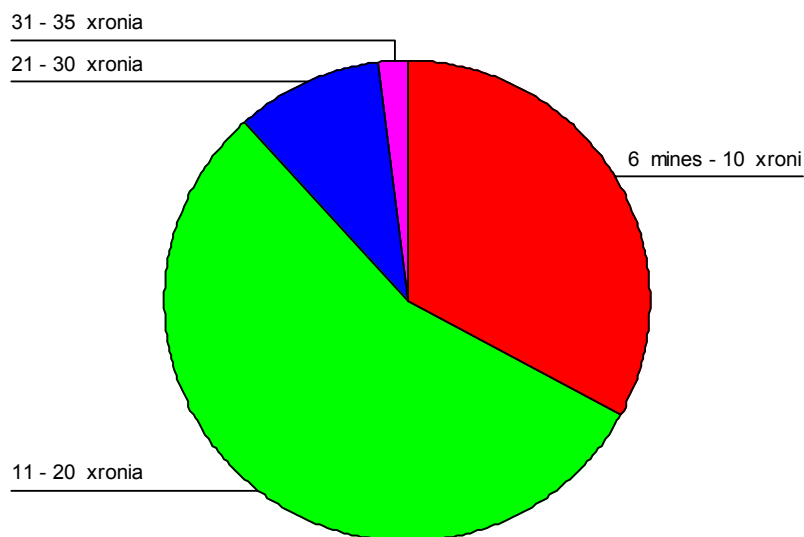


ε) στην ερώτηση που αφορά για τα χρόνια που δουλεύει κάποιος στο Π.Ν.Α. το μεγαλύτερο ποσοστό (55,8 %), είναι στα 11-20 χρόνια,

#### Χρονια

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6 mines - 10 xronia	17	32,7	32,7	32,7
	11 - 20 xronia	29	55,8	55,8	88,5
	21 - 30 xronia	5	9,6	9,6	98,1
	31 - 35 xronia	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

#### Χρόνια Εργασίας



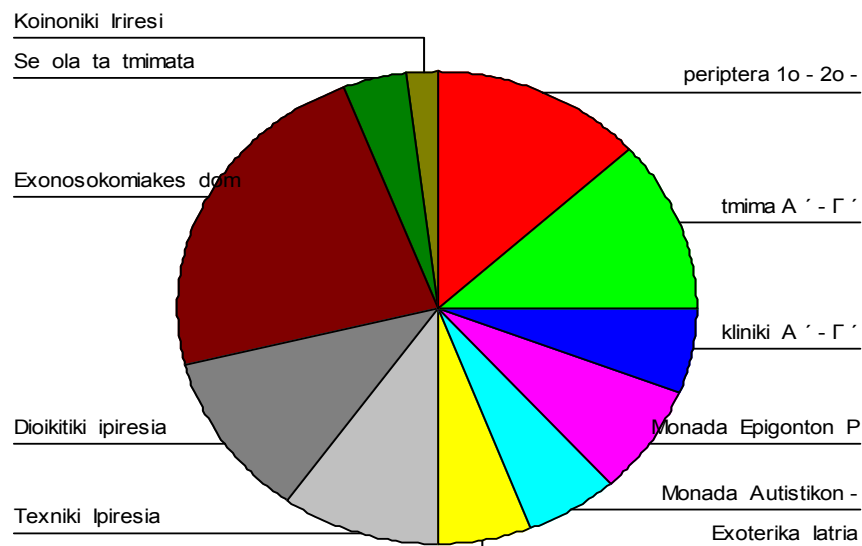
ζ) τέλος όσο αφορά τον χώρο στον οποίο δουλεύουν τα άτομα φυσικά το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ενδό-νοσοκομειακές δομές, (76,9 %), το ποσοστό όμως μοιράζεται ισομερώς στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου.

#### Χορος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	periptera 1o - 2o - 3o	7	13,5	13,5	13,5
	tmima A ' - Γ '	6	11,5	11,5	25,0
	kliniki A ' - Γ '	3	5,8	5,8	30,8
	Monada Epigonton Peristatikon	4	7,7	7,7	38,5
	Monada Autistikon - Ouranio Toxo	3	5,8	5,8	44,2
	Exoterika Iatria	3	5,8	5,8	50,0
	Texniki Ipiresia	5	9,6	9,6	59,6
	Dioikitiki ipiresia	6	11,5	11,5	71,2
	Exonosokomiakes domes	12	23,1	23,1	94,2
	Se ola ta tmimata	2	3,8	3,8	98,1
	Koinoniki Iriresi Π . Ν . Α .	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

### Χώρος Εργασίας



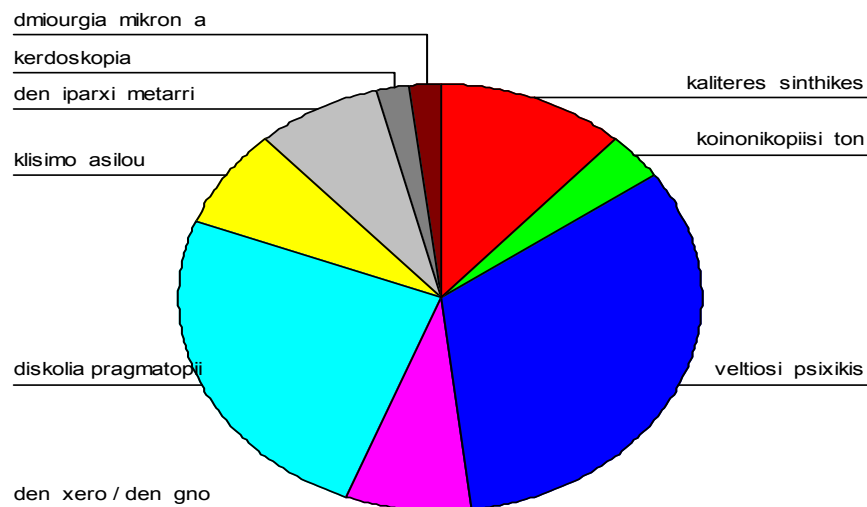
Στην συνέχεια θα αναλύσουμε την 7<sup>η</sup> ερώτηση που αναφέρετε στην γνώμη του προσωπικού του Π.Ν.Α. για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που θα πραγματοποιηθεί στο Νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό, (32,7 %), μας

απάντησε πως πιστεύει ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα συμβάλει στην βελτίωση της ψυχικής υγείας. Ένα επίσης όμως μεγάλο ποσοστό από τους ερωτηθέντες, (25 %), φάνηκαν αγανακτισμένοι και απογοητευμένοι, καθώς απάντησαν ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα εφαρμοστεί με δυσκολία λόγω οικονομικών και γραφειοκρατικών παραγόντων και ότι αργοπορεί καθώς ακούν για αυτή την αλλαγή πολύ καιρό αλλά δε βλέπουν έργα. Ενώ το μικρότερο ποσοστό, (1,9 %), απάντησε πως πιστεύει ότι η μεταρρύθμιση αποσκοπεί στην κερδοσκοπία και στην δημιουργία μικρών ασύλων.

#### Gnomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kaliteres sinthikes diaviosis	6	11,5	11,5	11,5
	koinonikopiisi ton asthenon	2	3,8	3,8	15,4
	veltiosi psixikis igias ( voithia asthenon - prosopikou )	17	32,7	32,7	48,1
	den xero / den gnorizo / den apanto	4	7,7	7,7	55,8
	diskolia pragmatopiisis-arg (kratikoikoinonikoiprosoptiko)	13	25,0	25,0	80,8
	klisimo asilou	4	7,7	7,7	88,5
	den iparxi metarriumisi	4	7,7	7,7	96,2
	kerdoskopia	1	1,9	1,9	98,1
	dmiourgia mikron asilon	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Ποια η γνώμη σας για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ;



Μεγάλο πρόβλημα αντιμετωπίσαμε στην 8<sup>η</sup> ερώτηση η οποία ήταν η εξής: «συμφωνείτε με την μεταρρυθμιστική αυτή αλλαγή και γιατί;». Ενώ οι ερωτηθέντες μας απαντούσαν στο πρώτο σκέλος της ερώτησης, «αν συμφωνούν», με ένα ναι, όχι, ουδέτερος, δεν ξέρω, στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης, «γιατί;», δυσκολευόντουσαν να απαντήσουν, ένα 3,8 % δεν απάντησε καθόλου.

Το 71,2 % συμφωνούσε με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, ενώ στο γιατί συμφωνείτε τα ποσοστά μοιράστηκαν. Το 25 % ενώ συμφωνούσαν με την αλλαγή αυτή στο γιατί μας απάντησαν ότι δεν ξέρουν, δεν απαντούν ή ότι έχουν κουραστεί, διότι ακούν πολλά αλλά βλέπουν λίγα. Το 23,1 % συμφωνεί με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση διότι πιστεύουν ότι θα δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους ασθενείς, αλλά και καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους ίδιους. Ενώ τέλος το 21,2 % πιστεύουν πως η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα βοηθήσει στην κοινωνικοποίηση των ασθενών και το 13,5 % πιστεύουν πως με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα εξαλειφθεί το στίγμα του ιδρύματος.

Όσοι απάντησαν στην 8<sup>η</sup> ερώτηση ότι δεν συμφωνούν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ή ότι δεν ξέρουν ή είναι ουδέτεροι, (ποσοστό 28,8 %), μας απάντησαν πως στόχος είναι το κέρδος, (1,9 %), πως αργοπορεί η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και θα πραγματοποιηθεί με δυσκολία, (ποσοστό 3,8 %) και ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν πρόκειται να φέρει αποτελέσματα και κάποια στιγμή θα δημιουργηθούν μικρά άσυλα, (ποσοστό 7,7 %).

Αυτό που συμπεράναμε ήταν ότι δεν ήθελαν να επεκταθούν ιδιαίτερα και εξέφραζαν με δυσκολία την άποψή τους. Ύστερα από την συμμετοχική παρατήρηση, που υλοποιήσαμε στο Π.Ν.Α., από διάφορες «ομολογίες» του προσωπικού ενημερωθήκαμε για το συγκρουσιακό κλίμα, που επικρατεί. Οπότε, θεωρούμε ότι η δυσκολία που αντιμετώπισαν στην απάντηση της συγκεκριμένης ερώτησης, αφορούσε το φόβο τους, ότι η προβολή στάσεων, απόψεων και ιδεών θα ανέτρεπε εύκολα τις ισορροπίες.

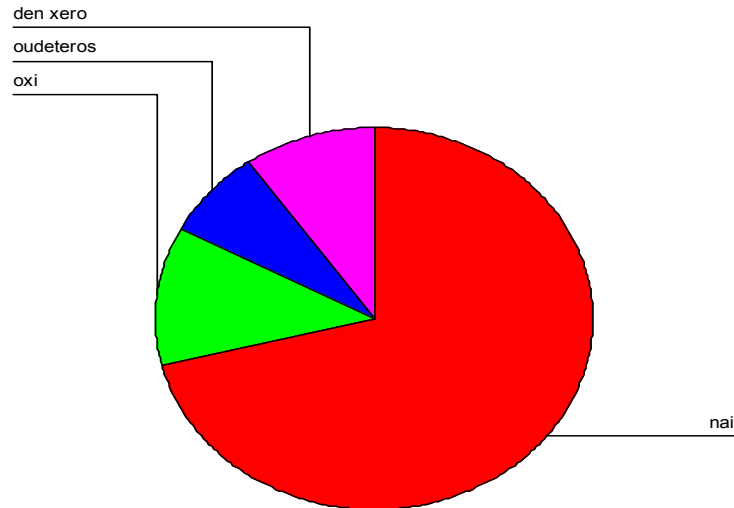
#### Simfonia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nai	37	71,2	71,2	71,2
	oxi	6	11,5	11,5	82,7
	oudeteros	4	7,7	7,7	90,4
	den xero	5	9,6	9,6	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

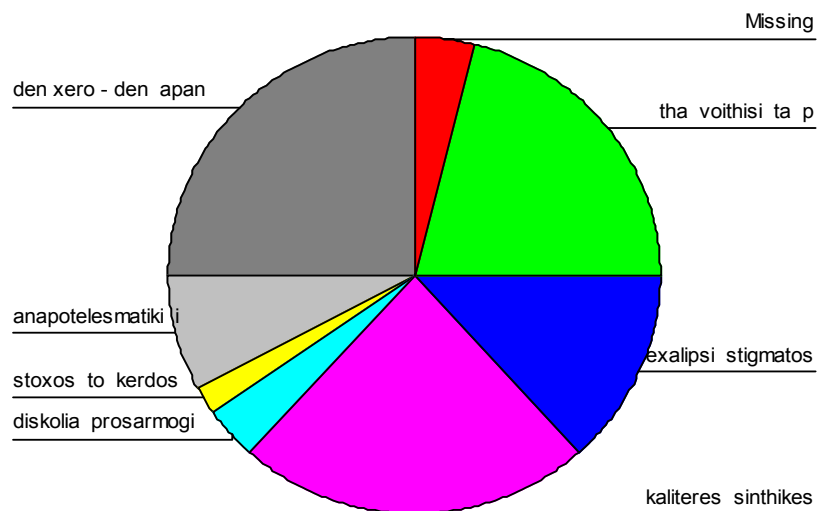
#### Giati

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tha voithisi ta paidia - koinonikopiisi asthenon	11	21,2	22,0	22,0
	exalipsi stigmatos idrimatos	7	13,5	14,0	36,0
	kaliteres sinthikes diaviosis	12	23,1	24,0	60,0
	diskolia prosarmogis ton asthenon	2	3,8	4,0	64,0
	stoxos to kerdos	1	1,9	2,0	66,0
	anapotelesma tiki i metarrithmisi - dimiourgia asilon	4	7,7	8,0	74,0
	den xero - den apanto - exo kourastei	13	25,0	26,0	100,0
	Total	50	96,2	100,0	
Missing	System	2	3,8		
Total		52	100,0		

## Συμφωνείτε με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ;



## Γιατί ;



Στην συνέχεια θα επεξεργαστούμε την 9<sup>η</sup> ερώτηση η οποία είναι η εξής: «ποια τα συναισθήματα σας για αυτή την αλλαγή που θα πραγματοποιηθεί στο Π.Ν.Α.»». Την ερώτηση αυτή την κατηγοριοποιήσαμε σε θετικά, αρνητικά, ουδέτερα, ανάμεικτα, (συναισθήματα), και σε άλλες δύο απαντήσεις που δεν

μπορούσαμε να εντάξουμε στις παραπάνω, (δεν ξέρω 1,9 % , άγχος για το που θα πάει το προσωπικό 1,9 %). Σε αυτή την ερώτηση τα ποσοστά μοιράστηκαν, το 38,5 % μας απάντησε ότι έχει θετικά συναισθήματα και το 34,6 % μας απάντησε ότι έχει αρνητικά συναισθήματα. Όσο αφορά τα συναισθήματα που εμπριέχονται στο θετικά και αρνητικά είναι, θετικά → ευαισθησία, χαρά, ελπίδα, αισιοδοξία, υπομονή και αρνητικά → θυμός, αγανάκτηση, αβεβαιότητα, επιθετικότητα, κούραση.

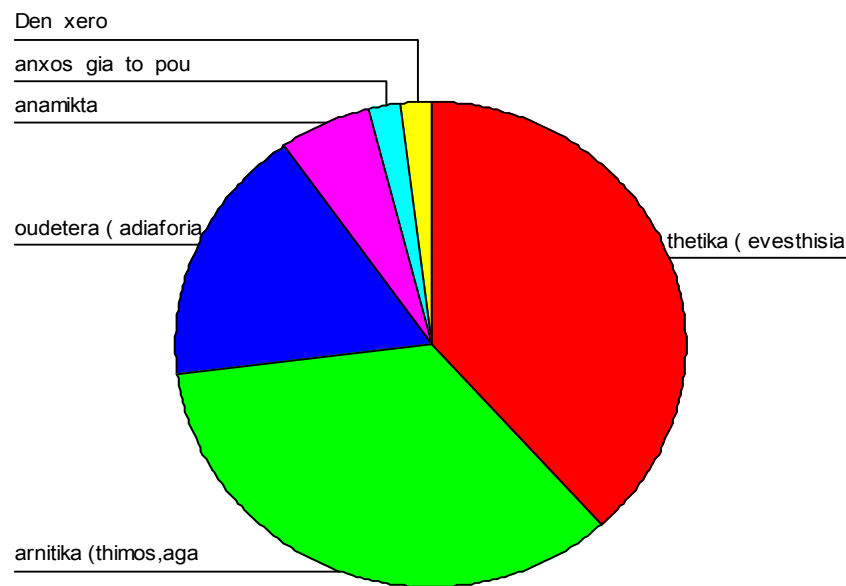
Σε αυτήν την ερώτηση θα θέλαμε να σχολιάσουμε ότι όλο το προσωπικό αναφέρει κάποιο συναίσθημα, που του δημιουργεί αυτή η αλλαγή, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συναισθηματική εμπλοκή από την πλευρά του.

#### sinesthimata

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	thetika ( evesthisia, agapi, xara, esiodoxia, elpida, ipomoni )	20	38,5	38,5	38,5
	arnitika ( thimos, aganaktisi, avevotita, epithetikotita, kourasa )	18	34,6	34,6	73,1
	oudetera ( adiaforia , apathia , epifilaktikkotita )	9	17,3	17,3	90,4
	anamikta	3	5,8	5,8	96,2
	anxos gia to pou tha paei to prosopiko	1	1,9	1,9	98,1
	Den xero	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Ποια τα συναισθήματα σας για αυτή την αλλαγή ;





Ακολούθως θα αναλύσουμε την 10<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξής μας: «πως αξιολογείται την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο Π.Ν.Α.»». Το μεγαλύτερο ποσοστό, (34,6 %), μας απάντησε ότι είναι μία θετική κίνηση, θα κλείσει το «άσυλο» και θα δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Επίσης ένα 25 % μας απάντησε ότι η αλλαγή αυτή αργοπορεί πολύ και έχουν κουραστεί, διότι δεν γνωρίζουν τι θα γίνει και που θα πάει το προσωπικό. Επίσης πρέπει να επισημάνουμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό, 15,4 %, υποστηρίζει πως δεν υπάρχει Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ή ότι δεν έχει εφαρμοστεί και για αυτό δεν μπορούν να την αξιολογήσουν.

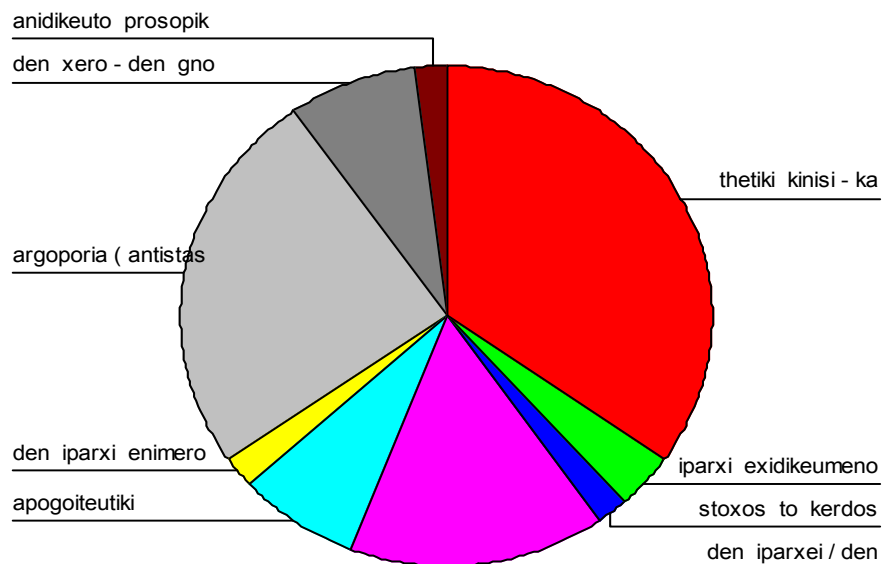
Συμπερασματικά, οι συγκεκριμένες απαντήσεις δείχνουν ότι το προσωπικό υιοθετεί μια κριτική στάση απέναντι στην μεταρρυθμιστική κίνηση.

#### Axiologisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	thetiki kinisi - kaliteres sinthikes - klisimo asilou	18	34,6	34,6	34,6
	iparxi exidikeumeno u prosopikou	2	3,8	3,8	38,5

	stoxos to kerdos	1	1,9	1,9	40,4
	den iparxei / den exi efarmosti i metarrithmisi	8	15,4	15,4	55,8
	apogoiteutiki	4	7,7	7,7	63,5
	den iparxi enimerosi / sintonismos	1	1,9	1,9	65,4
	argoporia ( antistaseis prosopikou - grafeiokratia )	13	25,0	25,0	90,4
	den xero - den gnorizo / den asxoloume	4	7,7	7,7	98,1
	anidikeuto prosopiko	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Πως αξιολογείτε την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ;



Στην 11<sup>η</sup> ερώτηση: «αναφέρετε κατά την γνώμη σας, τα θετικά και αρνητικά της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, όπως αυτή εφαρμόζεται στο Π.Ν.Α.», στα θετικά το 23,1 % μας απάντησε δημιουργία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, το 19,2 % δεν ξέρω και το 15,4 % κοινωνικοποίηση των ασθενών, αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα παραπάνω. Εφόσον το 71,2 % συμφωνεί με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, πως είναι δυνατόν να μην αναφέρει κάποια θετικά της κίνησης αυτής ενώ είναι υπέρ αυτής; Μπορούμε να υποθέσουμε ότι μέρος από το ποσοστό είναι υπέρ της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, επειδή πρέπει, (ίσως έχουν δεχτεί πιέσεις, ίσως φοβούνται, ίσως τάσσονται με το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι υπέρ), και όχι επειδή συμφωνούν.

Στα αρνητικά το μεγαλύτερο ποσοστό, (19,2 %), λέει πως η αλλαγή αυτή αργοπορεί, το 17,3 % λέει δεν ξέρω ή δεν υπάρχουν, ενώ το 11,5 % και 11,5 % σημειώνει πως θα κλείσει το μεγάλο «ίδρυμα» και θα δημιουργηθούν μικρότερα «άσυλα», και πως δεν υπάρχει εξατομικευμένος έλεγχος.

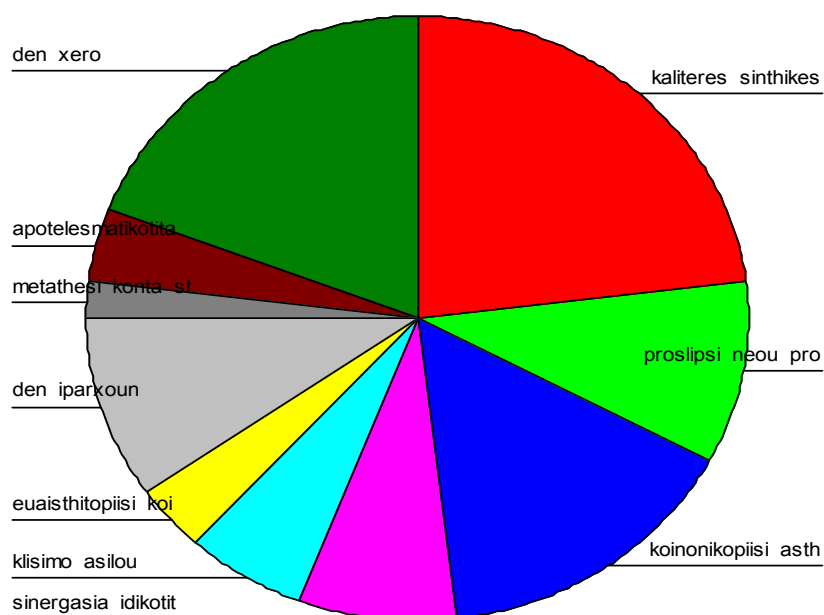
#### Thetika

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kaliteres sinthikes diaviosis	12	23,1	23,1	23,1
	proslipsi neou prosopikou	5	9,6	9,6	32,7
	koinonikopiisi asthenon	8	15,4	15,4	48,1
	sinergasia idikotiton - kinitopoiisi	4	7,7	7,7	55,8
	klisimo asilou	3	5,8	5,8	61,5
	euaisthitopiisi koinotitas	2	3,8	3,8	65,4
	den iparxoun	5	9,6	9,6	75,0
	metathesi konta ston topo diamonis mou	1	1,9	1,9	76,9
	apotelesmatik otita stis elafries periptosis	2	3,8	3,8	80,8
	den xero	10	19,2	19,2	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

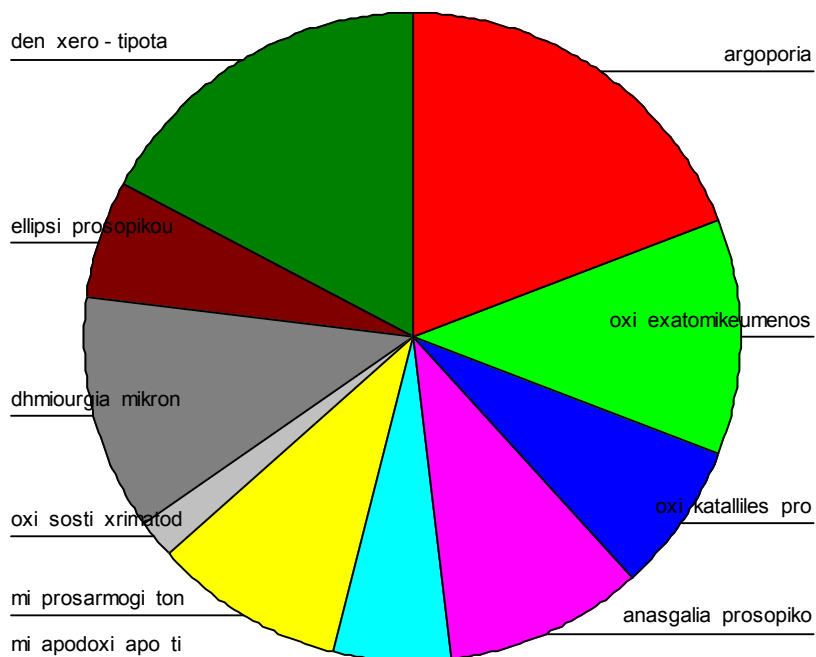
## Αριθτικά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	argoporia	10	19,2	19,2	19,2
	oxi exatomikeumenos elenxos	6	11,5	11,5	30,8
	oxi katalliles proipotesis - apousia idikon xoron	4	7,7	7,7	38,5
	anasgalia prosopikou gia tin epaggelmatiki apokatastasi	5	9,6	9,6	48,1
	mi apodoxi apo tin koinonia	3	5,8	5,8	53,8
	mi prosarmogiton asthenon	5	9,6	9,6	63,5
	oxi susti xrimatodotisi	1	1,9	1,9	65,4
	dhmiourgia mikron asilon	6	11,5	11,5	76,9
	ellipsi prosopikou	3	5,8	5,8	82,7
	den xero - tipota	9	17,3	17,3	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

## ΘΕΤΙΚΑ



## Αρνητικά



Στην συνέχεια θα αναλύσουμε την 12<sup>η</sup> ερώτηση της συνέντευξης η οποία αναφέρετε στο τι γνωρίζει το προσωπικό σχετικά με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Το 57,7 % μας αναφέρει ότι θα δημιουργηθούν νέες δομές στην κοινότητα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, κ.α., όμως το 40,4 % μας λέει πως δεν γνωρίζει, αυτό μας δείχνει την άγνοια του προσωπικού, την αδιαφορία στο να μάθει τι θα συμβεί ή στην έλλειψη πληροφόρησης που υπάρχει από τους ανωτέρους.

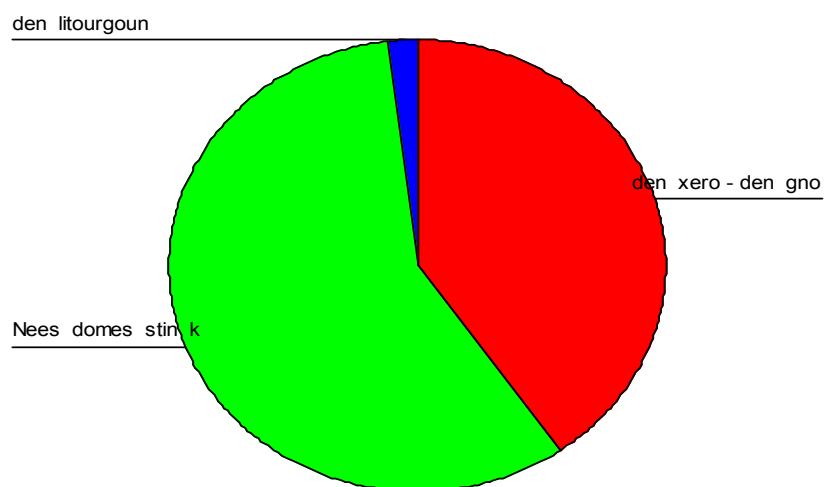
Θεωρούμε ότι το ποσοστό, (40,4 %), που απαντά πως δεν ξέρει τι δομές θα δημιουργηθούν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έρχεται σε αντίθεση με το ποσοστό, (71,2 %), που συμφωνεί με την μεταρρυθμιστική αλλαγή. Πιστεύουμε ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το προσωπικό φοβήθηκε να μας εκφράσει την πραγματική του άποψη από φόβο μήπως δημιουργηθεί σύγκρουση απόψεων.

Gnosis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	den xero - den gnorizo	21	40,4	40,4	40,4
	Nees domes stin koinotita - Xenones - Oikotrofia	30	57,7	57,7	98,1
	den litourgoun	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

## Γνώσεις



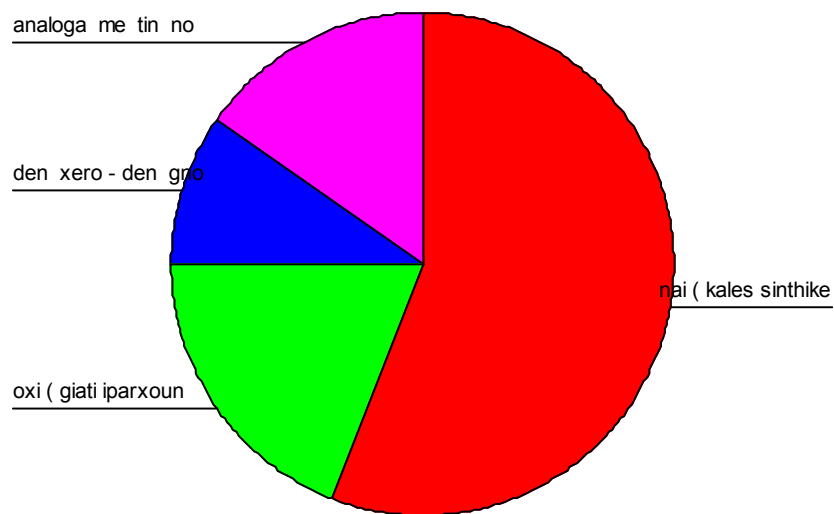
Στην προτελευταία ερώτηση: «αν πιστεύετε πως τα νέα Προγράμματα που θα δημιουργηθούν θα βοηθήσει τους ασθενείς του Π.Ν.Α.», το 55,8 % μας απαντάει θετικά, πως θα βοηθήσει τους ασθενείς, διότι, θα υπάρχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και μικρότερος αριθμός ασθενών οπότε και το προσωπικό θα μπορεί να αντεπεξέλθει καλύτερα στις συνθήκες έχοντας καλύτερα αποτελέσματα.

## Voithia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nai ( kales sinthikes , mikroteros arithmos asthenon )	29	55,8	55,8	55,8
	oxi ( giati iparxoun diskoles periptosis , paramoni asilou	10	19,2	19,2	75,0

	)				
	den xero - den gnorizo	5	9,6	9,6	84,6
	analoga me tin noimosini ton paidion	8	15,4	15,4	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

### Βοήθεια



Τέλος στην 14<sup>η</sup> ερώτηση: «ποιος είναι ο ρόλος της υπηρεσίας στην οποία δουλεύετε όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση», το 34,6 % μας απαντά πως συμμετέχουν, πως έχουν πρωταρχικό και καθοριστικό ρόλο και ένα 19,2 % μας απαντά πως δεν ξέρουν/δεν γνωρίζουν.

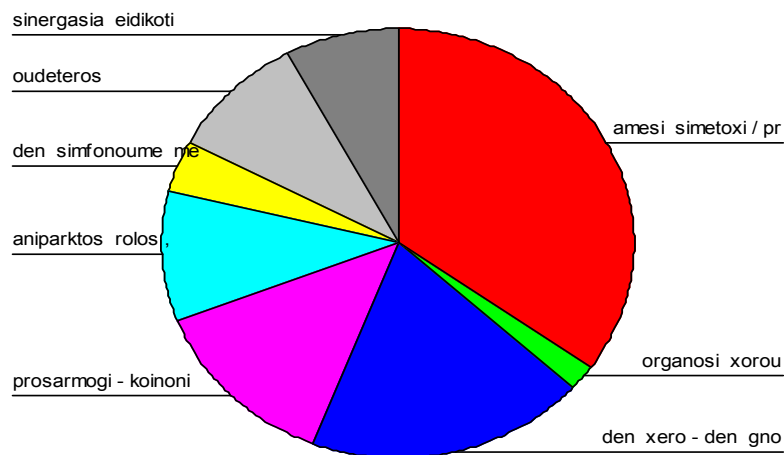
Το πρώτο ποσοστό όμως, (34,6 %), έρχεται σε αντίθεση με το 40,4 %, (της 12<sup>ης</sup> ερώτησης), που μας λέει πως δεν γνωρίζει τι αλλαγές θα γίνουν με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, διότι εφόσον δεν ξέρουν για την Μεταρρυθμιστική αυτή αλλαγή πως συμμετέχουν και έχουν πρωταρχικό ρόλο;

### Rolos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	amesi simetoxi / protarxikos / shmantikos / kathoristikos	18	34,6	34,6	34,6
	organosi xorou	1	1,9	1,9	36,5
	den xero - den	10	19,2	19,2	55,8

	gnorizo				
	prosarmogi - koinonikopiisi asthenon	7	13,5	13,5	69,2
	aniparktos rolos , den iparxi simmetoxi	5	9,6	9,6	78,8
	den simfonoume me tin metarrithmisi	2	3,8	3,8	82,7
	oudeteros	5	9,6	9,6	92,3
	sinergasia eidikotiton	4	7,7	7,7	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

## Ρόλος



## Συμπερασματικά :

Μία γενική διαπίστωση μέσα από την έρευνά μας ήταν ότι το προσωπικό φάνηκε να γνωρίζει πολλά πράγματα αλλά να μην θέλει να αναφερθεί. Ίσως φοβούμενοι για την τήρηση της εχεμύθειας, ή ίσως επειδή δεν είχε χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ μας, ή λόγω του τεταμένου κλίματος που επικρατούσε ανάμεσα στις σχέσεις των υπαλλήλων. Έτσι δήλωναν άγνοια σε κάποιες ερωτήσεις, ή έδειχναν αμηχανία αποφεύγοντας έμμεσα την απάντηση. Αυτό φαίνεται και από την σύγχυση και αντίφαση στις απαντήσεις των ερωτήσεων.



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**  
**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ**

#### **6.1 Σύγκριση Ερευνών**

##### **> Εισαγωγή**

Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας θα συγκρίνουμε την έρευνα που έγινε από την Μ.ΥΠ.Ε.Π., (Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός»), στο προσωπικό του Π. Ν.Α. Εμείς όμως θα συγκρίνουμε μόνο το γ' μέρος της έρευνας που αφορά την γνώμη του προσωπικού του Νοσοκομείου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. (Παράρτημα IV)

##### **6.1.1 Σύγκριση Ερευνών**

Καταρχήν αρχίζοντας την σύγκριση των δύο ερευνών θα θέλαμε να αναφέρουμε κάποιες ομοιότητες και διαφορές αυτών των δύο: α) η έρευνα της Μ.ΥΠ.Ε.Π. έγινε σε ένα δείγμα 207 ατόμων, ενώ η δική μας έρευνα έγινε σε δείγμα 52 ατόμων, β) στην πρώτη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια ενώ, η δεύτερη έρευνα έγινε μέσω δομημένης συνέντευξης, με συνέπεια τα ερωτηματολόγια να είναι πιο εύκολο να μοιραστούν και να συμπληρωθούν και

σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, γίνεται πιο άμεσα, υπάρχει προσωπική επαφή, και χρειάζεται περισσότερος χρόνος, γ) η πρώτη έρευνα ολοκληρώθηκε και επεξεργάστηκε σε διάστημα 24 μηνών περίπου, ενώ η δεύτερη έρευνα σε διάστημα 6 μηνών, δ) και οι δύο έρευνες αναλύθηκαν μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS, και ε) αυτό που παρατηρήσαμε ότι δεν υπάρχει στην έρευνα της Μ.ΥΠ.Ε.Π. είναι ότι λείπουν κάποια στατιστικά στοιχεία όπως: φύλο, σπουδές, χρόνια εργασίας στο Π.Ν.Α.

### Σύγκριση →

(λαμβάνουμε πάντα υπόψη μας την διαφορά στον αριθμό του δείγματος)

α) Αρχίζοντας την σύγκριση των δύο ερευνών θα ξεκινήσουμε από την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο κάθε ερωτώμενος. Έρευνα Μ.ΥΠ.Ε.Π., (το μεγαλύτερο ποσοστό 42 % ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών, και το αμέσως επόμενο ποσοστό 37,7 % ανήκει στις ηλικίες 30-40 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό 1,9 ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60+ άνω ετών), έρευνα σπουδαστών, (το μεγαλύτερο ποσοστό 44,2 % ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών, και το αμέσως επόμενο ποσοστό 36,5 % ανήκει στις ηλικίες 46-55, ενώ το μικρότερο ποσοστό 1,9 % ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 56-65). Όπως βλέπουμε τα ποσοστά είναι παρόμοια, έτσι δεν έχουμε να κάνουμε κάποιον ιδιαίτερο σχολιασμό.

β) Όσο αφορά την υπηρεσία στην οποία ανήκει ο κάθε ερωτώμενος τα στατιστικά στοιχεία συμπίπτουν, καταρχήν βλέπουμε ότι ο διαχωρισμός στις υπηρεσίες είναι ο ίδιος και τα ποσοστά πάνω κάτω μοιάζουν . Έρευνα Μ.Υ.Π., (Νοσηλευτική 33,8 %, Διοικητική 26,6 %, Ιατρική 20,8 %, Τεχνική 15,9 % και 2,9 % δεν απάντησαν), έρευνα σπουδαστών, (Ιατρική 40,4 %, Νοσηλευτική 38,5 %, Διοικητική 11,5 %, Τεχνική 9,6 %).

Η μόνη διαφορά είναι στην Διοικητική Υπηρεσία όπου στην έρευνα της Μ.ΥΠ.Ε.Π. καταλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό από την δική μας έρευνα. Θεωρούμε ότι αυτό είναι λάθος διότι εφόσον ο αριθμός του Διοικητικού προσωπικού στο Π.Ν.Α. είναι μικρότερος θα έπρεπε και στο δείγμα να είναι εξίσου όμοιος. Όπως και το αντίθετο συμβαίνει με την Ιατρική Υπηρεσία,

θεωρούμε πως θα έπρεπε να καταλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό όπως καταλαμβάνει και το Ιατρικό προσωπικό στο Π.Ν.Α.

Επίσης αυτό που θα θέλαμε να σημειώσουμε είναι ότι το 2,9 % του προσωπικού δεν απάντησαν σε ποια υπηρεσία ανήκουν. Βέβαια το ποσοστό είναι πολύ μικρό όμως θα θέλαμε να σχολιάσουμε διότι το θεωρούμε σημαντικό. Ίσως, λοιπόν, να φοβήθηκαν μήπως στιγματίσουν με την απάντησή τους την υπηρεσία τους. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως το ερωτηματολόγιο της Μ.ΥΠ.Ε.Π. πραγματοποιήθηκε από την Μονάδα που Υποστηρίζει και Παρακολουθεί το Πρόγραμμα «Ψυχαγωγός» με αποτέλεσμα να υπάρχει μια επιφύλαξη για τις απαντήσεις του προσωπικού κατά πόσο αυτές είναι αντικειμενικές, χωρίς να υποκινούνται από άλλα συναισθήματα.

γ) Η επόμενη ερώτηση αφορά τον χώρο στον οποίο εργάζεται το προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου. Έρευνα Μ.ΥΠ.Ε.Π., (Ενδό-νοσοκομειακές υπηρεσίες 56 %, Έξω-Νοσοκομειακές 18,8 %, σε όλα τα τμήματα 15 %, δεν απάντησαν 10,1 %), έρευνα σπουδαστών, (Ενδό-νοσοκομειακές υπηρεσίες 73,1 %, Έξω-Νοσοκομειακές 23,1 %, σε όλα τα τμήματα 3,8 %).

Βλέπουμε λοιπόν πως και σε αυτή την ερώτηση τα ποσοστά συμπίπτουν, το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ενδό-νοσοκομειακές δομές. Ενώ η μόνη διαφορά είναι πως στην πρώτη έρευνα ένα ποσοστό 10,1 % δεν απάντησε, μεγαλύτερο ποσοστό από την επόμενη ερώτηση, αυτό μας οδηγεί στο ότι το προσωπικό φοβάται μην στιγματιστεί παρόλο που το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

δ) Στην συνέχεια θα συγκρίνουμε κατά πόσο το προσωπικό του Π.Ν.Α. συμφωνεί με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο. Έρευνα Μ.ΥΠ.Ε.Π., (συμφωνώ απόλυτα 30,4 %, συμφωνώ εν μέρει 34,8 %, διαφωνώ απόλυτα 8,2 %, διαφωνώ εν μέρει 11,1 %), έρευνα σπουδαστών, (συμφωνώ 71,2 %, διαφωνώ 11,5 %, ουδέτερος 7,7 %, δεν ξέρω 9,6 %).

Όπως βλέπουμε σε αυτή την ερώτηση υπάρχει κάποια διαφορά: i) στην διατύπωση των απαντήσεων, στην έρευνα της Μ.ΥΠ.Ε.Π. το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει το συμφωνώ εν μέρει, είναι μια απάντηση που περιλαμβάνει την συμφωνία ή την διαφωνία με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αλλά κάτω από κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες είναι αδιευκρίνιστες, ενώ στην δική μας έρευνα θεωρούμε πως οι απαντήσεις είναι πιο απόλυτες και



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τελειώνοντας την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να κάνουμε μια ανακεφαλαίωση περιγράφοντας περιληπτικά τα όσα παρουσιάσαμε προηγουμένως.

Η πτυχιακή μας εργασία χωρίστηκε σε δύο μέρη. Το **I μέρος** της εργασίας μας διαιρέθηκε σε 6 κεφάλαια:

α) Στο **1<sup>ο</sup> κεφάλαιο** μιλάμε για την ιστορία της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης ξεκινώντας από την αρχαιότητα περνώντας στο μεσαίωνα και την Αναγέννηση και καταλήγοντας στην σύγχρονη εποχή.

β) στο **2<sup>ο</sup> κεφάλαιο** κάνουμε μια ιστορική αναδρομή της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα. Η θέση του τρελού μέσα στις παραδοσιακές κοινωνίες κράταγαν λίγο ή πολύ μία περιθωριακή θέση μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα. Στην κυρίως Ελλάδα αλλά και στην υπόλοιπη Βαλκανική και στην Μ. Ασία οι εκκλησίες και τα μοναστήρια είχαν αποκτήσει φήμη στην θεραπεία της τρέλας και της δαιμονοκατοχής.

Παραδοσιακά νοσοκομεία που δέχτηκαν ψυχοπαθείς συναντούμε στην Χίο, στην Κωνσταντινούπολη και στην Σμύρνη. Οι κατηγορίες των ατόμων που έγιναν δεκτά ήταν οι εξής: άρρωστοι, άποροι, γέροντες, ορφανά κ.α.

Το 1838 ιδρύθηκε από την αγγλική αρμοστέια, το Φρενοκομείο της Κέρκυρας.

Ο νόμος ΨΜΒ «περί συστάσεως φρενοκομείων» ψηφίστηκε ομόφωνα από την Βουλή, όπως παρατηρεί η σύνταξη του ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, στις 22.3.1862.

Στην συνέχεια έχουμε την ίδρυση και άλλων πολλών ιδρυμάτων στην Αθήνα, την Χίο, στην Θεσσαλονίκη, την Λέρο, στα Χανιά κ.α.

Την πρώτη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αι., άρχισε μία νέα περίοδος κίνησης γύρω από την ψυχιατρική που την στερέωσε οριστικά σαν κοινωνικό θεσμό.

Μετά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο οι εξελίξεις επιταχύνθηκαν ακόμα περισσότερο. Το 1923, έγινε η πρώτη νομοθεσία για τις ιδιωτικές κλινικές. Στις 21.2.1934 δημοσιεύτηκε ο νόμος 6077, που βασική του καινοτομία ήταν η προσπάθεια μετατροπής των δημοσίων ψυχιατρικών σε αγροτικές αποικίες ψυχοπαθών. Η δεύτερη καινοτομία του νόμου 6077 αφορά τη διοικητική οργάνωση των δημοσίων ψυχιατρικών.

Οι πληροφορίες που υπάρχουν για τα ψυχιατρικά ιδρύματα και τους ψυχασθενείς κατά την περίοδο του πολέμου είναι λιγοστές.

Στη μεταπολεμική περίοδο το δίκτυο των δημοσίων ψυχιατρικών της χώρας εξαπλώθηκε.

Τη δεκαετία του '50 έχουμε υπερπληρότητα των δημοσίων ψυχιατρικών, έτσι δημιουργούνται άλλα δύο δημόσια ψυχιατρεία, το Πέτρας Ολύμπου που ιδρύθηκε γύρω στο 1969 και το Ψυχιατρείο της Τρίπολης που εγκαινιάστηκε το 1968.

γ) στο **3<sup>ο</sup> κεφάλαιο** αναφερόμαστε στην Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα και στα προγράμματα ψυχικής υγείας που υπάρχουν για το παιδί.

Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, τα προγράμματα, τα σχετικά με την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού δεν είναι ανεπτυγμένα με ικανοποιητικό τρόπο για πολλούς και διάφορους λόγους, όπως κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς κ.α.

Τα αποτελέσματα της έρευνας από την μελέτη «Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Εξέλιξη του Παιδιού στην Ελλάδα», που έγινε υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με στόχο να χαρτογραφήσει τις υπάρχουσες ανάγκες και τα προβλήματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Εξέλιξης του Παιδιού στην Ελλάδα, έχει τα εξής αποτελέσματα:

- α) Συγκέντρωση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών σε (Αθήνα, Θεσσαλονίκη)
- β) Χαμηλό ή ανύπαρκτο επίπεδο παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών
- γ) Προβλήματα που συνδέονται με τις μακρινές αποστάσεις που οφείλουν να διανύσουν οι οικογένειες προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια

- d) Χαμηλό επίπεδο των Υπηρεσιών Παιδικής Πρόνοιας
- e) Ανεπαρκής συντονισμός και έλλειψη συνεργασίας των διαφόρων φορέων στην παροχή της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης
- f) Ανεπαρκής συντονισμός και κατακερματισμός των υπηρεσιών, ιδιαίτερα στον τομέα των υπηρεσιών που παρέχουν η Παιδική Πρόνοια και η Παιδοψυχιατρική, ακόμη και στις αστικές περιοχές
- g) Έλλειψη υπηρεσιών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη των εφήβων κ.α.

Οι προτάσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων στην παιδική ψυχική υγεία είναι οι εξής:

➤ **Πρόληψη**

➤ **Στελέχωση και προγράμματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Πρόνοιας.** Στην συνέχεια θα εξετασθούν παράμετροι που έχουν μεγάλη σημασία για την προώθηση του θέματος Ψυχική Υγεία. Συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

α. Το πρόβλημα των αρνητικών στάσεων προς τα θέματα ψυχικής υγείας

β. Εκπαίδευση

γ. Έρευνα

δ. Νομοθεσία

ε. Διοίκηση-Γραφειοκρατικές διαδικασίες

δ) στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας μιλάμε για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, τότε αυτή άρχισε να εφαρμόζετε, τι ακριβώς αλλαγές πρόκειται να φέρει στην ψυχική υγεία της χώρας μας και κάνουμε και μια μικρή σύγκριση με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση της Γαλλίας, της Ιταλίας και της Αυστραλίας.

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση, και κοινωνική ένταξη.

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

Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ, (κανονισμός 815/84), άρχισε μια διαδικασία αποιδρυματισμού.

Ο Νόμος 2716/99 για την «**Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τα συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στην Μεταρρύθμιση.

Στην Ελλάδα, η προσπάθεια οργάνωσης και λειτουργικής αναβάθμισης των Νοσοκομείων, επιχειρείται μέσω των τελευταίων μεταρρυθμίσεων και συγκεκριμένα με τον νέο Νόμο 2889/2001.

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 σχετικά με την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας».

► Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 το δίκτυο των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών απαρτιζόταν από: α) υπηρεσίες νοσηλευόμενων ασθενών, και β) την ψυχιατρική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών

► Στα μεταπολεμικά χρόνια η ελληνική ψυχιατρική:

α) ήταν τελείως οχρωμένη μέσα σε ένα οργανικό πρότυπο και στηριζόταν από άποψη θεραπείας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και άλλων βιολογικών μεθόδων παρέμβασης, και β) επιπλέον η ελληνική ψυχιατρική ήταν «ιδρυματική».

► Τέλη της δεκαετίας του '70:

α) μύηση σε ξένες ιδεολογίες και πρότυπα ψυχιατρικής περίθαλψης

β) καινοτομίες στην ψυχιατρική περίθαλψη, (1980), σε διάφορα σημεία της χώρας : στο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινίτειο κ.α.

Δύο παράγοντες προϋπήρχαν και συνέβαλλαν στο ξεκίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης:



α) Ο πρώτος, ήταν ο επίσημος διαχωρισμός της ειδικότητας νευρολογία-ψυχιατρική σε δύο διαφορετικούς, (1981), και β) ο δεύτερος, αφορά τους ειδικούς.

Η τότε ονομαζόμενη Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ), άρχισε το 1983 να συμμετέχει σε συζητήσεις για τα ζητήματα που αφορούσαν τις ελληνικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η έκθεση που συνέταξε το 1984 προώθησε όχι μόνο την ιδεολογία και τη ρητορική της εκκολαπτόμενης ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αλλά και την έναρξη της εφαρμογής της. Η πρωτοβουλία της ΕΟΚ (N 815/84) έδινε έμφαση στη δημιουργία υπηρεσιών επανένταξης για τους χρόνιους τροφίμους των δημοσίων ψυχιατρείων της χώρας και υποστήριζε το ήδη υπάρχον πρόγραμμα της ελληνικής κυβέρνησης για την ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής και τη δημιουργία περύγων ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία.

Βασικές αρχές στις οποίες στηρίζετε η λειτουργία των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Γαλλία: α) η τομεοποίηση, β) η σταθερότητα των θεραπειών και στη συνέχεια των θεραπειών που εφαρμόζονται στους ασθενείς που παρακολουθούνται, γ) η δημιουργία ορισμένων δομών, δ) η παράλληλη και εναρμονισμένη λειτουργία ανάλογων υπηρεσιών για ανηλίκους, ε) ο συντονισμός και ο ενιαίος προγραμματισμός όλων αυτών των Μονάδων, στ) η μετάθεση της παροχής υπηρεσιών από το Ψυχιατρικό στην Κοινότητα, με την προοδευτική ανάπτυξη της έξω-νοσοκομειακής περίθαλψης, ζ) η αγωγή της κοινότητας, ώστε να αλλάξει στάση ως προς τον ψυχικά άρρωστο και τους θεραπευτές του και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική προσπάθεια, και η) η δημιουργία νέων στελεχών ψυχικής υγείας με μια εξειδικευμένη εκπαίδευση και κατάρτιση.

ε) στο **5<sup>ο</sup> κεφάλαιο** κάνουμε μια εκτενή ανάλυση του δεκαετούς επιχειρησιακού προγράμματος «Ψυχαργώς», αναφέροντας την Α' και Β' Φάση του Προγράμματος.

- 1999 → δεκαετές πρόγραμμα → στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της Μεταρρύθμισης, με έμφαση, στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Η πρώτη φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001.
- 2001 → η πρώτη αναθεώρηση του «Ψυχαργώς», ώστε να ισχύει πλέον για την δεκαετία 2001-2010.
- 2004 → η δεύτερη αναθεώρηση οπότε και θα ισχύει για μια νέα δεκαετία.

**Στόχος** του Προγράμματος → να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας. Η ονομασία του 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 αποτελείται από δύο μέρη: α) το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποσυλοποίηση των ασθενών από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαμορφώνεται με βάση τη διασπορά των ασθενών κάθε Ψυχιατρείου στους τόπους από τους οποίους αυτοί προέρχονται, και β) 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.

στ) στο **6<sup>ο</sup> κεφάλαιο**, του Ι μέρους, της πτυχιακής μας εργασίας αναφερόμαστε στον ρόλο που παίζει η θεραπευτική ομάδα ενός Νοσοκομείου στην διαδικασία αποϊδρυματισμού αυτού. Σημαντικός είναι ο ρόλος που διαδραματίζει στην περίθαλψη της ψυχικής ασθένειας το προσωπικό ενός νοσοκομείου και κατά συνέπεια στην μεταρρυθμιστική κίνηση που στοχεύει στην βελτίωση του τομέα ψυχικής υγείας.

ζ) τέλος, στο **7<sup>ο</sup>** και τελευταίο **κεφάλαιο**, του Ι μέρους, αναφέρετε ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Το **II μέρος** της εργασίας μας αποτελείται, επίσης, από 6 κεφάλαια:

α) στο **1<sup>ο</sup> κεφάλαιο** αναφερόμαστε στην μεθοδολογία της έρευνας πάνω στην οποία στηριχθήκαμε για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Σκοπός της έρευνας είναι: α) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η ιδρυματοποιημένη μορφή περίθαλψης καθώς και η διαδικασία αλλαγής της, β) να ερευνηθεί η δυνατότητα πραγματοποίησης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Νταού Πεντέλης, γ) να καταγραφούν και να εκτιμηθούν οι υποδομές που υπάρχουν για να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δ) να αποκτηθούν γνώσεις για τα περιεχόμενα, από το υπό διερεύνηση Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο, προγράμματα αποκατάστασης, ε) να διαπιστωθεί η πραγματοποίηση κοινωνικής αλλαγής και επανένταξης των ασθενών μέσα από τα προγράμματα και στ) να καταγραφούν και να αναλυθούν συστηματικά οι απόψεις του προσωπικού για όλα τα παραπάνω ζητήματα.

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα που τέθηκαν χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω τεχνικές έρευνας: **α) Συμμετοχική παρατήρηση, β) Δομημένη συνέντευξη, και γ) Γραπτά τεκμήρια.**

**Πεδίο μελέτης** αποτέλεσε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, και **δείγμα** αποτέλεσαν όλες οι κατηγορίες των εργαζομένων που στελεχώνουν αυτό.

β) στο **2<sup>ο</sup> κεφάλαιο** κάνουμε μια εκτενή παρουσίαση και αξιολόγηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Το Π.Ν.Α. υπάγεται στο Β περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας. Νοσηλεύει 104 χρόνιους ασθενείς, ο μέσος χρόνος νοσηλείας τους είναι 14 χρόνια και το 63 % κατάγεται από το Νομό Αττικής. Το προσωπικό που απασχολείται σήμερα στις εσωτερικές και εξωτερικές δομές του είναι 428 άτομα.

#### › Ενδό - νοσοκομειακές Δομές

Στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής λειτουργούν μικρές οικιστικές μονάδες, «τμήματα», για τους νοσηλευόμενους με χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας, Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και τα Εξωτερικά Ιατρεία που εξυπηρετούν τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής. Επίσης, η Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών που δέχεται παραπομπές ασθενών από όλη την Ελλάδα.

Επίσης πρέπει να αναφερθούμε στο Πρόγραμμα Ανάδοχων Οικογενειών που λειτουργεί υπό την ευθύνη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, που πρόσφατα έχει σημαντικά αποδυναμωθεί.

#### › Έξω - νοσοκομειακές Δομές

α) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Ν. Σμύρνης, Ψυχικού, Ν. Ηρακλείου, Παλλήνης.

β) «Το Λιθαράκι». Κέντρο Ημέρας για το παιδί.

γ) Ειδική Θεραπευτική Μονάδα για τον Αυτισμό. «ΕΘΜΑ».

Το Π.Ν.Α. απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες:

- Διοικητική
- Τεχνική
- Νοσηλευτική
- Ιατρική

**Παρέχει** εξειδικευμένη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε παιδί. Παρέχει ιατρική, ψυχολογική, ψυχιατρική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και φιλοξενία των παιδιών στο Νοσοκομείο.

**Ρόλος** του Νοσοκομείου είναι: α) προβλέπεται εξειδικευμένη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε παιδί, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση της οικογένειάς του, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, β) η κοινωνική αναπροσαρμογή και αποκατάσταση των παιδιών με τη στοιχειώδη τεχνική κατάρτισή τους στα Επαγγελματικά Εργαστήρια ή με την παραμονή τους στα ενδιάμεσα σπίτια, γ) η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής έρευνας, δ) η εκπαίδευση και επιμόρφωση λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

β) στο **3<sup>ο</sup> κεφάλαιο** μιλάμε για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και το 10ετές πρόγραμμα «Ψυχαργός» όπως αυτό εφαρμόζεται στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Με βάση τον εθνικό σχεδιασμό το Π.Ν.Α εκπόνησε επιχειρησιακό σχεδιασμό που προβλέπει την κατάργηση κι τον μετασχηματισμό σε δίκτυο αποκεντρωμένων κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Ειδικότερα, αυτός προβλέπει ότι μετά το 2006 πάει να λειτουργεί ως Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο και στο χώρο του αναπτύσσεται Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου με Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας καθώς επίσης και η δημιουργία Κέντρου Ιατρικής Φυσικής και Αποκατάστασης για τους κατοίκους της Ανατολικής Αττικής. Οι νοσηλευόμενοι του μεταφέρονται σε 5 οικοτροφεία αποσυλοποίησης που πρόκειται να ιδρύσει το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το Π.Ν.Α δημιουργεί ένα οικοτροφείο αποσυλοποίησης και ένα ξενώνα για 10 εφήβους με αυτισμό. Ενισχύεται η λειτουργία των δύο ξενώνων και των δύο κέντρων ημέρας, ενώ τα τέσσερα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα ενισχύονται και αυτονομούνται. Προβλέπεται η κατάργηση της Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και η ανάπτυξη ενδονοσοκομειακών παιδοψυχιατρικών δομών σε Γενικά και Παιδιατρικά Νοσοκομεία του Α και Β ΠΕΣΥΠ Αττικής σε αντικατάσταση της λειτουργίας των τεσσάρων μέχρι σήμερα «παραδοσιακών» κλινικών του Π.Ν.Α., (Γ.Ν.Παίδων Αγλαΐας Κυριακού, Παίδων Πεντέλης, Αττικής Σισμανόγλειο και Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο»). Παράλληλα, ζητείται η εμπλοκή του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας για να συμμετάσχει στην ανάπτυξη Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών που απαιτούν κυρίως κοινωνική φροντίδα και όχι ψυχιατρική.

δ) στο **4<sup>ο</sup> κεφάλαιο** της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζουμε την έρευνα που πραγματοποίησε η Μονάδα Υποστήριξης Και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός», πριν ένα χρόνο, στο προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, για τις απόψεις τους όσο αφορά την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση του Νοσοκομείου.

Σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ, το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού συμφωνεί εν μέρει ή απόλυτα με τον τρόπο υλοποίησης της. Ως θετικότερο σημείο της μεταρρύθμισης αυτής εμφανίζεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής των νοσηλευόμενων ασθενών και ως το πιο αρνητικό η έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής των ενδιαφερομένων στις διαδικασίες μεταρρύθμιση.

ε) στο **5<sup>ο</sup> κεφάλαιο** παρουσιάζουμε την δική μας έρευνα που αφορά την καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι συμφωνεί με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.

στ) τέλος, στο **6<sup>ο</sup>** και τελευταίο **κεφάλαιο**, του ΙI μέρους, της πτυχιακής μας εργασίας κάνουμε μια σύγκριση και αξιολόγηση των δύο ερευνών.

Συγκρίνοντας τις δύο έρευνες βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα συμπίπτουν και οι διαφορές είναι ελάχιστες.

Στο τέλος της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζουμε τα συμπεράσματα, την βιβλιογραφία και τα παρατήματα.

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το θέμα που διερευνήσαμε στην πτυχιακή μας εργασία είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στην χώρα μας, γιατί πιστεύουμε ότι απασχολεί τον πληθυσμό, και καθώς αυτή θα ολοκληρώνεται θα μας απασχολήσει περισσότερο.

Για την πραγματοποίηση και ολοκλήρωση αυτού του θέματος ερευνήσαμε την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή πραγματοποιείται και θα πραγματοποιηθεί στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, καταγράφοντας και αξιολογώντας τις απόψεις του προσωπικού για τα προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης που θα εφαρμοστούν απευθυνόμενα στους ψυχικά πάσχοντες του Νοσοκομείου και όχι μόνο.

Το βασικό μας συμπέρασμα είναι: σύμφωνα με την ελληνική πραγματικότητα πρέπει να γίνει επισταμένη και επιστημονική έρευνα του προβλήματος, της ψυχικής ασθένειας, από ελληνικούς φορείς, έτσι ώστε τα προγράμματα αυτά να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών. Επίσης πρέπει να γίνει ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την αποδοχή και την προσφορά βοήθειας προς τους ψυχικά πάσχοντες. Ακόμα, θα βοηθήσει η συνειδητοποίηση από μέρους όλων των κοινωνικών υπηρεσιών και οργανώσεων ότι για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας χρειάζεται:

- Συλλογική προσπάθεια των ειδικών,
- Επικοινωνία και συνεργασία ποικίλων φορέων,
- Ευαισθητοποίηση της κρατικής ευθύνης και του κοινού.

Συμπερασματικά, όσο αφορά την έρευνα:

1. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υλοποιείται σε ικανοποιητικό βαθμό στο Π.Ν.Α καθώς έχουν δημιουργηθεί εξωνοσοκομειακές δομές και έχουν παραπεμφθεί περιστατικά σε αυτήν για την ανάληψη κοινοτικής φροντίδας.
2. Οι εργαζόμενοι στο συγκεκριμένο χώρο στο μεγαλύτερο ποσοστό τους συμφωνούν με την μεταρρυθμιστική κίνηση και είναι συγκινησιακά ενταγμένοι σε αυτήν.
3. Τα Προγράμματα κοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης δεν αφορούν όλο τον πληθυσμό του Νοσοκομείου αλλά εκείνες τις περιπτώσεις, όπου ορισμένοι

ασθενείς είναι πιο λειτουργικοί και έχουν την δυνατότητα να ανταποκριθούν σε ρόλους της καθημερινότητας.

4. Οι κοινοτικές δομές δεν μπορούν να φιλοξενήσουν όλους τους ασθενείς, δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια επιλογής, υπάρχει έλλειψη χώρου, προσωπικού και συντονισμού των κινήσεων.
5. Υπάρχουν αντιστάσεις είτε από τους εργαζόμενους είτε από την κοινότητα, που σχετίζονται με τον βαθμό κάλυψης αναγκών και με την κοινωνική προκατάληψη.
6. Η έκφραση απόψεων και αναγκών από τους ψυχικά ασθενείς δεν είναι δυνατή καθώς η κίνηση καθορίζεται από τους ρυθμιστές της κοινωνικής πολιτικής χωρίς τη συμμετοχή τους. Δεν υπάρχει επίσης κάποιο θεσμοθετημένο συλλογικό όργανο διεκδίκησης και προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών.
7. Οι οικογένειες των ασθενών δεν συμμετέχουν επίσης στην διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής.

Τέλος, θεωρούμε πως σημαντική θα ήταν μια σύγκριση του δικού μας μεταρρυθμιστικού προγράμματος με μιας άλλης ευρωπαϊκής χώρας, με στόχο να εντοπιστούν ομοιότητες και διαφορές, καθώς και επιπτώσεις που θα μπορούσαν να αποφευχθούν κατά την εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην χώρα μας.

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΑΠΟΣΤΟΛΗ, Ι. (1998). *«Ψυχιατρική Αποκατάσταση»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Έλλην.
- 2) GOFFMAN, E. (1994). *«Τα άσυλα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ευρύαλος.
- 3) ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. (1994). *«Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Επτάλοφος.
- 4) ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Θ. (1993). *«Η διαδικασία του αποιδρωματισμού στο άσυλο και ο ρόλος του προσωπικού»*. Θ.Ψ.Π.Χ. Εκπαιδευτική Δημερίδα. Εκδόσεις: Πρόγραμμα Αποκατάστασης "Προσπαθήστε μαζί μας".
- 5) ΚΥΡΙΑΖΗ, Ν. (1999). *«Η κοινωνιολογική Έρευνα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- 6) ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ, Μ. Δ. (1994). *«Ψυχιατρική και Δίκαιο»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήση.
- 7) LEBOVICI, S.-ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Π. (1984). *«Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη.
- 8) LEMPERIERE, T.-FELINE, A. (1995). *«Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα»*. Α' Τόμος. Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήση.
- 9) LEMPERIERE, T.-FELINE, A. (xx). *«Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα»*. Β' Τόμος. Αθήνα. Εκδόσεις : Παπαζήση.



- 10) ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Γ. Μ. (1994). *«Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- 11) ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Γ. Μ. (2000). *«Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη.
- 12) ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Γ. Μ. (2000). *«Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη.
- 13) ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Γ. Μ. (1999). *«Η μιλιά κάτω από το μήλο . Άτομο και οικογένεια στην κοινωνική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- 14) ΜΠΛΟΥ, Ε. (1999). *«Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Εξάντας.
- 15) ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Ε. Γ. (2002). *«Ψυχιατρική»*. Δ΄ Έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις: Γραφικές Τέχνες, Χ. Σ. Ζαχαροπούλου, Δ. Σιταράς.
- 16) ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ. (1987). *«Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ειρήνη.
- 17) ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Ι. (xx). *«Κοινωνική Ψυχιατρική Υγιεινή»*. Αθήνα. Εκδόσεις: xx.
- 18) ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, Δ. Ν.(1995). *«Η Ιστορία τη Ψυχιατρικής στην Ελλάδα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Εξάντας.
- 19) ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ, Δ. Ν. (1983). *«Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα»*. Σύγχρονα Θέματα. Τριμηνιαία Έκδοση Επιστημονικού προβληματισμού και Παιδείας. Τεύχος 19<sup>ο</sup>.
- 20) ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ, Γ. Α. (1995). *«Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

- 21) ROSSANT, L. μτφρ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Β. Π. (xx). *«Η Νοσηλεία των παιδιών στο Νοσοκομείο»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Χατζηνικολή.
- 22) TERESA, W. (1989). *«Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία»*. Τεύχος III. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτης.
- 23) ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι. (xx). *«Οργάνωση Υπηρεσιών Παιδοψυχιατρικής Περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: xx.
- 24) ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι. (1989). *«Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής»*. Τεύχος III. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτης.
- 25) ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι. (1983). *«Προτάσεις για την Παιδοψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα»*. Σύγχρονα Θέματα. Τριμηνιαία Έκδοση Επιστημονικού προβληματισμού και Παιδείας. Τεύχος 19<sup>ο</sup>.
- 26) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. (2001). *«Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- 27) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. (2001). *«Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία . Ψυχική Υγεία , Νέα Αντίληψη , Νέα Ελλάδα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- 28) ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, Π. (1991). *«Εισαγωγή στην Ψυχιατρική»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Θεμέλιο.
- 29) ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ. Ν. (2002). *«Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα»*. Αθήνα. Εκδόσεις: Βήτα.
- 30) *Σημειώσεις Π.Ν.Α.*

31) Μ.Υ.Π.Ε.Π., «*Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α.*», 2003, Αθήνα.

32) INTERNET: *[www.myprep.gr](http://www.myprep.gr)*

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

**Α . Τ . Ε . Ι . ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ**  
**ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ**

<< Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , ( Νταού Πεντέλης ) . Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού >> .

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

- κ. ΤΖΑΝΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

**ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ**

- ΝΙΚΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ  
- ΨΩΜΑΔΕΛΛΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

1. **ΤΙΤΛΟΣ :** << Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , ( Νταού Πεντέλης ) . Καταγραφή και αξιολόγηση των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού >> .

Όνοματεπώνυμο σπουδαστών : **Νίκα Αλεξάνδρα**

**Ψωμαδέλλη Παναγιώτα**

Υπεύθυνος καθηγητής : **Τζανάκης Εμμανουήλ**

2. **Βασικός προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος .**

Στα πλαίσια της εργαστηριακής μας άσκησης κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας επισκεφτήκαμε διάφορα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ψυχικής υγείας και ενημερωθήκαμε για την λειτουργία των προγραμμάτων και την δομή τους . Όμως ποτέ δεν είχαμε την επαφή με ένα ίδρυμα , γνωρίζοντας έτσι την κλειστή μορφή περίθαλψης ψυχικής υγείας .

Προβληματιστήκαμε λοιπόν και θελήσαμε να μάθουμε για τις συνθήκες που ζει ο ασθενής μέσα σε ένα ίδρυμα και για τα προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης .

Αποφασίσαμε να ερευνήσουμε τις δυνατότητες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης , το κατά πόσο αυτή είναι εφικτή ή όχι σε ένα ίδρυμα όπως το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , Νταού Πεντέλης και το κατά πόσο ένα ίδρυμα γίνεται φορέας κοινωνικής αλλαγής και αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών .

Αυτό θα συμβεί ερευνώντας την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής ( Νταού Πεντέλης ) , μελετώντας και αξιολογώντας τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης με βάση τις απόψεις του προσωπικού .

3. **Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα . Εάν έχει πραγματοποιηθεί άλλη εργασία στο παρελθόν με ανάλογο θέμα , εξηγήστε ποια καινούργια γνώση θα προστεθεί με την προτεινόμενη εργασία .**

Οι πτυχιακές εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στο παρελθόν είναι οι εξής :

α ) Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση των χρόνια ψυχικά ασθενών στο Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης .

β ) Διερεύνηση και συχνότητας εφαρμογής της οικογενειακής θεραπείας σύμφωνα με τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας και ποιες διαφορετικές προσεγγίσεις εφαρμόζουν σε αυτές .

γ ) Οι απόψεις των εργοδοτών του Νομού Ηρακλείου απέναντι στους εν δυνάμει εργαζόμενους με ψυχική διαταραχή .

δ ) Η κοινωνική εργασία στην κοινωνική επανένταξη των ψυχωσικών σε πλαίσια ψυχικής υγείας .

ε ) Σχιζοφρένεια . Ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στην οικογένεια .

στ) Θρησκεία και ψυχική υγεία . Η στάση των ψυχικά ασθενών απέναντι στην εκκλησία .

ζ) Η μελέτη της οικογενειακής επιβάρυνσης ασθενών με ψυχωσικά συμπτώματα .

Η εργασία μας θα εστιαστεί στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής , Νταού Πεντέλης . Θα μελετήσουμε κατά πόσο το νοσοκομείο προσφέρει αποτελεσματική θεραπεία για τους νοσηλευόμενους και κατά πόσο υπάρχουν τα εφόδια να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση . Αν υφίσταται ως << παιδο >> ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή αν έχει πάρει μορφή << άσυλου >> .

Η εργασία που προτείνουμε διαφέρει από τις προηγούμενες . Καταρχήν , η έρευνα θα εστιάσει την προσοχή της στο προσωπικό του Νοσοκομείου . Θα μελετήσουμε τις σχέσεις προσωπικού - ασθενών και κατά πόσο οι πρώτοι επιθυμούν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αν όχι γιατί . Οι απόψεις του προσωπικού , ( ιδιαίτερα των εργαζομένων στην κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου ) , δεν έχουν μελετηθεί μέχρι σήμερα από σπουδαστές / -τριες του τμήματός μας . Επίσης , καμία έρευνα δεν έχει μέχρι σήμερα πραγματοποιηθεί σε Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο ή υπηρεσία Παιδοψυχιατρικής περίθαλψης .

#### **4. Σκοπός της μελέτης .**

Σκοπός της έρευνας είναι : α ) να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η ιδρυματοποιημένη μορφή περίθαλψης καθώς και η διαδικασία αλλαγής της , β ) να ερευνηθεί η δυνατότητα πραγματοποίησης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Νταού Πεντέλης , γ ) να καταγραφούν και να εκτιμηθούν οι υποδομές που υπάρχουν για να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση , δ ) να αποκτηθούν γνώσεις για τα περιεχόμενα , από το υπό διερεύνηση Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο , προγράμματα αποκατάστασης , ε ) να διαπιστωθεί η πραγματοποίηση κοινωνικής αλλαγής και επανένταξης των ασθενών μέσα από τα προγράμματα και στ ) να καταγραφούν και να αναλυθούν συστηματικά οι απόψεις του προσωπικού για όλα τα παραπάνω ζητήματα .

#### **5. Διάγραμμα θεωρητικού μέρους .**

Το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας θα περιλαμβάνει τις παρακάτω ενότητες :

- i. Η ιδρυματική περίθαλψη στο δυτικό κόσμο .
- ii. Η ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα . Ιστορική αναδρομή .
- iii. Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , Νταού Πεντέλης .
  - α ) Ιστορικό και στάδια ανάπτυξης του Νοσοκομείου .
  - β ) Ψυχικές ασθένειες που πάσχουν οι νοσηλευόμενοι . Συμπτωματολογία , αντιμετώπιση .
  - γ ) Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευόμενων , ( ηλικία , φύλλο , γεωγραφική καταγωγή κ . α . ) .
  - δ ) Οργανόγραμμα του ιδρύματος , διοικητική στελέχωση , προσωπικό .
  - ε ) Ιδρυματοποίηση . Επιπτώσεις στην προσωπικότητα του ασθενή .

στ ) Αποιδρυματοποίηση . Ορισμός , προϋποθέσεις , δομές .

ζ ) Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο , Νταού Πεντέλης .

- iv. Απόψεις του προσωπικού για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση .
- v. Σχέσεις προσωπικού - τροφίμων , σχέσεις συναδέλφων , σχέσεις ηγετικών στελεχών με χαμηλά ιστάμενα πρόσωπα .
- vi. Η κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου και οι λειτουργίες της .
- vii. Αξιολόγηση προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης , ( με βάση τις απόψεις του προσωπικού ) .
- viii. Προτάσεις - προβληματισμοί .

## **6. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων .**

- Τι είδους σχέσεις αναπτύσσονται μεταξύ του προσωπικού και των νοσηλευόμενων .
- Το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , Νταού Πεντέλης , έχει μετατραπεί σε άσυλο ;
- Είναι δυνατή η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ; Υπάρχουν υποδομές - προϋποθέσεις ; Οι νοσηλευόμενοι θα γυρίσουν στις οικογένειές τους ; Θα δημιουργηθούν ανοιχτά κέντρα περίθαλψης ; Τι έχει γίνει ως σήμερα και ποιες είναι οι προοπτικές ;
- Ποια προβλήματα παρουσιάζονται στην πορεία από την κλειστή - ιδρυματική νοσηλεία προς την ανοιχτή παιδοψυχιατρική φροντίδα ;
- Αναπτύσσονται συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού σε αυτή τη διαδικασία μετάβασης και αν ναι τι είδους ;
- Ποιος είναι ο ιδιαίτερος ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου σε αυτήν την πορεία μετάβασης ;
- Πως αξιολογούν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι την πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται ;

## **7. Μεθοδολογία έρευνας . Πεδίο μελέτης , επιλογή δείγματος , τεχνικές συλλογής στοιχείων , μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων .**

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα που τέθηκαν θα χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω τεχνικές έρευνας :

α ) Συμμετοχική παρατήρηση στο χώρο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής , Νταού Πεντέλης .

β ) Ημι - δομημένη συνέντευξη με αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλες τις κατηγορίες των εργαζομένων που στελεχώνουν το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , ( ιατρό - ψυχιατρικό , νοσηλευτικό , βοηθητικό προσωπικό , διοικητικοί υπάλληλοι και εργαζόμενοι στην κοινωνική υπηρεσία ) .

**Οι άξονες που θα κινηθούμε στην ημι - δομημένη συνέντευξη είναι οι εξής :**

- Δημογραφικά - προσωπικά στοιχεία προσωπικού :  
→ ηλικία ,



- φύλλο ,
- ειδικότητα ,
- επαγγελματική θέση ,
- χρονική διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής .

■ Σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών :

- συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση των διαφόρων αναγκών των εξυπηρετούμενων ,
- συγκρούσεις όσο αφορά της αρμοδιότητες του κάθε επαγγελματία ,
- σύγχυση ρόλων ,
- βαθμός συμμετοχής του κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή .

■ Σχέσεις προσωπικού με ασθενείς :

- στάση προσωπικού απέναντι στους ασθενείς ,
- συμπεριφορά προσωπικού απέναντι στους ασθενείς ,
- ύπαρξη ή απουσία σωματικής και συναισθηματικής επαφή με τους ασθενείς ,
- σχέση - επίδραση της θέσης - ειδικότητας , ( διοικητικό προσωπικό , νοσηλευτές , ψυχολόγοι , κοινωνικοί λειτουργοί , ψυχίατροι , βοηθητικό προσωπικό ) , του κάθε επαγγελματία , παίζει ρόλο στην στάση του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς .

■ Κατά πόσο το προσωπικό καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων ;  
Είναι εξειδικευμένο για την κάλυψη των αναγκών αυτών ;

- Νοσηλευτική φροντίδα - μέριμνα για συνθήκες νοσηλείας ,
- ψυχοκοινωνική θεραπεία - αποκατάσταση ,
- ψυχολογική στήριξη ασθενών - οικογένειας ,
- λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού ,
- λήψη νοσηλευτικού ιστορικού ,
- κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση ,
- ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και προαγωγή της υγείας ,
- επανακοινωνικοποίηση ιδρυματιζόμενων ασθενών ,
- επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργεί στην οικογένεια η ασθένεια ,
- ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ,
- συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη .

■ Διάγνωση προβλημάτων .

- συνθήκες εργασίας ,
- πως αυτές εκτιμούνται ,
- προσπάθειες αντιμετώπισης τους ,
- προτάσεις για το μέλλον .

■ Απόψεις του προσωπικού για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση :

- γενική εκτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ,
- αρνητικά και θετικά σημεία της ψυχιατρικής αλλαγής ,
- υποστηρίζουν ή όχι την αλλαγή αυτή ,
- κριτήρια υποστήριξης ή μη της μεταρρύθμισης , ( προσωπικά , σε σχέση με τους ασθενείς ) ,
- προτάσεις πάνω στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση .

■ Εκτιμήσεις του προσωπικού για το μέλλον όσο αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση .

→ η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα συμβάλει στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών ,

→ δεν θα υπάρξει αλλαγή .

γ ) Γραπτά τεκμήρια , ( ενημερωτικά φυλλάδια , προγράμματα αποκατάστασης και επανένταξης κ . α . ) .

Το εμπειρικό υλικό που θα συγκεντρωθεί θα αναλυθεί κατά περίπτωση , ( δηλαδή θα αναλυθεί ανάλογα με το είδος του εμπειρικού υλικού ) , και σε σχέση με τα ερωτήματα όπως αυτά θα διαμορφωθούν και θα συγκεκριμενοποιηθούν στην πορεία της εργασίας μας .

Προβλέπεται να πραγματοποιηθούν δύο στάδια ανάλυσης : i ) απομαγνητοφώνηση , ανάλυση και κατηγοριοποίηση των συνεντεύξεων , ii ) συστηματική καταγραφή συμπερασμάτων που θα προκύπτουν μέσα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων .

Πεδίο μελέτης θα αποτελέσει το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , Νταού Πεντέλης . Δείγμα θα αποτελέσουν όλες οι κατηγορίες των εργαζομένων που στελεχώνουν το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής , ( ιατρό - ψυχιατρικό , νοσηλευτικό , βοηθητικό προσωπικό , διοικητικοί υπάλληλοι και εργαζόμενοι στην κοινωνική υπηρεσία ) .

## **8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης , Ενέργειες για άρση δυσκολιών .**

Πιθανές δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουμε είναι :

- ✓ Δυσκολίες της αποδοχής μας από το προσωπικό . Οι εργαζόμενοι πιθανόν να είναι επιφυλακτικοί απέναντί μας και αυτό να μας δυσκολέψει να πάρουμε τα στοιχεία που θέλουμε .
- ✓ Αντικειμενικότητα του προσωπικού .
- ✓ Η αντιμετώπιση συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού λόγω διαφορετικών απόψεων ίσως δυσκολέψει το έργο μας .
- ✓ Η επίδραση εξωτερικών παραγόντων , ( κράτος , οικογένεια , κοινότητα ) , στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση .
- ✓ Η ύπαρξη ή όχι ελευθερίας απόψεων .
- ✓ Η ύπαρξη μονόπλευρης στάσης του προσωπικού και η στάση του απέναντι σε αντίθετες απόψεις .
- ✓ Η διάθεση για ψυχιατρική μεταρρύθμιση .
- ✓ Η ετοιμότητα για κοινωνική αλλαγή .

## **9. Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν .**

Ηθικά ζητήματα :

- ❖ Ως υπεύθυνοι ερευνητές πρέπει να διασφαλίσουμε την ανωνυμία των πληροφορητών .
- ❖ Πρέπει να γίνει η χρήση μαγνητοφώνου ; Θεωρούμε πως πρέπει να αφήσουμε τους ερωτώμενους να αποφασίσουν . Σε περίπτωση άρνησης θα χρησιμοποιηθούν χειρόγραφες σημειώσεις και αμέσως μετά την συνέντευξη θα ακολουθηθεί συστηματική καταγραφή όλων των πληροφοριών .

❖ Πρέπει να υπάρχει αντικειμενικότητα από μέρους μας και να μην υποστηρίξουμε κάποια άποψη με την οποία ίσως συμφωνούμε , ούτε και να αποκλείσουμε τις απόψεις με τις οποίες διαφωνούμε .

#### **10. Χρονοδιάγραμμα .**

- Δημιουργία μεθοδολογικών εργαλείων . ( 3 εβδομάδες )
  - Βιβλιογραφική ενημέρωση . ( 4 εβδομάδες )
  - Επαφή με το πεδίο μελέτης . Γνωριμία με το προσωπικό και έναρξη συνεντεύξεων . ( 5 εβδομάδες )
  - Ανάλυση συνεντεύξεων , καταγραφή παρατηρήσεων , διατύπωση τελικών υποθέσεων εργασίας . ( 8 εβδομάδες )
  - Καταγραφή του θεωρητικού μέρους της εργασίας . ( 6 εβδομάδες )
  - Συγγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας . ( 5 εβδομάδες )
- Παρουσία της εργασίας μετά από χρονικό διάστημα ενός έτους .

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΔΕΙΓΜΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

- **ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ : 1 Οδηγός**
    - 1 Υδραυλικός
    - 1 Ραφείο
    - 2 Τραπεζοκόμοι
  
  - **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ : 20 άτομα ,**  
(17 Νοσηλευτές + 3 Βοηθοί  
Θαλάμων)
  
  - **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ : 6 άτομα**
  
  - **ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ : 21 άτομα , από τα οποία  
είναι :**
    - 5 Γιατροί , (1 Διευθυντές ,  
2 Επιμελητές ,  
2 Ειδικευόμενοι)
    - 3 Ψυχολόγοι
    - 6 Κοινωνικοί Λειτουργοί
    - 2 Εργοθεραπευτές
    - 1 Φυσιοθεραπευτή
    - 1 Γυμναστή
    - 2 Επισκέπτριες Υγείας
    - 1 Παιδαγωγός
- 
- 52 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΣΥΝΟΛΟ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

*ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΕΣ Κ' ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:*

1. ΦΥΛΟ:

2. ΗΛΙΚΙΑ:

3. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

4. ΣΠΟΥΔΕΣ:

5. ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ Π.Ν.Α.:

6. ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ Π.Ν.Α.:

7. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΌΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΣΤΟ Π.Ν.Α.;

8. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗ ΑΥΤΗ ΚΙΝΗΣΗ; ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ;

ΝΑΙ:

ΌΧΙ:

ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ:

ΔΕΝ ΞΕΡΩ:

ΓΙΑΤΙ :

9. ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΠΟΥ ΘΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΣΤΟ Π.Ν.Α.;

---

10. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΟΠΩΣ ΑΥΤΗ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΣΤΟ Π.Ν.Α.;

---

11. ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ, ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ, ΟΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΣΤΟ Π.Ν.Α.

ΘΕΤΙΚΑ:

ΑΡΝΗΤΙΚΑ:

12. ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΣΟΥΝ;

---

13. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΥΤΑ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ Π.Ν.Α.;

---

14. ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΔΟΥΛΕΥΕΤΕ ΌΣΟ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ;

---

◇ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Μ.Υ.Π.Ε.Π.  
(απόσπασμα που θα χρησιμοποιήσουμε)

Παρακαλούμε, σημειώστε σε ποια υπηρεσία ανήκετε:

- Ιατρική υπηρεσία
- Νοσηλευτική υπηρεσία
- Διοικητική υπηρεσία
- Τεχνική υπηρεσία

Παρακαλούμε, σημειώστε σε ποιο χώρο του ΠΝΑ εργάζεσθε:

- Ενδο-νοσοκομειακή υπηρεσία αποκλειστικά
- Εξω-νοσοκομειακή υπηρεσία αποκλειστικά
- Και σε ενδο-νοσοκομειακή και σε εξω - νοσοκομειακή υπηρεσία

Παρακαλούμε, σημειώστε την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκετε:

- 20-30 ετών
- 30-40 ετών
- 40-50 ετών
- 50-60 ετών
- 60+ ετών

Συμφωνείτε με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, όπως αυτή εφαρμόζεται στο Π.Ν.Α.:

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ εν μέρει
- Διαφωνώ εν μέρει
- Διαφωνώ απόλυτα

Αναφέρετε, αν το θεωρείτε σκόπιμο, τα θετικά, κατά τη γνώμη σας, στοιχεία της υλοποιούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως αυτή εφαρμόζεται στο Π.Ν.Α.

- α) Βελτίωση ποιότητας ζωής νοσηλευομένων ασθενών
- β) Βελτίωση ποιότητας εργασίας των εργαζομένων
- γ) Ενθάρρυνση της συμμετοχής των ενδιαφερομένων στις διαδικασίες μεταρρύθμισης
- δ) Εκσυγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας
- ε) Άλλο .....

Αναφέρετε, αν το θεωρείτε σκόπιμο, τα αρνητικά, κατά τη γνώμη σας, στοιχεία της υλοποιούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως αυτή εφαρμόζεται στο Π.Ν.Α.

- α) Υποβάθμιση ποιότητας ζωής ασθενών
- β) Υποβάθμιση ποιότητας εργασίας των εργαζομένων
- γ) Έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής των ενδιαφερομένων στις διαδικασίες μεταρρύθμισης

- γ) Υποβάθμιση ποσότητας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό
- δ) Άλλο .....



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΧ

### **Μ.ΥΠ.Ε.Π. Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης Φορέων υλοποίησης προγραμμάτων Ψυχαργώς**

#### **Η δημιουργία**

Η ΜΥΠΕΠ (Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης Φορέων υλοποίησης προγραμμάτων "Ψυχαργώς - Α' Φάση") δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του Υποπρογράμματος 6 του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας". Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό, με βάση την υπ' αριθμό Α3α/οικ.2192/28.12.99 Απόφαση του Υπουργού Υγείας - Πρόνοιας. Η διάρκεια του έργου της Μονάδας είναι 24 μήνες (1/1/2000 - 31/12/2001).

#### **Ο ρόλος της Μονάδας**

Ο ρόλος της Μονάδας δεν είναι να υποκαταστήσει τους Φορείς υλοποίησης, αλλά να τους υποβοηθήσει επιστημονικά και τεχνικά, αφενός στα ζητήματα των νέων μεθοδολογικών προσεγγίσεων και των πρωτοβουλιών στο χώρο της ψυχικής υγείας και αφετέρου στον τομέα της ένταξης των ατόμων στην αγορά εργασίας και την κοινωνία. Σημαντικός είναι ο ρόλος της Μονάδας και στην συνθετική υποστήριξη των δύο διακριτών επιστημονικών πεδίων. Πράγματι δεν αρκεί μόνο η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων αυτών, ούτε μόνο η δημιουργία ξενώνων και συνεταιρισμών, αλλά συγχρόνως απαιτούνται νέα εργαλεία και νέες πολιτικές ενεργοποίησης, που θα βοηθήσουν τους Φορείς υλοποίησης και τους τοπικούς φορείς στη επίτευξη πολλαπλασιαστικών αποτελεσμάτων. Η Μονάδα μπορεί να βοηθήσει στο σημείο αυτό τους Φορείς, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο συγχρονισμός δράσεων στην ψυχική υγεία από τη μία και στην κοινωνικοεπαγγελματική ένταξη από την άλλη.

#### **Οι στόχοι**

Στόχος της Μονάδας είναι η συμβολή της στην οργάνωση της αποτελεσματικής υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργώς», ειδικότερα των δράσεων και των ενεργειών που προβλέπονται σ' αυτό κατά την πρώτη του φάση, και κατά συνέπεια η συμβολή της στην κοινωνικοοικονομική ένταξη των ατόμων της ομάδας - στόχος.

Ειδικότεροι στόχοι της Μονάδας είναι:

- Η ενίσχυση και η τεχνική και επιστημονική υποστήριξη των Φορέων που υλοποιούν προγράμματα "Ψυχαργώς".
- Η τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας.
- Ο συντονισμός και η ανάπτυξη ενεργειών διάδοσης των αποτελεσμάτων του προγράμματος
- Ο εντοπισμός, η ανάλυση και η επικύρωση των καινοτόμων δράσεων που θα αναπτυχθούν, καθώς και η μεταφορά εμπειριών και τεχνογνωσίας.
- Η οργανωμένη και συστηματική δικτύωση και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των εμπλεκόμενων Φορέων, σε εθνικό αλλά και διακρατικό επίπεδο.

Η πραγματοποίηση των στόχων απαιτεί τη στενή συνεργασία της Μονάδας με τους Φορείς υλοποίησης, ώστε αφενός να εξειδικευτούν οι ανάγκες τεχνικής υποστήριξης των Φορέων και αφετέρου να δημιουργηθούν όροι συνοχής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που προωθείται σε Εθνικό επίπεδο, με το πρόγραμμα "Ψυχαργώς". Αυτή η προσπάθεια θα στηριχτεί στην αξιοποίηση των εμπειριών και των καινοτόμων πρωτοβουλιών που έχουν αναπτυχθεί έως σήμερα αλλά και σε νέες πρωτοβουλίες και καινοτόμες προσεγγίσεις που σχεδιάζουν και προωθούν οι Φορείς υλοποίησης στο πλαίσιο των προγραμμάτων.

#### **Οι δραστηριότητες**

Η δραστηριότητα της Μονάδας μπορεί να κωδικοποιηθεί στα ακόλουθα σημεία, με τη μορφή Πακέτων Εργασίας

- Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων.
- Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος.
- Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας.
- Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης.
- Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας.
- Εμπύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης.
- Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

### Η οργάνωση

Βασικός κεντρικός μηχανισμός της δράσης και πολιτικής της Μονάδας είναι η Ομάδα Έργου η οποία συγκροτείται από επιστήμονες με σαφώς καταμερισμένες αρμοδιότητες. Συντονιστής της Μονάδας είναι ο Υπεύθυνος Έργου, ο οποίος συντονίζει τις δράσεις της Ομάδας Έργου στα δύο επίπεδα παρέμβασης της, την ψυχική υγεία και την κοινωνικοεπαγγελματική ένταξη.

Επιπλέον, το έργο της Μονάδας πλαισιώνεται από Περιφερειακούς Εμπυχωτές των φορέων υλοποίησης καθώς και από ομάδα Εξειδικευμένων Συμβούλων-Εμπειρογνομώνων σε θέματα ψυχικής υγείας, απασχόλησης, καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Φόρμα καταγραφής σημειώσεων εθνογραφικής έρευνας πεδίου

Τύπος :

Τόπος :

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά παρατήρησης :

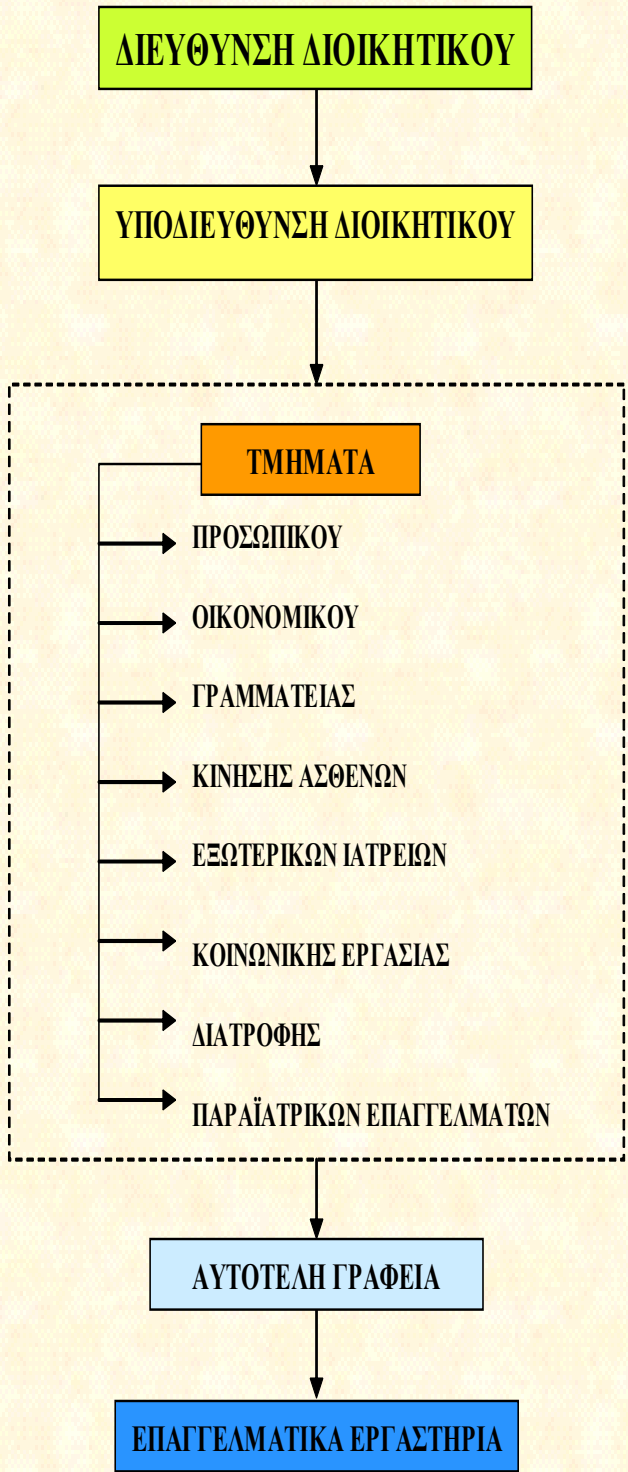
Ημερομηνία :

Σχεδιαγράμματα :

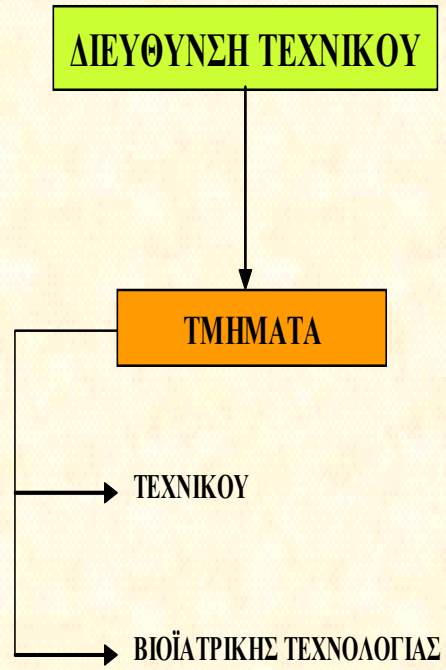
Ιστορικό :

Σημαντικά ζητήματα που αναδεικνύονται και μεθοδολογικές παρατηρήσεις :

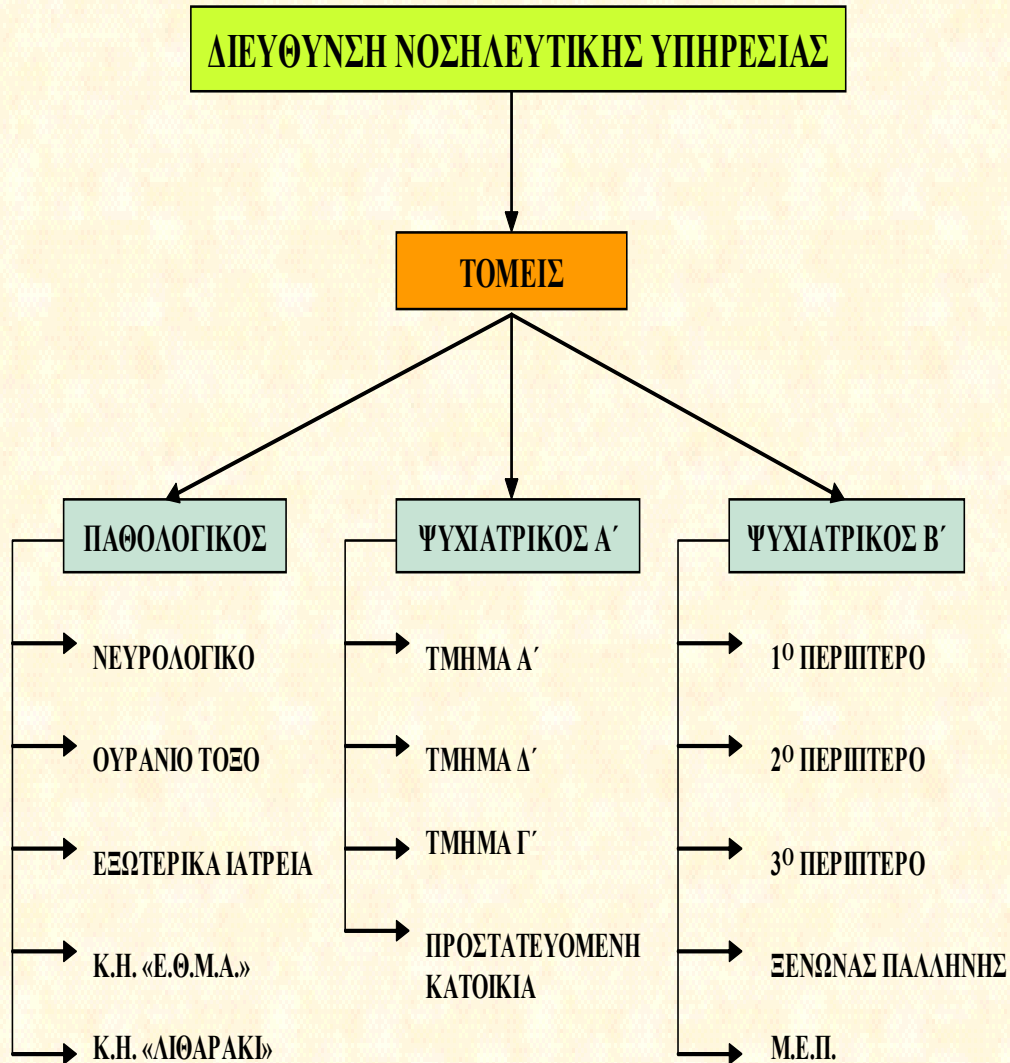
ΣΧΗΜΑ 1: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ Π.Ν.Α.



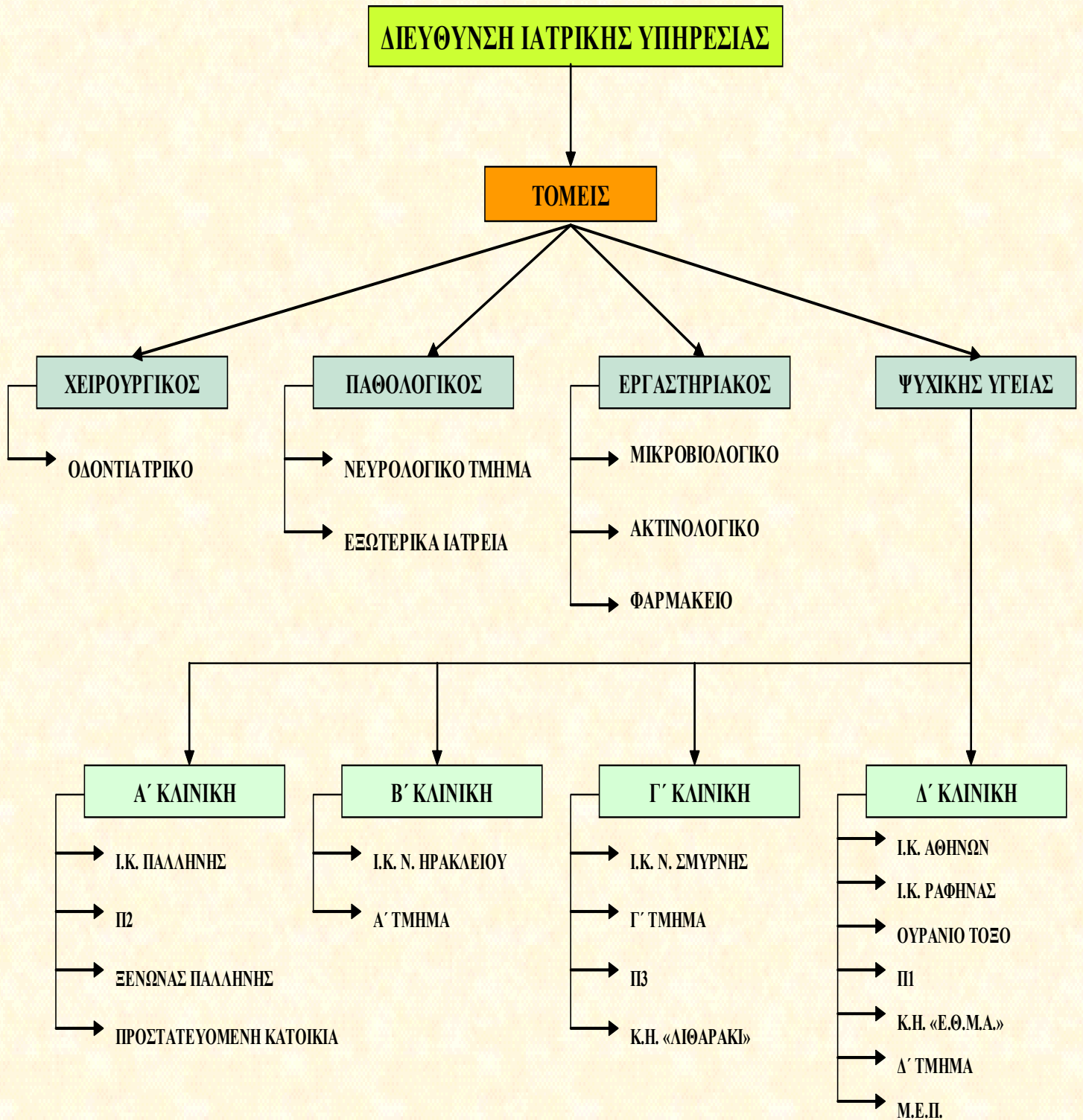
**ΣΧΗΜΑ 2: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΟΥ Π.Ν.Α.**



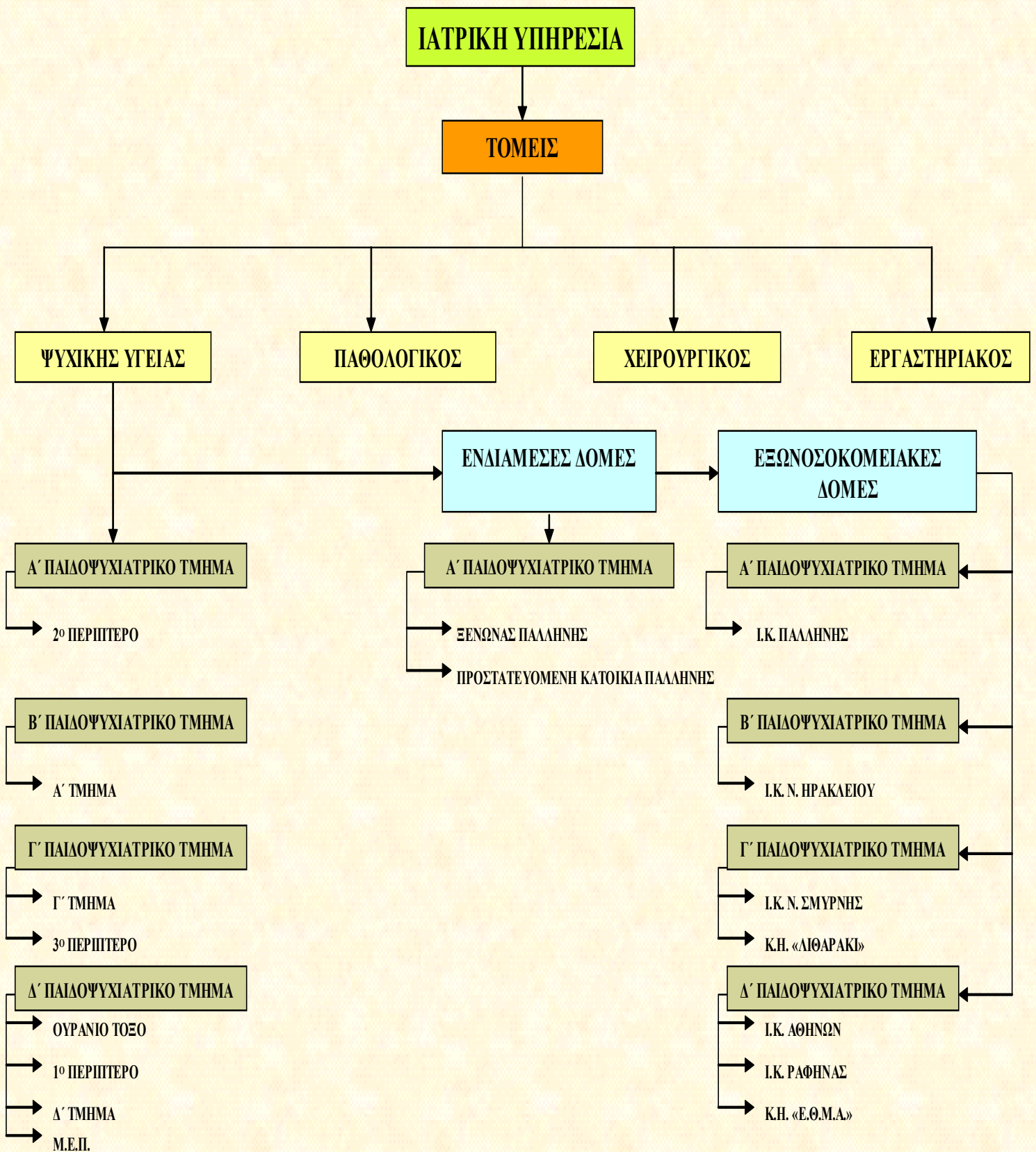
**ΣΧΗΜΑ 3: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Π.Ν.Α.**



**ΣΧΗΜΑ 4: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Π.Ν.Α.**

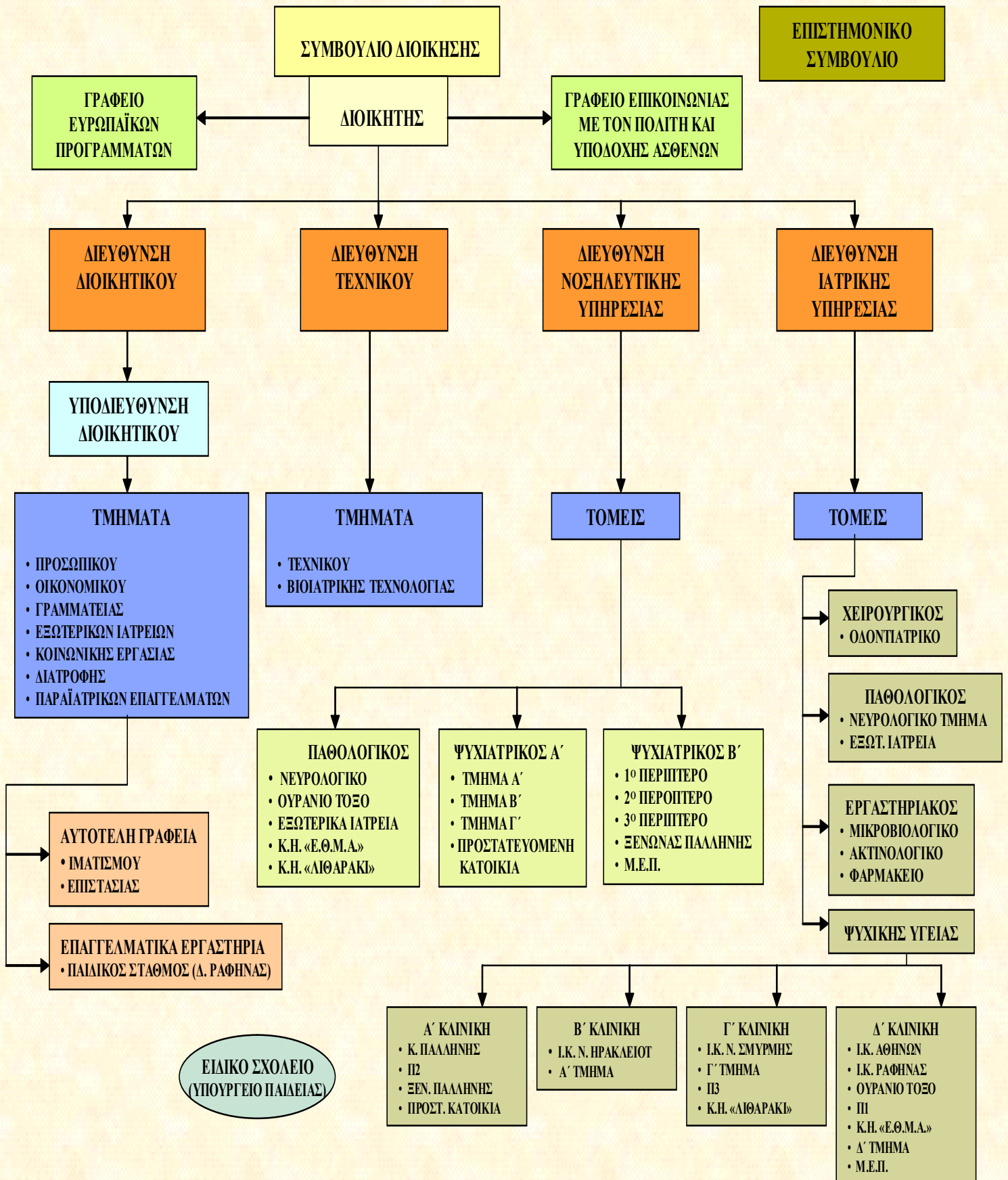


**ΣΧΗΜΑ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ν.Α.**

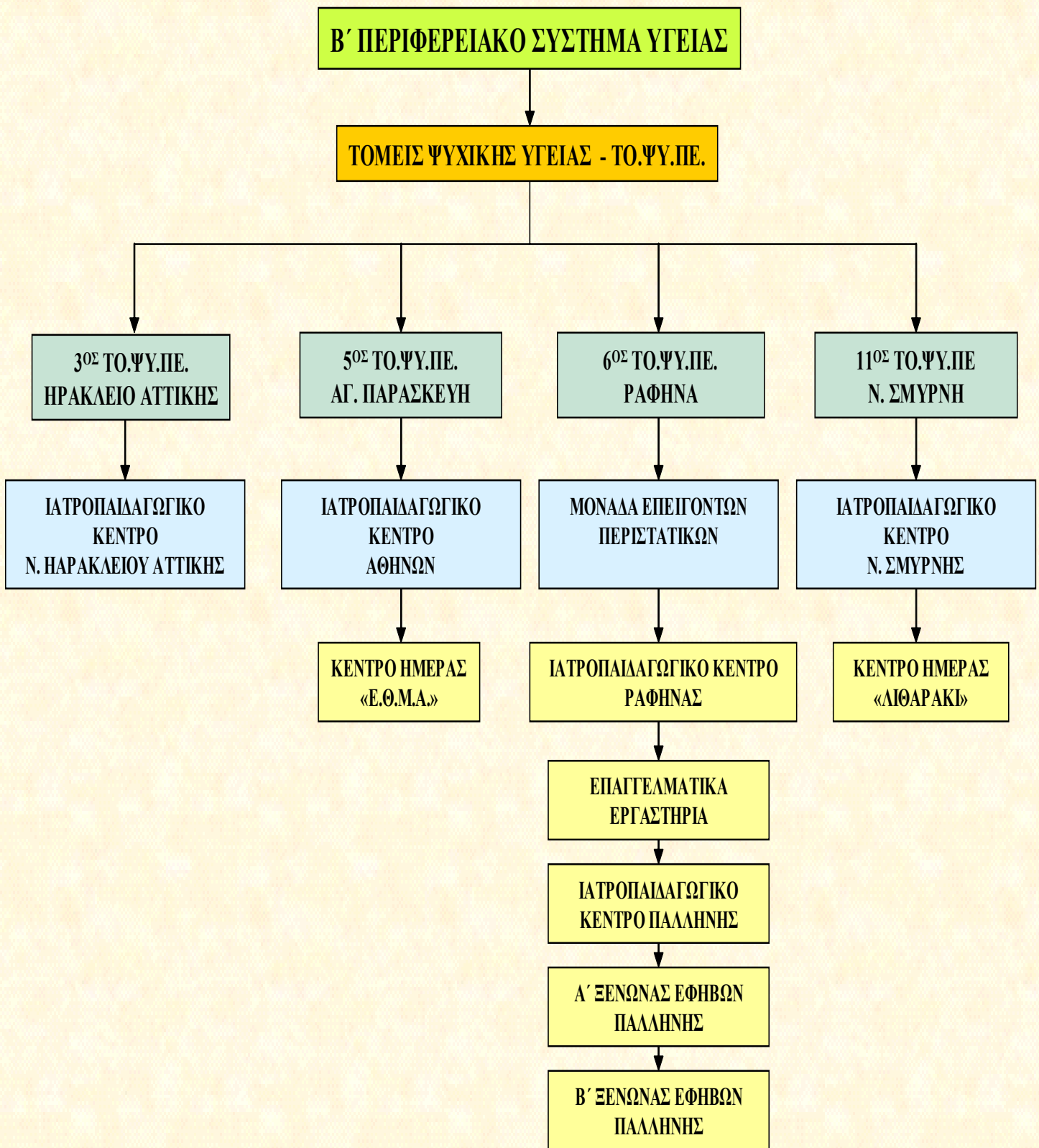




## ΣΧΗΜΑ 6: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΙΔΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ



**ΣΧΗΜΑ 7: ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

**Πίνακας 1.** Σε ποια υπηρεσία ανήκετε ;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Ιατρική υπηρεσία</b>	43	20.8	21.4	21.4
<b>Νοσηλευτική υπηρεσία</b>	70	33.8	34.8	56.2
<b>Διοικητική υπηρεσία</b>	55	26.6	27.4	83.6
<b>Τεχνική υπηρεσία</b>	33	15.9	16.4	100.0
<b>Σύνολο</b>	201	97.1	100.0	
Δεν απάντησαν	6	2.9		
<b>Σύνολο</b>	207	100.0		

### ΥΠΗΡΕΣΙΑ

**Πίνακας 2.** Σε ποιο χώρο του ΠΝΑ εργάζεσθε ;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Ενδο - νοσοκομειακή υπηρεσία</b>	116	56.0	62.4	62.4
<b>Εξω - νοσοκομειακή υπηρεσία</b>	39	18.8	21.0	83.3
<b>Και τα δύο</b>	31	15.0	16.7	100.0
<b>Σύνολο</b>	186	89.9	100.0	
Δεν απάντησαν	21	10.1		
<b>Σύνολο</b>	207	100.0		

**Πίνακας 3.** Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε ;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>20-30 ετών</b>	6	2.9	3.0	3.0
<b>30-40 ετών</b>	78	37.7	38.6	41.6
<b>40-50 ετών</b>	87	42.0	43.1	84.7
<b>50-60 ετών</b>	27	13.0	13.4	98.0
<b>60 + ετών</b>	4	1.9	2.0	100.0
<b>Σύνολο</b>	202	97.6	100.0	
Δεν απάντησαν	5	2.4		
<b>Σύνολο</b>	207	100.0		

**Πίνακας 4** . Συμφωνείτε με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ ;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	63	30.4	36.0	36.0
<b>Συμφωνώ εν μέρει</b>	72	34.8	41.1	77.1
<b>Διαφωνώ εν μέρει</b>	23	11.1	13.1	90.3
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	17	8.2	9.7	100.0
<b>Σύνολο</b>	175	84.5	100.0	
Δεν απάντησαν	32	15.5		
<b>Σύνολο</b>	207	100.0		

**Πίνακας 5** . Αναφέρετε , αν το θεωρείτε σκόπιμο , τα θετικά , κατά τη γνώμη σας , στοιχεία της υλοποιούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης , όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ

Απάντησαν 188 άτομα

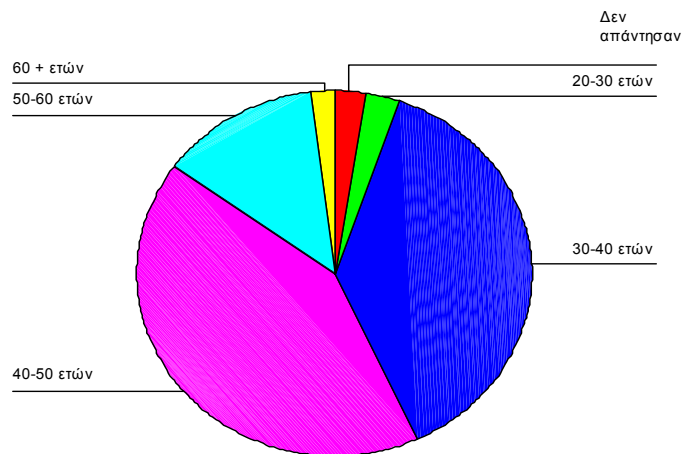
	Ναι	%
Βελτίωση ποιότητας ζωής νοσηλευομένων ασθενών	113	60.1
Βελτίωση ποιότητας εργασίας εργαζομένων	88	46.8
Ενθάρρυνση συμμετοχής ενδιαφερομένων στις διαδικασίες μεταρρύθμισης	50	26.6
Εκσυγχρονισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας	91	48.4
Άλλο	16	8.6

**Πίνακας 6** . Αναφέρετε , αν το θεωρείτε σκόπιμο , τα αρνητικά , κατά τη γνώμη σας , στοιχεία της υλοποιούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης , όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ

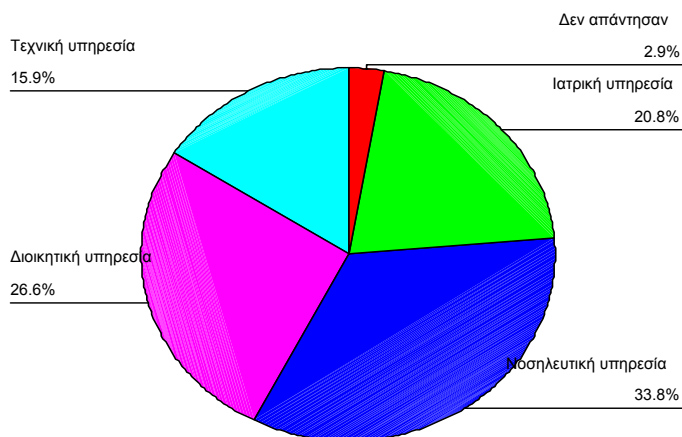
Απάντησαν 187 άτομα

	Ναι	%
Υποβάθμιση ποιότητας ζωής ασθενών	16	8.6
Υποβάθμιση ποιότητας εργασίας εργαζομένων	18	9.6
Έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής των ενδιαφερόμενων στις διαδικασίες μεταρρύθμισης	60	32.1
Υποβάθμιση ποσότητας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό	25	13.4
Άλλο	16	8.6

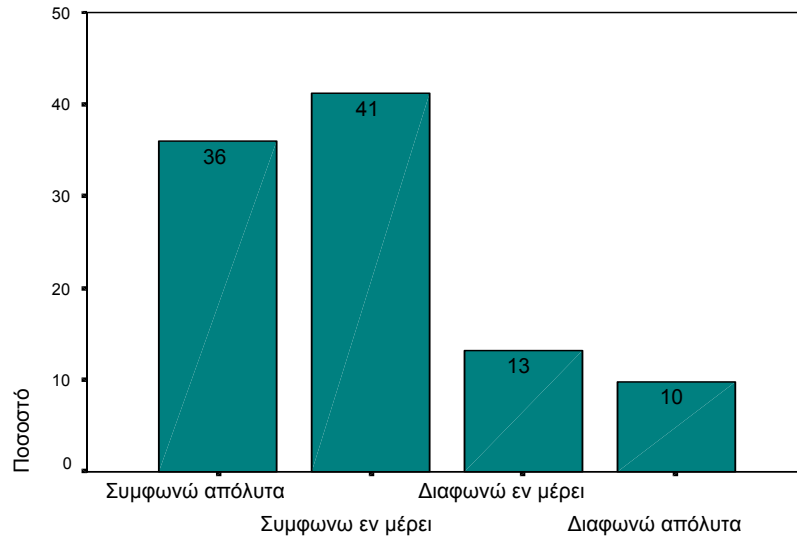
**Σχεδιάγραμμα 1 . Ηλικιακές ομάδες**



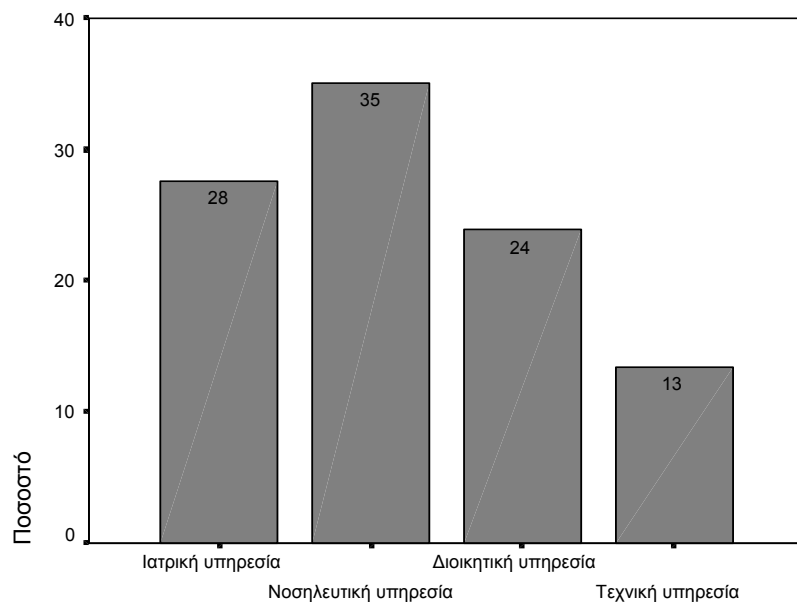
**Σχεδιάγραμμα 2 . Υπηρεσία**



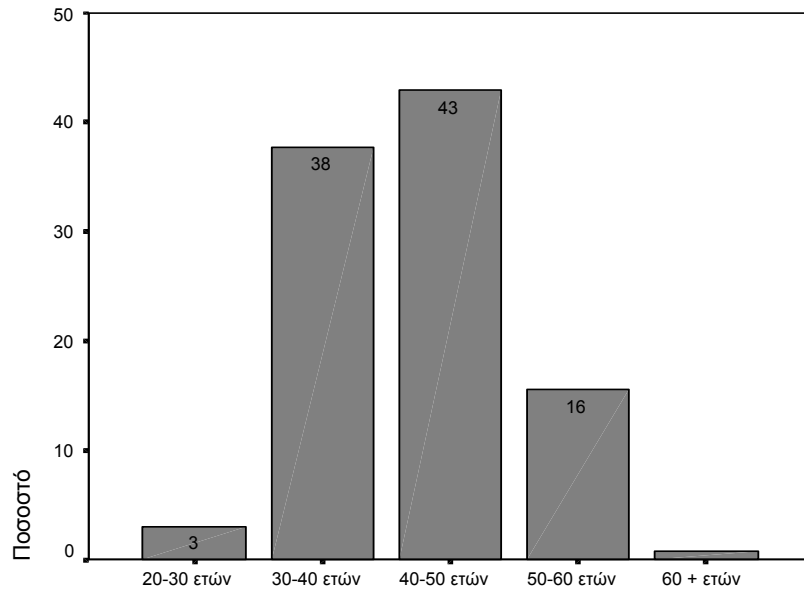
**Σχεδιάγραμμα 3 . Συμφωνείτε με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση , όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ**



**Σχεδιάγραμμα 4.** Ποσοστό ατόμων που συμφωνούν εν μέρει ή απόλυτα με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ ανά Υπηρεσία



**Σχεδιάγραμμα 5.** Ποσοστό ατόμων που συμφωνούν εν μέρει ή απόλυτα με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως αυτή εφαρμόζεται στο ΠΝΑ ανά Ηλικιακή Κατηγορία



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII





