

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Θέμα πτυχιακής εργασίας: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Επιμέλεια εργασίας:

Ταταρίδης Μιχάλης

Τουμπουλίδης Ιωάννης

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ζιώγου

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Θέμα πτυχιακής εργασίας: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μας σε όλους όσους συνάβαλαν, ο καθένας με τον δίκιο του τρόπο, στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Κατ' αρχήν ένα θερμό ευχαριστώ στην επιβλέπουσα της πτυχιακής μας εργασίας, καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι.Θ. κ. Ζιώγου για την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος, τις υποδείξεις και την βοήθεια που μας προσέφερε.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης για τις πληροφορίες που μας έδωσαν καθώς και το προσωπικό της Γεωπονικής Βιβλιοθήκης του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης για την καθοδήγηση και τον εντοπισμό του κατάλληλου βιβλιογραφικού υλικού.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε του γονείς μας και τα αδέρφια μας για την συμπαράσταση και την εμπύχωση που μας έδωσαν όλο αυτό το διάστημα.

Απρίλιος 2009

Περιεχόμενα

	Σελ.
<u>Πρόλογος</u>	8
<u>Εισαγωγή</u>	10

Πρώτο Κεφάλαιο

<u>1. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική</u>	11
<u>1.1. Ο διαχωρισμός της ψυχής και του σώματος</u>	13
<u>1.2. Η έννοια του ομαλού</u>	15
<u>1.3. Η ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα</u>	17
<u>1.4. Ψυχιατρική εξέταση (σχέση γιατρού-ασθενή)</u>	18
<u>1.5. Η στάση του γιατρού</u>	19
<u>1.6. Η μέθοδος της θεραπευτικής κοινότητας</u>	19

Δεύτερο Κεφάλαιο

<u>2. Τι είναι μεταρρύθμιση</u>	22
<u>2.1. Διοικητική Ψυχιατρική</u>	23
<u>2.2. Το σύστημα υπηρεσιών</u>	24
<u>2.3. Το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Σ.Υ.Ψ.Υ.)</u>	27
<u>2.4. Το περιβάλλον και το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας</u>	29
<u>2.5. Οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία ενός Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας</u>	30
<u>2.6. Οι βασικές Αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής</u>	32
<u>2.7. Η διοίκηση του Κ.Ψ.Υ.</u>	34
<u>2.8. Η δομή των υπηρεσιών Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής για παιδιά και έφηβους</u>	37
<u>2.9. Η διεύθυνση του Κ.Ψ.Υ.</u>	39
<u>2.10. Τα οικονομικά των υπηρεσιών και των προγραμμάτων ψυχικής υγείας</u>	40

2.11. Άμεσα και έμμεσα έξοδα εξαιτίας μιας ψυχικής αρρώστιας	41
2.12. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα	42
2.13. Ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα και ο ρόλος του εθελοντισμού	43
2.14. Ανθρώπινα δικαιώματα ψυχικά ασθενών και ΜΚΟ	59
2.15. Οι δέκα βασικές αρχές για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές	62

Τρίτο Κεφάλαιο

Τρίτο Κεφάλαιο

3. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	63
Τι προβλέπει η ισχύουσα ελληνική νομοθεσία	65
Ποια είναι η προοπτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	67
3.1. Η μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης (1983-)	69
Το Άρθρο 21 του Ν. 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας	69
Το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχική υγεία	74
Τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων	75
Η εξέλιξη της υλοποίησης των προγραμμάτων	75
Η παράταση του Κανονισμού 815/84	78
Δείκτες αποτελεσματικότητας του πενταετούς προγράμματος	80
Η κριτική θεώρηση του πενταετούς προγράμματος	81
Η νομοθεσία της ψυχιατρικής περίθαλψης το 1994	83
Το νομικό πλαίσιο της τομεοποίησης	84
Το νομικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	85
Η κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης το 1994	85
Η νοσηλευτική κίνηση των δημόσιων ψυχιατρείων	87
3.2. Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός	88
Α' φάση του προγράμματος Ψυχαργός	88
Β' φάση του προγράμματος Ψυχαργός	91
3.3. Η κατάρρευση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	94

<u>Βιβλιογραφία</u>	<u>100</u>
<u>Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις</u>	<u>101</u>

Πρόλογος

Στην σημερινή εποχή η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι μια ιστορική ανάγκη και ολοένα και συχνότερα ακούγονται οι όροι «Σύστημα Υπηρεσιών», «Αξιολόγηση», «Διαχείριση», «Οργάνωση Υπηρεσιών», «Συντονισμός», «Αποτελεσματικότητα». Είναι πλέον ξεκάθαρο ότι έχει ωριμάσει η ιδέα για μια οργανωμένη παρουσίαση του τομέα αυτού της Κοινωνικής Ψυχιατρικής που αποκαλείται «Διοικητική Ψυχιατρική». Το διοικητικό έργο του κλινικού στελέχους του τομέα της ψυχικής υγείας είναι αναπόσπαστο μέρος της εργασίας, που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να καλύπτει το 20, το 25, το 30 ή και το 100% του συνολικού έργου.

Στον τομέα της υγείας, και ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, η ανάγκη για διοικητικές δεξιότητες είναι τόσο σημαντική, ώστε τυχόν μείωση ή ανυπαρξία τους μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του έργου της υπηρεσίας ψυχικής υγείας.

Η σημασία της Διοικητικής της Υγείας αντανακλάται και μέσα από τους 38 στόχους του «Υγεία για όλους το 2000» της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, από τους οποίους οι 14 αφορούν τη διοικητική και τη διαχείριση των συστημάτων της περίθαλψης.

Στη δεκαετία του 1980 υπήρξαμε μάρτυρες ραγδαίων και σημαντικών εξελίξεων στα ψυχιατρικά πράγματα της χώρας μας, που ξεκίνησαν από κάποιες πρωτοβουλίες ομάδων ψυχικής υγείας στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Οι προσπάθειες αυτές αποτέλεσαν και τον πυρήνα της γενικότερης αμφισβήτησης της ψυχιατρικής παραδοσιακότητας και συνέβαλαν στην ευαισθητοποίηση ενός αριθμού νέων στελεχών στον ψυχιατρικό χώρο. Λίγο αργότερα ήρθε ο Κανονισμός 815\84 της Ε.Ο.Κ., το άρθρο 21 του Νόμου για το Ε.Σ.Υ., και άρχισαν οι προκηρύξεις των θέσεων ψυχιάτρων στα γενικά νοσοκομεία, ενώ σημειώθηκε μια πρώτη ανάπτυξη κάποιων ειδικών προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, με άλλα λόγια, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, το ερώτημα που τίθεται δεν είναι σχετικό

μόνο με το αν έχει επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά αν τέθηκαν ποτέ οι βάσεις για μια μεταρρύθμιση.

Η περίπτωση της Ελλάδας, αν και περιέχει πολλά αρνητικά στοιχεία του δημόσιου τομέα και της υποβόσκουσας κοινωνικής κρίσης, παρουσίαζε τα τελευταία δέκα χρόνια μια σημαντική κινητικότητα στο χώρο της ψυχιατρικής. Πιο συγκεκριμένα η συνεχής συρρίκνωση του μεγάλου όγκου των ψυχιατρείων, η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, η ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών δομών και εκατοντάδων θέσεων σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, η οργάνωση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων κοινωνικής ψυχιατρικής, είχαν αρχίσει να διαμορφώνουν ένα νέο περίγραμμα της ψυχιατρικής περίθαλψης αρκετά διαφορετικό από εκείνο της δεκαετίας του 1980 όπου δέσποζε το πρόβλημα της Λέρου ως ένα άλυτο ανατολικό ζήτημα.

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αποτελεί την Πτυχιακή Εργασία και πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Έχει θέμα: « Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα » και επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ. Ζιώγου

Θεσσαλονίκη, Απρίλιος 2009

Ταταρίδης Μιχάλης
Τουμπουλίδης Ιωάννης

Πρώτο Κεφάλαιο

1. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική

Ανάμεσα στους μείζονες κλάδους της ιατρικής, η ψυχιατρική άρχισε να αναγνωρίζεται, να διδάσκεται και να εξασκείται ως αυτοτελής ειδικότητα τελευταία απ' όλες. Σύμφωνα με την κοινή αντίληψη είναι λίγο-πολύ ταυτόσημη με τη νευρολογία, αφού κάποιος που παρουσιάζει μια ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ότι πάσχει <<από τα νεύρα του>>.

Η ψυχιατρική μπορεί να θεωρηθεί ως η μητέρα της ιατρικής. Η πρώτη ιατρική που ήταν στα χέρια των ιερέων και των μάγων είχε τα χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής. Εφόσον οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν την αρρώστια, σωματική ή ψυχική σαν το αποτέλεσμα μιας θεϊκής βούλησης ή μοίρας, κάθε ιατρική επέμβαση απευθυνόταν πρώτα στην ψυχολογία του αρρώστου. Το αποτέλεσμα που είχε ακόμα και η πιο πρωτόγονη ιατρική πράξη, όπως μια απλή χειρουργική επέμβαση βασιζόταν περισσότερο στο κύρος του ιερέα-γιατρού και την ταύτιση του με τη θεότητα παρά στις επιστημονικές του γνώσεις.

Όμως και χωρίς τις προλήψεις η ψυχιατρική θεωρείται – από όλες τις επιστήμες που ασχολούνται με την υγεία του ανθρώπου – η λιγότερο επιστημονική. Το γεγονός ότι ο όρος ψυχιατρική περικλείει μια τόσο υπερβατική έννοια όπως η ψυχή υπογραμμίζει το πρόβλημα της. Η υποκειμενικότητα και η δυσκολία να αντιμετωπιστεί το αντικείμενο της επιστημονικά, εμπειρικά και έγκυρα από τα πράγματα και όχι από το κύρος των λειτουργών της κριτήρια.

Ψυχιατρική είναι ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών ή διαφοροποιημένα, ο κλάδος της ιατρικής για τον οποίο ψυχολογικά φαινόμενα έχουν πρωταρχική σημασία στην διάγνωση και θεραπεία.

Από τη μακρά εξελικτική πορεία της ψυχιατρικής έχουν διαμορφωθεί οι ακόλουθοι βασικοί κλάδοι¹:

- Βιολογική ψυχιατρική: ασχολείται με τη βιολογική αιτιολογία και τη βιολογική θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

¹ Μαδιανός, Μιχάλης (συγγραφέας). Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Καστανιώτης, 2004. σ 22.

- Κοινωνική ψυχιατρική και ψυχιατρική επιδημιολογία: μελετούν τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές διαστάσεις των ψυχικών διαταραχών.
- Κοινοτική ψυχιατρική: είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα.
- Ψυχολογική ψυχιατρική: αφορά τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις των ψυχικών διαταραχών.
- Παιδοψυχιατρική: ασχολείται με την ψυχοπαθολογία των παιδιών και των εφήβων και τις τυχόν διαταραγμένες σχέσεις αυτών και των οικογενειών τους.
- Ψυχιατροδικαστική: ασχολείται με με τους ψυχικά διαταραγμένους παραπρωματίες και τα θύματα τους. Ειδικότερα με το ποινικό και αστικό δίκαιο της παρεκκλίνουσας ανθρώπινης συμπεριφοράς.
- Ψυχογηριατρική: ασχολείται με την ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας.
- Ψυχιατρική αποκατάσταση: αφορά την οργάνωση και εφαρμογή αποκαταστασιακών διαδικασιών σε σχόνιους ψυχικά αρρώστους.

Οι κλάδοι αυτοί είναι οι επίσημοι κλάδοι της Παγκόσμιας Ψυχιατρική Εταιρείας (World Psychiatric Association) αλλά και της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

1.1. Ο διαχωρισμός της ψυχής και του σώματος

Η ψυχιατρική αντιμετωπίζει μια σειρά από εννοιολογικά προβλήματα που θα μπορούσαν να σχηματιστούν ως διλήμματα ή αντινομίες, αρχίζοντας από το δίλημμα ψυχή-σώμα. Το ερώτημα που θέτει η ψυχιατρική είναι τί εννοεί κάποιος όταν χρησιμοποιεί τη λέξη ψυχή. Μπορεί ένας ψυχίατρος της εποχής μας να μεταχειρίζεται τη λέξη ψυχή όταν στην ουσία ανήκει στη μεταφυσική και τη θρησκεία; Στην ερώτηση αυτή υπάρχει αναγκαστικά η αντίθεση με τη λέξη σώμα, αντίθεση που ανάγεται στη δυαδική άποψη για την ανθρώπινη ύπαρξη που την ανέπτυξε πρώτος ο γάλλος μαθηματικός, φιλόσοφος και φυσιολόγος Ρενέ Ντεκάρτ τον 17^ο αιώνα. Για να διαχωρίσουν τη θέση τους από τη φιλοσοφία και τη θρησκεία, Αγγλοσάξωνες ψυχολόγοι, αρχίζοντας από τον Ουίλλιαμ Τζαίμς στα τέλη του περασμένου αιώνα χρησιμοποιεί τη λέξη *νους (brain)* αντί για την λέξη *ψυχή (soul)*².

Άλλοι, κυρίως πειραματικοί ψυχολόγοι, όπως ο Τζων Ουάτσον στις πρώτες δεκαετίες του αιώνα μας, υποστηρίζουν ότι εκείνο που έχει σημασία στην ψυχολογία και κατεπέκταση στην ψυχιατρική είναι η συμπεριφορά του ατόμου. Με αυτή τους την θέση όχι μόνο δεν χρησιμοποιούν τη λέξη *ψυχή*, αλλά διαφωνούν με καθετί που έχει να κάνει με την έννοια της ψυχής (πνέυματος ή νου). Η άποψη αυτή στηρίζεται στην αντίληψη ότι δεν μπορεί να νοηθεί επιστήμη χωρίς τη δυνατότητα μιας αντικειμενικής αξιολογήσεως των φαινομένων των οποίων μελετά, ταξινομεί και ερμηνεύει.

Μία αξιολόγηση με αντικειμενικά μέτρα και σταθμά κατέχει πράγματι ένα μεγάλο μέρος της σύγχρονης ιατρικής, αλλά δεν είναι αρκετή για τη διάγνωση και κλινική αντιμετώπιση των διαταραχών με τις οποίες ασχολείται η ψυχιατρική. Μαζί με την συμπεριφορά του αρρώστου είναι ανάγκη να επισημανθεί το περιεχόμενο της σκέψης του και των συναισθημάτων του, τα οποία εκφράζουν τον διαταραγμένο υποκειμενικό του κόσμο, την αρρώστια της ψυχής του.

² Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. σ 18.

Συμπεριφορά είναι ο τρόπος με τον οποίον ένα αντικείμενο (άνθρωπος ή ζώο) αντιδρά σε κάποιο ερέθισμα και εμφανίζεται ως μία λιγότερο ή περισσότερο αντιληπτή αλλαγή του αντικειμένου μέσα στο περιβάλλον του.

Η συμπεριφορά είναι κάτι το αντικειμενικό – πως αντιλαμβανόμαστε την διαγωγή ενός ανθρώπου. Η υποκειμενική άποψη της συμπεριφοράς συνιστά μία εμπειρία – το βίωμα μιας σειράς γεγονότων. Η έννοια της εμπειρίας προϋποθέτει κάτι το ζωντανό και συνειδητό, την επόγνωση ενός βιώματος, ενός αντικειμένου ή του εαυτού του – εκείνου που έχει την εμπειρία. Η συνείδηση ή επίγνωση του εαυτού του αποτελεί την πιο ουσιαστική, ίσως και μοναδική μέσα στην φύση, ιδιότητα του ανθρώπου.

Κάθε εμπειρία του αντικειμένου – ανεξάρτητα αν αναφέρεται στο εξωτερικό ή εσωτερικό κόσμο – είναι αντικειμενική ή υποκειμενική. Μία αντικειμενική εμπειρία προσδίδει ιδιότητες ή ποιότητα στον κόσμο των αντικειμένων που περιβάλλουν το αντικείμενο. Μία υποκειμενική εμπειρία προσδίδει ιδιότητες ή ποιότητα στον εσωτερικό κόσμο του αντικειμένου, στον γνωστικό και συναισθηματικό του κόσμο, που συνιστά την ψυχή του. Οι όροι ψυχή και εμπειρία είναι ισοδύναμοι. Η ψυχή είναι ως προς το σώμα αυτό που η εμπειρία είναι ως προς την συμπεριφορά. Είναι η διάκριση μεταξύ εμπειρίας-συμπεριφοράς που συνιστά το πρόβλημα ψυχή-σώμα.

Ψυχή – σύμφωνα με την ψυχιατρική – είναι ο εαυτός του ανθρώπου στην αφηρημένη του μορφή. Ένα υποθετικό όργανο, που αντιλαμβάνεται, θυμάται, σκέπτεται, αισθάνεται, επιθυμεί ή θέλει και, πάνω απ' όλα, έχει επίγνωση του εαυτού του. Η ψυχή είναι μία άννοια υποθετική και οι λειτουργίες της δεν έχουν τίποτα το υποθετικό και τίποτα το εξωπραγματικό. Για να γίνουν γνωστές πρέπει να περιγραφούν από το αντικείμενο το ίδιο, το οποίο σε αυτή τη περίπτωση ενεργεί ως υποκείμενο. Το σώμα σε αντίθεση είναι ένα πραγματικό όργανο που αναπνέει, τρώει, χωνεύει, βλέπει, ακούει, μιλάει, γενικά αντιδράει σε φυσικά και χημικά ερεθίσματα και κινείται μέσα στο χώρο και στο χρόνο. Οι λειτουργίες του σώματος μπορεί να γίνουν γνωστές με τη βοήθεια φυσικών μέσων, δίχως τη συμμετοχή, συναίνεση ή επίδραση του αντικειμένου.

Εννοείται ότι δεν υπάρχει ψυχή χωρίς σώμα και εγκέφαλο, τουλάχιστον με την έννοια της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής που αναπτύσσεται παραπάνω. Το αντίθετο όμως μπορεί να συμβεί. Μόνο που ο εγκέφαλος με την ανατομική του δομή και τη φυσιολογία του, υπάρχει κάτω από κάθε σκέψη, συναίσθημα ή εμπειρία. Τίποτα στις λειτουργίες του ή στους μηχανισμούς που τις διέπουν δεν μπορεί να εξηγήσει μια ορισμένη σκέψη, ένα ορισμένο συναίσθημα ή μια ορισμένη συμπεριφορά. Η ανθρώπινη συμπεριφορά έχει πάντα κάποιο νόημα.

1.2. Η έννοια του ομαλού

Ένα άλλο βασικό δίλημμα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική αφορά την έννοια του ομαλού και του ανώμαλου. Τι συνιστά μια ψυχική διαταραχή;

Στην ιατρική έχει επικρατήσει η αντίληψη να θεωρείται ως υγιές ό,τι είναι ομαλό και ως ομαλό ό,τι είναι φυσιολογικό. Η ομαλότητα δηλαδή αναφέρεται σε μια φυσιολογική κατάσταση που προσδιορίζεται από τη λειτουργική της σκοπιμότητα και την προσαρμοστική της χρησιμότητα. Οπότε η ανωμαλία, ιδιοπαθής ή επίκτητη είναι απόλυτη.

Η ομαλότητα μπορεί να αναφέρεται σε μία κοινωνικά οριοθετημένη κατάσταση – μια προτίμηση, μια ιδεολογία ή ένα συμβατικό τρόπο συμπεριφοράς. Τότε η ανωμαλία είναι σχετική, καθώς η στάση της κοινωνίας απέναντι σε μια τέτοια κατάσταση διαφέρει από τόπο σε τόπο και από εποχή σε εποχή. Σύμφωνα με μία άλλη άποψη, ομαλό ή ομαλή συμπεριφορά είναι κάτι που συμβαίνει ή υπάρχει στο μεγαλύτερο μέρος ενός δεδομένου πληθυσμού.

Το δίλημμα ομαλό-ανώμαλο προβληματίζει έναν ψυχίατρο προκειμένου να αποφανθεί αν μία κατάσταση (συναίσθημα, σκέψη, συμπεριφορά) θα πρέπει να θεωρηθεί σημαντικά παθολογική, έτσι ώστε να δικαιολογείται μια κλινική επέμβαση.

Ψυχιατρική διαταραχή θεωρείται ένα κλινικά σημαντικό σύνδρομο που αφορά είτε την ψυχολογική κατάσταση, είτε τη συμπεριφορά ενός ατόμου και εκδηλώνεται με

επώδυνα συμπτώματα ή μείωση της αποδοτικότητας του σε μία ή περισσότερες φυσιολογικές ή κοινωνικές λειτουργίες του.

Είναι φανερό ότι ένα κλινικά σημαντικό σύνδρομο δεν μπορεί να έχει σαφή αντικειμενικά κριτήρια. Δεν αρκεί το γεγονός ότι αφορά μια σχέση ατόμου-κοινωνία η οποία τυχαίνει να είναι αντικοινωνική ή αυτοκαταστρεπτική για να θεωρηθεί μια προβληματική συμπεριφορά παθολογική.

Από την άλλη μεριά, μια ανώμαλη συμπεριφορά ή μια επώδυνη συμπτωματολογία μπορεί να θεωρηθεί ως ψυχιατρική χωρίς να έπεται ότι η παθολογία που χαρακτηρίζει τον άρρωστο αφορά μια ορισμένη διαγνωστική κατηγορία ή ότι σχετίζεται με μια διαφορετική διαγνωστική κατηγορία.

Κατά μία άποψη η ψυχιατρική παθολογία είναι ενιαία, διαφέροντας ποσοτικά μάλλον παρά ποιοτικά. Είναι ένα ζήτημα βαθμού παθολογίας που εκφράζεται με συμπτώματα διαφορετικής εντάσεως και διάρκειας. Υπάρχει όμως και μια αντίθετη άποψη σύμφωνα με την οποία οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι ασυνεχείς, όπως τα χρώματα του φάσματος. Αντιπροσωπεύουν ποιοτικά αγεφύρωτες καταστάσεις που απαιτούν ένα ψυχολογικό πήδημα για να μπορέσει να περάσει κανένας από τη μια στην άλλη, από μια νεύρωση, π.χ. σε μία ψύχωση.

Ένας ψυχίατρος που παραδέχεται και ενεργεί σύμφωνα με την οργανική άποψη τείνει να βλέπει τον άρρωστο σαν ένα ψυχιατρικό σύνδρομο, βιοχημικό επεισόδιο ή στατιστική περίπτωση να επιδίδεται στην εργαστηριακή πειραματική έρευνα και να εφαρμόζει τη σωματοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία.

Ένας ψυχίατρος που παραδέχεται και ενεργεί σύμφωνα με την ψυχοδυναμική άποψη τείνει να αντιμετωπίζει τον άρρωστο σαν συνάνθρωπο, σαν ένα άτομο με προβλήματα που μοιάζουν περισσότερο παρά διαφέρουν από τα δικά του. Να επιδίδεται στην κλινική έρευνα και να εφαρμόζει την ψυχοθεραπεία.

Στην πράξη δεν ισχύει κάτι τέτοιο. Ο ευσυνείδητος ψυχίατρος που κατέχει κλινική πείρα, θα συμπεριφερθεί με σεβασμό και αντικειμενικότητα προς τον ασθενή.

Βασιζόμενος στο ιστορικό και τα συμπτώματα, τους ψυχικούς μηχανισμούς του αρρώστου, θα καταλείξει στην κατάλληλη ψυχοθεραπευτική αγωγή.

1.3. Η ψυχιατρική στην Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού στα θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία (της Τρίκης, της Επιδαύρου και της Κω). Στα κέντρα αυτά έρχονταν κυρίως άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί.

Οι παθήσεις αυτές ήταν συνήθως ψυχιατρικές και πρωτεύοντα ρόλο έπεξε ο ψυχολογικός παράγοντας. Κλασικό παράδειγμα ήταν η υστερία, μια ψυχική διαταραχή που είναι δύσκολο να την ξεχωρίσει κάποιος από τις παθήσεις που οφείλονται σε οργανικές αιτίες.

Από τις πιο θεραπευτικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Τα όνειρα χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή αντανακλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τη μυστική της αιτιολογία³

1.4. Ψυχιατρική εξέταση (σχέση γιατρού-ασθενή)

Η σχέση ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή ενεργοποιείται από την πρώτη κιόλας συνέντευξη. Ο ψυχίατρος, ο γιατρός γενικά, έχει ένα κύρος για τον ασθενή γιατί κρατάει στα χέρια του την υγεία του αρρώστου. Με τον ψυχίατρο, η εξουσία αυτή επεκτείνεται σε ένα χώρο ακόμη πιο μυστηριώδη και τρομακτικό, το χώρο της ψυχής και της παραφροσύνης, της τρέλας.

Οι όροι άρρωστος και ασθενής είναι ισοδύναμοι. Είναι η ανάγκη ενός ανθρώπου για ιατρική περίθαλψη για κάποια πραγματική ή φανταστική πάθηση. Φυσικά κάποιος μπορεί να είναι άρρωστος, να μην το ξέρει και να μην επισκεφθεί

³ Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. σ 27.

ποτε το γιατρό. Από την άλλη ασθενής είναι ο άρρωστος που προσφεύγει σε ένα γιατρό για εξέταση, συμβουλή ή θεραπεία. Ο ασθενής που έχει συναίσθηση των προβλημάτων του περιμένει την βοήθεια του γιατρού για να νιώσει καλύτερα και αυτός με την σειρά του, του προσφέρει μια αμοίβη και πάνω απ' όλα την εμπιστοσύνη του. Ο ασθενής είναι διατεθειμένος να θυσιάσει κάποια προσωπικά του προνόμια, να γδυθεί μπροστά στο γιατρό και να του εμπιστευθεί τα μυστικά της ψυχής του. Για τις θυσίες αυτές περιμένει εχεμύθεια και αξιοπρέπεια από μεριάς γιατρού. Ο ψυχίατρος οφείλει να σεβαστεί τα συναισθήματα και τα μυστικά του ασθενή και όπως τονίζει ο Ιπποκράτης στον όρκο του *«να μην εκμεταλλευτεί την εξουσία με την οποία τον επενδύει ο ασθενής, που στην ανάγκη του καταντάει πολύ ευάλωτος»*. Στην σχέση αυτή της εξουσίας συμμετέχει και η τάση του ασθενή να επενδύσει το γιατρό, τον ψυχίατρο προπάντων, με συναισθήματα μιας άλλης ηλικίας. Μιας ηλικίας παιδικής, εξαρτημένης από τους γονείς⁴.

⁴ Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. σ 57.

1.5. Η στάση του γιατρού

Από δική του πρωτοβουλία ή όχι ο ασθενής βρίσκεται στο γραφείο του γιατρού για να τον εξετάσει. Πρώτα απ' όλα ο γιατρός θα συστηθεί (θα πει το όνομα και την ιδιότητα του και θα δώσει το χέρι του). Η χειρονομία αυτή προσφέρει στην ασθενή ένα μήνυμα ανθρωπιάς και πολιτισμού. Ο ψυχίατρος πρέπει πάντα να θυμάται ότι απέναντι του έχει έναν άνθρωπο φοβισμένο, καχύποπτο, επιφυλακτικό και εχθρικό. Πολλές φορές ο ασθενής φοβάται να πει αυτά ακριβώς που αισθάνεται μήπως και τον περάσουν για τρελό και τον στείλουν σε κλινική.

Η ψυχιατρική διαταραχή συνοδεύεται από ένα κοινωνικό στίγμα. Είναι πολύ εύκολο να δει κάποιος τα ψυχιατρικά συμπτώματα ως υπερκόπωση ή εξάντληση από κάποια άλλη αρρώστια παρά ως σημεία κάποιου προσωρινού προβλήματος που δεν έχει τη δύναμη να το λύσει από μόνος του. Πολλές φορές υπάρχει η ανάγκη να τον διαβεβαιώσει ο γιατρός ότι δεν είναι τρελός.

Η εξέταση του αρρώστου είναι απόλυτα εμπιστευτική και δεν είναι κανένας άλλος μπροστά. Μόνο στην περίπτωση που θεωρείται πραγματικά επικίνδυνος μπορεί να γίνει με την παρουσία ψυχιατρικού προσωπικού. Ο γιατρός οφείλει να τον κάνει να αισθανθεί άνετα και να του συμπεριφέρεται με σεβασμό, όπως θα μιλούσε και θα συμπεριφερόταν με κάποιον αξιοπρεπή και ευπρόσδεκτο επισκέπτη.

1.6. Η μέθοδος της θεραπευτικής κοινότητας.

Η ιδέα ότι ένα νοσοκομείο θα μπορούσε να προσφέρει στον ψυχιατρικά άρρωστο κάποια θεραπεία και όχι απλώς ένα άσυλο υπήρχε ακόμη από πολύ παλιά. Την συναντάμε από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα με την εισαγωγή της ηθικής θεραπείας του Πινέλ η οποία βασιζόταν στην καλή μεταχείριση του ασθενή. Η θεραπεία περιβάλλοντος αποσκοπεί σε ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα ατομικών και ομαδικών δραστηριοτήτων, μέσα στο οποίο περιλαμβάνονται τακτικές συγκεντρώσεις όπου ενθαρρύνεται ο ασθενής να πάρει αποφάσεις όχι μόνο για την καθημερινότητα του αλλά και για την διεξαγωγή της θεραπείας του.

Η σύγχρονη θεραπεία περιβάλλοντος βασίζεται στην ψυχανάλυση όπως εφαρμόστηκε σε ψυχιατρικές κλινικές σαν του Ζίμμελ στο Βερολίνο, την Κλινική Τάβιστοκ στο Λονδίνο και την Κλινική Μέννινγκερ στην Τοπήκα. Επίσης στηρίζεται και στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας που αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου στην Αγγλία από τον Μάξγουελ Τζόουνς⁵.

Η μέθοδος της θεραπευτικής κοινότητας αναγνωρίζει στον νοσηλευόμενο ένα κοινωνικό ρόλο με υποχρεώσεις και προνόμια που η ενεργητική εξάσκηση τους μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση πάνω στην ανώμαλη συμπεριφορά του. Η συμβίωση και η συνεργασία των ασθενών μέσα στο νοσοκομείο δίνει στον καθένα από αυτούς την ευκαιρία να εκτιμήσει τις δυνατότητες του, να διαπιστώσει τις αδυναμίες ώστε να τις αλλάξει προς το καλύτερο. Με τη βοήθεια ομαδικών συζητήσεων – οι οποίες διευθύνονται από τους ίδους τους ασθενείς – παίρνονται αποφάσεις για τις ανάγκες της κοινότητας αλλά και για την πορεία της νοσηλείας καθενός από τους ασθενείς. Οι αποφάσεις αυτές έχουν ως κριτήρια την συμπεριφορά του ασθενή, την δική του μαρτυρία για το πως σκέπτεται και αισθάνεται .

Η συμπεριφορά των ασθενών στο νοσοκομείο, τόσο στις μεταξύ τους σχέσεις όσο και στις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, επισημαίνονται προσεκτικά και ερμηνεύονται μέσα στην ομάδα.

Εκτός όμως από τις ομαδικές συγκεντρώσεις, στις οποίες συζητούνται τα προβλήματα των ασθενών, υπάρχει ένα πρόγραμμα ασχολιών το οποίο οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να το παρακολουθούν τακτικά. Οι ασχολίες αυτές ξεκινούν από την παραδοσιακή εργασιοθεραπεία και περιλαμβάνουν την εκμάθηση κάποιας τέχνης (ζωγραφική, κεραμική, ραπτική κλπ.), την εκτέλεση γυμναστικών ασκήσεων και τη συμμετοχή σε αθλητικά παιχνίδια. Οι δραστηριότητες αυτές έχουν ως σκοπό την κινητοποίηση του αρρώστου, την αξιοποίηση των δημιουργικών του δυνατοτήτων και την ικανοποίηση των αναγκών του για συναισθηματική εκφόρτιση και επικοινωνία.

⁵ Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. σ 346.

Η θεραπεία περιβάλλοντος απαιτεί κατάλληλα ειδικευμένους κλινικούς εργατές. Οι άνθρωποι αυτοί πρέπει να έχουν στοιχειώδεις γνώσεις της δυναμικής μιας ομάδας. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να έχουν καθαρή επίγνωση του ρόλου που κατέχουν μέσα στην ομάδα με την οποία εργάζονται και των πολύπλοκων προσωπικών αντιδράσεων που συνεπάγεται ένας τέτοιος ρόλος. Για την σωστή λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας είναι απαραίτητη η ομαδική εποπτεία του νοσηλευτικού προσωπικού από έμπειρους κλινικούς συμβούλους ή τον ίδιο τον ψυχίατρο που διευθύνει τη θεραπευτική ομάδα. Η θεραπεία περιβάλλοντος συνοδεύεται κατά κανόνα από μια ψυχοφαρμακευτική αγωγή και από ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία⁶.

⁶ Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. σ 348.

Δεύτερο Κεφάλαιο

2. Τι είναι μεταρρύθμιση

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.

Η μεταρρύθμιση αφορά :

- το νομικό πλαίσιο,
- το οργανωτικό πλαίσιο,
- το διοικητικό πλαίσιο,
- το διαχειριστικό πλαίσιο

του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. Βέβαια, η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από τη βάση και όχι αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση, όταν αποτελεί κρατική επιλογή, παραμένει ένας ανεκπλήρωτος στόχος – ή ακόμη μια ουτοπία – αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή και την ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης, ή καλύτερα της φροντίδας ψυχικής υγείας.

Η μεταρρύθμιση λοιπόν της ψυχιατρικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα των συστημάτων υπηρεσιών που καλύπτουν και τους τρεις βαθμούς της περίθαλψης, καθώς και η ευαισθητοποίηση στην Κοινωνική Ψυχιατρική ολόένα μεγαλύτερου αριθμού ψυχιατρικών στελεχών, φέρνουν στην επιφάνεια την ανάγκη για την ανάπτυξη του τομέα της Διοικητικής Ψυχιατρικής. Ένα σημαντικό ποσοστό του έργου των ψυχιάτρων ή άλλων συναφών κλάδων σε ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες αφορά διοικητικά καθήκοντα, π.χ., την οργάνωση και τον προγραμματισμό νέων υπηρεσιών, την κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες, τα καθήκοντα και τις σχέσεις του προσωπικού, το συντονισμό του συστήματος υπηρεσιών, την αποκέντρωση υπηρεσιών, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, τη συμμετοχή των πολιτών κ.λπ.

Η Διοικητική Ψυχιατρική, ως υποειδικότητα, διδάσκεται σε ορισμένες πανεπιστημιακές σχολές στο πλαίσιο της γενικότερης εξειδίκευσης στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική.

2.1. Διοικητική Ψυχιατρική

Η Διοικητική Ψυχιατρική είναι ο τομέας της Κοινωνικής Ψυχιατρικής που ασχολείται με την οργάνωση, τη διαχείριση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης πολιτικής. Ο κλάδος αυτός αναπτύχθηκε σε ορισμένες, κυρίως αγγλοσαξονικές, χώρες κατά τη δεκαετία του 1960.

Στη Διοικητική Ψυχιατρική υπεισέρχεται η θεώρηση της διοικητικής οργάνωσης :

1. ένα κλινικό σύστημα όπου κυριαρχεί η θεραπευτική αποτελεσματικότητα,
2. ένα τεχνολογικό σύστημα ανάπτυξης μεθοδολογίας,
3. ένα σύστημα διαμόρφωσης μιας κοινωνικής πολιτικής και
4. μια κοινωνική διαδικασία που ενσωματώνει νομικές, οικονομικές, επιχειρησιακές και πολιτικές απόψεις και κατευθύνσεις. Η σημασία της Διοικητικής Ψυχιατρικής στη λειτουργία ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας γίνεται κατανοητή παρακάτω.

2.2. Το σύστημα υπηρεσιών

Ως σύστημα ορίζεται το σύνολο των μελών ή στοιχείων και το σύνολο των σχέσεών τους. Η Γενική Θεωρία Συστημάτων μελετά τις γενικές αρχές οργάνωσης και συμπεριφοράς όλων των συστημάτων και έχει εφαρμογή στο θεραπευτικό και στο οργανωτικό σκέλος της Διοικητικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Το σύστημα χαρακτηρίζεται κλειστό, όταν δεν προσλαμβάνει ή δεν εκπέμπει ενέργεια, και ανοιχτό εάν έχει εγκατασταθεί μια συνεχής ροή εισόδου και εξόδου ενέργειας και ύλης καθώς και πληροφορίες από το περιβάλλον.

Οι βασικές έννοιες που χαρακτηρίζουν τα συστήματα είναι η οργάνωση, η πολυπλοκότητα, ο συγκεντρωτισμός, η αποκέντρωση, η ενσωμάτωση, η ανάδραση, η αλληλεπίδραση, η απομόνωση, η μετατροπή, η διαφοροποίηση, οι στόχοι, η ισορροπία, ο έλεγχος, η ρύθμιση, το περιβάλλον, και η αλλαγή.

Ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας είναι ένα δυναμικό σύστημα, με βασικές έννοιες τους στόχους, την αλληλεπίδραση, την ενσωμάτωση και τον έλεγχο.

Στο σύστημα υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνονται τα δομικά στοιχεία και τα λειτουργικά στοιχεία. Δομικά στοιχεία θεωρούνται οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες με το συγκεκριμένο πρόγραμμα λειτουργίας και τη διοικητική του διάρθρωση. Λειτουργικά στοιχεία θεωρούνται η διεύθυνση, η χρηματοδότηση, ο προγραμματισμός, η ροή των καταναλωτών, οι αλληλεπιδράσεις, ο συντονισμός, ο έλεγχος και η αξιολόγηση (ως επανατροφοδότηση).

Ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας είναι πάνω απ' όλα πολιτικό σύστημα και καταλήγει στη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης πολιτικής υγείας. Η συγκεκριμένη πολιτική περιγράφει και προσδιορίζει τους στόχους, προτείνει και προβλέπει τις επιμέρους και τις συνολικές επιδράσεις και μεταβολές, και καταλήγει σε αποτελέσματα.

Η πολιτική της υγείας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται έτσι, ώστε σε κάποιο χρονικό διάστημα να γίνουν αντιληπτά τα αποτελέσματά της και να αξιολογηθούν. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό του 6 % του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) διατίθεται για την κοινωνική πολιτική.

Ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι ανοιχτό σε πολλές μεταβλητές (κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές), με είσοδο (αξίες) και έξοδο(παροχή υπηρεσιών).

Σε ένα λοιπόν σύστημα υπηρεσιών υγείας συνυπάρχουν η δομή, η λειτουργία και η εξέλιξή του. Υπεισέρχονται επίσης, οι ανάγκες ή τα αιτήματα, οι στόχοι, και η πραγματοποίησή τους καθώς και ο έλεγχος.

Στην οργάνωση ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας υπεισέρχονται δυο βασικές έννοιες : η διοίκησή του και η διαχείρισή του. Οι δύο αυτοί όροι διαφέρουν σε ένα ορισμένο σημείο: η διοίκηση ασχολείται με θέματα οργάνωσης της πολιτικής, ενώ η διαχείριση έχει ως αντικείμενο την υλοποίηση της πολιτικής αυτής. Τόσο η διοίκηση όσο και η διαχείριση ασκούνται στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες έχουν οργάνωση, δομή και εμφανίζουν λειτουργικότητα στα πλαίσια μιας παραγωγικής διαδικασίας με αποτέλεσμα την προαγωγή της υγείας.

Ως οργάνωση χαρακτηρίζεται το σύνολο των ευθυνών και αρμοδιοτήτων καθώς και το αποτέλεσμα και η εξουσία που προκύπτει από αυτές, στον τομέα ή το τμήμα ή τη μονάδα κάθε φορά.

Ως δομή ορίζεται το σύνολο των επιχειρησιακών χαρακτηριστικών των επιμέρους υπηρεσιών που διαμορφώνουν ένα σύστημα υγείας.

Η λειτουργικότητα ενός συστήματος υγείας ορίζεται από το λεπτομερές εργασιακό πρόγραμμα των επιμέρους μονάδων του συστήματος και των σχέσεων μεταξύ τους, π.χ., τα χαρακτηριστικά των παραπομπών των αρρώστων από τη μια υπηρεσία στην άλλη.

Η οργάνωση υπηρεσιών μπορεί να έχει το χαρακτήρα ενός κλειστού ή ενός ανοιχτού συστήματος. Το κλειστό σύστημα θεωρεί ότι η οργάνωση είναι σχεδιασμένη για να πετύχει συγκεκριμένους στόχους και έτσι κατευθύνεται και επιδιώκει την επίτευξη αυτών των στόχων μέσα από την αντίστοιχα κατάλληλη διαχείριση, δομή και έλεγχο. Το ανοιχτό σύστημα θεωρεί ότι η οργάνωση των υπηρεσιών δεν έχει σχεδιαστεί μόνο για την επίτευξη των στόχων, αλλά ανταποκρίνεται και στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις, ενώ σε μερικές ακραίες περιπτώσεις είναι δυνατόν να αγνοεί και αυτούς τους στόχους.

Στην περίπτωση της οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ένα κλειστό σύστημα φαίνεται στατικό στις εσωτερικές απαιτήσεις (από την ομάδα της ψυχικής υγείας, ως προς τις εκπαιδευτικές της και άλλες ανάγκες ή από δυσλειτουργικά φαινόμενα) και στις πραγματικές εξωτερικές απαιτήσεις, π.χ., άλλες οι ανάγκες, άλλοι οι στόχοι, ή οι στόχοι δεν καλύπτουν τις συγκεκριμένες αλλαγές των αναγκών.

Σύμφωνα με τους Katz και Kahn (1966), το κλειστό σύστημα απαρτίζεται εννέα χαρακτηριστικά :

1. Η εισαγωγή της ενέργειας, π.χ., νέο στελεχικό δυναμικό.
2. Η διαδικασία, δηλαδή όλες οι διεργασίες που γίνονται μέσα στο σύστημα.
3. Το αποτέλεσμα ως παραγωγή του συστήματος.
4. Το αποτέλεσμα ως κύκλωμα γεγονότων. Η εισαγωγή ενέργειας «πυροδοτεί» νέους κύκλους και αυτοί συνιστούν νέα υποσυστήματα.
5. Η αρνητική εντροπία εμφανίζεται όταν το σύστημα καταναλώνει περισσότερη ενέργεια από όση παράγει.
6. Η είσοδος των πληροφοριών, η αρνητική επανατροφοδότηση και η διαδικασία κωδικοποίησης ως συστημική διαδικασία.
7. Η στατική κατάσταση και η δυναμική ομοιόσταση.
8. Η διαφοροποίηση μέσα από διαφορετικούς ρόλους και εξειδικεύσεις.
9. Η τελεολογική σκοπιμότητα, όταν πολλαπλοί τρόποι παρεμβάσεων καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα.

Η *αλλαγή του συστήματος* : Ένα σύστημα υπηρεσιών δεν μπορεί να είναι στατικό αλλά υπόκειται σε αλλαγές μικρού ή μεγάλου μεγέθους.

Η αλλαγή του συστήματος διέπεται από βασικές αρχές, οι κυριότερες από τις οποίες είναι :

- Οποιαδήποτε αλλαγή πρέπει να επικεντρώνεται στις ανάγκες του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί.
- Πρέπει να εκτιμηθεί η ετοιμότητα για αλλαγή του συστήματος.
- Πρέπει να προηγηθεί μια εκπαιδευτική προετοιμασία του προσωπικού για τις αλλαγές.

- Κάθε αλλαγή πρέπει να ενισχύεται από το κεντρικό επίπεδο.
- Κάθε αλλαγή πρέπει να υιοθετεί τις τεχνολογικές εξελίξεις.
- Κάθε αλλαγή πρέπει να ενισχύεται από τις θετικές διαπροσωπικές σχέσεις των στελεχών, των φορέων – κεντρικών και περιφερειακών.
- Κάθε αλλαγή είναι προοδευτική και χρειάζεται αρκετό χρόνο.

2.3. Το Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Σ.Υ.Ψ.Υ.)

Οι παράγοντες επηρεάζουν το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας : Η ίδια η ψυχική κατάσταση των καταναλωτών, το περιβάλλον, οι ίδιες οι υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας και τα ειδικά προγράμματα και τέλος, η γενική οικονομική πολιτική της χώρας, οι τρόποι ζωής, οι συνθήκες διαβίωσης και ποιότητας ζωής.

Το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ακολουθεί τις αρχές της διακήρυξης της Alma Ata, δηλαδή του συνεχούς της παροχής, του συντονισμού, της διαθεσιμότητας, της ενσωμάτωσης με άλλες υπηρεσίες υγείας, της διακλαδικότητας και της συμμετοχής των ίδιων των καταναλωτών.

Τα σύγχρονα πρότυπα της παροχής υπηρεσιών είναι εκείνο της τομεοποίησης-αποκέντρωσής τους και το πρότυπο της εξωτομεακής περιφερειακής εξειδίκευσης για επιλεγμένες κατηγορίες αρρώστων.

Στην Ευρώπη ισχύει η τάση να μειώνονται τα ψυχιατρικά κρεβάτια και να αυξάνονται οι Κοινοτικές Υπηρεσίες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες συμβαίνει το αντίθετο.

Το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί κλασικό παράδειγμα συνύπαρξης πολλών αλληλοσυνδεόμενων στοιχείων.

Κάθε υπηρεσία πρέπει να συντονίζεται με τις άλλες, προκειμένου να αποφεύγεται η αλληλοεπικάλυψη στο έργο τους, αφού η μια επηρεάζει την άλλη, έτσι ώστε όταν ένα φαινόμενο παρουσιάζεται στη μια υπηρεσία (π.χ., μείωση πρώτων περιστατικών), να μη δημιουργεί προβλήματα στη λειτουργία των άλλων υπηρεσιών π.χ., στη Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης, στη Μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο ή σε άλλες μονάδες.

Ο Lemkau, το 1949, έχει διατυπώσει τις ακόλουθες βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να διέπουν τα προγράμματα εξωνοσοκομειακής δημόσιας ψυχικής υγείας ως πολιτική της δημόσιας υγείας :

- Το πρόγραμμα πρέπει να είναι αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό.
- Το πρόγραμμα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες όσο το δυνατό μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί.
- Οι τεχνικές και οι μέθοδοι πρέπει να είναι απλές και εύκολες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να τις εφαρμόζουν και λιγότερο εκπαιδευμένα στελέχη.
- Τέτοια προγράμματα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένα ώστε να λειτουργούν και με περιορισμένο αριθμό ειδικών υψηλής εξειδίκευσης.

2.4. Το περιβάλλον και το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Από τη φύση του ένα σύστημα, όπως είναι το σύστημα υπηρεσιών υγείας ή ψυχικής υγείας, έχει συνεχή αλληλεπίδραση μέσα από ποικιλία διασυνδέσεων με το περιβάλλον που βρίσκεται εκτός των ορίων του συστήματος. Η συνεχής περιβαλλοντική ανάπτυξη τροφοδοτεί το σύστημα με πληροφορίες ύλης και ενέργειας.

Ως περιβάλλον νοείται το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον. Το τελευταίο περιλαμβάνει τρία υποσυστήματα : το κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτικό.

Τα στοιχεία που συνθέτουν το περιβάλλον επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα την οργάνωση, διοίκηση και ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το φυσικό περιβάλλον έχει συνδεθεί άμεσα με τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και, επομένως, επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ανάπτυξη και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το κοινωνικό περιβάλλον με τα τρία υποσυστήματά του καθορίζουν το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η σχέση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με το κοινωνικό περιβάλλον είναι αμφίδρομη, επομένως το επηρεάζει θετικά αφού στοχεύει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, ενώ λειτουργεί και ως εργοδότης που μπορεί να προσφέρει χιλιάδες θέσεις εργασίας.

2.5. Οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία ενός Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας

Εκτός από την ανάγκη ύπαρξης ενός κανονισμού λειτουργίας ενός Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, κρίνεται απαραίτητο ο συγκεκριμένος κανονισμός να διέπεται από τις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, όπως αυτές διατυπώθηκαν από τον Gerald Caplan.

Προτού όμως παραθέσουμε τις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, πρέπει να παρουσιάσουμε τις βασικές θέσεις της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Οι βασικές θέσεις που αποτελούν το ιδεολογικό υπόβαθρο της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι οι ακόλουθες :

- Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η μέθοδος και το εργαλείο της ανάδειξης που έχει η σημασία των κοινωνικών αντιθέσεων και αντιφάσεων στη γένεση της ψυχοπαθολογίας.
- Η Κοινωνική Ψυχιατρική θεωρεί ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι όπως οι άλλες αρρώστιες.
- Η Κοινοτική Ψυχιατρική στοχεύει στη μείωση της σημασίας του διχοτόμου διαχωρισμού των εννοιών «φυσιολογικότητα – μη φυσιολογικότητα» αφού βασική της θέση είναι το διαλεκτικό δίπολο Υγεία↔Αρρώστια με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας, πόνου και χαράς. Η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας είναι μια ουτοπία, μια μορφή «Νεύρωσης».
- Η κοινοτική ψυχιατρική θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο το άτομο μέσα στην κοινότητα, διαμέσου της κοινότητας, στο σύνολο των σχέσεων του (διαπροσωπικών, συγγενικών, οικονομικών, κοινωνικών). Μετά από την κλινική αναγνώριση της ατομικής περίπτωσης, αναγνωρίζουμε την κοινότητα (ως δομή και ως οργάνωση) και από την αναγνώριση της κοινότητας αναγνωρίζουμε την ατομικότητα.
- Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να γίνει κατανοητή όταν εξετάζεται έξω από την κοινότητα (το φυσικό και κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον) μέσα στην οποία αναπτύσσεται.

- Από την άλλη μεριά, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον πρέπει να μελετώνται από κοινού ως προς την επίδρασή τους πάνω στην ανθρώπινη συμπεριφορά, επειδή η χωριστή μελέτη τους δεν μπορεί να δώσει ικανοποιητικές ερμηνείες για τη σχέση ανθρώπινης συμπεριφοράς και κοινότητας.
- Εδώ υπάρχει και το δίλημμα για το διπλό ρόλο του θεραπευτή. Ο θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος κ.ά.) εκπροσωπεί τον ασθενή του και ταυτόχρονα την κοινότητά του, της οποίας είναι μέλος.
- Η κοινότητα διαθέτει παρεμβατικούς και ρυθμιστικούς μηχανισμούς της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η κοινότητα μπορεί να δρα ως θεραπευτής μέσα από τους μηχανισμούς αυτούς σε τρία επίπεδα :

α) Στο επίπεδο της υποδομής με την ιστορία, τους μύθους και τον πολιτισμό. Ο πόλος του πολιτισμού στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας είναι πρωταρχικός και από όλους αποδεκτός. Έχουν μάλιστα διατυπωθεί και συγκεκριμένες θεωρίες πάνω στη σχέση αυτή, όπως η θεωρία της πολιτιστικής ανοσίας η οποία διατυπώνει την άποψη ότι ο πολιτισμός είναι ένας ανοσοποιητικός μηχανισμός που προφυλάσσει από τις ψυχικές διαταραχές. Είναι γνωστή επίσης η σχέση του φαινομένου του υψηλού βαθμού επιπολιτισμού με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες, ένα εύρημα που επιβεβαιώθηκε και σε έρευνα το 1976 σε Έλληνες μετανάστες στη Νέα Υόρκη.

β) Στο επίπεδο της αναγνωρίσιμης συμπεριφοράς, με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, τις συνήθειες και δραστηριότητες του ατόμου μέσα στην κοινότητα.

γ) Στο ανώτερο επίπεδο της υπερδομής η οποία είναι ταυτόσημη με την ταυτότητα της κοινότητας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, η κοινότητα θεραπεύει :

Άμεσα : με τη δημιουργία παρεμβατικού υποστηρικτικού δικτύου ή συστήματος που προσφέρει συναισθηματική ενίσχυση και υλική πρόνοια, π.χ., στέγαση, φαγητό, ένδυση, εργασία και με την ατομική παρέμβαση από άτομα-κλειδιά ή άτομα κύρους. Τα άτομα αυτά σε ορισμένες κοινότητες και κοινωνίες μπορεί να θεωρούνται ότι έχουν μεταφυσικές ιδιότητες, π.χ., μάγοι, λαϊκοί θεραπευτές

Έμμεσα : με τη διαμόρφωση μιας κοινοτικής ταυτότητας η οποία προφυλάσσει από την εμφάνιση φαινομένων όπως η κοινωνική ανομία που διατυπώθηκε από τον E. Durkheim και η κοινωνική διάσπαση που περιγράφηκε από τον A. Leighton. Η κοινή ταυτότητα αναπτύσσεται στα πλαίσια των κοινών λειτουργικών δραστηριοτήτων. Οι κοινές λειτουργικές εκδηλώσεις ασκούνται στα πλαίσια της ομαδικής κοινοτικής ζωής, στα πλαίσια των κοινωνικών θεσμών (οικογένειας, σχολείου, εκκλησίας) και της ρυθμιστικής κοινοτικής υπερδομής.

Συμπερασματικά, ο κοινοτικός κλινικός θεραπευτής πρέπει να αναγνωρίζει τις θεραπευτικές ικανότητες της κοινότητας και, σε περιπτώσεις που εκείνος θα κρίνει, θα πρέπει να αφήνει την ίδια να παρεμβαίνει θεραπευτικά και έτσι να αποφεύγεται η «ψυχιατρικοποίησή» τους.

2.6. Οι βασικές Αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής :

Όπως είναι γνωστό, ο Carlan, το 1964, έχει διατυπώσει τις ακόλουθες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την οργάνωση και λειτουργία των Κοινοτικών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.

- Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής, με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με το μικρότερο δυνατό κόστος. Στην αρχή αυτή υπάγεται η έννοια της προσαρμογής της θεραπείας σε χρονικά πλαίσια εναρμονιζόμενα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της ψυχοπαθολογίας του ατόμου.
- Η αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Χωρίς την τομεοποίηση, κάθε προσπάθεια για κοινοτική δουλειά είναι αδύνατη. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κ.Κ.Ψ.Υ. πρέπει να κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά. Ο τομέας, κατά την Π.Ο.Υ., περιλαμβάνει συνήθως από 70 έως 150.000 κατοίκους.
- Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας. Αυτό για ορισμένες παθήσεις είναι ο καλύτερος τρόπος αποφυγής της υποτροπής και του εγκλεισμού του ασθενούς στο άσυλο. Η διάσπαση της θεραπευτικής σχέσης αυτής της συμμαχίας έχει αρνητικά αποτελέσματα στην

εξέλιξη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής αξιολογούνται συνεχώς.

- Η αρχή της ανταποκριτικότητας. Η προσέλευση του κοινού στο Κ.Κ.Ψ.Υ. είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών που γίνεται μέσα από τη συνεργασία του Κέντρου με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας. Όσο το δίκτυο αναπτύσσεται διεισδυτικά στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μειώνεται η απόσταση του ψυχικά πάσχοντος μέλους για την αναζήτηση βοήθειας από τις Υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

2.7. Η διοίκηση του Κ.Ψ.Υ.

Το Κ.Ψ.Υ. πρέπει να είναι αυτόνομο διοικητικά και επιστημονικά, γιατί διαφορετικά θα υπάρξει συγκεντρωτισμός στη Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου, ο διευθυντής της οποίας δεν μπορεί να γνωρίζει τις τοπικές συνθήκες της παροχής υπηρεσιών. Η βασική αρχή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, του συνεχούς της παροχής υπηρεσιών, πρέπει να τηρείται με τη διάθεση μικρού αριθμού κρεβατιών (5-10) στο Γενικό Νοσοκομείο για τις νοσοκομειακές ανάγκες του ψυχιατρικού τομέα, την ευθύνη των οποίων θα έχει το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. έτσι ώστε ο νοσηλεύόμενος κάτοικος του τομέα να μην αλλάζει θεραπευτική ομάδα. Τα Κ.Ψ.Υ. στις Η.Π.Α., Αγγλία, Γαλλία, Ιταλία και σε άλλες χώρες της Ευρώπης είναι αυτόνομοι οργανισμοί που ελέγχονται από το Περιφερειακό Σύστημα. Είναι ουσιαστικό το θέμα της διοικητικής αυτοτέλειας του Κ.Ψ.Υ. ή της συγχώνευσής του με κάποια μεγαλύτερη μονάδα όπως το Ψυχιατρείο ή το Γενικό Νοσοκομείο.

Η ιδανική λύση, από ιδεολογικής πλευράς, είναι το Κ.Ψ.Υ. να ανήκει στην Τοπική Αυτοδιοίκηση όπως το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Μ' αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι το Κ.Ψ.Υ. θα χάσει την ψυχιατρική λειτουργία του και θα μεταπέσει σε κοινωνική υπηρεσία, όπως ίσως συνέβη σε μερικά Κ.Ψ.Υ. στις Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α., το Κ.Ψ.Υ. έχει βρει την ιδανικότερη, από πλευράς ιδεολογίας, διοικητική λύση αφού οι καταναλωτές του συστήματος το διοικούν μέσα από το διοικητικό συμβούλιό του ή το ελέγχουν με την αξιολόγησή του μέσα από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή τους στη λειτουργία του.

Το πρόβλημα στη χώρα μας βρίσκεται αλλού και ανάγεται στον τοπικό «χρωματισμό», σε ορισμένους δήμους, των υπηρεσιών τους ή των δραστηριοτήτων τους. Αυτό σημαίνει δηλαδή ότι εξυπηρετούν κάποια κομματικά συμφέροντα και έτσι πιθανό να δημιουργηθεί ο κίνδυνος της απομόνωσης του δημοτικού Κ.Ψ.Υ. από μερίδα κομματικά αντίθετων δημοτών προς τη δημοτική αρχή.

Η προσφορότερη λύση είναι εκείνη της διοικητικής αυτονομίας του Κ.Ψ.Υ. με παράλληλη τη συμμετοχή στην επιστημονική διοίκηση της κεντρικής μονάδας, π.χ. Ψυχιατρείο, Γεν. Νοσοκομείο.

Το Κ.Ψ.Υ. διαθέτει έτσι στο Ψυχιατρείο ή στο Γενικό Νοσοκομείο ένα τμήμα με 10-12 κρεβάτια, τα οποία διατίθενται για την κάλυψη των ενδονοσοκομειακών

αναγκών των κατοίκων του τομέα ευθύνης του Κ.Ψ.Υ. Έτσι τα κρεβάτια, π.χ. ενός Ψυχιατρείου, διατίθεται στα Κ.Ψ.Υ. και στους κατοίκους των αντίστοιχων τομέων ευθύνης του για ολιγοήμερη νοσηλεία. Μ' αυτόν τον τρόπο αναιρείται ο ολοκληρωτισμός στη διάρθρωση της δομής του Ψυχιατρείου, αφού θα υπάρχουν μικρές μονάδες με επιστημονικό προσωπικό το οποίο θα έχει άλλη αντίληψη για την ψυχιατρική περίθαλψη που διακινείται μεταξύ Κέντρου και Ψυχιατρείου, αλλάζοντας τον προσανατολισμό της θεραπευτικής και κοινωνικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας, με συνέπεια το Ψυχιατρείο να χάνει την ασυλιακή του ταυτότητα και απομόνωσή του. Αυτό το μοντέλο υπάρχει στη Γαλλία.

Έτσι εφαρμόζεται στην πράξη η βασική αρχή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δηλαδή το συνεχές της παροχής υπηρεσιών, αφού ο ίδιος ο θεραπευτής παρακολουθεί το ίδιο άτομο σε όλη την πορεία της αντιμετώπισης της ψυχοπαθολογίας του. Η διοίκηση του Κ.Ψ.Υ. παραμένει αυτοτελής αλλά η επιστημονική και θεραπευτική γενικά διάρθρωση ακολουθεί το σχήμα που έχει ήδη περιγραφεί.

Το λειτουργικό αυτό σχήμα προσφέρει ριζοσπαστική λύση στο πρόβλημα «ψυχιατρείου». Το Κ.Ψ.Υ. από την άλλη μεριά παραμένει αυτόνομο διοικητικά αλλά συντονισμένο μέσα στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Εναλλακτική λύση είναι η ενσωμάτωση του Κ.Ψ.Υ. στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, έτσι ώστε το Κέντρο να αποτελεί ένα παράρτημα του νοσοκομείου με στοιχειώδη επιστημονική αυτονομία αλλά και δυνατότητα του προσωπικού να εργάζεται περιοδικά στη μια ή στην άλλη μονάδα. Η λύση αυτή ωστόσο διαιώνίζει την απομόνωση του Ψυχιατρείου, ενώ η διαμόρφωση δύο μεγάλων μονάδων που περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό προσωπικού δημιουργεί διοικητικό υδροκεφαλισμό, δυσκαμψία στους διοικητικούς χειρισμούς και στην αντίληψη των ειδικών διοικητικών αναγκών του Κ.Ψ.Υ.

Ούτε η εκπλήρωση της βασικής αρχής του συνεχούς της παροχής υπηρεσιών μπορεί να επιτυγχάνεται, γιατί άλλο θα είναι το προσωπικό του Κ.Ψ.Υ. και άλλο το προσωπικό της Ψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει Ψυχιατρείο σε μια περιοχή ή όταν η απόσταση Ψυχιατρείου και εγκατεστημένου Κ.Ψ.Υ. υπερβαίνει τα 50 χιλιόμετρα, τότε το Κ.Ψ.Υ. πρέπει να χρησιμοποιεί τα κρεβάτια της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού

Νοσοκομείου ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των κατοίκων της περιοχής ευθύνης του. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει Ψυχιατρική Κλινική, το Κ.Ψ.Υ πρέπει να διαθέτει ορισμένα κρεβάτια (5-6).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι μπορεί να διαμορφώνονται τρεις τύποι Κ.Ψ.Υ. :

- εκείνο που έχει πρόσβαση στο Ψυχιατρείο,
- το Κέντρο που είναι συνδεδεμένο με την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου και
- το Κ.Ψ.Υ. που διαθέτει δικά του κρεβάτια για ολιγοήμερη νοσηλεία καθώς και τις άλλες γνωστές παράλληλες υπηρεσίες.

Και οι τρεις τύποι των Κέντρων εξυπηρετούν πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 50.000 κατοίκων και είναι διοικητικά αυτόνομες μονάδες συντονισμένες μέσα στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η παροχή όμως των ψυχιατρικών υπηρεσιών δεν θα πρέπει να εφαρμοστεί έξω από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας αλλά ούτε να γίνει το πεδίο σχεδιασμού προγραμμάτων που εξυπηρετούν ή εξωραίζουν την ψυχιατρική ιδεολογία ορισμένων. Η ψυχική υγεία είναι κομμάτι της γενικής υγείας και η μεθόδευση της λύσης του προβλήματός της δεν μπορεί να' ναι τίποτα άλλο παρά πολιτική λύση στα πλαίσια που εξυπηρετεί τα συμφέροντα του μέσου πολίτη και όχι μόνο ειδικών κοινωνικών στρωμάτων.

Ένα άλλο ουσιαστικό πρόβλημα είναι η επιτυχημένη στελέχωση αυτών των αποκεντρωμένων υπηρεσιών. Ο τομέας της Ψυχικής Υγείας είναι ιδιόμορφος και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και αντίληψη πολλών άλλων γνωστικών αντικειμένων, όπως της Επιδημιολογίας, της Βιοστατιστικής, της Κοινωνικής Ψυχολογίας και άλλων. Η Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ειδικότητα της Ψυχιατρικής και συνδέεται με τους κλάδους της Δημόσιας Υγιεινής.

Η εμπειρία της οργάνωσης και λειτουργίας άλλων μονάδων, προσφέρει τη βάση για την ανάπτυξη του προβληματισμού γύρω από το σχεδιασμό της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας και την επιλογή του προτύπου που ταιριάζει στις ανάγκες της και στον κοινωνικοπολιτιστικό της χαρακτήρα.

2.8. Η δομή των υπηρεσιών Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής για παιδιά και έφηβους

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής για παιδιά, οικογένειες και έφηβους διαρθρώνονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού του τομέα ευθύνης τους.

Έτσι παράλληλα με τον παιδοψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, εργάζονται στην ομάδα ο ειδικός ψυχοπαιδαγωγός, ο εργοθεραπευτής, ο νοσηλεύτης, ο λογοθεραπευτής, ο κινησιοθεραπευτής. Επομένως η ομάδα είναι αριθμητικά μεγαλύτερη, από εκείνη της υπηρεσίας ενηλίκων.

Η διάρθρωση οφείλεται στο γεγονός ότι ο πληθυσμός ατόμων ηλικίας έως 16 ετών είναι πάντοτε μικρότερος των υπόλοιπων ηλικιών, ενώ και η υπολογιζόμενη νοσηρότητα κυμαίνεται γύρω στο 10-12% του αντίστοιχου πληθυσμού. Η αυτόνομη επιστημονική λειτουργία του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου θεωρείται αυτονόητη. Η διοικητική του αυτονομία δημιουργεί δυο προβλήματα :

- Αυξημένο κόστος παροχής υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει διότι αυξάνεται το διοικητικό κόστος με τη στελέχωση του Κέντρου με ιδιαίτερο διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό με επιπλέον κτιριακή υποδομή.
- Σοβαρό πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών, στην περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη παρακολούθηση ενός γονέα από το Κ.Ψ.Υ. και του παιδιού του από το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, ενώ είναι πιθανόν οι δυο αυτές μονάδες να απέχουν σημαντικά η μια από την άλλη και η επικοινωνία του προσωπικού τους να είναι δυσχερής.

Ως λύση, που προλαμβάνει τα προβλήματα αυτά, θεωρείται η εγκατάσταση του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου στο ίδιο κτίριο όπου στεγάζεται και το Κ.Ψ.Υ. ή σε κοντινή από αυτό απόσταση. Η διοικητική και βοηθητική υπηρεσία είναι κοινή και για τις δυο μονάδες, ενώ το επιστημονικό προσωπικό μπορεί να έχει κοινές συναντήσεις προκειμένου να συζητήσει κοινά περιστατικά. Κατ' αυτόν τον τρόπο η λειτουργία των δυο μονάδων είναι συντονισμένη και εμφανίζει χαμηλότερο κόστος.

Ένα άλλο σχήμα είναι η λειτουργία αυτόνομης Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων σε κάθε Κ.Ψ.Υ. που θα αποτελεί μια υπηρεσία ενσωματωμένη στο Κέντρο όπως η Υπηρεσία Αποκατάστασης κ.λπ. Το σχήμα αυτό είναι ευέλικτο

από πλευράς διάρθρωσης, καλύπτει τις άμεσες ανάγκες των παιδιών του τομέα, αλλά ίσως δεν μπορεί να καλύπτει όλες τις άλλες ειδικές ανάγκες, όπως Ημερήσια Περίθαλψη και άλλα προγράμματα, τα οποία πρέπει να λειτουργούν στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο λόγω αυξημένων αναγκών σε χώρο.

Η επιλογή του ενός ή του άλλου σχήματος πρέπει να γίνεται μέσα από την ανίχνευση και τη μελέτη των ειδικών προβλημάτων των αντίστοιχων πληθυσμών που πρόκειται να εξυπηρετήσει η σχεδιαζόμενη υπηρεσία.

2.9. Η διεύθυνση του Κ.Ψ.Υ.

Η διοίκηση του Κ.Ψ.Υ. πρέπει να ανατίθεται σε στελέχη ψυχικής υγείας πανεπιστημιακού επιπέδου με ειδικές γνώσεις διοικητικής, δημόσιας υγείας και Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η θέση όμως του ψυχιάτρου ως διοικητικού πρέπει να είναι εναρμονισμένη με το ιδεολογικό κλίμα της «οριζόντιας» ιεραρχίας που επικρατεί στο Κ.Ψ.Υ.

Υπάρχουν βασικοί αρχικοί κανόνες της διαχειριστικής θεωρίας που δεν εφαρμόζονται στη διοίκηση του Κ.Ψ.Υ. Όπως αναφέρει ο A. Freedman :

(1) Ένας διευθυντής επιχείρησης παίρνει διαταγές μόνο από ένα άτομο, τον ιδιοκτήτη της.

(2) Ο διευθυντής εργάζεται και αυτός μόνο κάτω από εξαιρετικές περιπτώσεις. Αντίθετα, ο διευθυντής του Κ.Ψ.Υ. ελέγχει, διαπραγματεύεται και ρυθμίζει τις υπηρεσίες που δέχεται και συμμετέχει στην αξιολόγησή τους.

(3) Ο διευθυντής, τον περισσότερο καιρό, εποπτεύει τους υφισταμένους του. Ο διευθυντής στο Κ.Ψ.Υ. έρχεται σε επαφή με πολλές ομάδες και έτσι ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δεν καταναλίσκεται σε εποπτεία.

(4) Ένας καλός διευθυντής διευθύνει μέσα από τα αποτελέσματα. Το Κ.Ψ.Υ. έχει αρκετά ανεξάρτητα τμήματα που δεν παρουσιάζουν αμέσως αποτελέσματα. Έτσι, πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι για συνεχή ροή πληροφοριών και ενισχύσεων.

(5) Η εξουσία ενός αποδοτικού διευθυντή εξαρτάται από το βαθμό της υπευθυνότητάς του. Στο Κ.Ψ.Υ. η εξουσία του διευθυντή ποτέ δεν είναι ίση με την υπευθυνότητά του. Εξαρτάται από τη δραστηριότητα πολλών ατόμων, πάνω στα οποία ο διευθυντής δεν έχει κανένα έλεγχο.

(6) Στο πρότυπο του ψυχιατρείου το προσωπικό δεν έχει καμία εξουσία αφού εξαρτάται από την πυραμίδα. Αντίθετα, στο Κ.Ψ.Υ. το προσωπικό είναι αρκετά ισχυρό από πλευράς εξουσίας.

2.10. Τα οικονομικά των υπηρεσιών και των προγραμμάτων ψυχικής υγείας

Για την οικονομική αξιολόγηση μιας υπηρεσίας είναι απαραίτητο να είναι γνωστές οι πηγές της χρηματοδότησής της και ο προϋπολογισμός της, με τον καταμερισμό των ετήσιων εξόδων.

Η πλήρης αντίληψη των οικονομικών πηγών και η αξιολόγησή τους ως προς το μέγεθός τους και την αντίστοιχη χρήση τους προσφέρει πληροφορίες για το κόστος της υπηρεσίας και τη συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα.

Πρέπει να τονιστεί η παράδοξη σχέση των οικονομικών πόρων με τις ανάγκες και τη ζήτηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπου : Ζήτηση → Ανάγκες → Πόροι. Αυξανόμενων δηλαδή των πόρων, «αυξάνονται» οι ανάγκες και η ζήτηση υπηρεσιών.

Βέβαια, οι ανάγκες και η ζήτηση των υπηρεσιών αποτελούν συνάρτηση των δραστηριοτήτων που ασκούνται (κατασκευές, εργαλεία και ανθρώπινο δυναμικό). Όλη η διαχειριστική διαδικασία περιλαμβάνει τον προϋπολογισμό, τον προγραμματισμό και το σχεδιασμό.

Οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης υπολογίζονται μέσα από την ακόλουθη σχέση :

Αριθμός Εισαγωγών X Μέση Διάρκεια Νοσηλείας X Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας

Είναι επόμενο όταν μειώνεται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των ψυχικά αρρώστων, να μειώνονται οι δαπάνες της περίθαλψης. Ο καταμερισμός των δαπανών είναι μια προϋπόθεση ώστε να ελέγχεται το κόστος ανά κατηγορία δαπάνης. Σε μια ψυχιατρική υπηρεσία υπάρχουν τρεις ομάδες εξόδων : η μισθοδοσία, οι λοιπές λειτουργικές δαπάνες και οι έκτακτες. Από τις λοιπές λειτουργικές δαπάνες μερικές θεωρούνται ως ανελαστικές, δηλαδή δεν είναι δυνατό να μεταβληθούν.

2.11. Άμεσα και έμμεσα έξοδα εξαιτίας μιας ψυχικής αρρώστιας

Τα έμμεσα έξοδα περιλαμβάνουν την εκτίμηση του κόστους της εξάρτησης του αρρώστου και του τύπου της φροντίδας που αυτός πιθανόν χρειάζεται (π.χ., ενδεχόμενη εγκατάλειψη, από μέλος της οικογένειας, της εργασίας του για να προσέχει τον άρρωστο στο σπίτι).

Τα άμεσα έξοδα περιλαμβάνουν τον υπολογισμό με ειδική μεθοδολογία τού κόστους των τύπων φροντίδας που παρέχεται στον άρρωστο.

Η άθροιση των άμεσων και των έμμεσων εξόδων αποτελεί την εκτίμηση του συνολικού κόστους που έχει μια ψυχική αρρώστια.

2.12. Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα

Η χρονική πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα μπορεί, με βάση τα χαρακτηριστικά της, να διαιρεθεί στην ιστορική της φάση (1838-1955), την παραδοσιακή φάση (1956-1982) και τη μεταβατική φάση (1983-).

Η μελέτη των χαρακτηριστικών του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας στα πλαίσια του προγράμματος της Περιφερειοποίησης των Υπηρεσιών Υγείας του ΚΕΠΕ (1979) από τη μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αποτέλεσε τη βάση για τη συγγραφή συγκεκριμένων προτάσεων αναμόρφωσης του συστήματος αυτού, τις οποίες περίπου ακολούθησαν και οι διάφορες προτάσεις από ομάδες εργασίας του Υπουργείου Υγείας. Από τη μελέτη λοιπόν αυτή προέκυψε ότι το σύστημα είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- Άνιση περιφερειακή κατανομή ψυχιάτρων στο γενικό πληθυσμό συγκριτικά με όλους τους άλλους γιατρούς. Το 60% των ψυχιάτρων εργάζεται στην Αθήνα η οποία έχει το 32% του πληθυσμού της χώρας.
- Συγκεντρωτισμός υπηρεσιών. Η σχέση κρεβάτι/πληθυσμός κυμαίνεται από το 0.03 μέχρι το 2.27. Υπήρχαν μάλιστα 11 νομοί χωρίς ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες.

Οι 32 από τις 60 δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές ήταν, το 1982, εγκατεστημένες στην Αθήνα με σύνολο 8.519 κρεβατιών από τον συνολικό αριθμό των 13.432. Υπάρχουν 11 νομοί, από τους 52, με συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκων χωρίς κανένα ψυχίατρο.

Η συνολική σχέση κρεβατιών ανά χίλιους κατοίκους είναι 1.37. Επιπρόσθετα δεν υπήρχαν ψυχιατρικές μονάδες σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία των αστικών κέντρων, με αποτέλεσμα η ψυχιατρική να απομονώνεται από τις άλλες ειδικότητες.

- Συγκεντρωτισμός των περισσότερων κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών σε τρία ψυχιατρεία.

- Ανισότιμη κατανομή ψυχιάτρων και προσωπικού ανά κρεβάτι, σε σχέση με το μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής (πίνακας 2). Αυτές οι διαφορές δημιουργούσαν αύξηση του χρόνου νοσηλείας στα κρατικά ψυχιατρεία και χαμηλή γενικά αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Θα πρέπει να προστεθεί επίσης και η ανισότιμη παροχή οικονομικής ενίσχυσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με τον τομέα της γενικής ιατρικής.
- Περιορισμένη διαθεσιμότητα των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών που μείωνε τη σχέση κρεβατιού\1.000 κατοίκους σε 0.76\1000, γιατί το 44.7% των κρεβατιών καταλαμβάνονταν από χρόνιους αρρώστους.
- Έλλειψη εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής, οι οποίες αποτελούν το φίλτρο για την είσοδο στο ψυχιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη.
- Απουσία ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών και ειδικών υγιεινολόγων κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.
- Τέλος, υπήρχαν και άλλοι παράγοντες σημαντικοί, όπως η άνιση ποιότητα υπηρεσιών των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων, η απουσία νομικών ασφαλιστικών μέτρων για την αποκατάσταση ή την εναλλακτική λύση διαμονής πέρα από το άσυλο (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες κ.λπ.).

Όλα τα παραπάνω καθορίζουν ακόμη τον έντονο ταξικό χαρακτήρα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

2.13. Ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα και ο ρόλος του εθελοντισμού

Στην πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τρεις περιόδους: α) την πρώτη ή ιστορική περίοδο, που αρχίζει από την ίδρυση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1914, β) τη δεύτερη ή παραδοσιακή περίοδο, που εκτείνεται από το 1914 έως το 1983 και χαρακτηρίζεται από την ενεργό παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο, και γ) την τρίτη ή μεταρρυθμιστική περίοδο, από το 1983 έως σήμερα, που χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής μιας μεταρρύθμισης στην ψυχιατρική

περίθαλψη στα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας⁷.

Ο ρόλος αλλά και η μορφή του εθελοντισμού στην παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας καθ'όλη αυτή την ιστορική διαδρομή αλλάζει και μετασχηματίζεται ανάλογα με την διανουμένη περίοδο: στην πρώτη περίοδο όπου η φροντίδα για τον ψυχιατρικό άρρωστο αναλαμβάνεται κυρίως από την οικογένεια, την κοινότητα και την εκκλησία, η εθελοντική δράση εμφανίζεται κυρίως ως φιλανθρωπική δραστηριότητα, που αναλαμβάνεται κυρίως από πλούσιους ευπατρίδες. Η φιλανθρωπική αυτή δραστηριότητα των πλούσιων ομογενών ευπατρίδων αποσκοπεί στη κατά το δυνατόν ευρύτερη αποδοχή τους από την ελληνική κοινωνία αλλά και την νομιμοποίηση του κυρίαρχου συστήματος κοινωνικών αξιών και συμπεριφορών που εκείνοι ηγεμονεύουν.

Στη δεύτερη περίοδο, στην περίοδο των ασύλων, η εθελοντική δράση για την φροντίδα του ψυχιατρικού ασθενή αναλαμβάνεται από πλατύτερα στρώματα του πληθυσμού, ακόμα και μικροαστικής προέλευσης, που υποστηρίζουν την φιλελεύθερη άποψη του φιλανθρωπισμού. Οι φιλόανθρωποι αυτοί, αποδεχόμενοι την άποψη ότι η ανισότητα στην υγεία αποτελεί απόρροια φυσικών νόμων ή θεϊκής θέλησης, θα επιχειρήσουν όχι να αντιμετωπίσουν την ψυχική αρρώστια, αλλά να αμβλύνουν την «επικινδυνότητα» του ψυχικά πάσχοντος και να μεγιστοποιήσουν την κοινωνική ενσωμάτωση του, με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση κοινωνικής ειρήνης και τάξης.

Σε αυτή τη δεύτερη περίοδο, προοδευτικά εμφανίζεται, σε ένα τμήμα τουλάχιστον των εμπλεκόμενων εθελοντών, μια διάθεση αμφισβήτησης των παρεχομένων επίσημων υπηρεσιών και αναζήτησης νεωτερικών μορφών φροντίδας, πολλές φορές εκφρασμένη με ιδιαίτερα έντονα πολιτικοποιημένο, κινηματικό και ριζοσπαστικό τρόπο. Στη τρίτη περίοδο τέλος, η εθελοντική δράση αποπειράται μέσω των μη κερδοσκοπικών οργανισμών, που αρχικά δημιουργούνται με πρωτοβουλία ίου ίδιου του κράτους, να δώσει διαδικαστικές λύσεις στο πιεστικό αίτημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης να μεταρρυθμισθεί η ψυχιατρική περίθαλψη που παρέχεται στην

⁷ Μπιτανάκης, Νίκος (συγγραφέας). *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Αθήνα, Ελλάδα: Αρχιπέλαγος, 2004. σ. 69.

Ελλάδα, ενώ μέσω πληθώρας μη κυβερνητικών οργανισμών που δημιουργούνται αργότερα, προσπαθεί να εκφράσει την νεότευκτη και ατροφική κοινωνία των πολιτών στην πατρίδα μας και να ενταχθεί στο επίσημο κοινωνικό προνοιακό σύστημα.

Η πρώτη ή ιστορική περίοδος(1830-1914) ανάπτυξης και οργάνωσης ψυχιατρικών υπηρεσιών στην πατρίδα μας χαρακτηρίζεται γενικότερα από την απουσία πολιτειακής σταθερότητας και την έλλειψη οικονομικών πόρων. Το μικρό και φτωχό νεοσύστατο ελληνικό κράτος προσπαθεί να οργανώσει κυρίως τους τομείς της άμυνας, της διοίκησης και της εξωτερικής πολιτικής και ως εκ τούτου αδυνατεί να χαράξει υγειονομική πολιτική, δηλαδή να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική του περίθαλψη.

Στη φάση αυτή οι παρεμβάσεις του κράτους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ελληνικού πληθυσμού αφορούν περισσότερο την εξασφάλιση των ανύπαρκτων, μέχρι τότε, νομοθετικών προϋποθέσεων και λιγότερο την οργάνωση και λειτουργία υγειονομικών υπηρεσιών. Σημαντικές νομοθετικές πρωτοβουλίες εκείνης της περιόδου για την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών θεωρούνται οι παρακάτω: Ο νόμος «περί νοσοκομείων» του 1825 και ο νόμος «περί υγειονομιών» του 1826, που αποτελούν τις πρώτες υποτυπώδες προσπάθειες εκ μέρους της Προσωρινής Διοίκησης της Ελλάδας για υγειονομική οργάνωση της χώρας. Από το 1833, και κατόπιν της ίδρυσης του Βασιλείου της Ελλάδας, η Γραμματεία των Εσωτερικών (το σημερινό Υπουργείο Εσωτερικών) αναλαμβάνει την ευθύνη της «υγειονομικής αστυνομίας και επιφορτίζεται με την ευθύνη συγκρότησης της κεντρικής υγειονομικής οργάνωσης της χώρας. Το 1833 θεσπίζεται ο θεσμός του νομιάτρου, που ορίζεται ως ο καθ' ύλην υπεύθυνος για όλα τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού. Το 1834 ιδρύεται το Ιατροσυνέδριο, το οποίο εκείνη την εποχή αποτελεί το ανώτατο υγειονομικό συμβούλιο της χώρας. Το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα η πρώτη Σχολή Μαιών. Τα πρώτα είκοσι χρόνια της λειτουργίας της Ιατρικής Σχολής (1837-1857) αποφοιτούν συνολικά μόνο 168 γιατροί. Η ιατρική, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, βρίσκεται στα χέρια των πρακτικών, που έχουν ως κύρια θεραπευτικά μέσα τις βδέλλες, τις αφαιμάξεις και τα πάσης φύσεως καθαρκτικά. Το κύρος των πρακτικών στον

αγροτικό πληθυσμό είναι μεγάλο μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα, τόσο μεγάλο που μερικές φορές δεν διστάζουν να στρέψουν τον δύσπιστο και αγράμματο λαό της υπαίθρου εναντίον του μικρού αριθμού των επιστημόνων γιατρών που εκδηλώνουν την πρωτοβουλία εγκατάστασης στην ύπαιθρο, ιδιαίτερα μετά το 1852 που καθιερώνεται ο θεσμός των επαρχιακών γιατρών. Πολλοί (Ζηλίδης, 1989) εκτιμούν ότι ενώ από το 1833 μέχρι το 1864 γίνονται σημαντικές προσπάθειες για την οργάνωση του νομοθετικού υγειονομικού πλαισίου, μετά το 1864 και για περίπου 50 χρόνια, δηλαδή μέχρι το 1914, η υγειονομική εξέλιξη της χώρας³ βρίσκεται σε μεγάλη στασιμότητα.

Όσον αφορά τους ψυχιατρικούς αρρώστους, αυτοί εκείνη την περίοδο είτε τριγυρνούσαν ελεύθεροι στους δρόμους των πόλεων και των χωριών τους, είτε αναζητούσαν τη θεραπεία τους στις εκκλησίες και στα μοναστήρια.

Η κυρίαρχη τότε αντίληψη ότι η αρρώστια δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά απόδειξη της απόκλισης της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες, «έσπρωχνε» τους ψυχιατρικούς ασθενείς στα εκκλησιαστικά ιδρύματα, από τα οποία ανέμεναν να λάβουν θεραπεία, ενώ δευτερεύοντα, και ελλείψει άλλων δομών, τα εκκλησιαστικά αυτά ιδρύματα λειτούργησαν και ως άσυλα, δηλαδή ως χώροι προστασίας και φροντίδας τους (Πλουμπίδη⁵, 1989).

Οι πρώτες σοβαρές εκδηλώσεις μέριμνας ειδικά για την ψυχιατρική περίθαλψη από μέρος της Ελληνικής Πολιτείας εμφανίσθηκαν τριάντα πέντε χρόνια μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και αφορούσαν την κατάθεση του πρώτου νόμου σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη καθώς και την ανάληψη πρωτοβουλιών με στόχο την ίδρυση φρενοκομείου. Πράγματι, στις 19 Μαΐου 1862, δημοσιεύεται το πρώτο ψυχιατρικό υγειονομικό νομοθέτημα, ο Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως Φρενοκομείων» ενώ οι πρώτες πρωτοβουλίες που σημειώθηκαν προς την κατεύθυνση της ίδρυσης του πρώτου ελληνικού φρενοκομείου, αρχικά στην Αθήνα και κατόπιν στην Αίγινα, απέτυχαν. Η Ελλάδα, τελικά, αποκτά το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο της το 1864, όταν με την προσάρτηση των Ιονίων νήσων προσκτά και το ιδρυθέν από το 1838 «εν Κέρκυρα φρενοκομείο», όπως επίσης και

το Άσυλο ψυχοπαθών στο Αργοστόλι της Κεφαλληνίας, που επίσης ιδρύθηκε κατά την περίοδο της βρετανικής κυριαρχίας.

Λίγο αργότερα, το 1887 γίνονται τα εγκαίνια του Δρομοκαιτείου θεραπευτηρίου, του πρώτου ψυχιατρικού νοσοκομείου που δημιουργήθηκε στο ελληνικό κράτος, όχι από το κράτος, αλλά χάρη στη δωρεά του πλούσιου φιλόanthρωπου Τζ. Δρομοκαίτη και στη συνέχεια και άλλων δωρητών, οι οποίοι διέθεσαν σημαντικά ποσά με τα οποία χτίστηκαν και άλλα νοσηλευτικά κτίρια μέσα στο Δρομοκαίτειο, που φέρουν κατά κανόνα τα ονόματα τους, όπως Σεβαστοπούλειο, Θεολόγειο, Σπηλιοπούλειο, Συγγρού, Δάφτσειο κλπ

Εκείνη την περίοδο, πάντα με την στήριξη πλούσιων φιλόanthρωπων, ιδρύθηκαν και άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή άσυλα, όπως: Το παλαιό νοσοκομείο της Χίου, το οποίο είχε κτιστεί το 1750-60 με δωρεά των φιλόanthρωπων οικογενειών Σκυλίτση, Αργέντη κ.α. ανακατασκευάστηκε μετά το σεισμό του 1881 με σημαντική δωρεά, πάλι της οικογένειας Σκυλίτση. Το 1905 με κληροδότημα του καθηγητή αστρονομίας Διονυσίου Αιγινήτη, εγκαινιάστηκε η πρώτη πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινίτειο Νοσοκομείο. Το άσυλο Φρενοπαθών Κυκλάδων, ιδρύθηκε στην Ερμούπολη το 1908 με πρωτοβουλία της Φιλόanthρωπου Επιτροπής Ερμούπολεως υπό την προεδρία του επισκόπου Σύρου. Το άσυλο της Κεφαλληνίας επίσης επαναλειτούργει μετά το 1933 ως «Βέγειο Άσυλο Φρενοβλαβών», αφού ανοικοδομείται από τον πλούσιο φιλόanthρωπο Βέγεια.

Συνοπτικά, την περίοδο αυτή, η φροντίδα που προσφέρεται στους ψυχιατρικά αρρώστους, όπως και στο σύνολο των αρρώστων, σε όλη την επικράτεια, αναλαμβάνεται είτε από την οικογένεια, είτε από ένα δίκτυο ιδρυμάτων που υποστηρίζονται από την εκκλησία, τις κοινότητες -ιδιαίτερα εκείνες που ανθούν οικονομικά, καθώς και από πλούσιους φιλόanthρωπους τους ευεργέτες.

B. Η παραδοσιακή περίοδος (1914 - 1983).

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την ενεργητικότερη παρέμβαση του ελληνικού κράτους στον υγειονομικό χώρο που έχει σαν αποτέλεσμα την

υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας. Την περίοδο αυτή εκδίδεται μεγάλος αριθμός νόμων και διαταγμάτων και ιδρύονται από το κράτος πλέον πολυάριθμα νοσοκομεία (γενικά αλλά και ειδικά ψυχιατρικά). Σημαντικά κοινωνικά γεγονότα εκείνης της περιόδου είναι η Μικρασιατική καταστροφή και οι αλληπάλληλοι πόλεμοι που περιορίζουν την οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας εκ μέρους του κράτους.

Πιο συγκεκριμένα, το έτος 1914 ψηφίζεται ο ν. 346/1914 σύμφωνα με τον οποίο προβλέπετε η δημιουργία κεντρικής υγειονομικής υπηρεσίας στο Υπουργείο Εσωτερικών και η διασύνδεση της με την περιφέρεια μέσω του διορισμού ενός νομιάτρου σε κάθε νομό. Το 1916, στην προσπάθεια να βοηθηθούν οι πρόσφυγες που είχαν συρρεύσει στην Ελλάδα μετά τους Βαλκανικούς πολέμους, ιδρύεται στη Θεσσαλονίκη η Ανωτάτη Διεύθυνση Περιθάλψεως η οποία συγκεντρώνει σε ενιαία κρατική υπηρεσία τις διάφορες μορφές περίθαλψης που παρεχόταν στους πρόσφυγες, με εξαίρεση την υγειονομική που παραμένει στην αρμοδιότητα του Υπ, Εσωτερικών. Μερικούς μήνες αργότερα, τον Ιούλιο του 1917, η Ανωτάτη Διεύθυνση Περιθάλψεως καταργείται και στη θέση της ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως. Το 1922, με τον ν. 2882. το Υπουργείο Περιθάλψης μετεξελίσσεται σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Αντίληψεως συγκεντρώνοντας το μεγαλύτερο μέρος των υγειονομικών αρμοδιοτήτων, οι οποίες μέχρι τότε ήταν διεσπαρμένες σε διάφορα υπουργεία (Ζηλίδης, 1989). Νέες αλλαγές σημειώνονται όταν το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Αντίληψεως καταργείται επί περίπου ένα εξάμηνο και στη συνέχεια επανασυστήνεται, διαχωρίζεται σε υπουργείο και υφυπουργείο, και τελικά τα δύο τμήματα συνενώνονται για να αποτελέσουν το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης (Μαδιανός, 1994), Στη συνέχεια, ο Α.Ν. 965/1937 «περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, αφού με τον νόμο αυτό ορίστηκε η οργάνωση, διοίκηση και εποπτεία των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς και η χρηματοδότηση τους από το κρατικό προϋπολογισμό. Ο νόμος αυτός θέτει οριστικά τέλος στο υφιστάμενο έως τότε καθεστώς διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την κατάργηση όλων των Εφορειών και Αδελφάτων και την

παραχώρηση της διοίκησης σε Διοικητικά Συμβούλια. Του νόμου αυτού είχε προηγηθεί ο νόμος 6077/1934 «περί οργανώσεως των δημόσιων ψυχιατρείων», ο οποίος επέβαλε σημαντικές μεταρρυθμίσει στην οργάνωση ειδικά της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα,

Την χρονική αυτή περίοδο δημιουργούνται από το ελληνικό κράτος πλέον μια σειρά από δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές. Έτσι γύρω στα 1917 ιδρύεται το Ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης αρχικά στο Βαρδάρη, που αργότερα, από το 1919 ως το 1925, μεταφέρθηκε σταδιακά στη θέση Λεμπέτ, στους εγκαταλελειμμένους στάβλους του Γαλλικού Στρατού στη Σταυρούπολη, όπου και βρίσκεται ως σήμερα. Επίσης, το 1928 αρχίζει να λειτουργεί στο Δαφνί το σημερινό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το οποίο υποδέχεται ασθενείς από το Άσυλο της Αγίας Ελεούσας το οποίο είχε ιδρυθεί ήδη από το 1915.

Τη δεκαετία του 1950, η υπερπληρότητα των υπαρχόντων ψυχιατρείων παίρνει διαστάσει σοβαρού προβλήματος και η παραδοσιακή λύση, δηλαδή η προσθήκη περισσότερων κρεβατιών, ήταν πλέον απρόσφορη. Αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα η κυβέρνηση αποφασίζει τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου. Οι πρώτοι 300 τρόφιμοι καταπλέουν με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού στις 2/1/1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας όπου είχαν μεταφερθεί οι υπεράριθμοι από το Δαφνί το 1953. Σταδιακά ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται σημαντικά, αφού εκεί μεταφέρονται ασθενείς και από τα άλλα Ψυχιατρεία, όπως των Αθηνών, Χανίων, Θεσσαλονίκης και Κέρκυρας και φτάνει το 1980 στις 2.000, σ' ένα νησί συνολικού πληθυσμού 6.000 κατοίκων.

Εν τω μεταξύ δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία συνεχίζουν να δημιουργούνται από κρατική πρωτοβουλία. Έτσι, το 1958 λειτουργεί το Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης. Το 1961 ιδρύεται από τη Μητρόπολη Καλαμάτας και με κρατική ενίσχυση, ως οργανισμός ιδιωτικού δικαίου, το Ψυχιατρείο Καλαμάτας. Το 1967 ιδρύεται το θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης που στεγάζεται στο παλαιό Σανατόριο Τρίπολης, το 1970 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου ενώ το 1971 μεταφέρεται στα νέα του κτίρια, δύο

χιλιόμετρα από τα παλαιά, το Ψυχιατρείο της Σούδας που όμως είχε ιδρυθεί από το 1910.

Την ίδια περίοδο, και πιο συγκεκριμένα από τα τέλη του 19ου αιώνα αρχές του 20ου αιώνα, στα πλαίσια της, και τότε, κυρίαρχης στην Ελλάδα φιλελεύθερης ιδεολογίας διαμορφώνεται, με πρωταγωνιστές πολίτες όχι μόνο από τα αστικά αλλά κυρίως από τα μικροαστικά στρώματα της Αθήνας και άλλων πλούσιων πόλεων, μια φιλανθρωπική δραστηριότητα που θα επιχειρήσει να διευθετήσει τις συνθήκες ύπαρξης γενικότερα των απόκληρων (φτωχών, ψυχικά πασχόντων κ.ά.), προκειμένου να εμποδίσει την εξαθλίωση να μετατραπεί σε απειλή για την υπάρχουσα κοινωνική τάξη πραγμάτων, λειτουργώντας ενισχυτικά στην διαδικασία κοινωνικής συγκρότησης και επιβολής κοινωνικού ελέγχου και ειρήνης (Κορασίδου, 2004). Ανάμεσα σε συλλόγους και εταιρείες που δραστηριοποιούνται εκείνη την περίοδο, ιδιαίτερα στο τομέα της ψυχικής ασθένειας, αναφέρουμε την Εταιρεία Προστασίας Ψυχικώς Ασθενών (Ε.Π.Ψ.Α.), το Σωματείο Επικουρικής Περιθάλψεως Απόρων Ψυχικώς Ασθενών «Η Συ μ παράσταση», το Ελληνικό Φως, τη ΧΕΝ, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό κ.ά., τους οποίους πλαισίωσαν πολλοί φιλάνθρωποι που δρούσαν εξατομικευμένα. Ανάμεσα στις δραστηριότητες αυτών των φιλανθρωπικών οργανώσεων αναφέρουμε τις θεατρικές και κινηματογραφικές παραστάσεις, τις παραστάσεις караγκιόζη και τις εμφανίσεις χορωδιών και ορχηστρών που οργανώνονται εντός των Ψυχιατρείων. Οι οργανώσεις αυτές προβαίνουν ακόμα σε δωρεές στις Κλινικές των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων αντικειμένων όπως ραδιόφωνα, πικάπ, μεγάφωνα και κλωβών με καναρίνια, αλλά και την «δωρεά κατασκευή και λειτουργία περιστερώνων και αργαλειών προς απασχολησιοθεραπείαν των ασθενών, την ανάπτυξη αθλοπαιδιών (βόλει μπόλ), την δωρεά κιθάρων, μανδολινίων, επιτραπέζιων παιγνιδιών (τάβλια, ντάμες, παιγνιδιόχαρτα), τη δωρεά ρουχισμού, πλήθους δίσκων μουσικής και ποικίλων περιοδικών» (Γκούσης, 1960). Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι κατά την παραδοσιακή περίοδο η οικογένεια παύει να «κρατά» το ψυχικά άρρωστο μέλος της στο σπίτι ή στη κοινότητα, και το στέλνει σε υγειονομικά ιδρύματα, των οποίων την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη για την λειτουργία τους αναλαμβάνει πλέον το ίδιο το κράτος.

Στη λειτουργία αυτών των υγειονομικών ιδρυμάτων συμπαρίσταται πάντως η φιλανθρωπική δραστηριότητα ποικίλων εταιρειών και συλλόγων, που αποδεχόμενοι την φιλελεύθερη άποψη ότι η ανισότητα οφείλεται στη φύση ή τη θεία θέληση προσπαθούν να στρογγυλέψουν και να γλυκάνουν τις απεχθείς πλευρές της αφόρητης καθημερινότητας των ψυχικά ασθενών.

Στις αρχές του 20ου αιώνα επίσης κάνουν δυναμικά την είσοδο τους στην Ελλάδα και οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Η κακή φήμη των υπαρχόντων δημόσιων ψυχιατρείων, η αύξηση του αστικού πληθυσμού που μπορούσε να καταβάλλει νοσήλια και η εδραίωση της ψυχιατρικής ως θεσμού, φαίνεται ότι αποτέλεσαν τους παράγοντες εκείνους που ευνόησαν και γιγάντωσαν την ανάπτυξη των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών στην χώρα μας, με αποτέλεσμα η ιδιωτική ψυχιατρική περίθαλψη να φτάσει κάποια στιγμή να καλύπτει το 37,5% των υπαρχόντων ψυχιατρικών κλινικών. Παρά την ύπαρξη, όμως, των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, της ψυχιατρικής των κοινωνικών ταμείων και της ψυχιατρικής των ιδιωτικών ιατρείων, τα άσυλα είναι αυτά που εκπροσωπούν, ουσιαστικοποιούν και συνοψίζουν το μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής ψυχιατρικής ιστορίας.

Όμως, από τα μέσα της δεκαετίας του 1950, μπορεί κανείς να διακρίνει μια πρώτη προσπάθεια αμφισβήτησης της ασυλιακής αυτής ψυχιατρικής. Η Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγιεινής, που ιδρύθηκε το 1956, με στόχο την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που ιδρύεται επίσης την ίδια χρονιά, με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, αποτελούν τους 5 σημαντικότερους φορείς αυτών των προσπαθειών. Ιδιαίτερα η Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγείας αποτελεί την πρώτη ίσως μη κυβερνητική, συνηγορητική οργάνωση που ιδρύθηκε από επαγγελματίες της υγείας της ψυχικής υγείας καθώς και άλλα εκλεκτά μέλη της ελληνικής κοινωνίας στον τόπο μας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Το 1961, επίσης, ιδρύεται από την Γ Ψυχιατρική Κλινική του Δρομοκατείου (Λυκέτσος, 1998), στα πλαίσια του τότε κινήματος των ψυχασθενών, η Λέσχη Ασθενών με περισσότερο πάντως κοινωνικοποιητικό ρόλο και ελάχιστο ή ανύπαρκτο αυτοοργανωτικό ρόλο. Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70

παρουσιάστηκε επίσης μια άλλη ρωγή στην κυρίαρχη ασυλιακή ψυχιατρική πρακτική και ιδεολογία. Η ρωγή αυτή δημιουργήθηκε κυρίως από ψυχιάτρους που σπουδάζοντας στο εξωτερικό και έχοντας μνηθεί σε ξένα πρότυπα και άλλες ιδεολογίες, επέστρεψαν με τη διάθεση να εφαρμόσουν κάτι αντίστοιχο. Καρπός των προσπαθειών αυτών των ανθρώπων αποτέλεσε η δημιουργία του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα-Καισαριανή, του ΚΚΨΥ της Β Πανεπιστημιακής Κλινικής³ Θεσσαλονίκη⁵ που ιδρύονται το 1979 και η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης που ιδρύεται το 1981. Η περιρρέουσα πραγματικότητα εξ άλλου της δεκαετίας αυτής, που χαρακτηρίζεται κυρίως από μια διάθεση αμφισβήτησης, προερχόμενη από την καθυστερημένη άφιξη στη χώρα των απόηχων του '68, αλλά και την οργή της εφτάχρονης δικτατορίας, συνετέλεσε στη δημιουργία των αργότερα επονομασθέντων, Νέων Κοινωνικών Κινήματων και υποβοήθησε τις προσπάθειες αυτών των ψυχιάτρων. Ανάμεσα στις δράσεις ατόμων ή άτυπων ομάδων που εμφορούμενες τόσο από εθελοντισμό, όσο από μια βαθιά αίσθηση πολιτικοποίησης ενεπλάκησαν στα ψυχιατρικά πράγματα εκείνης της εποχής, αποκτώντας ένα ιστορικό πλέον ρόλο, θα πρέπει να μνημονεύσουμε επίσης: α) την «Ομάδα ίων γιατρών της Λέρου». Η «Ομάδα» συγκροτείται το 1981 από νέους ειδικευόμενου⁵ ψυχιάτρους, βοηθούς στο Κρατικό θεραπευτήριο Λέρου. Ανάμεσα στις παρεμβάσεις της και αυτή που πραγματοποιείται στο Ελληνογαλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής που γίνεται ίο 1981 στην Αθήνα, β) Η ομάδα παρέμβασης που έγινε το 1989 στο 16ο περίπτερο στη Λέρο με επικεφαλής τον ψυχίατρο Κ. Μπαϊρακτάρη στην οποία συμμετείχαν εθελοντικά άτομα από το μόνιμο προσωπικό του ΚΘ Λέρου καθώς και φοιτητές του τμήματος ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του ΑΠΘ. γ) η Επιστημονική Ένωση του Δαφνιού που αρχίζει να εκδίδει το περιοδικό «Τετράδια Ψυχιατρικής» από το 1984 και δ) η Επιτροπή για την Ψυχιατρική Περίθαλψη της Ή Ν ΑΠ. Συνιστώσα αυτής «της εποχής της γενικότερης ευαισθητοποίησης γύρω από τα ψυχικά και επένδυσης μέρους της πολιτικοποίησης στα αντί ψυχιατρικά» ήταν και το αντί ψυχιατρικό κίνημα. Το αντί ψυχιατρικό κίνημα στη χώρα μας, στις καλύτερες στιγμές του, εκεί γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '70, έφτασε να αριθμεί ένα μικρό μόνο αριθμό μελών, κυρίως νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ειδικευόμενοι ψυχίατροι, ψυχολόγοι,

κοινωνικοί λειτουργοί), με έντονο μάλιστα ιδεολογικό και προσωπικό ανταγωνισμό μεταξύ τους. Πολλοί από αυτούς εντάχθηκαν και δραστηριοποιήθηκαν σε ομάδες, όπως η «Κίνηση για τα δικαιώματα των 'ψυχασθενών'» που ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1979 και εξέδιδε το περιοδικό «Η ελευθερία είναι θεραπευτική», η «Κίνηση Αποκατάστασης Ψυχασθενών» που ιδρύθηκε το 1983. η «Ελληνική Επιτροπή Εναντίον της Πολιτικής Χρήσης της Ψυχιατρικής» που ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1984 ως μέλος της Διεθνούς Εταιρείας για την Πολιτική Χρήση της Ψυχιατρικής και πιθανόν και άλλες.

Τελικά μια ολόκληρη γενιά γιατρών εκείνης της εποχής εμποτίζεται από αυτή την αντίληψη και επιλέγει την ειδικότητα της ψυχιατρικής με βάση το ενδιαφέρον τους για την ελευθερία και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι ψυχίατροι αυτοί αποτέλεσαν ακολούθως ένα βασικό πυρήνα στήριξης της προσπάθειας μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής που θα πραγματοποιηθεί μετά το 1983.

Η τρίτη ή μεταρρυθμιστική περίοδος (1983 μέχρι σήμερα).

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80 ο υγειονομικός τομέας παρέμενε στη χώρα μας υπανάπτυκτος και ανοργάνωτος, με χαμηλό ποιοτικά και ποσοτικά επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών. Την ίδια στιγμή οι υπηρεσίες υγείας των περισσότερων δυτικών χωρών, που είχαν οργανωθεί και αναπτυχθεί αμέσως μετά τον Β Παγκόσμιο πόλεμο, είχαν ήδη από την δεκαετία του '70 περάσει στην περίοδο κρίσης και την δεκαετία του '80 είχαν εισέλθει στη φάση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων.

Ο νόμος 1397 του 1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί την σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στη χώρα μας για αναδιοργάνωση του τομέα της υγείας και μαζί αφετηρία έναρξης της τρίτης αυτής χρονικής περιόδου. Η φιλοσοφία του νόμου αυτού, που επέβαλε μια σοσιαλιστική κυβέρνηση, βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτου κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης.

Ο ανωτέρω νόμος, και ειδικά το άρθρο 21, επέβαλε σημαντικές μεταρρυθμιστικές εξελίξεις και στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας μας. Το άρθρο αυτό προέβλεπε αφ' ενός μεν τη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, με την εισαγωγή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ως πυρήνα του συστήματος και την ίδρυση ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία που θα προσέφεραν βραχυχρόνια νοσηλεία, αφετέρου δε τη μετατροπή του ψυχιατρικού νοσοκομείου/ασύλου σε ειδικό νοσοκομείο καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών αξιοπρεπούς περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία.

Τον μεταρρυθμιστικό ν. 1397 του 1983 ακολουθεί ο κανονισμός 815 το 1984 που αποτέλεσε και το σημαντικότερο διοικητικό-οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση και την μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας. Ο κανονισμός αυτός αποτελεί τη θετική κατάληξη αιτήματος οικονομικής ενίσχυσης που κατέθεσε η Ελλάδα προς την τότε ΕΟΚ για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι Βασικοί στόχοι του προγράμματος ανάπτυξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ένα διάστημα 5 ετών (1984-1988) ήταν η τομεοποίηση του συστήματος ψυχικής υγείας, η βελτίωση της οργανωτικής δομής του συστήματος, η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, η ανάπτυξη κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, η παροχή πρωτοβάθμιων και αποκαταστασιακών φροντίδων υγείας, η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τότε τύπους του προσωπικού και η αποκέντρωση της λειτουργίας του συστήματος. Στα τέλη του 1988, ένα χρόνο δηλαδή πριν τη λήξη του κανονισμού 815/84, αποκαλύπτεται πως μόνο ένα μικρό μέρος των κονδυλίων των κοινοτικών πόρων έχει απορροφηθεί με δράσεις που υλοποιούνται κατά κύριο λόγο σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Το 1988 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιεί τον κανονισμό 815/84 σε ένα νέο κανονισμό, τον 4130/88, και συμφωνεί να δοθεί παράταση μέχρι 31/12/1994 στις προθεσμίες υλοποίησης του παλαιότερου κανονισμού, χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, με την προϋπόθεση να εφαρμοσθούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου των προγραμμάτων και δράσεων του έργου με την τεχνική βοήθεια εμπειρογνομόνων της Κοινότητας.

Στις 7/7/1990, μέσα στον θόρυβο που είχαν ξεσηκώσει διεθνή ΜΜΕ για την κατάσταση στη Λέρο και τη διαπιστούμενη μικρή ταχύτητα αναμόρφωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και μετά από συζητήσεις για κακή διαχείριση πόρων, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφασίζει την προσωρινή αναστολή του Κανονισμού 815. Το πρόβλημα της Λέρου φτάνει στο Ευρωκοινοβούλιο, όπου εκτός από την απειλή της απαίτησης των κονδυλίων που έχουν χορηγηθεί για τη Λέρο, απειλείται η ίδια η χώρα με κυρώσεις. Προκαλείται γενική σύγχυση η οποία ενισχύεται από την αναγγελία από μέρους της ΕΟΚ, της αναστολής της χρηματοδότησης αν δεν υπάρξουν συγκεκριμένα έργα με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Τελικά, στις 8/10/1991 μετά από πιέσεις, εκθέσεις προόδου, και κατάθεση νέων προγραμμάτων εγκρίνεται νέα παράταση του κανονισμού και διαμορφώνεται το πρόγραμμα Λέρος Ι (1991-1992) και αργότερα το Λέρος ΙΙ.

Ανάμεσα στα μέτρα που ελήφθησαν από την ελληνική κυβέρνηση για την προώθηση των διαδικασιών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εκείνη την περίοδο, ήταν και η εισαγωγή μη κερδοσκοπικών εταιρειών στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι λόγοι που οδήγησαν στην εισαγωγή μη κερδοσκοπικών εταιρειών στο χώρο των υπηρεσιών υγείας σχετίζονταν με την αναγκαιότητα επίσπευσης, εκείνη την περίοδο, των διαδικασιών υλοποίησης των προγραμμάτων της Ε.Ε. και ως εκ τούτου παράκαμψης των δυσχερειών του λογιστικού συστήματος των ΝΠΔΔ (Μαδιανός, 1994' Γκιωνάκης, 2004), Έτσι, ένας μικρός αριθμός φορέων, που είχαν τη νομική μορφή του «επιστημονικού σωματείου», εξ αιτίας της «επιστημονικότητας» τους και της «ευελιξίας» τους, κλήθηκαν αρχικά να εφαρμόσουν το Μέτρο 1 του προγράμματος Λέρου Ι, που αφορούσε στη δημιουργία ξενώνων για μικρό αριθμό ασθενών του Κρατικού θεραπευτηρίου (110 συνολικά), ενώ αργότερα κλήθηκαν να υλοποιήσουν και το Μέτρο 2, εκπαιδύοντας το προσωπικό του θεραπευτηρίου της Λέρου. Στο πρόγραμμα Λέρος συμμετείχαν οι ακόλουθοι μη κερδοσκοπικοί φορείς (Γκιωνάκης, 2004): Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης & Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Εταιρεία Ψυχικής

Υγείας & Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΕΨΥΚΑ), θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης και Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ), Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (ΕΠΡΟΨΥΗ) και Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ). Συμμετείχαν επίσης και δύο ΝΠΙΔ συστημένα από το κράτος, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Λίγο αργότερα, το 2004, δίνεται στις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις η δυνατότητα επέκτασης των δραστηριοτήτων τους στα πλαίσια του προγράμματος Λέρος αφού τους δίνεται και η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας προστατευμένων διαμερισμάτων και προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης

Εν τω μεταξύ την διακυβέρνηση της χώρας έχει ήδη αναλάβει η φιλελεύθερη παράταξη η οποία και υιοθετεί τον ν. 2071/1992 περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας». Ο νόμος αυτός αποτελεί την απάντηση στην σοσιαλιστική εκδοχή του ΕΣΥ. Ανάμεσα στις σχετικές με το αντικείμενο που μελετούμε αλλαγές που επέτρεψε ο καινούργιος νόμος οφείλουμε να αναφέρουμε την άρση της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στην παραγωγή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και την παροχή της δυνατότητας τόσο στον ιδιωτικό-κερδοσκοπικό όσο και στον ιδιωτικό-μη κερδοσκοπικό τομέα να ιδρύουν νοσοκομεία (άρθρο 48). Αξιομνημόνευτο επίσης σημείο του νόμου αυτού αποτελεί το κεφάλαιο στ' που καταργεί το ΝΔ 104/73 και ορίζει ότι πλέον η ακούσια νοσηλεία οφείλει να είναι αντικείμενο συνδιαχείρισης από την οικογένεια, τον εισαγγελέα, την ψυχιατρική και το δικαστήριο, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο περισσότερες εγγυήσεις για τον σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών.

Ο ν. 2071 /1992 ίσχυσε για δύο χρόνια και στη συνέχεια, με την επανεκλογή του ΠΑΣΟΚ, τροποποιήθηκε εκ νέου με τον ν. 2194/1994, ένα νόμο σύντομο και αποσπασματικό που είχε ως μοναδικό σκοπό να τροποποιήσει το νομικό πλαίσιο που είχε διαμορφωθεί και να επανατεθούν σε ισχύ μια σειρά διατάξεων του 1397/1983. Αργότερα, το 1997, ψηφίζεται ο ν. 2519 με βασικό στόχο τον εκσυγχρονισμό ορισμένων πτυχών του δημόσιου τομέα. Ο νόμος αυτός προτάσσοντας μάλιστα στο πρώτο κεφάλαιο του (άρθρα 1 και 2) τη θεσμοθέτηση

οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, συνεισφέρει ιδιαίτερα στην προστασία τους. Πιο συγκεκριμένα, με τον νόμο αυτόν προβλέπονται: η αυτοτελής υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών ως τμήμα του Υπουργείου Υγείας, η επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εθνική επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας ως επιτροπή του ΚΕΣΥ, το γραφείο προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η ειδική επιτροπή ελέγχου της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και ο Συνήγορος του Πολίτη που με τη δημιουργία του Κύκλου Κοινωνικής Προστασίας ασχολείται με θέματα υγείας, δημόσιας υγιεινής και ψυχικής υγείας (Μητροσύλη, 1999).

Το 1998 με τον ν. 2646 ρυθμίζονται θέματα των ιδιωτικών οργανώσεων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και οι οργανώσεις εθελοντικού χαρακτήρα) που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόνοιας. Ο νόμος αυτός αναγνωρίζει το ρόλο των ιδιωτικών φορέων μηκερδοσκοπικού χαρακτήρα ως φορέων κοινωνικής προστασίας και προβλέπει τη συνεργασία τους με το Κράτος για την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής κοινωνικής φροντίδας.

Κοντά στην έλευση του 21ου αιώνα, ψηφίζεται ο ν. 2716/1999. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν η παροχή υπηρεσιών στο πεδίο της ψυχικής υγείας δεν περιορίζεται μόνο στο επίπεδο των φορέων του δημόσιου τομέα, Μονάδες ψυχικής υγείας επιτρέπονται να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν τόσο από κερδοσκοπικούς φορείς όσο και από μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς φορείς. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 11 επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα Κέντρων Ημέρας, Προστατευόμενων διαμερισμάτων, Οικοτροφείων και Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικές Μονάδες Αποκατάσταση και Επαγγελματικής Επανένταξης, Στα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιπλέον, επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Στον ίδιο νόμο θεσμοποιείται για πρώτη φορά η κοινωνική επιχείρηση στην Ελλάδα μέσα στο χώρο της ψυχικής υγείας, προβλέποντας την ίδρυση Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε).

Από το 2000, και μετά την νομοθετική αυτή κατοχύρωση, η συμμετοχή του μη κερδοσκοπικού τομέα σε δραστηριότητες του τομέα ψυχικής υγείας μεγαλώνει ακόμα περισσότερο. Το Υπουργείο σχεδιάζει και υλοποιούνται από μη κερδοσκοπικούς φορείς τόσο δράσεις πυροσβεστικού χαρακτήρα (όπως π.χ. το πρόγραμμα άμεσης υποστήριξης ΨΝΑ Δρομοκαιτείου), όσο και δράσεις που συνεχίζουν το με κοινοτικά χρήματα επιδοτούμενο πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, στο πρόγραμμα «Άμεση Υποστήριξη ΨΝΑ Δρομοκαιτείου» συμμετείχαν οι φορείς ΕΠΑΨΥ, ΘΕΨΥΠΑ, ΕΨΥΚΑ, ΕΠΡΟΨΥΗ και ΕΨΥΠΕ και η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Κλίμακα». Στην Α' φάση ίου προγράμματος «Ψυχαργός» συμμετείχαν μόνο η ΕΠΡΟΨΥΗ, η Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας και το ΕΠΨΥ, ενώ στη Β¹ φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» ο αριθμός των μη κερδοσκοπικών φορέων αυξάνει κατά πολύ και φθάνει στους 31, εκ των οποίων μόνο οι 6 έχουν λάβει μέρος στα προηγούμενα προγράμματα. Κάποιοι από τους νέους φορείς συστήνονται από επαγγελματίες που είναι γνωστοί στο χώρο της ψυχικής υγείας για την εμπειρία τους, ενώ ένας αρκετά μεγάλος αριθμός συστήνεται από ανθρώπους που δεν είχαν καμία προηγούμενη σχέση με το χώρο.

Τελικά, οι μη κερδοσκοπικές εταιρείες που συμμετείχαν σε αυτή τη χρονική περίοδο στη υλοποίηση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης πολύ απέχουν από το να μπορούν να ορισθούν ως κοινωνικές επιχειρήσει (Γκιωνάκης, 1999' Μπιλανάκης, 2006). Έχοντας συσταθεί κατόπιν άνωθεν υποδείξεων, στη Βάση του «επιστημονικού» κριτηρίου, γύρω από ένα άτομο συνήθως αναγνωρισμένου κύρους, και όχι από ανάγκες που αναγνωρίζονται από κοινού από κάποια ομάδα ατόμων, τα σωματεία αυτά είχαν πολύ μικρό κοινωνικό βάθος ή απήχηση, ενώ πολύ απέχουν επίσης από συμμετόχικότητα και δημοκρατική λειτουργία.

2.14. Ανθρώπινα δικαιώματα ψυχικά ασθενών

Η νομοθεσία που περιγράφει και προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είναι, εκτός όλων των άλλων, απαραίτητη διότι αυτά τα άτομα παρουσιάζουν αυξημένη ευαλωσιμότητα (ΠΟΥ, 2003; OCHR-WHO, 2003).

Η ευαλωσιμότητα τους αυτή οφείλεται:

- στο ότι οι ψυχικές διαταραχές, επηρεάζοντας τον τρόπο που οι ψυχιατρικοί ασθενείς σκέπτονται και συμπεριφέρονται, επηρεάζουν και την ικανότητα τους να υπερασπίζονται τα συμφέροντα τους,
- στο ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν μια σειρά από τις σκληρότερες και επαχθέστερες κοινωνικές συνθήκες που μπορούν να υπάρξουν, όπως το στίγμα, τις διακρίσεις, την περιθωριοποίηση. Ο στιγματισμός αυξάνει τις πιθανότητες να μη λάβουν αυτοί οι άνθρωποι τη θεραπεία που χρειάζονται ή να τους προσφερθούν υπηρεσίες κατώτερης ποιότητας και σε δυσαρμονία με τις ανάγκες τους, ενώ η περιθωριοποίηση και οι διακρίσεις αυξάνουν τον κίνδυνο καταπάτησης των αστικών, πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών τους δικαιωμάτων.

Σύμφωνα με την ΠΟΥ (2001) το ένα τέταρτο των κρατών δεν διαθέτει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία δεν διασφαλίζουν κατ' ανάγκη το σεβασμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Σε άλλες χώρες, πάλι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές υφίστανται *de jure* διακρίσεις, δηλαδή τους αρνούνται με ενεργητικό τρόπο τα νόμιμα δικαιώματα που έχουν οι άλλοι πολίτες.

Η νομοθεσία για την ψυχική ασθένεια οφείλει να καλύπτει όχι μόνο θέματα που αφορούν τη φροντίδα και τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων αλλά και να παρέχει το νομικό εκείνο πλαίσιο που θα επιτρέπει την επίλυση διάφορων γενικότερων θεμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ατόμων, όπως είναι η πρόσβαση τους στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, η παροχή φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά την

οξεία φάση της νόσου του, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη κοινότητα αλλά και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινωνία.

Άλλα επίσης θέματα, που εκ πρώτης όψεως δεν σχετίζονται με την υγεία, όπως θέματα που σχετίζονται με την απασχόληση, την εκπαίδευση και την στέγαση, έχουν τεράστια σημασία για την ψυχική υγεία των ανθρώπων γενικότερα και επομένως πρέπει και αυτά να καλύπτονται νομοθετικά από τη σχετική πρωτοβουλία.

Οι νόμοι πρέπει να ενθαρρύνουν την εκούσια νοσηλεία και να επιτρέπουν την ακούσια νοσηλεία μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, οι οποίες πρέπει και να προβλέπονται. Η ακούσια νοσηλεία πρέπει να επιτρέπεται μόνο αν πληρούνται και τα δύο παρακάτω κριτήρια: α) ύπαρξη σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, διαγνωσμένης από ειδικό γιατρό, η σοβαρότητα της οποίας καθορίζεται από διεθνώς αποδεκτά κριτήρια και β) ύπαρξη πιθανότητας ο ασθενής να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους και να χειροτερεύσει η κατάσταση του αν δεν του χορηγηθεί θεραπεία.

Η ακούσια νοσηλεία όχι μόνο δεν σημαίνει και ακούσια θεραπεία, αλλά ακούσια νοσηλεία και ακούσια θεραπεία αποτελούν δύο διαφορετικές καταστάσεις για την πραγμάτωση των οποίων απαιτούνται δύο διαφορετικές διαδικασίες. Την ακούσια εισαγωγή του ασθενούς μπορεί να ακολουθήσει είτε η εκούσια θεραπεία του μετά από συγκατάθεση του ασθενούς στην λήψη της αγωγής του, είτε η ακούσια θεραπεία του, όταν ο ασθενής δεν συγκατατίθεται και συνάμα στερείται της ικανότητας να αποφασίσει για θέματα που αφορούν την υγεία του.

Εάν ένας ασθενής κριθεί ότι δεν έχει την ικανότητα να αποφασίσει για την θεραπεία του, η ακούσια θεραπεία του μπορεί να επιλεγεί μόνο εάν συντρέχουν ταυτοχρόνως οι παρακάτω προϋποθέσεις: α) ο ασθενής έχει εισαχθεί ακουσίως στο νοσοκομείο και β) η θεραπεία είναι απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενούς και ή να επανακτήσει την ικανότητα του να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την υγεία του και ή να προλάβει σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς και ή να προλάβει βλάβη του εαυτού ή των άλλων. Η ακούσια θεραπεία πρέπει να καλύπτεται από διαδικασίες που προστατεύουν τα ανθρώπινα

δικαιώματα των ενδιαφερομένων και αποτρέπουν την κατάχρηση εξουσιών, που έχουν όσοι λαμβάνουν τις σχετικές αποφάσεις. Οι μηχανισμοί μπορεί να απαιτούν και δεύτερη σύμφωνη γνώμη ότι η ακούσια θεραπεία είναι απαραίτητη, την άδεια δικαστικών αρχών και ή εκπροσώπων των ασθενών καθώς και τη δυνατότητα προσφυγής του ασθενούς σε μια ανεξάρτητη ελεγκτική επιτροπή. Πρακτικές που πρέπει να ελέγχονται ιδιαίτερα είναι η ψυχοχειρουργική και τα περιοριστικά μέτρα, καθώς και όποια άλλη πρακτική μπορεί να θεωρηθεί μη αναστρέψιμη και ή να ενέχει κινδύνους για την σωματική ή ψυχική κατάσταση των ασθενών.

Το απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή

Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι πληροφορίες και τα αρχειοθετημένα στοιχεία που αφορούν τις ψυχικές διαταραχές ενός ατόμου παραμένουν απόρρητες. Οι νόμοι πρέπει να αποκλείουν με σαφήνεια την αποκάλυψη, την εξέταση ή την μεταβίβαση των στοιχείων αυτών χωρίς την άδεια του ενδιαφερόμενου ή του νομίμου εκπροσώπου του ή κηδεμόνα του. Ταυτόχρονα, η νομοθεσία πρέπει να τηρεί μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της αρχής του απορρήτου και των αναγκών των φροντιστών και των οικογενειών σε πληροφόρηση προκειμένου οι ασθενείς να έχουν σωστή φροντίδα. Η νομοθεσία πρέπει επίσης να προσδιορίζει σαφώς τις συνθήκες υπό τις οποίες μπορεί να παρακάμπτεται το απόρρητο (π.χ. εάν υπάρχει κίνδυνος επικείμενης βλάβης της υγείας του ασθενούς ή άλλων) και να περιλαμβάνει επαρκείς δικλείδες ασφαλείας ενάντια στην κατάχρηση ή άστοχη χρήση αυτής της παράκαμψης⁸.

⁸ Μπιτανάκης, Νίκος (συγγραφέας). *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Αθήνα, Ελλάδα: Αρχιπέλαγος, 2004. σ.105.

2.15. Οι δέκα βασικές αρχές για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εξέδωσε οδηγίες για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (WHO/HO, 1996 a) τις οποίες οφείλει κάθε χώρα να της ενσωματώνει στην νομοθεσία της για την ψυχική υγεία. Οι δέκα βασικές αρχές είναι οι παρακάτω⁹:

- προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών,
- πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας,
- εκτίμηση της ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διεθνώς αποδεκτές αρχές,
- παροχή φροντίδας με λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων,
- σεβασμός στην αυτονομία κάθε προσώπου,
- δικαίωμα στη βοήθεια προκειμένου ένα άτομο να εξασκήσει το δικαίωμα στη αυτονομία,
- συνέχεια στην παρακολούθηση των ασθενών
- αυτόματος μηχανισμός περιοδικών επανεξετάσεων,
- οι αποφάσεις λαμβάνονται από επαγγελματίες με τα απαραίτητα προσόντα,
- σεβασμός στις νομοθετικές ρυθμίσεις.

⁹ Μπιλανάκης, Νίκος (συγγραφέας). *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Αθήνα, Ελλάδα: Αρχιπέλαγος, 2004. σ.109.

Τρίτο Κεφάλαιο

3. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Η ψυχιατρική στη χώρα μας έχει περάσει από τη φάση της παραδοσιακότητας στη μεταβατική. Η φάση αυτή δυστυχώς διαρκεί ακόμα, αν και σε πολλές χώρες δεν ξεπερνάει τα δέκα χρόνια. Η κατάσταση αυτή αποτελεί την αιτία για την έλλειψη ικανού αριθμού εναλλακτικών κοινοτικών ψυχιατρικών δομών αλλά και υπηρεσιών αποκατάστασης, που να λειτουργούν στο πλαίσιο ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σκοπός του οποίου θα ήταν η κάλυψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού.

Με βάση επιδημιολογικά στοιχεία περίπου 105.000 άτομα νοσούν από ψυχώσεις και καθημερινά αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων από ουσίες. Στον αριθμό πρέπει να προσθέσουμε και άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως οι συναισθηματικές ψυχώσεις και οι οργανικές και αναπτυξιακές διαταραχές νοητικής καθυστέρησης με χρόνια διαδρομή.

Όλες αυτές οι νοσολογικές οντότητες απαιτούν παρεμβάσεις στο άτομο ή στην οικογένεια του για την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση και τη μετέπειτα ισότιμη ένταξη του στην κοινωνία.

Από την άλλη μεριά, οι υπηρεσίες που υπάρχουν είναι λιγότερες από το 50 % αυτών που απαιτούνται, ενώ οι θέσεις προεργασιακής-εργασιακής αποκατάστασης δεν υπερβαίνουν τις 3000 και της στεγαστικής αποκατάστασης τις 2500. Όλες αυτές οι θέσεις έχουν ήδη καταληφθεί – στην πλειοψηφία τους – από χρόνιους αρρώστους. Άρα συμπερένουμε ότι οι ανάγκες των νέων περιπτώσεων και των 2500 χρόνιων έγκλειστων στα άσυλα που θα πρέπει να αποϊδρυματιστούν, δεν καλύπτονται από το υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών αποκατάστασης.

Εκ των πραγμάτων φαίνεται ότι το βάρος για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων αρρώστων πέφτει στην οικογένεια και την ίδια την κοινότητα.

Ωστόσο σε μία μεταβαλλόμενη κοινωνία όπου οι παραδόσιακοί θεσμοί αμφισβητούνται ή αλλάζουν, όπου η οικονομία της αγοράς και το λιγότερο κοινωνικό κράτος δεν ευοδώνουν την ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητα, το

μέλλον μιας αποτελεσματικής ψυχιατρικής περίθαλψης δεν αφήνει πολλά περιθώρια αισιοδοξίας¹⁰.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 80 η χώρα μας βρίσκεται σε φάση ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή σε μία φάση σταδιακής αλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τι ίσχυε παλαιότερα

Σύμφωνα με την παλαιότερη κρατούσα αντίληψη στην ψυχιατρική, τα άτομα που χρειάζονταν ψυχιατρική θεραπεία και φροντίδα θα έπρεπε να απομονώνονται και να κλείνονται σε Ψυχιατρεία και Κλινικές. Έτσι δημιουργήθηκαν εννέα (9) δημόσια Ψυχιατρεία - Άσυλα στην Ελλάδα και πολλές ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Ο αριθμός των ασθενών που δέχονταν ήταν πολύ μεγάλος αφού κάλυπταν ανάγκες του πληθυσμού πολλών νομών, ανάλογα με την περιοχή ευθύνης τους. Για παράδειγμα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης κάλυπτε σχεδόν όλους τους νομούς Μακεδονίας και Θράκης. Οι νοσηλείες ήταν συνήθως μακροχρόνιες με όλες τις αρνητικές συνέπειες του φαινομένου του «ιδρυματισμού» των ασθενών αλλά και του προσωπικού.

Τι ίσχυε μέχρι το 1994

Από τις δεκαετίες του 60 και 70 στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και Β. Αμερικής, επήλθε μία ριζική αλλαγή στην θεώρηση της θεραπείας και πρόληψης της ψυχικής ασθένειας. Μετά από επιστημονικές παρατηρήσεις και την εφαρμογή νέων μεθόδων θεραπείας και αποκατάστασης, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι από τους χρόνιους ψυχιατρικούς αρρώστους θα μπορούσαν να ωφεληθούν αν ζούσαν είτε στις οικογένειες τους είτε σε προστατευμένους χώρους διαβίωσης, δηλαδή όχι στα Ψυχιατρεία - Άσυλα αλλά μέσα στην «κοινότητα».

¹⁰ Μαδιανός, Μιχάλης (συγγραφέας). Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Καστανιώτης, 2004. σ 24.

Έτσι άρχισαν να αναπτύσσονται και να λειτουργούν και άλλες μορφές (εναλλακτικές) ψυχιατρικών υπηρεσιών οργανωμένες με τις σύγχρονες αντιλήψεις όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Ψυχιατρικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Προστατευμένοι χώροι διαβίωσης (π.χ. Οικοτροφεία, Ξενώνες, Διαμερίσματα), επαγγελματικά εργαστήρια και άλλες, οι οποίες υπηρεσίες, σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο της χώρας μας, αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας εξειδικευμένες για ενήλικες, παιδιά και εφήβους.

Τι προβλέπει η ισχύουσα ελληνική νομοθεσία

Το θεσμικό πλαίσιο που καθορίζει το σύστημα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, είναι νόμος 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κ.α. διατάξεις» και οι υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν σε εκτέλεση αυτού του νόμου.

Το άρθρο 1 του νόμου αυτού ορίζει:

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.
2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Οι διατάξεις του Ν. 2716 είναι προσαρμοσμένες στις κατευθυντήριες οδηγίες που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας, τις αρχές της λεγόμενης κοινοτικής ψυχιατρικής, της τομεοποίησης και του σεβασμού των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Με την υλοποίηση πολλών προγραμμάτων αποασυλοποίησης, κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών και ανάπτυξη νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που χρηματοδοτήθηκαν τόσο από εθνικούς όσο και ευρωπαϊκούς πόρους, έχει επιτευχθεί:

- Η συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρείων - ασύλων όπως της Αττικής (Δαφνί), Λέρου, Θεσσαλονίκης, Δρομοκαΐτειου αλλά και των λοιπών περιφερειακών.
- Το κλείσιμο του Ψυχιατρείου της Πέτρας Ολύμπου (στην Πιερία).
- Η ανάπτυξη και λειτουργία, όχι μόνο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη αλλά και σε πολλές πόλεις της χώρας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη.
- Η δημιουργία προστατευμένων χώρων διαβίωσης ή αλλιώς Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δηλαδή Οικοτροφείων, Ξενώνων και Προστατευμένων Διαμερισμάτων κυρίως με χρηματοδότηση του κανονισμού 815/84 και του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Α' και Β' φάση.
- Η ίδρυση και λειτουργία Επαγγελματικών Εργαστηρίων και Κοινωνικών Συνεταιρισμών όπου εργάζονται άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα.

- Η ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων για παιδιά και εφήβους, για τον αυτισμό, για τις εξαρτήσεις και άλλες ειδικές διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών καθώς επίσης Κέντρων Ημέρας, Κινητών Μονάδων, Συμβουλευτικών Σταθμών κλπ.
- Η εξειδίκευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τη λειτουργία ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η ανάπτυξη θεσμών, η λειτουργία οργάνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, η υλοποίηση προγραμμάτων εθνικής ή τοπικής εμβέλειας ευαισθητοποίησης του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμησης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας καθώς και η δημιουργία κινήματος εθελοντισμού.

Το εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Β' φάση που αποτελούσε στρατηγικό σχεδιασμό για την δεκαετία 2000-2010 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ένα μέρος του οποίου εντάχθηκε και συγχρηματοδοτήθηκε από το Γ' ΚΠΣ και προβλέπει την ανάπτυξη διαφόρων κοινοτικών δομών και υπηρεσιών σε όλη την χώρα και το κλείσιμο άλλων 4 περιφερειακών ψυχιατρειών.

Οι δομές και υπηρεσίες αυτές αναπτύσσονται κύρια από Νοσοκομεία αλλά και από Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που είναι πιστοποιημένα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μόνο για δομές προστατευμένης στέγασης, Κέντρων Ημέρας και Κινητών Μονάδων.

Ποια είναι η προοπτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Είναι γεγονός ότι όλες οι πολιτικές δυνάμεις της χώρας υιοθετούν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ενώ το εθνικό πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ συνεχίζει να υλοποιείται. Βέβαια υπάρχουν ακόμα αδυναμίες και ελλείψεις στο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η βαρύτητα πρέπει να δοθεί :

- Στην πρωτοβάθμια φροντίδα ώστε όλοι οι άνθρωποι να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες με αποτελεσματικότερη πρόωμη διάγνωση και θεραπεία
- Στην ανάπτυξη των κοινοτικών δομών διότι η κοινοτική φροντίδα έχει καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην έκβαση των διαταραχών όσο και στην ποιότητα ζωής των πασχόντων συγκρινόμενη με την περίθαλψη σε ίδρυμα
- Στην εκπαίδευση και επιμόρφωση των πολιτών με οργανωμένες δράσεις ενημέρωσης και αγωγής ψυχικής υγείας
- Στην εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού σε επαγγέλματα ψυχικής υγείας
- Στην συμμετοχή της κοινότητας, της οικογένειας και των ίδιων των ψυχικά ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, σε πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας

3.1. Η μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης (1983-)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας παρατηρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Σε αυτές πρέπει να περιληφθούν:

- Η ψήφιση του Ν.1397 το 1983 που μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο για τη μεταβατική, τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης με το άρθρο 21 του Ν,1397/83 του Ε.Σ.Υ. για την ψυχική υγεία.

Το Άρθρο 21 του Ν. 1397 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από: Α) Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, β) τους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων και γ) τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
2. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνίστανται με Π.Δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί Ψυχιατρικός Τομέας. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο όπου υπάγονται, καθώς και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας.
3. Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση του αρρώστου. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).
4. Στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων παρέχεται ολιγοήμερη νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι Ψυχιατρικοί Τομείς

των Γενικών Νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας τους. Αν δεν λειτουργεί Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ.4 του άρθρου 8 του Νόμου αυτού. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ψυχικών Παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του Νόμου αυτού, μετονομάζονται σε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποσυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Νόμου 1278/1982, ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων, πάνω σε κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
6. Σε κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας με το Π.Δ/γμα σύστασης του, ή άλλο όμοιο, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του Νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το Κέντρο, θέσεις ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων παραϊατρικών ειδικοτήτων καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού. Οι δαπάνες λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγονται στον προϋπολογισμό γράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.
7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, καθορίζονται ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, ο τρόπος της διασύνδεσής τους με τα Νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Ο Κανονισμός 815της 26-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν το διοικητικό οργανωτικό μέσο για την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών-υπηρεσιών. Για τις εξελίξεις αυτές καθώς και για τους γενικότερους προβληματισμούς υπάρχουν αρκετές δημοσιεύσεις:

(Μάνος, 1979· Στεφανής, Μαδιανός, 1980, 1981·Ιεροδιακόνου, 1982, 1984· Λυμπεράκης-Ευθυμίου, 1984· Σακελλαρόπουλος, 1984· Μπαϊρακτάρης, 1984· Τομαράς, Στεφανής, 1987· Σακκάς, 1986· Σαραντίδης, Τριποδιανάκης, 1994· Καπρίνης, Κανδύλης 1992· Καπρίνης 1994).

Ανάμεσα στις εξελίξεις της δεκαετίας του '80 πρέπει να αναφερθούν και οι ακόλουθες:

- Η ολοκλήρωση ενός συστήματος υπηρεσιών από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο [Νοσοκομείο Ημέρας, Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα-Καισαριανής, Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του Κέντρου, Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (1986), Ξενώνας (1984), Οικοτροφείο (1906), Συνεργατικές (1986), νέα Εξωτερικά Ιατρεία (1986)].
- Η λειτουργία ψυχιατρικών κλινικών στα Πανεπιστήμια Πατρών (1982), Ιωαννίνων, Θράκης (στην Αλεξανδρούπολη) και Κρήτης, στις οποίες περιλαμβάνονται μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στα εκεί Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες και Εργαστήρια.
- Η νομοθεσία 963/79 για την προστασία των σωματικά και ψυχικά αναπήρων και τα ειδικά προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. (Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης), που έχει ιδρύσει σε διάφορες πόλεις σε συνεργασία με τις τοπικές ψυχιατρικές μονάδες και με την οικονομική ενίσχυση του Κοινωνικού Ταμείου της ΕΟΚ.
- Η ανάπτυξη από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Ν.Π.Ι.Δ.) νέων υπηρεσιών (Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω, Βόλου, Πατρών, Ηρακλείου, Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης κ.λπ.).
- Ίδρυση Επιτροπών Ψυχικής Υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ. Σχεδιασμός του πενταετούς προγράμματος.
- Νέα νομοθεσία για την προστασία και αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων (Ν.1648/1986).
- Η ίδρυση των πρώτων ψυχιατρικών κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και σε άλλες πόλεις (1987).

Αξιοσημείωτη είναι η ολοένα αυξανόμενη ευαισθησία των ειδικών (αλλά ίσως λιγότερο του κοινού) μπροστά στα προβλήματα ψυχικής υγείας, την οικολογία, τα προβλήματα του εξαστισμού και ποιότητας ζωής. Εδώ συνέβαλε και η δημιουργία ομάδων πίεσης για την ανάγκη της αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος.

Πρέπει επίσης να τονιστεί η σημερινή κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας, η οποία έχει υποστεί σημαντικό μετασχηματισμό εξαιτίας του εξαστισμού, της εκβιομηχάνισης και της μετανάστευσης, σαν αποτέλεσμα της μεταπολεμικής οικονομικής κατάστασης της χώρας. Η μεταβατική αυτή κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση του πυρηνικού τύπου οικογένειας, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται μια σειρά από σημαντικές αλλαγές (χαλάρωση συγγενικών δεσμών, αλλαγή ρόλων και εξουσίας άνδρα και γυναίκας), που φαίνεται να δημιουργούν έδαφος για την πρόκληση μηχανισμών stress και την εξασθένιση του μικροπεριβαλλοντικού υπό στηρικτικού συστήματος για τα ψυχικά ευάλωτα άτομα.

Η ελληνική κοινωνία βρίσκεται, από πλευράς πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τελείως ανέτοιμη να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες, όπως αυτές διαπιστώθηκαν μετά από σειρά επιδημιολογικών ερευνών στη δεκαετία του 1980.

Με τη νομοθετική θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τίθενται οι προϋποθέσεις για την υλοποίηση του, ώστε οι «υπηρεσίες του συστήματος να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας».

Με το άρθρο 21 του Νόμου 1397/1983 αναμορφώνεται όλο το σύστημα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Το ερώτημα που τίθεται είναι σε ποιο βαθμό;

Μια γενικότερη κριτική του άρθρου 21 και του Ν. 1397 αποκαλύπτει ότι:

1. απουσιάζει η ιδεολογική κατεύθυνση,
2. εμφανίζει ένα νοσοκομειοκεντρικό σχεδιασμό και ιατρσκεντρισμό,

3. δεν εμπεριέχει την έννοια του *συντονισμού* περιφέρειας- κέντρου,
4. αποκλείει τη συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης/Κοινότητας,
5. δεν διασφαλίζει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών,
6. απουσιάζουν οι σύγχρονες μέθοδοι οικονομικής διαχείρισης,
7. διατηρεί την πολυμορφία του νομικού καθεστώτος των υπηρεσιών και των ασφαλιστικών φορέων.

Από το περιεχόμενο του άρθρου 21 φαίνεται ότι ο πυρήνας του συστήματος, το οποίο οργανώνεται σε αποκεντρωμένη βάση, είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Στο άρθρο δεν καθορίζεται ο βαθμός της τομεοποίησης, αλλά σε κάθε τομέα 90 έως 150.000 κατοίκων υπολογίζεται ότι περιφερειακά θα λειτουργήσουν Κ.ΨΥ. μαζί με τις υπόλοιπες μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, και ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί που θα αποτελούν τον ηθμό για τη διακίνηση των αρρώστων προς το ψυχιατρείο.

Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, που δεν προβλέπεται η ίδρυση αυτόνομων Κέντρων Ψυχικής Υγείας, θα οργανωθούν κινητές υπηρεσίες ψυχικής υγείας που θα ανήκουν στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία όπου, παράλληλα, θα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία, Από το άρθρο 21 απουσιάζει η αναφορά στη διασύνδεση του Κ.Ψ.Υ. με την κοινότητα καθώς και στο ρόλο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Το πενταετές πρόγραμμα για την ψυχική υγεία

Το 1984 συγκροτήθηκε μια δεύτερη Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Κ.Ε.Σ.Υ. η οποία σχεδίασε ένα πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας με δύο φάσεις στα πλαίσια της ειδικής χρηματοδότησης της Ε.Ο.Κ. (Κανονισμός 815/84). Ο Κανονισμός 815 της 25-3-1984 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου προσφέρει ειδική οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, για τον τομέα της εγκατάστασης και εξοπλισμού Κέντρων Αποκατάστασης ψυχασθενών, για¹ την τετραετία 1984-1988, με το ποσό των 60 εκατομμυρίων μονάδων ΕΟΚ (9 δισ. 840 εκατομμύρια δραχμές), Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, επρόκειτο, μέχρι το 1988, να ιδρυθούν 135 μονάδες (Κ.Ψ.Υ., Μονάδες σε Γεν. -Νοσοκομεία, Ξενώνες, Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης κ.λπ.), στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ.. Επίσης προβλέπεται η παροχή υποτροφιών και ταχύρρυθμης εκπαίδευσης, ενώ τα υπάρχοντα ψυχιατρεία θα τροποποιήσουν την οργάνωση των υπηρεσιών τους με τη δημιουργία νέων ή των κατάργηση παλαιών.

Μέχρι το 1988 είχε υπολογιστεί ότι θα είχαν μειωθεί τα ψυχιατρικά κρεβάτια σε 6.860 από τα 8.486, ενώ αντίστοιχα θα έχουν προστεθεί 598 κρεβάτια σε 28 μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία.

Τα προγράμματα του Κανονισμού 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

Η εξέλιξη της υλοποίησης των προγραμμάτων

Στις 26 Μαρτίου του 1984 το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας αποφάσισε την έκτακτη οικονομική ενίσχυση του κοινωνικού τομέα της Ελλάδος {Κανονισμός 815/84}. Το πρόγραμμα περιλάμβανε δύο τομείς δράσης:

- α) την ανάπτυξη κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, .
- β) την επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και τη διαμόρφωση κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές και διανοητικές ασθένειες.

Ο κανονισμός 815/84 προέβλεπε συνολικά 120.000.000 ECU, από τα οποία τα 60.000.000 θα διατίθεντο στο Υπουργείο Εργασίας (σκέλος Α' του Κανονισμού 815) και τα υπόλοιπα 60.000.000 θα διατίθεντο στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (σκέλος β' του Κανονισμού 815) (C.E.C. 1984-1989).

Μεταξύ των ετών 1984 και 1988 εγκρίθηκαν 182 αιτήσεις για προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ για το διάστημα 1988-1991 εκκρεμούσαν 67 αιτήσεις (Μαδιανός, Υφαντόπουλος, 1990). Από το σύνολο των προγραμμάτων, τα περισσότερα ήταν κατασκευαστικά ή γενικότερης υποδομής, ενώ μόνο 64 προγράμματα είχαν πειραματικό-λειτουργικό χαρακτήρα και 20 αφορούσαν εκπαίδευση προσωπικού ή υποτροφίες.

Επιπλέον, το 50% του συνόλου των προγραμμάτων προερχόταν από φορείς της Ευρείας Περιοχής Αθηνών ενώ, αντίθετα, για την περίοδο των αιτήσεων 1984-1988 το ποσοστό αυτό ήταν κάπως μικρότερο (47%).

Από την εξέλιξη των προγραμμάτων ανά υγειονομική περιφέρεια το 34.5% των προγραμμάτων αυτών στην Ευρεία Περιοχή Αθηνών είχε τελειώσει το 1990, το 47% συνεχίζεται, ενώ το 20% δεν έχει ακόμη αρχίσει.

Η ποσοστιαία κατανομή των κατηγοριών της εξέλιξης των προγραμμάτων μεταξύ της Ευρείας Περιοχής Αθηνών, Θεσσαλονίκης και της υπόλοιπης χώρας δεν εμφανίζει καμία μεταξύ τους συσχέτιση. Από τις κατηγορίες προγραμμάτων, σε μεγαλύτερο ποσοστό τα πειραματικά είναι αυτά που φαίνεται να έχουν τελειώσει ή να συνεχίζονται σε σύγκριση με τα προγράμματα υποδομής. Από τα προγράμματα κατάρτισης που προέρχονται μόνο από την Αθήνα και Θεσσαλονίκη έχει τελειώσει το

40%, ενώ τα υπόλοιπα συνεχίζονται. Από τα 9 προγράμματα πρόνοιας, που είναι όλα κατασκευαστικά, τα 4 έχουν τελειώσει, ένα συνεχίζεται, ενώ 4 δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα.

Η συνολική προβλεπόμενη δαπάνη για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, για την περίοδο 1984-1988, ήταν 11.100 εκατομ. δρχ. (138 εκατ. ECU).

Η συμμετοχή της ΕΟΚ ήταν 60 εκατ. ECU και τα υπόλοιπα 78.75 θα τα κάλυπτε το ελληνικό δημόσιο.

Η ΕΟΚ, από τα 60 εκατομμύρια, δέσμευε για την περίοδο 1984-1989 τα 50.83, δηλαδή το 84% των προγραμματισθέντων πόρων, από τα οποία η Ελλάδα απορρόφησε τα 14.43 εκατ. ECU). Δηλαδή το ποσοστό απορρόφησης των κοινοτικών πόρων εκτιμάται στο 24.05%. Το ποσοστό απορρόφησης ως προς τους δεσμευμένους πόρους ήταν επίσης πολύ χαμηλό, 28.64%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά απορρόφησης των πόρων σε μία δεδομένη χρονική στιγμή δεν εκφράζουν αναγκαστικά και την ανάλογη πρόοδο της υλοποίησης του προγράμματος, αφού μπορεί, ένα πρόγραμμα π.χ., να έχει ολοκληρωθεί και να μην έχει υποβληθεί από τις διοικητικές υπηρεσίες η αίτηση αποπληρωμής.

Τα τρία πρώτα χρόνια, 1984-1986, υπήρχε μία ανοδική τάση ως προς τη δέσμευση των πόρων από πλευράς ΕΟΚ. Εξίσου ανοδική ήταν και η τάση καταβολής των πληρωμών.

Το 1987 παρουσιάστηκε μία σημαντική μείωση στη δέσμευση των πόρων κατά 53%, η οποία έφερε μία ισόποση μείωση, κατά 53.4%, στις πληρωμές.

Το 1988 όμως, η σημαντική αύξηση στη δέσμευση των πόρων (κατά 108%) δεν επέφερε την αναμενόμενη αύξηση και στις πληρωμές, διότι η Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων χρηματοδοτούσε μόνο όταν είχε πιστοποιήσει την έναρξη των εργασιών υλοποίησης του προγράμματος. Έτσι, το 1988 χαρακτηρίζεται ως το έτος με την μικρότερη απορρόφηση κοινοτικών πόρων.

Μεταξύ 1984 και 1988 εγκρίθηκαν 182 ψυχιατρικά προγράμματα με συνολικό προϋπολογισμό 42.095.464 ECU). Από το σύνολο των προγραμμάτων (Ψυχιατρικών και Πρόνοιας), το 45% υποβλήθηκε από φορείς της Ευρείας Περιφέρειας Αθηνών και εμφανίζει το 53.5% του συνολικού κόστους των προγραμμάτων της περιόδου 1984-1991. Το 21.3% υποβλήθηκε από φορείς της

Θεσσαλονίκης και της Κεντρικής Μακεδονίας με 12.9% του συνολικού κόστους, ενώ το 33.7% των προγραμμάτων αφορά στη λοιπή χώρα με 33.6% του συνολικού κόστους.

Το 1985 παρουσιάζεται ένας τριπλασιασμός των δαπανών και στη συνέχεια μία διαχρονική σταθερότητα, μέχρι το 1988. Από το 1988 και μετά επέρχεται μία σημαντική διαφοροποίηση στην πολιτική χρηματοδότησης. Η διαφοροποίηση αυτή υπογραμμίζεται, όχι μόνο από την απόλυτη αύξηση των δαπανών για την υγεία, αλλά κυρίως, από το ποσοστό των δαπανών του Κανονισμού 815 στο σύνολο των δαπανών για την υγεία. Αυτή την περίοδο το ποσοστό των δαπανών του Κανονισμού 815 αυξάνει, από 0.5% το 1988, στο 0.75% το 1989 και το 1990 φθάνει στο 0.87%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κύριος στόχος δεν πρέπει να είναι η απόλυτη ή ποσοστιαία αύξηση των δαπανών για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά η ορθολογική διαχείριση τους καθώς και η αποτελεσματική κατανομή τους.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ. έδωσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση αλλαγών που πιθανόν να οδηγούν στην επίτευξη της επιθυμητής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης- πρέπει όμως να τονιστεί ότι οι αλλαγές αυτές, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, παραμένουν αποσπασματικές, ασυντόνιστες και αναποτελεσματικές ως προς τις στρατηγικές και στόχους, όπως είναι η βαθμιαία συρρίκνωση των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, τα οποία εξακολουθούν να απορροφούν ένα μεγάλο ποσοστό των διατιθέμενων πόρων για την ψυχική υγεία και στα οποία εξακολουθούν να καταλήγουν οι άποροι και οι μη έχοντες υποστηρικτικό κοινωνικό σύστημα.

Η παράταση του Κανονισμού 815/84

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποίησε τον Κανονισμό 815/84 με ένα νέο κανονισμό 4130/1988 (16-12-1988).

Σύμφωνα με το νέο κανονισμό, δόθηκε παράταση μέχρι τις 31-12-1994 χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, εφόσον εφαρμοστούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου με την παροχή εκ μέρους των Κοινοτήτων τεχνικής βοήθειας για σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης· στο σύστημα περιελήφθη και χρήση εμπειρογνομόνων οι οποίοι καθορίστηκαν με κοινή συμφωνία μεταξύ Ελλάδας και Επιτροπής.

Σύμφωνα με τους όρους της παράτασης του Κανονισμού επιτράπηκε, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, η χρηματοδότηση δαπανών για την αγορά κτιρίων ή οικοπέδων για την υλοποίηση συγκεκριμένων προγραμμάτων που είχαν εγκριθεί.

Στις 7/7/1990 μετά το θόρυβο που ξεσήκωσε η κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρο και μετά από συζητήσεις για κακή διαχείριση των πόρων, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφάσισε την προσωρινή αναστολή του Κανονισμού 815 και κατά παρέκκλιση την καταβολή των ποσών για πρόγραμμα που ήταν σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με την απόφαση της 7-7-1990, ζητήθηκε από το Υ.Υ.Π.Κ.Α.:

1. να υποβάλει εντός 6 μηνών έκθεση για ότι αφορούσε την υλοποίηση του προγράμματος για την αναμόρφωση, του-συστήματος ψυχικής υγείας,
2. να ζητηθεί να επιστραφούν τα ποσά που καταβλήθηκαν για έργα που δεν υλοποιήθηκαν στη Λέρο,
3. να συνδέσει κάθε χρηματοδότηση προγράμματος με τη σύσταση των επιτροπών συστήματος αξιολόγησης και παρακολούθησης (απόφαση 4130/1988) και τη λειτουργία τριμερούς επιτροπής παρακολούθησης (Υ,Υ.Π.ΚΑ, Υπουργείο Εργασίας, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων) καθώς και την κατάρτιση προγράμματος αποϊδρυματισμού και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης
των εγκλείστων στη Λέρο παράλληλα με το σχεδιασμό ενός αναθεωρημένου προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Για την υλοποίηση όλων αυτών των προϋποθέσεων δημιουργήθηκε: επιτροπή εμπειρογνομόνων για τη μελέτη των παραπάνω, ομάδα για να καταρτίσει σειρά εκθέσεων παρακολούθησης της υλοποίησης των προγραμμάτων και επιτροπή εξωτερικών αξιολογήσεων.

Μετά την παράδοση των εκθέσεων από τον γενικό συντονιστή των τριών ομάδων εργασίας εμπειρογνομόνων και την κατάρτιση των τεσσάρων εκθέσεων παρακολούθησης της εξέλιξης των προγραμμάτων του Κανονισμού, εγκρίθηκε από τη διαχειριστική επιτροπή του Κανονισμού 815/84 η συνέχιση των προγραμμάτων στις 8-10-1991. Σύμφωνα με την παράταση του Κανονισμού, "εγκρίθηκαν 64 νέα προγράμματα· 25 στην Αθήνα, 8 στη Θεσσαλονίκη και 31 στη λοιπή χώρα. Από τα 64 αυτά προγράμματα, τα 28 ήταν παλαιότερα που δεν είχαν αρχίσει να υλοποιούνται.

Δείκτες αποτελεσματικότητας του πενταετούς προγράμματος

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας της επίτευξης των στόχων του πενταετούς προγράμματος ψυχικής υγείας ως προς τη δημιουργία ψυχιατρικών κρεβατιών σε Γενικά Νοσοκομεία, μεταξύ 1984-1988, ο οποίος ανέρχεται στο 35.9%. Αντίθετα ο βαθμός αποτελεσματικότητας στη δημιουργία Κ.Ψ.Υ. ανέρχεται στο 17.4%. Ο βαθμός αποτελεσματικότητας στόχων για την ίδρυση ξενώνων/οικοτροφείων ανέρχεται στο 30%.

Ένα ποσοστό 100% αποτελεσματικότητας καλύπτει την ίδρυση Εργαστηρίων Αποκατάστασης.

Ο γενικός δείκτης αποτελεσματικότητας στόχων ανάπτυξης ψυχιατρικών κρεβατιών σε Γενικά Νοσοκομεία; σύμφωνα με το πρόγραμμα του Κανονισμού 815/84, ανέρχεται στο 52.7% με το μικρότερο ποσοστό (42%) να εμφανίζεται στην Αθήνα (πίνακας 2).

Ο γενικός δείκτης αποτελεσματικότητας της επίτευξης των στόχων ως προς τη συμπλήρωση των θέσεων των ψυχιάτρων στα Γενικά Νοσοκομεία ανέρχεται στο 37%, με κάπως υψηλότερο το δείκτη στη Θεσσαλονίκη (46%) (πίνακας 3).

Πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας (1984-1989). Βαθμός αποτελεσματικότητας των στόχων (πίνακας 1)

	Στόχοι 1984- 1988	1984	1989	Αύξηση	A* (βαθμός αποτελεσματικότητας)
Ψυχιατρικά κρεβάτια σε Γεν. Νοσοκομεία και	(N2) 598	16	231	(N1) 215	35.9 %
Αριθμός Κ.Ψ.Υ.	23	7	11	4	17.4 %
Αριθμός ξενώνων/ οικοτροφείων	17	1	6	5	29.4 %
Αριθμός Επαγγελματιών Εργαστηρίων	8	3	11	8	100.0 %

Πηγή: Μαδιανός Μιχάλης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη.

**Ανάπτυξη ψυχιατρικών κρεβατιών σε Γενικά Νοσοκομεία (1984-1989). Προγράμματα
Καν. 815/84 (πίνακας 2).**

Περιοχή	Αριθμός Γεν. Νοσοκομείων	Προβλεπόμενα κρεβάτια για ψυχ. αρρώστους	Λειτουργούν	Διαφορά από τα προβλεπόμενα	Δείκτης αποτελεσματικότητας
Ε.Π.					
Αθηνών	13	200	118	82	41.0 %
Θεσ/νικη	3	75	35	40	53.4 %
Λοιπή χώρα	14	205	78	127	62.27 %
Σύνολο	30	480	231	249	51.8 %

Πηγή: Μαδιανός Μιχάλης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη.

Οργανικές και συμπληρωμένες θέσεις ψυχιάτρων σε Γενικά Νοσοκομεία (1989) (πίνακας 3)

Περιοχή	Αριθμός Γεν. Νοσοκομείων με Ψυχ. Τομείς	Συνολικές οργανικές θέσεις ψυχιάτρων	Συμπληρωμένες Θέσεις	Διαφορά	Δείκτης αποτελεσματικότητας
Ε. Π.					
Αθηνών	13	73	46	27	36.9 %
Θεσ/νίκη	3	26	14	12	46.1 %
Λοιπή χώρα	14	44	30	14	31.8 %
Σύνολο	30	143	90	53	37.0 %

Πηγή: Μαδιανός Μιχάλης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη.

Η κριτική θεώρηση του πενταετούς προγράμματος

Ο προγραμματισμός θα μπορούσε να γίνει με βάση:

1. Το ποσοτικό κριτήριο κάλυψης αναγκών
2. Το κριτήριο της πραγματικότητας, π.χ. αναλογία παραγωγής στελεχών / στελέχωσης, δυνατότητες αγοράς εργασίας για απορρόφηση αναπήρων, οικονομικά μεγέθη.
3. Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας, με βάση δυναμικούς δείκτες.

4. Το κριτήριο της ολοκληρωμένης οργάνωσης και νομικής υποστήριξης που καλύπτει το φάσμα των αναγκών.
5. Το κριτήριο της κοινοτικής συμμετοχής και ευθύνης.

Ο προγραμματισμός έγινε με βάση:

1. Το κριτήριο της διαθεσιμότητας προϋπαρχουσών δομών έτσι δημιουργήθηκε στην Αθήνα πληθωρισμός υπηρεσιών στην Ανατολική περιοχή.
2. Το κριτήριο της συμπληρωματικότητας. Ένας φορέας απαιτούσε να έχει κάθε τύπο υπηρεσιών που πιθανόν να μην χρειαζόταν.
3. Το κριτήριο της διεκδίκησης.

Γενικότερα προβλήματα που ανακύπτουν μέσα από το πενταετές πρόγραμμα είναι τα ακόλουθα.

α) Η σταδιακή μείωση των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών θα δημιουργήσει πρόβλημα στην κάλυψη του τομέα αυτού, γιατί τα ήδη υπάρχοντα κρεβάτια, στο 45%, δεν είναι διαθέσιμα αφού καταλαμβάνονται από χρόνιους αρρώστους, έτσι ώστε η αναλογία κρεβατιού/πληθυσμού να είναι μικρότερη, με κίνδυνο τη διόγκωση των υπηρεσιών του ιδιωτικού φορέα.

β) Τα ψυχιατρεία, που εν τω μεταξύ θα πρέπει να έχουν αναμορφωθεί μέσα στο σύστημα υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να απομονώνονται, αφού εκεί καταλήγει το άτομο που θα περάσει τον ηθμό του Κ.Ψ.Υ. και της Ψ.Μ.Γ.Ν. Η λειτουργία του ψυχιατρείου ως μέρους των υπηρεσιών του τομέα, όπως γίνεται στο γαλλικό σύστημα ψυχικής υγείας, αποτελεί την προσφορότερη λύση για την αποφυγή, της απομόνωσης του. Προτείνεται δηλαδή να τόμεοποιηθούν οι θάλαμοι και οι κλινικές των ψυχιατρείων, το δε προσωπικό τους να διασυνδέεται με τα Κ.Ψ.Υ.

γ) Μερικές περιοχές, όπως η Θεσσαλία, δεν καλύπτονται παρά στο ελάχιστο από κρατικά κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία.

δ) Ως προς την οργάνωση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, εκείνο που αποτελεί σημαντικό πρόβλημα είναι ο υπερβολικός αριθμός πληθυσμού σε κάθε τομέα ευθύνης του Κ.Ψ.Υ. και η αντίστοιχη, ανεπαρκής σε αριθμό, στελέχωση του για να καλύψει

έναν τόσο μεγάλο πληθυσμό,(Η πόλη της Αθήνας δεν φαίνεται να καλύπτεται από πλευράς υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

ε) Δεν θεσμοθετείται η συμμετοχή της κοινότητας στη λειτουργία ενός Κ.Ψ.Υ. Η διαμόρφωση της τομεοποίησης, που προβλέπεται, δεν περιλαμβάνει τη συμμετοχή της ίδιας της κοινότητας και των φορέων της, αφού αυτοί θα έπρεπε να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους, να καθορίσουν τις περιοχές αρμοδιότητας τους και να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η πιθανή κεντρική διοικητική προσέγγιση της τομεοποίησης μάλλον θα προσθέσει παρά θα επιλύσει προβλήματα.

στ) Πρέπει να καθοριστούν μέσα από τις υπάρχουσες εμπειρίες οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές στη λειτουργία του Κ.Ψ.Υ., ώστε το έργο του να είναι δυναμικό και αξιολογήσιμο.

ζ) Δεν προτείνεται κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα εξειδίκευσης στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική μέσα από τις υπάρχουσες δομές και εμπειρίες. Μερικοί κλάδοι, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, δεν προβλέπεται να αποκτήσουν το δικαίωμα της εκπαίδευσης τους σε πανεπιστημιακό επίπεδο.

η) Πρέπει να σημειωθεί ο αργός ρυθμός της υλοποίησης των στόχων σε σύγκριση, π.χ., με την ανάπτυξη των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, αφού μέχρι σήμερα καμιά νέα μονάδα δεν έχει προγραμματιστεί. Υπάρχει βέβαια η συνολική αντιμετώπιση του σημερινού ανύπαρκτου συστήματος, που ίσως, αν αποφευχθούν τα λάθη άλλων χωρών, μπορεί να αποτελέσει την «ήσυχη» επανάσταση στην ψυχιατρική στη χώρα μας.

Η νομοθεσία της ψυχιατρικής περίθαλψης το 1994

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο νόμος ΨΜΒ της 22-3-1862 ρύθμιζε τα της ψυχιατρικής περίθαλψης μέχρι το 1973. Ο νόμος αυτός ήταν εμπνευσμένος από το γαλλικό αντίστοιχο νόμο του 1834. Ο νόμος 104 της 11-8-1973 κατήργησε τον ΨΜΒ και το Ν. 6077 του 1934 «Περί οργάνωσης των δημόσιων ψυχιατρειών». Η υπουργική απόφαση Α2β/5345/20-11-1978 αντικατέστησε το άρθρο 2 της υπ' αριθμ. Γ2β/3036/73 απόφασης «Περί εφαρμογής του άρθρου "4 του Ν.Δ. 104/73 "περί ψυχικής υγιεινής" και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων».

Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι δεν διασφαλίζονται τα συνταγματικά δικαιώματα του ψυχικά άρρωστου ατόμου.

Ο νέος νόμος για την Ψυχική Υγεία 2071/1992 έχει ήδη αντικαταστήσει το Ν.Δ. 104/1973.

Το νομικό πλαίσιο της τομεοποίησης

Άμεσος νόμος δεν υφίσταται. Με το διάταγμα του 1953 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» προτάθηκε η διαίρεση της χώρας σε 13 υγειονομικές περιφέρειες. ΟΕ υπηρεσίες περίθαλψης οργανώνονται σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού δεν στάθηκε δυνατό να εφαρμοστούν.

Στο Ν.Δ. 104/73 εμπεριέχονται ορισμένες αδρές κατευθύνσεις για την τομεοποίηση των μεγάλων ψυχιατρείων (άρθρο 3 της Ερμηνευτικής Υπουργικής Εγκυκλίου),

Στο νόμο 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-83) για το ΕΣΥ, αναφέρεται η δημιουργία υγειονομικών περιφερειών χωρίς να καθορίζεται ο αριθμός τους ούτε τα κριτήρια (δημογραφικά, επιδημιολογικά, γεωγραφικά, κοινωνικό-οικονομικά) με τα οποία θα συσταθούν.

Το 1986, στο Προεδρικό Διάταγμα 31 (ΦΕΚ 12/Α/13-2-86), ορίζεται η διαίρεση της χώρας σε 9 υγειονομικές περιφέρειες. Η πρόταση διαμορφώνεται από το ΚΕ.Σ.Υ. και το ΥΥ.Π.Κ.Α. .

Ένα χρόνο αργότερα, το 1987, με το Προεδρικό Διάταγμα 51 (ΦΕΚ 26/Α/6-3-1987) ορίζονται οι περιφέρειες σε 13, προκειμένου να επιτευχθεί «ο προγραμματισμός και συντονισμός της περιφερειακής ανάπτυξης». Στη διαμόρφωση των περιφερειών δεν συμμετέχει το ΥΥ.Π.Κ.Α., δεδομένου ότι η πρόταση διαμορφώνεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, Εθνικής Οικονομίας και Περιβάλλοντος Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων.

Το νομικό πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Ο Νόμος.1648/1986 «για την προστασία πολεμιστών, αναπήρων και θυμάτων πολέμου και μειονεκτούντων προσώπων», ο οποίος κατήργησε τον ισχύοντα Νόμο 963/1979 (ΦΕΚ 202) και τον 1320/1983, αποβαίνει μάλλον αρνητικός για την προώθηση της αποκατάστασης ενός ψυχικά ανάπηρου ατόμου. Δεν υπάρχει επίσης μέχρι, σήμερα νομοθετική κατοχύρωση της τοποθέτησης σε οικογένεια ενός ψυχωσικού αρρώστου, ούτε προβλέπονται κίνητρα γι' αυτή.

Επίσης το Ν.Δ. 104/73 που ίσχυε μέχρι πρόσφατα, δεν διασφάλιζε σε όλες τις περιπτώσεις την προαγωγή της αποκατάστασης των ψυχικά αρρώστων ιδιαίτερα στην περίπτωση της αναγκαστικής νοσηλείας θέτει σε κίνδυνο τα ίδια τα δικαιώματα των αρρώστων με την απουσία ρεαλιστικού μηχανισμού για την έξοδο τους από το ψυχιατρείο.

Η κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης το 1994

Τα εννέα κρατικά ψυχιατρεία της χώρας εξακολουθούσαν να αποτελούν τον κύριο κορμό της ψυχιατρικής περίθαλψης παρά τις προσπάθειες και επιθυμίες για την συρρίκνωσή τους και τον αποϊδρυματισμό των εγκλείστων τους.

Το 1990 υπήρχαν 10 ψυχιατρικά ιδρύματα με εύρος κρεβατιών από 100 (Αιγινήτειο) έως 2.186 (Ψ.Ν. Αττικής), Το σύνολο των ανεπτυγμένων κρεβατιών, το 1989, ανερχόταν σε 7.524. Ο αντίστοιχος συνολικός αριθμός των νοσηλευόμενων σε μια ημέρα ήταν μικρότερος φθάνοντας στους 6.377 αρρώστους. Το 1994 ο αριθμός αυτός ήταν ακόμη μικρότερος, δηλαδή 5.460 άρρωστοι (πίνακας 4).

Ψυχιατρικά άρρωστοι νοσηλευόμενοι σε μια μέρα στα δημόσια ψυχιατρεία (1994) (πίνακας 4)

Ίδρυμα	Νοσηλευόμενοι σε μια μέρα	Κτίριακή έκταση τ.μ.	τ.μ. / άρρ.
Ψυχιατρικό Νοσ. Αττικής	1.700	63.050	37.0
Δρομοκαϊτειο	657	13.000	19.0
Αιγινήτειο	66		

Παιδοψυχιατρικό Νοσ. Αττικής	140	22.540	161.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Θεσσαλονίκης	727	23.605	32.4
Ψυχιατρικό Νοσ. Λέρου	810	32.000	40.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Τρίπολης	280	5.800	20.7
Ψυχιατρικό Νοσ. Κέρκυρας	360	4.583	12.7
Ψυχιατρικό Νοσ. Πέτρας Ολύμπου	350	5.000	14.3
Ψυχιατρικό Νοσ. Χανίων	370	14.700	40.0
Σύνολο	5.460	206.818	33.7

Πηγή: Μαδιανός Μιχάλης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη.

Η κτιριακή έκταση ενός νοσηλευόμενου κυμαίνεται από 12.7 τ.μ. ανά άρρωστο στο Ψ.Ν. Κέρκυρας, μέχρι 161.0τ.μ ανά άρρωστο στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται ορισμένα λειτουργικά στοιχεία της συνολικής νοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας και η ετήσια κάλυψη των κρεβατιών το 1992, οι δείκτες κίνησης και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα δέκα ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας το 1990.

Μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτης κίνησης και ημερήσιο κόστος νοσηλείας (1989) (πίνακας 5)

Ίδρυμα	Μέση διάρκεια νοσηλείας (1992)	Δείκτης κίνησης (1990)	Ημερήσιο κόστος νοσηλείας Δρχ. (1990)	Κάλυψη % (1992)
Ψυχιατρικό Νοσ. Αττικής	278	168	5.685	99.0
Παιδοψυχιατρικό Νοσ. Αττικής	172	95	21.000	56.0

Αιγινήτειο	65	358		89.0
Δρομοκαΐτειο	134	130	10.776	112.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Θεσσαλονίκης	94	232	10.019	104.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Πέτρας Ολύμπου	216	121	4.700	100.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Τρίπολης	111	203	7.200	116.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Χανίων	58	220	8.743	94.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Κέρκυρας	213	64	4.732	96.0
Ψυχιατρικό Νοσ. Λέρου	376	9.5	5.365	66.0
Σύνολο	159			85.0

Πηγή: Μαδιανός Μιχάλης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη.

Δύο χαρακτηριστικά είναι ενδιαφέροντα: (α) η μείωση του ποσοστού κάλυψης των ψυχιατρικών ενηλίκων από 96.7% το 1981 στο 85.0% και (β) η δραματική μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας από τις 259 στις 159 ημέρες το 1992.

Η νοσηλευτική κίνηση των δημόσιων ψυχιατρείων

Το 1992 νοσηλεύθηκαν 13.319 ψυχικά άρρωστοι με σύνολο 2.051.000 ημερών νοσηλείας και μέση διάρκεια νοσηλείας 154 μέρες. Κάθε ψυχιατρικό κρεβάτι χρησιμοποιήθηκε από 2.1 αρρώστους μέσα στο 1992. Ένα σύνολο 64.710 επισκέψεων καταγράφηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία των δέκα ψυχιατρείων.

3.2. Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση – μετά τα τέλη του 1995 – το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την ονομασία Ψυχαργός. Πιο συγκεκριμένα, το 1999 καταρτίστηκε ένα 15ετές πρόγραμμα το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα αυτό αποτελούσε τον επιχειρησιακό βραχίονα της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσαρμοσμένων και ενταγμένων σε τομείς ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Η πρώτη υλοποιήθηκε κατά τη διετία 200-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος ώστε να ισχύει πλέον για τη δεκαετία 2001-2010. Η δεύτερη αναθεώρηση έγινε το 2004, οπότε και ισχύει για ακόμη μία δεκαετία.

Α' φάση του προγράμματος Ψυχαργός

Μέρος της Α' φάσης του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα 'Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας' ως Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι για πρώτη φορά και σε τέτοια έκταση, παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ανέλαβαν γενικά νοσοκομεία σε μια

εταιρικής μορφής σχέση με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της φάσης αυτής ήταν τα παρακάτω:

- Δημιουργία 49 ξενώνων και 6 οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Υλοποιήθηκαν όμως και δράσεις με εθνικούς πόρους και αφορούσαν την αποασυλοποίηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου Αθηνών 'Δρομοκαϊτείο (Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης Δρομοκαϊτείου' και την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες κλπ). Επίσης συμπεριλήφθησαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001.

Παρακάτω αναφέρονται οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην χώρα μας μέχρι το τέλος του 2001 (συμπίπτει με το τέλος της Α' φάσης).

Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	Αριθμός
Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευόμενα διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί ξενώνες αποκατάστασης	3

Πηγή: α.) Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχική Υγείας β.) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης και Παρακολούθησης 'Ψυχαργός - Α' φάση'.

Στα πλαίσια της φάσης αυτής εγκρίθηκε ως πιλοτική δράση, δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμπύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των φορέων του προγράμματος. Στόχος της ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης. Το έργο της ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς:

- 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 και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας
- Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών

Το έργο της Μονάδας ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Όμιλο Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων.

B' φάση του προγράμματος Ψυχαργός

Η δεύτερη φάση του προγράμματος περιλαμβάνει τις χρονιές 2000-2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος, 'Υγεία-Πρόνοια' του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Στόχος είναι η ανάπτυξη των δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα.

Χάρη στις δομές αυτές εξασφαλίστηκε η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής υγείας που απώτερο σκοπό έχουν την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, περίθαλψη και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Η ανάπτυξη των δομών σχεδιάστηκε με βάση τις αρχές τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Επίσης δόθηκε έμφαση στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

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

- Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε γενικά νοσοκομεία. Περιλαμβάνουν Κλασικό Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων. Κάποια από αυτά δημιουργήθηκαν εξ' αρχής και σε άλλα συμπληρώθηκε η υπάρχουσα δομή και υποδομή.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικες και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.
- Προκατάρτιση, κατάρτιση και απασχόληση 973 ασθενών.
- Μοναδες Άμεσης Παρέμβασης στην κρίση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών σε γενικά νοσοκομεία.
- Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- Ολοκληρωμένες Μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου. Περιλαμβάνουν κέντρο ημέρας, ξενώνα, κέντρο παρέμβασης στην κρίση, κέντρο εκπαίδευσης και έρευνας.

- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (νησιά και απομακρυσμένες περιοχές).
- Κέντρα ημέρας για ενήλικες, εφήβους ή παιδιά.
- Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής διασυνδεδεμένοι με τα ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα.
- Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
- Ξενώνες-Οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.500 περίπου ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες φυλακισμένων σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης Ευθύνης ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

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

- η συμπλήρωση του δικτύου με Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),

- η ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη Εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών, καθώς και
- αγωγή της κοινότητας και η κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

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

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

3.3. Η κατάρρευση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Τα προβλήματα δεν έχουν τέλος για τους φορείς ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ψυχικής υγείας, που εδώ και πέντε χρόνια πραγματικά υποχρηματοδοτούνται. Τα συσσωρευμένα χρέη, οι απλήρωτοι εργαζόμενοι, οι αγωγές εξώσεων για οικοτροφεία και ξενώνες και τα θεραπευτικά προγράμματα που διακόπτονται είναι μερικά από αυτά. Ολόκληρες γεωγραφικές περιοχές της χώρας κινδυνεύουν να μείνουν χωρίς κάλυψη σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς αρκετές μονάδες αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις δαπάνες λειτουργίας τους.

Το Υπουργείο Υγείας χρωστάει για το 2008, 25 με 27 εκατομμύρια ευρώ σε 42 φορείς- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι φορείς αυτοί μέσα στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργούν ένα σημαντικό αριθμό στεγαστικών δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα, δομές παροχής υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας, κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας) υλοποιώντας ένα κομμάτι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Τα στοιχεία για το 2009, λαμβανομένης υπόψη και της οικονομικής κρίσης, που σίγουρα θα πλήξει όλο τον κοινωνικό τομέα, ότι θα είναι οδοστρωτήρας για τις δομές.

Για το 2009 έχει διασφαλιστεί μόλις το 36% των απαιτούμενων πόρων, δηλαδή 40 εκατ. ευρώ, ενώ απαιτούνται 109 εκατ. ευρώ. Δεν χωράει καμιά αμφιβολία ότι τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή το θέμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης βρίσκεται στη χειρότερη περίοδο. Αυτό έχει να κάνει όχι μόνο με την υποχρηματοδότησή της αλλά, και με την έλλειψη προγραμματισμού και ενδιαφέροντος εκ μέρους του υπουργείου Υγείας, το οποίο δεν είδε ποτε με συμπάθεια τον ψυχικά πάσχοντα ώστε να αντιληφθεί ότι πρέπει να τον φροντίσει περισσότερο απ' οποιονδήποτε άλλο άρρωστο. Η στάση του Υπουργείου Υγείας είναι πραγματικά απαράδεκτη διότι δεν έδωσε την παραμικρή εξήγηση για τις συνεχείς περικοπές της χρηματοδότησης.

Το μέλλον είναι πραγματικά αβέβαιο. Ο δρόμος πολύ δύσκολος διότι οι άρρωστοι δεν έχουν που να πάνε, ποιος θα τους παραλάβει, θα επιστρέψουν στα άσυλα;

Το προσωπικό έχει πάψει να ασχολείται με το θεραπευτικό έργο και επικεντώνετε στα οικονομικά θέματα, με την στάση του υπουργείου και τους κινδύνους που δημιουργούνται. Οι ίδιοι λένε: *«Πάσαμε να είμαστε επιστήμονες και*

είμαστε άνθρωποι που αγωνιζόμαστε για την επιβίωσή μας και την επιβίωση των αρρώστων».

Το χρέος του υπουργείου μόνο προς την ΕΠΑΨΥ (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας) είναι περίπου 1.350.000. Τι σημαίνει αυτό; Οτι ο συγκεκριμένος φορέας με τη σειρά του «χρωστάει στους πάντες». Αυτή τη στιγμή τουλάχιστον 30 οικοτροφεία και ξενώνες αντιμετωπίζουν αγωγές εξώσεων.

Επιπλέον, με αυτές τις παλινδρομήσεις στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση «δεν έχει ακόμη κατατεθεί νέο σχέδιο ενόψει του επόμενου ΚΠΣ και κινδυνεύουν να χάθου και άλλοι πόροι από τα κονδύλια της Ε.Ε.

Εξίσου προβληματικό είναι ότι έχει σταματήσει η διαδικασία μείωσης των κλινών στα ψυχιατρεία επειδή υπάρχουν νέες εισαγωγές. Από την άλλη, παρατηρείται υπερτριπλασιασμός στις κλίνες του ιδιωτικού τομέα, όπως έγινε στη Θεσσαλία και στη Δυτική Μακεδονία. Εκλείσει το ψυχιατρείο στην Πέτρα Ολύμπου, χωρίς να έχουν δημιουργηθεί οι αντίστοιχες δομές στην κοινότητα σαν φίλτρα στις εισαγωγές ψυχιατρικών περιστατικών¹¹.

Η αδιαφορία και η αναλγησία που δείχνει γι' αυτούς τους ανθρώπους το κράτος, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, οδηγεί το όλο εγχείρημα στο σημείο μηδέν.

Η έλλειψη πολιτικής βούλησης και σχεδιασμού και η υποχρηματοδότηση ορθώνουν και πάλι τα συρματοπλέγματα του ιδρυματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που αυτά έπεσαν, ενώ ο κίνδυνος για επιστροφή σε ασυλικού τύπου περίθαλψη μοιάζει να είναι περισσότερο ορατός από ποτέ.

Οι ελλείψεις στα δημόσια νοσοκομεία, τα προβλήματα χρηματοδότησης στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, οι απλήρωτοι εργαζόμενοι και οι ασθενείς που λαμβάνουν το κλίμα της ανασφάλειας είναι μερικά από τα δυσοίωνα μηνύματα ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση καταρρέει.

¹¹ (δεν αναφέρεται συγγραφέας). Βιώνουμε κατάρρευση του συστήματος. Ελευθεροτυπία. [Ηλεκτρονική εφημερίδα]. Φύλλο Σαββάτου 14-02-2009. Διαθέσιμο: http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009,id=72532900

Η απόφαση της Κομισιόν να διακόψει τη συγχρηματοδότηση του προγράμματος Ψυχαργός. Η δήλωση της Σαντάλ Χιουτζ, εκπροσώπου Τύπου της Κομισιόν για θέματα Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισών Ευκαιριών, είναι κατηγορηματική: «Εξι χρόνια τώρα η Κομισιόν επισημαίνει στην Ελλάδα το σοβαρό έλλειμμα της χρηματοδότησης από τον δημόσιο προϋπολογισμό των δομών αποκατάστασης ψυχικά ασθενών. Το έλλειμμα θέτει σε κίνδυνο την αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων αυτών. Η Κομισιόν αποφάσισε, για να προστατεύσει το πρόγραμμα, να διακόψει τη χρηματοδότηση μέχρι να ρυθμιστεί απόλυτα το θέμα».

Στην Ελλάδα χρειάζονται 80-85 κέντρα ψυχική υγείας. Σήμερα όμως υπάρχουν μόλις 34. Αρκετοί νομοί δεν έχουν όσα ψυχιατρικά κρεβάτια απαιτούνται. Υπάρχουν 1.500 θέσεις σε μονάδες εργασιακής αποκατάστασης, εργαστήρια και προστατευμένα κέντρα, ενώ για να καλυφθούν οι ανάγκες των υπαρχόντων ψυχικά αρρώστων χρειάζονται 10.000. Αντίστοιχα υπάρχουν μόνο 1.500 θέσεις σε νοσοκομεία και κέντρα ημέρας αντί για 3.000 που απαιτούνται.

Με τους ξενώνες και τα οικοτροφεία καλύφθηκαν οι ανάγκες αυτών που βγήκαν από τα ψυχιατρεία αλλά υπάρχουν διαθέσιμα κρεβάτια για κάποιον που, για παράδειγμα, πάσχει από σχιζοφρένεια, δεν έχει οικογένεια, δεν τον θέλει η οικογένειά του ή δεν έχει πόρους».

Μια ακόμη σημαντική έλλειψη είναι ο χαμηλός αριθμός νοσηλευτών. Στην Ελλάδα αντιστοιχούν περίπου τρεις νοσηλευτές για κάθε 100.000 κατοίκους, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη ξεπερνούν τους 25¹².

Παρακάτω παρουσιάζουμε μια σειρά από ανεπάρκειες στο σύστημα υγείας¹³:

- Συρρικνώνονται τα ψυχιατρεία και το βάρος πέφτει στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων, τα οποία στις εφημερίες έχουν ράντσα στους διαδρόμους κι έτσι δημιουργείται μια ανυπόφορη κατάσταση.

¹² Μαρία Δεδέ, Ιωάννα Σωτήρχου, Ντάνι Βέργου. Ηλεκτροσόκ...στη μεταρρύθμιση. Ελευθεροτυπία. . [Ηλεκτρονική εφημερίδα]. Φύλλο Σαββάτου 14-02-2009. Διαθέσιμο: http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009

¹³ (δεν αναφέρεται συγγραφέας). 7 καθηλώσεις για το σύστημα. Ελευθεροτυπία. . [Ηλεκτρονική εφημερίδα]. Φύλλο Σαββάτου 14-02-2009. Διαθέσιμο: http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009,id=95272612

- Εκτός από το τμήμα οξέων περιστατικών, έκλεισαν οι τέσσερις παιδοψυχιατρικές κλινικές στο Νταού και το στελεχικό δυναμικό των δύο ανήκει στον οργανισμό των νοσοκομείων («Αγλαΐα Κυριακού», «Σισμανόγλειο») τα οποία θα φιλοξενήσουν παιδοψυχιατρικά τμήματα. Εκεί, αντί να είναι έτοιμα τα κρεβάτια, δεν έχουν βρεθεί ούτε οι χώροι που θα εγκατασταθούν, με αποτέλεσμα το προσωπικό να μην ξέρει τι να κάνει.
- Στο σύστημα στεγαστικής αποκατάστασης οι απλήρωτοι εργαζόμενοι τα παρατούν και φεύγουν, με αποτέλεσμα η φροντίδα των ασθενών να είναι πλημμελής. Προτείνεται, επειδή αρκετοί από τους ενοίκους έχουν ασφαλιστικά ταμεία, να βρεθεί μια λύση να καταβάλλονται τα αναλογούντα νοσήλια από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Την κλειστή περίθαλψη στη βόρεια Ελλάδα εξυπηρετούν κυρίως οι ιδιωτικές κλινικές.
- Η αύξηση στις αναγκαστικές νοσηλείες είναι πλασματική και χρησιμοποιείται επειδή δεν υπάρχει κρεβάτι, το οποίο και εξασφαλίζεται μέσω της εισαγγελικής παραγγελίας.
- Δεν υπάρχουν αστικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας όπως προβλέπεται, που να λειτουργούν ως ηθμός στις εισαγωγές, ενώ αυτά που υπάρχουν λειτουργούν ως εξωτερικά ιατρεία. Και όλα αυτά, παρά την επιτυχή λειτουργία του μοναδικού τέτοιου κέντρου στον Βύρωνα, το οποίο πραγματοποιούσε παρεμβάσεις στο σπίτι και παρακολουθούσε ασθενείς, με αποτέλεσμα σημαντική μείωση των επανεισαγωγών.
- Εκλείσαν τα άσυλα και με τις ελλείψεις μεταμορφώνονται οι δομές σε μικρά άσυλα, καθώς δεν γίνεται η δουλειά για να βγαίνουν σιγά σιγά από κει. Δεν έχει ενεργοποιηθεί, επίσης, καθόλου ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας.

Το συμπέρασμα που μπορεί να βγει από όσα έχουν αναφερθεί πιο πάνω είναι ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση οπισθοδρομεί. Ομάδες πληθυσμού μένουν χωρίς

ψυχιατρική κάλυψη και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων παραβιάζονται συστηματικά.

Εργαζόμενοι τελούν υπό καθεστώς απλήρωτης εργασίας για μήνες και εκπαιδευμένοι και έμπειροι επαγγελματίες εγκαταλείπουν το χώρο. Η επένδυση της Ελλάδας, με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην εκπαίδευση, στην πρόσληψη ειδικών, στη δημιουργία δομών, στην αλλαγή του μοντέλου αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας χάνεται.

Βιβλιογραφία

Κοκκινάκος, Γεώργιος (συγγραφέας). Σημειώσεις για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, το παράδειγμα της Κρήτης. Χανιά, Ελλάδα: Γραφικές Τέχνες Γεωρβασάκης, 2007. 264 σ. ISBN 9789606317101.

Μαδιανός, Μιχάλης (συγγραφέας). Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Καστανιώτης, 2004. 733 σ. ISBN 9600336474

Μαδιανός, Μιχάλης (συγγραφέας). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της: από την θεωρία στην πράξη. Αθήνα, Ελλάδα: Ελληνικά Γράμματα, 1994. 525 σ. ISBN 9603440078.

Μπιλανάκης, Νικόλαος (συγγραφέας). Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αθήνα, Ελλάδα: Αρχιπέλαγος, 2006. 141 σ. ISBN 9607911466.

Μπιλανάκης, Νικόλαος (συγγραφέας). Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα. Αθήνα, Ελλάδα: Οδυσσέας, 2004. 260 σ. ISBN 9602104686.

Χαρτοκόλλης, Πέτρος (συγγραφέας). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα, Ελλάδα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1991. 398 σ.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009,id=95272612

http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009

http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=14.02.2009,id=72532900

<http://www.msu.gr/article.asp?actmen=Layer1&menuID=14>