

ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

B1B2

Μετέχουσα Σπουδαστρια

ΠΕΘΕΡΙΩΤΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

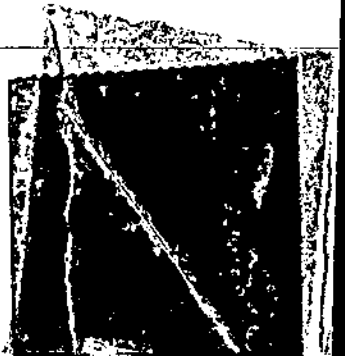
Καθηγήτρια Εφαρμογών



Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	529
----------------------	-----



Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας.

Ζαφειροπούλου Γεωργία  
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Γραβάνη Ελισσάβετ  
Επίκουρος Καθηγήτρια

Γεωργίου Κωνσταντίνα  
Καθηγήτρια Εφαρμογών

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Από αυτό το σημείο θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστί-  
ες :

-- Στην Κα Ζαφειροπούλου, καθηγήτρια εφαρμογών, για την πρό-  
θυμη, υπεύθυνη και ουσιαστική συνδρομή της στην συγγραφή αυτής  
της μελέτης.

-- Στους αρμόδιους και Κοινωνικούς λειτουργούς των φορέων:  
Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου, τον Κο Γιαννιδό, Ψυχί-  
ατρο, διευθυντή του πλαισίου και τον Κο Τζιβάρα, Κοινωνικό Λει-  
τουργό.

-- Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Κο Τομαρά, Λέκτο-  
ρα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου και διευθυντή της  
Μονάδας Επαγγελματικής αποκατάστασης, την Κα Ιωάνοβιτς Κοινωνική  
Λειτουργό της Μονάδας και την Κα Βαπορίδου, Κοινωνική Λειτουργό  
του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

-- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου τον Κο Κωνσταντόπουλο  
Ψυχίατρο, διευθυντή του Κέντρου και την Κα Λουνζακλή, Κοινωνική  
Λειτουργό του Κέντρου.

-- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου, την Κα Χρύσα Παναγά-  
γνου, Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου.

-- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αθηνών, τον Κο Κονταξάκη, επι-  
στημονικό διευθυντή του Κέντρου και την Κα Σταματίου, Κοινωνική  
Λειτουργό.

Οι οποίοι με την συνεργασία τους και την καλή διάθεση που  
έδειξαν στο να με εξυπηρετήσουν στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

-- Στον συζυγό μου και τον γιό μου για την αμέριστη κατανό-  
ηση και συμπεράσταση που μου παρείχαν σε όλο το διάστημα της συγ-  
γραφής αυτής της μελέτης.

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η Μ Ε Λ Ε Τ Η Σ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει α/ βιβλιογραφική αναφορά της κατάστασης της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης στον Ελλαδικό χώρο, και β/ μέσω συνεντεύξεων να γίνει λήψη απόψεων για τους τομείς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα βρίσκεται σε μια κρίσιμη καμπή. Ο παραδοσιακός τρόπος περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι ξεπερασμένος και μη αποδεκτός.

Οι νέες σύγχρονες αντιλήψεις και μοντέλα στον τομέα της ψυχικής υγείας εφαρμόζονται στον ελληνικό χώρο έστω και καθυστερημένα σε σχέση με τις χώρες του εξωτερικού.

Ξεκινώντας, στην εργασία αυτή γίνεται μια γενική αναφορά στο θέμα και παρατίθενται οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται στη μελέτη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή της Ψυχιατρικής και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, μέχρι σήμερα. Στη συνέχεια παρατίθεται το αντικείμενο της Κοινωνικής - Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, και η εξέλιξή τους στην Ελλάδα. Παρατίθενται επίσης τα μοντέλα, ιδιαίτερα μέσα από τα οποία εφαρμόζεται η Κοινωνική Ψυχιατρική, με ιδιαίτερη έμφαση στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στην Σύγχρονη Ελληνική Νομοθεσία που περιλαμβάνει Νομοθετικά Διατάγματα ή Υπουργικές αποφάσεις από το 1979 μέχρι σήμερα.

Επίσης παρουσιάζεται τόσο ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στις Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης, όσο και ο ρόλος της θεραπευτικής - διεπιστημονικής ομάδας σ' αυτές.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έρευνα μέσω συνεντεύξεων που έχει γίνει, η οποία απευθύνεται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

Περιγράφεται το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε και στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συνεντεύξεις.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης και παραθέτονται προτάσεις για μια καλύτερη παροχή Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα.

Στα παραρτήματα παραθέτονται Νομοθετικά διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις και Ενημερωτικά φυλλάδια.

**Π Ι Ν Α Κ Α Σ   Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν**

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	II
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	VII
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Σκοπός της μελέτης.....	2
Επιμέρους στόχοι.....	2
Ορισμοί όρων.....	2
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</b>	
<b>ΜΕΡΟΣ Α΄</b>	
1. Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής.....	7
2. Ιστορική Αναδρομή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	14
 <b>ΜΕΡΟΣ Β΄</b>	
1. Ορισμός και Αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής - Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή.....	18
2. Εξέλιξη της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα.....	29
3. Μοντέλα Κοινοτικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης....	35
Α. Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης.....	37
Α1. Νοσοκομείο Ημέρας.....	39
Α2. Ξενώνες.....	41

	Σελίδα
B. Μονάδες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης.....	43
Γ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας.....	47
Γ1. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας.....	48
Γ2. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.....	52
Γ3. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας.....	61
Γ4. Κέντρο Ψυχικής Υγείας.....	63
Δ. Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής περίθαλψης Υπαίθρου...	65
4. Νομοθεσία.....	71
5. Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.....	78
6. Ρόλος της Θεραπευτικής Διεπιστημονικής Ομάδας σε Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.....	84

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	92
-- Είδος έρευνας ή Μελέτης.....	92
-- Ερωτηματολόγιο.....	94
-- Περιορισμοί της Έρευνας.....	96
-- Ερωτηματολόγιο για Διοικητικά Υπεύθυνους.....	97
-- Ερωτηματολόγιο για Κοινωνικούς Λειτουργούς.....	98
-- Συνεντεύξεις με Διοικητικά Υπεύθυνους πλαισίων Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.....	99
-- Συνεντεύξεις με Κοινωνικούς Λειτουργούς πλαισίων Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.....	145



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	172
-------------------	-----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	184
-- Σκοπός.....	184
-- Συμπεράσματα.....	184
-- Γενικές Εισηγήσεις.....	189

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	193
-------------------	-----

## ΘΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

	Σελίδα
ΣΧΗΜΑ 1 : Σχηματική παρουσίαση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.....	21
ΣΧΗΜΑ 2 : Η διασύνδεση του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βύρωνα - Καισαριανής με την Κοινότητα και το Αιγινήτειο.....	52
ΣΧΗΜΑ 2 : Δραστηριότητες Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου Νομού Φωκίδας.....	69

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

Εισαγωγή

"Κοιμόμουν, ξημέρωνα μέσα στην κλινική με ενέσεις. Δεν υπάρχει θεός δεν υπάρχει τίποτα έλεγα. Βυθιζόμουν σ' ένα ύπνο ατελείωτο... Σαν να μου παίρνανε τη ψυχή ήταν. Τώρα κάθε φορά στον ύπνο μου, βλέπω το ηλεκτροσόκ που μου έκαναν, καλώδια και μια πατσαβούρα στο στόμα και το ρεύμα να περνάει το κεφάλι μου, να περνάει και το μυαλό μου, να περνάει την ψυχή μου. Δεν το αντέχει κανείς. Η καρδιά μου δεν το άντεξε. Σταμάτησε εκεί. Εδώ τώρα πεθαίνω, σιγά - σιγά".

"Στα ψυχιατρεία σαν να μου παίρνουν την ψυχή με το αγκρίστρι, χανόμουν, μπερδεύόμουν".

"Με σκοτώναν στο μυαλό μου..., εγώ δεν γεννήθηκα, είμαι σκοτωμένος τέσσερις φορές, τώρα είναι η πέμπτη φορά... στην κόλαση βρίσκομαι".

Αυτές είναι μερικές μαρτυρίες εγκλειστών Ψυχωσικών αρρώστων Ελληνικού Ψυχιατρείου - από το βιβλίο "Σχιζοφρένεια και φόνος" Φ. Τσαλίκου, 1984 - όπου δίνουν πολύ παραδειγματικά την κατάσταση που επικρατεί στα Ελληνικά Ψυχιατρεία, ακόμη σήμερα.

Η κατάσταση της κλειστής Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα παραμένει όμη και σήμερα σε επίπεδα που προσβάλλουν την ανθρωπινή αξιοπρέπεια. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει θετικά βήματα για την αλλαγή της κλειστής Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Η κύρια κατεύθυνση των αλλαγών της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης κινείται από το ασυλιακό Ψυχιατρείο προς την κοινότητα.

Πριν από μερικά χρόνια έκανε την εμφάνισή της η Κοινωνική Ψυχιατρική ως εναλλακτική λύση προς το παραδοσιακό Ψυχιατρείο ή άσυλο. Ενώ στη χώρα μας εδώ και μερικά χρόνια άρχισε να ακούγεται ολοένα συχνότερα ο όρος "Κοινωνική Ψυχιατρική" πολύ λιγότερο η "Κοινοτική Ψυχιατρική" ως το μέσον για την αναμόρφωση της Ψυχιατρικής ή ως η εναλλακτική λύση στο Ψυχιατρικό μας αδιέξοδο.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να γίνει βιβλιογραφική αναφορά της κατάστασης της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Περιθαλψης στον Ελληνικό χώρο, και μέσω συνεντεύξεων να γίνει λήψη απόψεων για τους τομείς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Πιο αναλυτικά οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι :

- α) Να ερευνηθεί η θέση των ειδικών για την ψυχιατρική που εφαρμόζεται στην Ελλάδα σήμερα.
- β) Να ερευνηθεί η έκταση του προβλήματος που καλύπτουν οι ενδιάμεσες δομές που λειτουργούν στην Ελλάδα.
- γ) Να ερευνηθούν ποιά προγράμματα εφαρμόζονται εκτός της καθαρά φαρμακευτικής - ιατρικής νοσηλείας.
- δ) Να ερευνηθεί κατά πόσο οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι Μονάδες Ανοιχτής Ψυχιατρικής Περιθαλψης εκπληρούν τον βασικό τους σκοπό.
- ε) Να ερευνηθεί κατά πόσο οι Μονάδες Ανοιχτής Ψυχιατρικής Περιθαλψης ανταποκρίνονται στις ανάγκες της Κοινότητας.

### Ορισμοί όρων

#### Κοινότητα

Είναι μια συλλογική μορφή (COLLECTIVITY : συλλογικότητας) ατόμων που συγκεντρώνονται μια περιορισμένη εδαφική περιοχή σαν βά-

ση για την επιτέλεση του μεγαλύτερου μέρους των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Ο ορισμός αυτός υπονοεί ότι τα πρόσωπα αλληλενεργούν μέσα σε ένα τοπικό (LOCAL) θεσμικό σύμπλεγμα που τους παρέχει μια μεγάλη ποικιλία βασικών υπηρεσιών. Ωστόσο λαμβάνει ο ορισμός αυτός υπ' όψιν το γεγονός ότι η κοινότητα μπορεί να είναι αλλά μπορεί και να μην είναι μια αυτόρκης μονάς.

(UNESCO, Τόμος 2ος, σελ. 402).

### Κοινωνία

Κάθε άθροισμα ανθρώπων αμοιτέρων των φυλών και όλων των φυλών και όλων των ηλικιών που συνδέονται μεταξύ τους και συναπαρτίζουν μια αυτοδιδαιωνιζόμενη ομάδα (SELS PERPETUATING GROUP) με τους δικούς της, λίγο ως πολύ ευδιάκριτους θεσμούς (INSTITUTIONS) και την δική τους κουλτούρα (CULTURE) μπορεί να θεωρηθεί κοινωνία.

(UNESCO, Τόμος 2ος, σελ. 406)

### Υγεία

Ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται η έννοια της υγείας μπορεί να ορισθεί από αρνητική ή θετική σκοπιά.

Από αρνητική άποψη η υγεία θεωρείται ότι συνίσταται στην ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενοχλήσεως ή ανικανότητας και στην έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής. "Η υγεία είναι η απουσία της νόσου".

Από θετική άποψη σύμφωνα με το καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας : "Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας (WELL-BEING) και όχι απλώς η απουσία της

νόσου ή αναπηρίας".

(UNESCO Τόμος 3ος, σελ. 998)

### Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην Κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα.

(Η. Μαδιανός, Τόμος Α' σελ. 31).

### Ψυχικές Διαταραχές

Οι διαταραχές που μπορεί να παρουσιαστούν από την αντίληψη μέχρι την μνήμη, από τη σκέψη μέχρι τη νόηση, από τη συναισθηματικότητα μέχρι τη συνείδηση και την προσωπικότητα.

(Η μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος IV, σελ. 72)

### Ψυχιατρική

Κλάδος της Ιατρικής που αφορά σε ανωμαλίες, πνευματικές, συναισθηματικές και συμπεριφοράς των ανθρώπων. Συγκεκριμένα αποσκοπεί στην επισήμανση και απομόνωση τέτοιων ανωμαλιών και φυσικά στην αποκατάστασή τους.

(ΥΔΡΙΑ, τόμος 55, σελ. 249)

### Ψυχιατρείο

Θεραπευτικό ίδρυμα, καλούμενον και άσυλον φρενοβλαβών ή φρε-

νοκομείον, εις το οποίον νοσηλεύονται οι πάσχοντες κατά τας φρένας ή εγκλείονται οι ανιάτως φλενοβλαβείς προς αποφυγή του κινδύνου εγκληματικών υπ' αυτών ενεργειών.

(Η μεγάλη Αμερικανική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος Κ' σελ. 929)

### Κοινωνική Ψυχιατρική

Ο ορισμός του καθηγητή Μάνου λέει ότι είναι : " Κλάδος της Ψυχιατρικής που ενδιαφέρεται (τόσο) για τις οικολογικές, κοινωνιολογικές και πολιτιστικές μεταβλητές που προδιαθέτουν, προκαλούν, εντείνουν ή περιπλέκουν δυσπροσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς (όσο και για την θεραπεία τους".

Ή όπως λέει ο BOURGUIGNON "Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι μια θεωρία αλλά και μια πρακτική που λαμβάνει υπόψη της την κοινωνία, το κοινωνικό περιβάλλον, όχι μόνο σαν παράσταση στο μυαλό του ασθενή, αλλά και σαν συγκεκριμένη υλική και θεσμική πραγματικότητα".

(Ν. Μπιλανάκης, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 27, σελ. 25).

### Κοινοτική Ψυχιατρική

Σύμφωνα με το Ψυχιατρικό γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. του 1954 "η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στην κοινότητά του".

(Μ. Μαδιανός, Τόμος Β' σελ. 28)

### Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή

Η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην Κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και την πρόληψη ή τον έλεγχο των φυσικών διαταραχών.

(Μ. Μαδιανός, Τόμος Β', σελ. 30)

### Αποκατάσταση

Γενικά, θα μπορούσαμε να ορίσουμε την αποκατάσταση ως την επιτυχημένη τοποθέτηση του ατόμου σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον, όπου θα έχει την δυνατότητα να αξιοποιήσει όλες τις κοινωνικές, επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητές του.

(Γ. Παπαδάτος, σελ. 1988, σελ. 166).



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

## Μ Ε Ρ Ο Σ    Α

1. Ιστορική Αναδρομή της Ψυχιατρικής

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδημητρίου "Σύγχρονη Ψυχιατρική" 1973 τόμος Α',σελ. 177, Η ψυχιατρική σκέψη και πρακτική δεν υπήρξε κάτι το αυτόνομο και ανεξάρτητο στη ζωή των κοινωνιών. Αντιθέτως υπήρξε οι πλήρη συνάρτηση :

1. Προς την εξέλιξη της Ιατρικής.
2. Προς τις επικρατούσες σε κάθε περίοδο της ανθρωπότητας ιδέες και
3. Προς την εξέλιξη της πολιτιστικής πορείας της ανθρωπότητας και ειδικότερα της ουμανιστικής πορείας της.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα η ψυχιατρική σε γενικές γραμμές ακολούθησε την εξελικτική και συχνά παλινδρομική πορεία της επιστήμης και του πολιτισμού αν και κατά τις δραματικές για την ανθρωπότητα περιόδους η Ψυχιατρική υπέστει τις μεγαλύτερες θυσίες και ταπεινώσεις. Την Ιστορία της Ψυχιατρικής την χαρακτηρίζουν δύο βασικές τάσεις. Η μια επιστημονική και η άλλη μυστική και μυστικιστική. Η πρώτη βασίζεται στην παρατήρηση και στην εμπειρία ενώ η δεύτερη στον μυστικισμό.

Η Ιστορία της Ψυχιατρικής διαιρείται σε έξι περιόδους :

\* Πρώτη περίοδος

Προεπιστημονική περίοδος.

\* Δεύτερη περίοδος

Επιστημονική Ψυχιατρική (Από τον Ιπποκράτη ως τον Γαληνό.

\* Τρίτη περίοδος

των Μέσων Χρόνων (Ψυχιατρικής κατά τον Δυτικο-ευρωπαϊκό Μεσαίωνα Βυζάντιο).

\*Τέταρτη περίοδος

Ψυχιατρική κατά την Αναγέννηση.

\*Πέμπτη περίοδος

Ψυχιατρική των Νεωτέρων χρόνων (της ανθρωπιστικής και οργανωμένης Επιστημονικής Ψυχιατρικής από την Γαλλική επανάσταση ως σήμερα).

## Π Ρ Ω Τ Η Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ο Σ

### Προεπιστημονική Περίοδος

"Η περίοδος αυτή αρχίζει από την χαραυγή της Ιστορίας. Περνάει μέσα από τους πρωτόγονους λαούς, τις φυλεκτικές κοινωνίες, τις μυθολογικές εποχές και φτάνει στους κλασσικούς χρόνους της Αρχαίας Ελλάδος". (Γ. Παπαδημητρίου, τόμος Α', σελ. 179).

Η ψυχοπάθεια κατά την εποχή αυτή θεωρείται ότι προέρχεται από τους θεούς όπως και όλες οι αρρώστιες του οργανισμού, γι' αυτό και η θεραπεία της έχει ανατεθεί στα χέρια των ιερέων και των μάντεων. Η ψυχιατρικών είναι μαγικο-θεουργικο-εμπειρική.

Σαν μέσο θεραπείας της ψυχοπάθεια την εποχή αυτή εφαρμόζεται ο τρυπανισμός και ο σαμανισμός.

## Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Η Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ο Σ

### Επιστημονική Ψυχιατρική

Κατά τον Γ. Παπαδημητρίου, 1973, σελ. 197, την περίοδο αυτή γεννιέται και διαμορφώνεται η επιστημονική ψυχιατρική αντίληψη.

Αυτό γίνεται κατά την διάρκεια του χρυσού αιώνας όπου στην Αθηναϊκή Πολιτεία όλες τις εκδηλώσεις του ανθρώπινου πνεύματος ανέρχονται σε δυσθεώρητα, πρωτοφανή και ανεπανάληπτα ύψη. Τότε είναι που η Ιατρική και μαζί μ' αυτή ο κλάδος της Ψυχιατρικής περνούν για πρώτη φορά στην Ιστορία, από το εμπειρικό στο επιστημονικό στάδιο.

Το πέρασμα από το ένα στάδιο στο άλλο έγινε από άτομα τα οποία ήταν προικισμένα με όλα τα έξοδα ιδιοσυγκρασιανά προσόντα.

Αναφέροντας μερικούς από αυτούς ο Ιπποκράτης, ο οποίος, σύμφωνα με τον Π. Χαρτοκολη "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", 1986, σελ.28, θεωρείται ο πατέρας της Ιατρικής, ο οποίος περιέγραψε τις βασικές διαταραχές δίνοντάς τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα σήμερα - υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια.

Ο Πλάτωνας υποστηρίζει ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν.

Μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης, περιέγραψε πρώτος τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό, βούληση.

Ο Επίκουρος και ο Ζήνων, διάδοχοι του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη υπογράμμισαν την σημασία της εμπειρίας και των διαπροσωπικών σχέσεων για την ανάπτυξη του ψυχικού κόσμου.

Ο Ασκληπιάδης διαχώριζε τις ψευδαισθήσεις από παραισθήσεις, ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και πρότεινει θεραπεία μουσικής και διέγερση των πνευματικών ενδιαφερόντων των ασθενών.

Ο Κικέρων ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε την λέξη LIBIDO σαν ψυχολογική έννοια (έντονο πάθος).

Επίσης ο Κέλσος ήταν ο πρώτος που τονίζει την σημασία της σχέσης γιατρού - ασθενή και προτείνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές για να μπορέσουν να ευθυμίσουν οι μελεγχολικοί και να ηρεμήσουν οι μανιακοί.

Τέλος ο Γαληνός, προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού του παράλογου και του ηδονιστικού τμήματός της.

### ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

#### Μέσοι χρόνοι - Μεσαιωνική, Βυζαντινή και Αραβική Ψυχιατρική

Όπως αναφέρει ο Γ. Παπδημητρίου 1973, τόμος Α', σελ. 221, κατά τον Μεσαίωνα την Ψυχοπάθεια την απέδιδαν στα κακά πνεύματα, στους διαβόλους και στις μαγείες. Οι ψυχοπαθείς (που κατέχονταν από τους διαβόλους) θεωρούνται ακάθαρτα όντα, τα οποία έπρεπε να καούν και τα έκαιγαν. Άλλοτε τα έθεταν κάτω από την προστασία διάφορων Αγίων για να τους ελευθερώσουν από την κυριαρχία των δαιμόνων, και άλλοτε τους έκλειναν σε φυλακές και σε υπόγεια.

Κατά την Βυζαντινή περίοδο, χιλιάδες πάσχοντες στη Ψυχή και στο σώμα στράφηκαν προς την εκκλησία και τους ιερείς της.

Η βοήθεια προς τους ασθενείς απέκτησε μεγάλη σημασία στη Χριστιανική σκέψη. Επικρατούσε μια νοσηλευτικοθρησκευτική αντίληψη η οποία αποτέλεσε τον θαυμασιότερο θώρακα προστασίας και περίθαλψης των ψυχοπαθών.

Πολύ ανεκτική και γενικά ανθρωπιστική ήταν η αντιμετώπιση των ψυχιατρικών αρρώστων από τους Άραβες, οι οποίοι με βάση τη Μουσουλμανική πίστη θεωρούσαν τον ψυχοσθενή ως αγαπητό και διαλεγμένο από το θεό, δημιουργώντας πρότυπα άσυλα για τους ψυχοσθενείς.

## Τ Ε Τ Α Ρ Τ Η Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ο Σ

### Αναγέννηση

Κατά την διάρκεια της Αναγέννησης (όπως ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει) έλαβαν χώρα πολλές Ιατρικές κατακτήσεις. Έναντι του μυστικισμού και της δεισιδαιμονίας, η Ιατρική αντιπαράθεσε την πείρα και τον πειραματισμό, τα πραγματικά γεγονότα και την λογική.

Όπως και ο Π. Χαρτοκολλης 1986, σελ. 32 αναφέρει, διάφορες σημαντικές μορφές αρχίζουν να πηγαίνουν ενάντια στη σκοταδική μανία και αρχίζει να αναδύεται ο ανθρωπισμός. Από τους πρότυπους και προοδευτικούς αντιπροσώπους του κινήματος κατά της Δαιμονολογίας είναι ο Ισπανός Χουάν Λους Βιβές που σπούδασε και έγραψε στις αρχές του 16ου αιώνα στη Γαλλία και στην Αγγλία και ο σύγχρονος του Παρακελσου καθηγητή της Ιατρικής στη Βασιλεία της Ελβετίας, ο οποίος περιγράφει τον άνθρωπο ως ψυχοβιολογικό σύνολο και υποστήριξε την ανάγκη για μια ανθρωπιστική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών αρρώστων.

Ο Ν. Μάνος "Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής" 1988, σελ. 18, γράφει ότι ο Βιβές, γύρω στο 1524 περιέγραψε λεπτομερέστερα τον τρόπο λειτουργίας ψυχιατρικών νοσοκομείων που πρέπει να δημιουργηθούν και εισάγει τις έννοιες της αμφιθυμίας των συνειρμών και της σύνδεσής τους με τα συναισθήματα. Θεωρείται ο πατέρας της εμπειρικής ψυχολογίας.

## Π Ε Μ Π Τ Η Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ο Σ

### Η Νεώτερη Ψυχιατρική Επιστήμη

Η Ψυχιατρική στο πέρασμα των αιώνων, όπως περιγράφει ο Γ.

Παπαδημητρίου σελ. 278, πέρασε από πολλές και διάφορες φάσεις, πάλεψε σκληρά όσο κανένας άλλος κλάδος της Ιατρικής, με τις πανίσχυρες θεοκρατικές στην Αρχαιότητα και Δαιμονοκρατικές στον Μεσαίωνα δυνάμεις.

Στα μέσα του 18ου αιώνα, μόνο η Ψυχιατρική βρήκε την ευκαιρία να εισχωρήσει στο πλαίσιο των ανθρωπιστικών εξορμήσεων που συγκλόνισαν την Δυτ. Ευρώπη.

Αποφασιστικά για την Ιστορία της Ψυχιατρικής βήματα διεξήχθησαν σχεδόν ταυτόχρονα στην Ευρώπη.

Στη Γαλλία ο Ψυχίατρος PHILIPPE PINEL δίνει την προσοχή του στην Ψυχιατρική Νοσολογία.

Μαζί με τον Ιταλό UINCENRO CLLIORUGI και τον Άγγλο WILLIAM TUKER θεωρείται ο εισηγητής, της κατάργησης του αλυσσοδέματος.

Στο βιβλίο του "Κοινωνία και ψυχή", 1976, σελ. 14, ο Α. Λυράκος γράφει ότι κατά τον 19ο αιώνα στην Αγγλία και στην Αμερική άρχισαν κινήσεις για την ίδρυση νέων ψυχιατρικών νοσοκομείων, βελτίωση των όρων διαβίωσης των ασθενών και οργανώθηκε η μετανοσοκομειακή παρακολούθησή τους. Οι Άγγλοι εφάρμοσαν το σύστημα να μην στερούν την ελευθερία των αρρώστων.

Στα μέσα του 19ου αιώνα, όπως ο Χαρτοκόλλης Π. 1986, σελ.43 αναφέρει, στη Γερμανία, η Ψυχιατρική στην προσπάθειά της να αποκτήσει μια πιο επιστημονική ταυτότητα περνάει από το Δημόσιο Ψυχιατρείο στο Πανεπιστήμιο όπου προτεραιότητα έχουν η έρευνα και η θεωρία.

Πιο πρόσφατα, σύμφωνα με τον Α. Λυράκο, 1976, σελ. 17, με την επίδραση των Κοινωνικών Επιστημών άρχισαν να εξετάζονται οι σχέσεις του ατόμου προς το κοινωνικό σύνολο, η δυναμική της οικογενειακής ομάδας. Με την αλληλοεξάρτηση ατόμου και κοινωνία ασχολήθηκε ο Ε.Η. ERIKSON, ο οποίος ερεύνησε τον άνθρωπο που γεννιέται

σε μια κοινωνία, δέχεται τις αξίες της, μεταβάλλει και μετασχηματίζει τις ανάγκες του ανάλογα με τις αλλαγές που επιφέρει μια κοινωνία από την παιδική μέχρι την γεροντική ηλικία.

Στην Ελλάδα, όπως ο Ι. Παπαδημητρίου 1973, σελ. 325 αναφέρει, ο πρώτος ψυχιατρικός νόμος "περί συστάσεως φρενοκομείων" Νόμος ΦΜΒ εξεδόθη το 1862.

Το 1864 αποκτά το πρώτο ψυχιατρείο στο πρόσωπο του ασύλου Κέρκυρας. Αρχικώς το ίδρυμα ονομάστηκε φρενοκομείο Κέρκυρας και με το Νόμο 4741 του 1930 μετενομάστηκε Δημόσιου Ψυχιατρείου Κέρκυρας.

Το 1882 προσφέρεται το κληροδότημα του Δρομοκαΰτη και σύμφωνα με το Νόμο ΑΡΚΕ της 30 Απριλίου/5 Μαΐου 1883 περί παραχωρήσεως γαιών προς ανέγερσιν του Φιλανθρωπικού Καθιδύματος "φρενοκομείου Δρομοκαΐτου" ιδρύεται το 1886 το πρώτο Ελληνικό φρενοκομείο.

Το 1904 με κληροδότημα του καθηγητού της Ιατρικής Διου Αιγηνίτη ιδρύεται το Αιγηνίτειον Νοσοκομείων για να στεγαστεί η ψυχιατρική και νευρολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το 1924 οργανώνεται η λειτουργία του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών στο Δαφνί. Ενώ το 1954, αρχίζει να λειτουργεί το Άσυλο Ψυχοπαθών της Λέρου.

Στην συνέχεια ακολουθούν μια σειρά από άλλα ψυχιατρικά άσυλα. Λόγω των σοβαρών καταστροφών που έπληξαν τη χώρα μας το πρώτο μισό του 20ου αιώνα έχουμε σαν αποτέλεσμα την τραγική στασιμότητα στην εξέλιξη της ψυχιατρικής ιδιαίτερα στο χώρο της περίθαλψης.

Η Ελληνική Ψυχιατρική πραγματικότητα παρουσιάζει ιδιαίτερη χρονική καθυστέρηση σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Όπως και ο Γ. Παπαδότος "Κοινοτική Ψυχική Υγείνη", 1988, σελ. 32, αναφέρει ότι : "Η χρονική αναντιστοιχία είναι εντονότατη, αν αναλογιστούμε

πως την ίδια περίοδο που αρχίζει να λειτουργεί το Ψυχιατρείο της Λέρου, η διαδικασία της αποασυλοποίησης ακολουθεί ταχύτατους ρυθμούς στην υπόλοιπη Ευρώπη και στις Η.Π.Α., ενώ παράλληλα οι αρχές της Κοινωνικής και της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής έχουν ήδη καταφέρει σοβαρότατα πλήγματα στη λειτουργία των ψυχιατρικών ασύλων, αμφισβητώντας στην πράξη το καθεστώς του εγκλεισμού και της απομόνωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές".

## 2. Ιστορική Αναδρομή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο 1988, σελ. 22, η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν αποτελεί κάποιο ιδιαίτερο κλάδο της Ψυχιατρικής, αλλά μια εντελώς νέα αντίληψη για την ίδια την ψυχιατρική επιστήμη.

Ο Μ. Μαδιανός στο βιβλίο του "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία", Τόμος Α' 1989, σελ. 17, αναφέρει πως μια πρώτη μορφή Κοινωνικής Ψυχιατρικής μπορεί να αναζητηθεί στον 16ο αιώνα στην πειροχή CHE-EL στο Βέλγιο όπου το σύστημα περίθαλψης του ψυχικά νοσούντος είχε αναπτυχθεί σε κοινοτική βάση. Σύμφωνα μ' αυτό το σύστημα οι ψυχικά ασθενείς ζούσαν σε θετές οικογένειες και συμμετείχαν στην αγροτική ζωή της περιοχής.

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση", 1987, σελ. 16, αν δεχτούμε ότι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην άνοδο της αστικής τάξης και στην επικράτηση των Ψυχιατρείων είναι ανάλογη, τότε δεν είναι περιέργο που οι προδρομικές μορφές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής αναζητούνται στα τέλη του 18ου και αρχές του 19ου αιώνα. Σ' αυτή τη χρονική περίοδο (Μ. Μαδιανός 1989, σελ. 17) βρίσκουμε τον πρόδρομο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής του PIETRO PISANI, όπου οι μέθοδοι που εφάρμοσε είναι αυτοί που



εμείς σήμερα αποκαλούμε "θεραπεία του περιβάλλοντος".

Οι φιλοσοφικές απόψεις για τον ψυχικά άρρωστο του Άγγλου WILLIAM TUKE, του Γάλλου THIL. PINEL, του Ιταλού VINCERO CHIARUGI και της Αμερικανίδας DOROTHEA DIX στην εποχή της Γαλλικής Επανάστασης βοήθησαν στο να σπαρθεί η ιδέα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Στην εξέλιξη της νέας αυτής επιστήμης παρατηρείται μια μεγάλη κάμψη κατά την διάρκεια του 19ου αιώνα όπου επέρχεται ο εκφυλισμός των ιδεών της Γαλλικής Επανάστασης, η πτώση του φιλελευθερισμού στην Ευρώπη και χειροτερεύει η θέση των εγκλειστών στα ψυχιατρικά άσυλα. Σ' αυτή τη φάση, οι προδρομικές μορφές της ανερχόμενης επιστήμης εξαφανίζονται, για να κάνει την εμφάνισή της στον 20ο πιά αιώνα, η Κοινωνική Ψυχιατρική.

Το 1902 δημιουργείται η πρώτη ψυχιατρική μονάδα Γενικού Νοσοκομείου στο "ALBANY HOSPITAL" στη Ν. Υόρκη. Το 1913 αναπτύσσονται θεραπευτικές δραστηριότητες από γενικούς γιατρούς για θεραπεία φυσικά πασχόντων έξω από τα ψυχιατρεία (Παπαδάτος 1987, σελ. 16). Το 1917 - κατά τον Μοδιανό 1989, σελ. 18 - ο SOUTHARD εισάγει τον όρο Κοινωνική Ψυχιατρική. Επειδή όμως η επιστήμη είναι πρωτόγνωρη και χωρίς σημαντικά ιστορικά θεμέλια, το περιεχόμενο, και το αντικείμενό της είναι αρκετά ασαφή. Σύμφωνα με τον SOUTHARD ο "Υγιειονολόγος της Ψυχικής Υγείας" πρέπει να ξεκινά από το Ψυχιατρικό πεδίο και να καταλήγει στο κοινωνική, η δε Κοινωνική Ψυχιατρική πρέπει να περιέχει στοιχεία εφαρμοσμένης Κοινωνιολογίας, Κοινωνικής Ψυχολογίας, Νευροψυχιατρικής, Ψυχομετρίας και κλινική εμπειρία.

Την ίδια περίπου δεκαετία, ο Αμερικανός Ψυχίατρος ADOLS MEYER υποστηρίζει την άποψη για βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ψυ

χικά αρρώστου (Παπαδάτος 1987, σελ. 116), ενώ στην επόμενη δεκαετία, 1924, πραγματοποιείται η πρώτη δημόσια συζήτηση για την Κοινωνική Ψυχιατρική από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία. Το 1925, στο Πανεπιστήμιο του ALBANY, τα μαθήματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής που παραδίδονται από τον CLINTON NC CORD μπορούν να συγκριθούν με τα πιο σύγχρονα μαθήματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής (Μ. Μοδιανός 1989, τόμος Α', σελ. 19). Κατά τον ίδιο συγγραφέα, στα επόμενα δεκαπέντε χρόνια, 1925 - 1940 η Κοινωνική Ψυχιατρική χάνεται από το προσκήνιο σαν Ψυχιατρική ειδικότητα και αυτό γιατί η τότε έντονη επιρροή της Ψυχανάλυσης επεσκίαζε τις κοινωνικές κατευθύνσεις στη Ψυχιατρική, ενώ αντίθετα στις κοινωνικές επιστήμες, η Κοινωνική Ψυχιατρική καθιερώνεται σαν όρος στο Λεξικό των Κοινωνικών Επιστημών. Ούτε όμως η Ψυχανάλυση ούτε η παραδοσιακή Ψυχιατρική του εγκλεισμού στα άσυλα μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν τους 1.100.000 ψυχικά ασθενείς άντρες που έφερε στην επιφάνεια το τέλος του Β' παγκοσμίου Πολέμου στις Η.Π.Α. Έτσι ο πιο προσιτός και αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης ήταν η περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.

Κατά τον Γ. Παπαδάτο 1987, σελ. 17, στη Δύση το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας δημιουργήθηκε στο Μόντρεαλ του Καναδά το 1947, στην Αγγλία στο Χαμσαιϊντ το 1946, στις Η.Π.Α. το 1946. Ενώ στη Σοβιετική Ένωση οι πρώτες προδρομικές μορφές, κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών εμφανίστηκαν μετά το τέλος της Οκτωβριανής Επανάστασης όπου δημιουργείται στη Μόσχα το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας το 1933 από τον Ζαχάρωφ.

Η πρακτική πλευρά της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στις Η.Π.Α., άρχισε να συναντάται στη δεκαετία του '60, ώστε να υπάρχουν σήμερα περισσότερα από 700 Κέντρα ψυχικής Υγιεινής που καλύπτουν το

50% του γενικού πληθυσμού. Ο αριθμός των Ψυχιάτρων έχει μειωθεί κατά 50% από το 1970 σ' αυτά τα κέντρα αλλά έχουν αυξηθεί οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και έχουν διπλασιαστεί οι ψυχολόγοι.

Η Άννα Ποταμιάνου στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, 1984, σελ. 148, αναφέρει ότι, την ίδια δεκαετία, γίνονται στην Ελλάδα οι πρώτες ενέργειες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, που διέπονται από δύο διαφορετικές ιδεολογίες στη μια το σύστημα περίθαλψης έχει το νοσοκομείο σαν κέντρο, ενώ στην άλλη η ψυχιατρική περίθαλψη είναι άσχετη με το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό, 1989, σελ. 21, πιο πρόσφατα η Δυτική Γερμανία αναμορφώνει όλες τις κοινοτικές της ψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ η Ιταλική Κυβέρνηση με το κίνημα του FRANCO BASALIO και άλλων προοδευτικών Ψυχιάτρων έχει ριζικά αναμορφώσει τη νομοθεσία και το σύστημα παροχής Ψυχιατρικών υπηρεσιών δημιουργώντας νέες προοπτικές στην Κοινωνική Ψυχιατρική.

Ο Παπαδάτος Γ. 1987 σελ. 18 γράφει ότι στην Ελλάδα η κατάσταση πριν από το νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ήταν τραγικά με ύπαρξη μεγάλων ψυχιατρείων, με χιλιάδες αρρώστους, αν και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του '50 προσδιορίζει μικρό μέγεθος ψυχιατρείων με 300 - 600 κρεβάτια. Με το Ε.Σ.Υ. δημιουργήθηκαν τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία και προβλέπεται η δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Σήμερα υπάρχουν 19 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας.

Γενικότερα όμως, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η Κοινωνική Ψυχιατρική θα επικρατήσει, μόνο όταν η υπεροχή της δεν θα είναι μόνο ιδεολογικής αξίας, αλλά όταν αποδείξει στην πράξη ότι υπερέχει στην αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων από τις άλλες μεθόδους.

## Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

**1. Ορισμός και Αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής - Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγείνη.**

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο πρώτος ορισμός της Κοινωνικής Ψυχιατρικής δόθηκε το 1917 από τον SOUTHARD, σύμφωνα με τον οποίο : "Η Κοινωνική Ψυχιατρική προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του Κοινωνικού και της Ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για την διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών κι έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηριστικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας των ενστίκτων και του Μήχηβιορισμού της επαγγελματικής ψυχολογίας και των συναφών κλάδων" (Περιοδικό "Εγκέφαλος", Μ.Γ. Μαδιανμός, Κοινωνική Ψυχιατρική, Ιστορική Ανασκόπηση, Ορισμός και Ιδεολογία, Τεύχος 17, 1980, σελ. 160-161).

Από τότε όμως που ο SOUTHARD εισήγαγε τον όρο "Κοινωνική Ψυχιατρική" πέρασε από πολλές φάσεις και χρησιμοποιήθηκε από πολλούς για να ορίσει κάθε φορά διαφορετικό επιστημονικό αντικείμενο ή διαφορετική επαγγελματική δραστηριότητα. Και σύμφωνα με το κ. Στεφανη, καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών: "Αυτά συμβαίνουν όταν ούτε το αντικείμενο ούτε το περιεχόμενο ούτε η μεθοδολογία μιας επιστήμης ή ακόμα και μιας Κοινωνικής πρακτικής δεν έχουν ιστορικά εξελιχθεί στο σημείο που να αποκτήσουν τη δικιά τους αυτοτέλεια, τη δικιά τους οριστικοποιημένη μορφή, τη δικιά τους πρωτογενή σημασία και τέλος το δικό τους σύστημα κανόνων που πειθαρχεί τη σκέψη και τη συμπεριφορά αυτών που τις ασκούν ή απλώς τις ασπάζονται" (Κώστας Στεφανής, Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, 1984, σελ. 83).

Έτσι όπως ο Μ. Μαδιανός 1989, σελ. 22-23 αναφέρει, σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο BRAUN (1934), η Κοινωνική Ψυχιατρική, σε ένα επίπεδο ασχολείται με την διερεύνηση της κοινωνικής προσαρμογής των ατόμων και των ομάδων, ενώ σε ένα άλλο επίπεδο δίνει στις ψυχικές νόσους του κοινωνικό προσδιορισμό που η στάση της κοινωνίας επιτρέπει να αποδωθεί. Το 1955 ο Τ. RENNIE με τον ορισμό που δίνει, ειργάζει στην Κοινωνική Ψυχιατρική και τον τομέα της έρευνας, που μέχρι τότε έλλειπε. Είναι αξιοσημείωτο ότι τόσο ο ALEXANDER LEIGHTON, ένας από τους θεμελιωτές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής όσο και οι γνωστοί Ψυχιατρικοί Κοινωνιολόγοι, ο CLAUSEN και ο HOLLINGSHEAD, αποφεύγουν να δώσουν έναν ορισμό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Στη Μ. Βρετανία με την παράδοση της ανθρωπιστικής ψυχιατρικής του W. JUKE και άλλων θεωρήθηκε στη Κοινωνική Ψυχιατρική αυτό που σήμερα αποκαλούμε Κοινοτική Ψυχιατρική, δηλαδή παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, πέρα από το παραδοσιακό σύστημα της Ψυχιατρικής.

Σύμφωνα με τον Κ. Στεφανη, 1984, σελ. 85, στην ιστορική πορεία των 10 περίπου χρόνων ο όρος της Κοινωνικής Ψυχιατρικής φαίνεται να οριστικοποιείται σε τρεις τάσεις.

Σύμφωνα με την πρώτη ο όρος χρησιμοποιείται στον ερευνητικό τομέα όπου η έρευνα προσανατολίζεται κυρίως στη σχέση των κοινωνικών μεταβλητών με την ψυχική υγεία και την ψυχοπαθολογία, όταν αντικείμενο μελέτης δεν είναι ο άρρωστος αλλά το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης και γενικά το σύστημα παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών.

Στη δευτέρα τάση ο όρος χρησιμοποιείται εναλλακτικά ή ως υποκατάστατο του όρου "κοινοτική". Εκφράζει έτσι το είδος εκείνο της Ψυχιατρικής πρακτικής όπου το άτομο δεν αντιμετωπίζεται αποκλειστικά από την κοινότητα αλλά μέσα απ'αυτή, τόσο προληπτικά όσο και θεραπευτικά. Εδώ βέβαια, είναι πολύ εμφανής η ιδεολογία της

αποϊδρυματοποίησης.

Στην τρίτη τάση παρατηρείται μια συγχώνευση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής με τη σωστή εκουγχρονισμένη Ψυχιατρική. Το άτομο αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα και σε συνάρτηση με το σύνολο των (κοινωνικών) συνθηκών που το περιβάλλουν.

Καταλήγοντας μπορούμε να δώσουμε έναν ορισμό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, αυτόν που ο κ. Μαδιανός παραθέτει και σύμφωνα με τον οποίο : "Η κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας, αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές κοινωνικοπολιτικές συνθήκες, μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σ'ένα συγκεκριμένο χώρο. Δεν διαφωνεί, όπως ίσως πολλές φορές συγχέεται με την βιολογική υπόσταση της Ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει όμως τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης τη ψυχικής αρρώστιας, πέρα από το παραδοσιακό Ψυχιατρείο, έχοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσης της με την βοήθεια των άλλων επιστημών της Συμπεριφοράς (Κοινωνιολογίας, Ανθρωπολογίας, Ψυχολογίας, Κυβερνητικής κ.λπ.) του ανθρώπου" (Εγκέφαλος, Νο 17, 1980, σελ. 161).

Μια συνοπτική σχηματική παρουσίαση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής η οποία αποτελείται από τη σύμμιξη των κλάδων της Ψυχιατρικής και των κλάδων των Επιστημών της Συμπεριφοράς, παρατίθεται στο σχήμα 1.

Στο ίδιο άρθρο του κ. Μαδιανού, σελ. 162, το αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, καθορίζεται ως: 1. το άτομο υγιές ή παθολογικό 2. η οικογένειά του, 3 ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ευάλωτοι πληθυσμοί, μειονότητες). Και επιπλέον οι ιδιαίτερες περιοχές που ενδιαφέρουν την Κοινωνική Ψυχιατρική είναι η μελέτη των φαινομένων : 1. της κοινωνικής κινητικότητας (μετανάστευση, περιθωριακότητα), 2. της κοινωνικής διαστρωμάτωσης

Σ Χ Η Μ Α      Ν.1

ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ      ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

---

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	--->	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	--->	ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	--->	ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	<---	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
↓ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ								

3. της πολιτιστικής αλλαγής, 4. της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με τις διάφορες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους.

Είναι πλέον φανερό ότι η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί έναν κλάδο της Ψυχιατρικής ο οποίος βρίσκεται σε μια διαδικασία εξέλιξης.

Σ' αυτή την πορεία εξέλιξης (Μαδιανός Μ., 1989, Τόμος Β', σελ. 29), η Κοινωνική Ψυχιατρική έχει οργανωθεί ως μια θεωρητική επιστήμη, η οποία εμπεριέχει την έρευνα και εκφράζεται πρακτικά από την Κοινοτική Ψυχιατρική και μάλιστα σύμφωνα με έναν ορισμό που δόθηκε από το τμήμα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου COLUMBIA της Ν. Υόρκης "Ο όρος Κοινοτική Ψυχιατρική αναφέρεται σε μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Ως υποειδικότητα βασίζεται, στην κλινική Ψυχιατρική αλλά στοχεύει στην πρόληψη, μείωση ή εξαφάνιση της ψυχικής αρρώστιας. Εστιάζει στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού τους κόσμου στον οποίο λειτουργούν. Η κοινοτική Ψυχιατρική δίνει έμφαση στην εφαρμογή, στο επίπεδο της κοινότητας, των ερευνητικών προγραμμάτων της ή της αξιολόγησης υπηρεσιών.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική, δίνει, αντίθετα, αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών". Είναι εμφανής, λοιπόν η διάσταση που υπάρχει μεταξύ Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής, ως θεωρίας και πράξης αντίστοιχα.

Σύμφωνα με το Ψυχιατρικό Γλωσσάριο της Α.Ψ.Ε. του 1954, "η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που ευοδώσουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχιατρικά αρρώστου στη



κοινότητά του" (Μ. Μαδιανός 1989, σελ. 28).

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, ο RUESCH ορίζει την Κοινοτική Ψυχιατρική ως ένα σύνθετο επιχειρησιακό σύνολο το οποίο στοχεύει στην αλλαγή στάσεων, αύξηση της επίγνωσης, δυνατότητα θεραπείας σε όλους με κινητοποίηση των αναγκαίων δυνάμεων - πόρων που εφαρμόζονται σε κοινοτικό επίπεδο.

Τέλος, σύμφωνα με τον DUNL, η Κοινοτική Ψυχιατρική έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση των προσαρμοστικών δυναμικών και των ψυχοκοινωνικών επιδεξιότητων, όπως και τη μείωση των επιπέδων της ψυχοπαθολογίας σε ομάδες πληθυσμών της κοινότητας με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ανίχνευσης περιπτώσεων, θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης.

Το άτομο δεν παραμένει ως ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ως η έκφραση μιας περισσότερο γενικής ψυχιατρικής ανάγκης μιας ομάδας πληθυσμού.

Οι Δ. Σαραντίδης και Ι. Τριποδιανάκης, στο άρθρο τους "Το πενταετές πρόγραμμα μεταρρύθμισης της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα", Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 27, σελ. 14, περιγράφουν την Κοινοτική Ψυχιατρική σαν "την τρίτη ψυχιατρική επανάσταση". Η πρώτη ήταν στην περίοδο της Αναγέννησης που άρχισε να επικρατεί η άποψη ότι η ψυχιατρική νόσος δεν έχει αιτιολογική σχέση με τις αμαρτίες ή την μαγεία. Η δεύτερη επανάσταση ήρθε με τον FREUD και την ψυχανάλυση. Η επανάσταση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής πρεσβεύει ότι η ψυχιατρική νόσος μπορεί να κατανοηθεί αν ερμηνευθούν, οι σωματικοί, κληρονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που ενδεχόμενα την προκαλούν.

Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο στις χώρες της Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο άρχισαν να δημιουργούνται νέες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και να εφαρμόζονται οι

αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής όπως το MENTAL HEALTH ACT το 1959 στη Μ. Βρετανία, η καθιέρωση της γεωγραφικής περιοχής ευθύνης το 1960 στη Γαλλία, και ο Νόμος του KENNEDY το 1963 στις Η. Π.Α. για τα Κοινοτικά Κέντρα Ολοκληρωμένης Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας. Τα Κέντρα αυτά θεωρήθηκαν τα βασικά κύτταρα για την επιτυχία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Βασικά στοιχεία της Κοινοτικής ψυχιατρικής είναι :

1. Η πρόληψη και 2. η αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας στο περιβάλλον του αρρώστου. Επομένως μπορούμε να πούμε ότι η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ο αντίποδας της ασυλιακής ψυχιατρικής, όπου η απομάκρυνση του αρρώστου από την κοινωνία είναι το κύριο μέλημά της.

Τα χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Ψυχιατρικής μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω έννοιες :

1. Υπευθυνότητα για συγκεκριμένο πληθυσμό, 2. Θεραπευτική αντιμετώπιση όσο γίνεται πιο κοντά στην κοινότητα, 3. Ολοκληρωμένη κάλυψη των αρρώστων με υπηρεσίες επείγουσας ψυχιατρικής, εξωτερικού ιατρείου, μονάδες μερικής νοσηλείας, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και επαγγελματική εκπαίδευση, 4. Αντιμετώπιση από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικ. λειτουργούς κ.λπ.) και όχι μόνο από γιατρούς, 5. Συνεχιζόμενη φροντίδα του αρρώστου από την ίδια ομάδα θεραπειών, άσχετα ποιά συγκεκριμένη μονάδα έχει ανάγκη ο άρρωστος, 6. Συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (δηλαδή των αρρώστων) στη θεραπευτική αντιμετώπιση. 7. Πρόληψη.

Τέσσερις είναι οι βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής όπως ο Μ Μαδιανός, 1984, Τόμος Β', σελ. 40 τις αναφέρει :

1. Η αρχή της πλήρους παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, σε σύντομο χρονικό διάστημα ή το μικρότερο δυνατό κόστος.

2. Η αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής κυμαίνεται από 1 έως 15 λεπτά.
3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιο θεραπευτή και τέλος,
4. Η αρχή της ανταποκριτικότητας όπου η προσέλευση του κοινού στο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι ανάλογη με την ανάπτυξη του δικτύου παραπομπών.

Επίσης σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό, 1989, σελ. 41, οι DOWELL και CIORLO σ'ένα άρθρο τους το 1983 ανέλυσαν τους στόχους της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Οι βασικοί στόχοι είναι :

1. Η αύξηση του εύρους του αριθμού και τις εξειδίκευσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
2. Η ύπαρξη υπηρεσιών που πρέπει να είναι ισότιμα διαθέσιμα και προσεγγίσιμα από κάθε άτομο, ανεξάρτητα της γεωγραφικής τους θέσης, της οικονομικής τους κατάστασης και φυλής.
3. Η παροχή υπηρεσιών να είναι ανάλογη των αναγκών της κοινότητας.
4. Η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία.
5. Η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής.
6. Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.
7. Ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στον τομέα,
8. Η αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους - όφελους.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα σε. 29-30, παράλληλα με τον όρο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στις αρχές του 1960, εμφανίστηκε και ένας άλλος, αυτός της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Σύμφωνα με τον JUSMAN (1974), υπάρχει αρκετή δυσκολία για να ορισθεί αυτός ο και-

νούργιος όρος. Ένα θέμα που συζητιέται μέχρι σήμερα είναι αν η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή είναι μια ιατρική ειδικότητα αλλά, όσο ωριμάζει, τόσο περισσότερο αναγνωρίζεται ως υποειδικότητα που δεν αφορά μόνο τους ψυχιάτρους, αλλά και άλλους κλάδους της Ψυχιατρικής.

Ο Παπαδάτος στο βιβλίο του "Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή", σελ. 26, θεωρεί ως ιδεολογική αρχή της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, ότι, οι ιατρικές φροντίδες είναι μεν αναπόσπαστο τμήμα ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών, αλλά από μόνες τους αδυνατούν να εξασφαλίσουν τόσο την υγεία όσο και την ψυχική ευεξία του ανθρώπου. Για να εφαρμοσθεί στην πράξη ένα σύστημα Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, το σύνολο των ενεργειών και δραστηριοτήτων που διαμορφώνουν τις εκπαιδευτικές, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μελών της κοινότητας, πρέπει να βρίσκονται σε μια συνεχή πλοκή και αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

Η κοινωνική Ψυχική Υγιεινή δεν περιορίζεται στο κληρονομημένο παραδοσιακό σύστημα της Ψυχιατρικής περίθαλψης. Αντίθετα, αλληλεπιδρά με το κοινωνικό περιβάλλον και συνδυάζεται με τις δράσεις κοινωνικές δυνάμεις, γιατί, όπως έχει διακηρυχθεί από το Παγκόσμιο Όργανισμό Υγείας, στο κείμενο της ALMA ATA "Οι άνθρωποι έχουν καθήκον και δικαίωμα να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την εφαρμογή της δικής τους υγειονομικής φροντίδος".

Σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό, 1989, σελ. 30, Τόμος Β', η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή διαχωρίζεται από τις άλλες μορφές ψυχιατρικής πρακτικής από τις τέσσερις περιοχές :

1. Τη θεωρία

2. Τους ειδικούς πληθυσμιακούς στόχους, στους οποίους στοχεύουν οι υπηρεσίες.
3. Την έρευνα,
4. Την κλινική προσέγγιση.

Η θεωρία της επικεντρώνεται στους τρόπους με τους οποίους το περιβάλλον επιδρά στην εμφάνιση και στην εξέλιξη μιας ψυχικής νόσου, ενώ σύμφωνα με την ιδεολογία της, όπως για τον κάθε ασθενή δεν απαιτείται έγκλειση σε άσυλο, έτσι και για τον ψυχικά ασθενή η αντιμετώπιση του μπορεί να γίνει έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα, με την βοήθεια της κοινότητας. Κατά την άσκηση της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείνης, οι θεωρητικές βάσεις και κατευθύνσεις δεν θα αναζητηθούν μόνο στην Κοινοτική Ψυχιατρική αλλά και στην Κοινωνιολογία, Κοινωνική Ανθρωπολογία κ.λπ.

Σύμφωνα πάλι με τον κ. Μαδιανό, DR. MED. M.P.H. Κοινοτικής Ψυχικής Υγείνης, "η Κοινοτική Ψυχική Υγείνη περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη πρόληψη ή τον έλεγχο των ψυχικών διαταραχών". Μ. Μαδιανός, 1989, σελ. 5, τόμος Β'.

Συμπερασματικά κατά τον Μ. Μαδιανό, τόμος Α', σελ. 30, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι προϊόν ιστορικών εξελίξεων στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις και παράλληλων αναγκών για νέες, ψυχιατρικά αποδοτικότερες μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τον ίδιο, Τόμος Β', σελ. 25 και 29, η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι ένα σύστημα υπηρεσιών στο οποίο λειτουργούν και

αλληλοεπηρεάζονται υπηρεσίες που η μία συμπληρώνει την άλλη μέσα στην κοινότητα, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί ένα στοιχείο της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής και συνεισφέρει σ' αυτή το κλινικό σκέλος μέσα σ' ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τη διακλασική ομάδα της ψυχικής υγείας.

## 2. Εξέλιξη της Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα

Στον Ελλαδικό χώρο, όπως ο Στάθης Λυμπεράκης "Ανάπτυξη της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα" στο "Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση" του Γ. Παπαδάτου, 1987, σελ. 215, αναφέρει, πριν τριάντα χρόνια η ψυχική Υγεία, η πρόληψη των ψυχιατρικών νόσων και η ψυχιατρική περίθαλψη όπως τα εννοούμε σήμερα ήταν ανύπαρκτα στη χώρα μας.

Στην αρχή της δεκαετίας του 1950 κανένα από τα σημερινά ψυχοφάρμακα δεν ήταν γνωστό.

Η σύγχρονη Ψυχιατρική αρχίζει στα μέσα της δεκαετίας και συγκεκριμένα το 1956. Ο σημαντικότερος σταθμός στην Ιστορία της Ψυχικής Υγείας και της Ψυχιατρικής στον τόπο μας είναι η ίδρυση, το 1956 τον τομέα Ψυχικής Υγείας στο Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα, που σήμερα λέγεται Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Τότε άρχισε να λειτουργεί στο τόπο μας συμβουλευτικός ψυχιατρικός σταθμός, ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, σταθμοί κοινωνικών βοηθειών με ομάδα επιστημόνων της ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους) με ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Για δυο τουλάχιστον δεκαετίες στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, στην Αθήνα, στον Πειραιά και στη Θεσσαλονίκη, επιστήμονες ψυχολόγοι, ψυχιάτροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί παιδαγωγοί, εργοθεραπευτές και άλλοι, έκαναν κλινική δουλειά, εκπαίδευαν νεώτερους έκαναν έρευνα με περιορισμένα οικονομικά μέσα και με περιορισμένη υποστήριξη οικονομική ή ηθική από το κράτος, τα πανεπιστήμια, τα νοσοκομεία ή τους νευρολόγους - ψυχιάτρους.

Σύμφωνα με τον ίδιο, την εποχή αυτή το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελούσε μια εξαίρεση μέσα στην Παραδοσιακή Ψυχιατρική Περι-

θαλψη στην Ελλάδα.

Ήταν ένα πρωτοποριακό εξαιρετικά καλά οργανωμένο ίδρυμα το οποίο όμως κάλυπτε μόνο ένα ελάχιστο τμήμα των αναγκών (Στ. Λυμπεράκης, Στ. Ευθυμίου : "Το Σημερινό Ψυχιατρικό Πρόβλημα στην Ελλάδα" Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής 1984, σελ.47).

Στα μέσα της δεκαετίας 1950 - 60 (Στ. Λυμπεράκης του Γ. Παπαδάτου, 1987, σελ. 217) γίνεται επίσης μια σημαντική πρωτοπόρος κίνηση με την ίδρυση της Πανελλήνιας Ένωσης Ψυχικής Υγιεινής από τον καθηγητή Γεράσιμο Αλιβιζάτο που :

- α) Συγκρότησε επιτροπή για την κατάργηση του αναχρονιστικού νόμου του 1872 "Περί φρενοπαθειών" και
- β) έγινε μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγείας.

Την ίδια εποχή, στον τομέα της οικογενειακής θεραπείας, της ομαδικής ψυχοθεραπείας, της κλινικής ψυχολογίας, της κοινωνιολογικής έρευνας και γενικότερα της ψυχικής υγείας, πολύτιμη ήταν η συμβολή του Αθηναϊκού Ινστιτούτου του Ανθρώπου.

Λίγα χρόνια αργότερα υποδειγματικές προσπάθειες έγιναν και στη Λάρισα, όπου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ίδρυσε ένα πρότυπο κοινοτικό κέντρο, που λειτούργησε για ένα βραχύ χρονικό διάστημα.

Το 1978 ιδρύονται :

- α) Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής και
- β) Η εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα. Ενώ το 1979 οργανώνεται από την Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών το πρότυπο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής, που σήμερα λειτουργεί με συγκεκριμένο τοπογραφικό και πληθυσμιακό τομέα ευθύνης και συνδέεται με νοσοκομείο Ημέρας και Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.



Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι τα περισσότερα από τα ιδρύματα που αναφέρθηκαν και ιδιαίτερα το Ινστιτούτο Έτο Άνθρωπος, η Πανελλήνια Ένωση Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και τα τελευταία χρόνια η Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, οργάνωσαν συνέδριο και σεμινάρια με θέμα την κοινωνική Ψυχιατρική και την ψυχική υγεία και έτσι έδωσαν την ευκαιρία στις διάφορες υπηρεσίες να πληροφορηθούν την εργασία που γινόταν αλλού και να υπάρχει κάποιος συντονισμός.

Σύμφωνα με τον Βαγγέλη Κυριακάκη, στο Γ΄ Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, 1987, σελ. 225, όσες προσπάθειες είχαν γίνει μέχρι το 1980 για μια άλλη αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστειας ήταν μεμονωμένες από κάποιους ανθρώπους ευαισθητοποιημένους και με πραγματικά πολλές γνώσεις, χωρίς όμως μια γενικότερη κοινωνική πολιτική χωρίς την ένταξη σ' ένα πλαίσιο σχεδιασμένο, οι προσπάθειες αυτές έμειναν χωρίς συνέχεια.

Στις αρχές του 1981 αναγνωρίζεται από το κράτος η ανάγκη του χωρισμού της ειδικότητας της ψυχιατρικής από την νευρολογία. Ακόμη σημαντικότερος σταθμός είναι το 1983 που με τη δημοσίευση του Νόμου για την Ψυχική Υγεία, η Κυβέρνηση και κατ' επέκταση το Κράτος, αποφασίζουν ότι χρειάζεται επιτέλους, μια ενιαία στρατηγική και εθνική πολιτική στον τομέα της υγείας, με τον Νόμο για το Ε.Σ.Υ. Ορίζεται νομοθετικά και θεσμοθετείται μια επιτροπή για την Ψυχική Υγεία. Αυτή η επιτροπή της Ψυχικής Υγείας, γνωμοδοτικό όργανο στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας έχει ουσιαστικά την ευθύνη της χάραξης μιας εθνικής πολιτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Συγκεκριμένα το άρθρο 21 του Νόμου 1397/83 που αφορά την ψυχική υγεία, ορίζει την δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και τρόπου διασύνδεσης των διαφόρων μονάδων παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Στη συνέχεια, σύμφωνα με το άρθρο των Δ. Σαραντίδη και Ι. Τριποδιανάκη, στο "Τετράδιο Ψυχιατρικής" Νο 27, σελ. 18, μέσα στην γενικότερη ανάγκη εκσυγχρονισμού της χώρας ψηφίζεται ο κανονισμός 815/84 του συμβουλίου της ΕΟΚ, για παροχή οικονομικής βοήθειας στην Ελλάδα. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα εκφράζοντας την πρόθεσή της να βοηθήσει στην Ανάπτυξη της Ελληνικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης, καθορίζει ποσό βοήθειας 60 εκατομμύρια Ν.Λ.Μ. (ΕCΥ), για ένα διάστημα 5 ετών. Το ποσό αυτό θα κάλυπτε το 55% της συνολικής δαπάνης ενώ το υπόλοιπο ποσό θα καλυπτόταν από την Ελληνική Κυβέρνηση.

Προτάθηκε να δοθεί επείγουσα προτεραιότητα στην αποκατάσταση των ατόμων που βρίσκονται στα ψυχιατρικά ιδρύματα.

Η δαπάνη θα κάλυπτε κυρίως προγράμματα - πιλότους και εκπαίδευσης προσωπικού ενώ οι δαπάνες για κτιριακές εγκαταστάσεις θα δικαιολογούνταν μόνο σαν επικουρικές των προγραμμάτων αυτών. Ακολούθησε το 5ετές πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας, που περιληπτικά αναφέρει.

Ένα γενικό μέρος, στο οποίο καθορίζονται οι στόχοι, η μεθοδολογία και το οικονομικό πρόγραμμα και ένα ειδικό μέρος που περιλαμβάνει το πρόγραμμα της πρώτης φάσης για το έτος 1984.

Στο γενικό μέρος δίνεται έμφαση στην τομεοποίηση με χωρισμό της χώρας σε Υγειονομικές περιφέρειες με ένα ή περισσότερους ψυχιατρικούς τομείς. Σαν εναλλακτικές μορφές των ψυχιατρικών νοσοκομείων αναφέρει τη δημιουργία νέων δομών (Κέντρων Κοινοτι-

κής Ψυχικής Υγιεινής, Μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία, Μονάδες μερικής νοσηλείας κ.λπ.). Προβλέπει αναβάθμιση του παραδοσιακού ψυχιατρείου με μονάδες αξιολόγησης και οξέων περιστατικών.

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τις μονάδες που θα έπρεπε να δημιουργηθούν το πρώτο χρόνο εφαρμογής του 5ετούς.

Προβλεπόταν για όλη τη χώρα 8 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 6 Ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία, 2 Ψυχιατρικοί Τομείς σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία, μία Μονάδα εφήβων, 2 ξενώνες, 3 Κέντρα προεπαγγελματικής κατάρτισης, 2 Μονάδες Αξιολόγησης σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και 3 Μονάδες οξέων Περιστατικών.

Σύμφωνα με το άρθρο του Σ. Λυμπεράκη του Γ. Παπαδάτου 1987 σελ. 219, από την εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκαν δύο κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες. Μια αφορά το Νομό Φωκίδος και μια που οργανώθηκε από το Πανεπιστήμιο της Αλεξανδρούπολης δηλαδή αφορά τον Νομό Έβρου.

Όπως ανέφερα και προηγούμενα, τα τελευταία τριάντα χρόνια οι υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν ξεκίνησαν από πρωτοβουλίες μικρών ομάδων ατόμων με ελάχιστη οικονομική βοήθεια οι οποίες έρχονταν σε αντίθεση με τον τρόπο εργασίας των νευρολόγων ψυχιάτρων των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, των εξωτερικών ιατρείων των Νοσοκομείων και των Ψυχιατρικών ασύλων.

Ωστόσο (Σ. Λυμπεράκης, 1987, σελ. 219-220), έχουν γίνει σημαντικοί πρόοδοι στο χώρο της ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

- α) Μέσα από τον Νόμο του Ε.Σ.Υ. θεσμοθετείται μια στρατηγική για την ψυχική υγεία, την ψυχιατρική περίθαλψη και ειδικά την εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη.
- β) Λειτουργεί ένα Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.
- γ) Η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των χρονίων ασθενών

και η προσφορά βραχείας νοσηλείας έχουν γίνει οι κύριοι στόχοι για τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

- δ) Δημιουργούνται Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, ξενώνες, Εργαστήρια Επαγγελματική Αποκατάστασης, υπηρεσίες για αποτοξίνωση τοξικομανών.
- ε) Δημιουργούνται σε μεγάλη κλίμακα ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία.
- στ) Επιδοτούνται ψυχιατρικοί ασθενείς.
- ζ) Διορίζονται ψυχιατροί για να επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας.
- η) Προωθείται η εκπαίδευση των ειδικών της ψυχικής Υγείας.

Αναμφισβήτητα η πρόοδος είναι σημαντική. Υπάρχουν όμως σημαντικά βήματα που πρέπει να γίνουν προς την ανάπτυξη και εξέλιξη της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

### 3. Μοντέλα Κοινωνικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Όπως και προηγούμενα έχει αναφερθεί, σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναφερθούν και να μελετηθούν κατά το μεγαλύτερο δυνατό τρόπο οι διάφορες μορφές Κοινωνικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης που εφαρμόζονται σήμερα στην Ελλάδα, καθώς επίσης να δωθούν και κάποια παραδείγματα από τον εξωτερικό, κυρίως Ευρωπαϊκό χώρο, σαν σημείο αντιπαραθέσης για την Ελληνική Ψυχιατρική πραγματικότητα.

Σύμφωνα με τον Μ.Γ. Μαδιανό στην δεκαετία του '70 έγιναν σημαντικά βήματα για τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως στην Ιταλία, Γαλλία, Νορβηγία, Σουηδία, Βέλγιο και Φιλανδία. Στις χώρες αυτές ρυθμίστηκε νομοθετικά η δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ή η ενσωμάτωσή τους σε άλλες τοπικές υπηρεσίες υγείας.

Επίσης οργανωτικές αλλαγές έγιναν στις περισσότερες χώρες. Για παράδειγμα, το Παρίσι έχει πάνω από 18 τομείς και ισάριθμα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Ενώ η πόλη Μανχαϊμ έχει ένα πρότυπο ολοκληρωμένο πρόγραμμα ψυχικής υγείας.

Στη Γαλλία λειτουργούν σήμερα περίπου 800 ομάδες ψυχικής υγείας που καλύπτουν σχεδόν όλες τις αστικές και αγροτικές περιοχές.

Στη Σουηδία δημιουργήθηκαν πολυάριθμες διακλαδικές ομάδες που καλύπτουν τις ανάγκες περιοχών με πληθυσμούς 25 - 35.000 κατοίκους.

Στην Ιταλία με την νομοθεσία του 1978 μπήκαν τα θεμέλια για την δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών. Ήδη το πρότυπο της Τεργέστης με τα επτά Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας που εξυπηρετούν περίπου 300.000 κατοίκους, εφαρμόζεται και σε άλλες Ιταλικές πόλεις. Σήμερα λειτουργούν 530 Κέντρα από τα 620 που έχουν προγραμματισθεί.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο μετά την αναδιοργάνωση του Εθνικού της Συστήματος υγείας, το 1974, δημιουργούνται συνεχώς κοινοτικές μονάδες που καλύπτουν πληθυσμιακούς τομείς περίπου 50 - 100.000 κατοίκων. Παράλληλα αυξάνονται οι ψυχιατρικές κλινικές σε Γενικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Ιατρεία χωρίς τομέα και Μονάδες Μερικής Νοσηλείας.

Τέλος σε πολλές χώρες έχει αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό η κοινωνική ψυχιατρική έρευνα μέσα στα πλαίσια της εκτίμησης των τοπικών αναγκών και καταγραφή της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον Τομέα που εξυπηρετούν τα Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Σύμφωνα επίσης με τον Μ.Γ. Μαδιανό, το Ευρωπαϊκό Μοντέλο της μετατροπής των υπάρχοντων ψυχιατρικών υπηρεσιών σε αποδοτικότερες, υλοποιείται με την τομεοποίηση των ψυχιατρείων και των Κέντρων, τη δημιουργία όλων των τύπων υπηρεσιών όπως ξενώνων, προστατευτικών διαμερισμάτων, μονάδων αποκατάστασης, οίκων ευγηρίας και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. Επίσης με την παράλληλη εργασία του προσωπικού στο Ψυχιατρείο και το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας και τέλος με τον προγραμματισμό των μακροπρόθεσμων στόχων την συρρίκνωση δηλαδή των ψυχιατρείων.

"Οι νέες δομές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην Κοινότητα στη διαπλοκή και την ανάπτυξη των υπηρεσιών τους μπορούν να αποτελέσουν τον αναγκαίο ηθμό στις εισαγωγές στα Ψυχιατρεία και να εξασφαλίσουν τόσο την θεραπεία όσο και την Κοινωνική επανένταξη σ'αυτήν των αρρώστων που νοσηλεύτηκαν στα Ψυχιατρεία μειώνοντας έτσι τον αριθμό των επανεισόδων σ'αυτά". Χ. Μάτσα "Κριτική Παρουσίαση της σημερινής κατάστασης στις νέες Υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης στα Πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής", Τετράδιο Ψυχιατρικής, Γενάρης - Φλεβάρης - Μάρτης, 1987, σελ. 63.

Μελετώντας το σύνολο των νέων δομών της κοινοτικής Ψυχια-

τρικής αρχικά θα ασχοληθούμε με τις Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης και τις Μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης οι οποίες χαρακτηρίζονται σαν ενδιάμεση δομή στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και αποτελούν τμήματα των Κέντρων Ψυχικής Υγείας.

Στη συνέχεια γίνεται παρουσίαση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο λεκανοπέδιο Αττικής τα οποία θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν σαν "ολοκληρωμένη δομή", αν και στο σύνολό τους περιέχουν ενδιάμεσες δομές. Τέλος θα γίνει παρουσίαση του έργου των Κινητών Μονάδων Ψυχιατρικής Περίθαλψης και συγκεκριμένα του Νομού Φωκίδος.

#### **A. ΜΟΝΑΔΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο 1988, σελ. 144 η περίθαλψη με τη μορφή μερικής νοσηλείας εκφράζει την προσπάθεια για την παροχή της ελάχιστης αναγκαίας, αλλά και αποτελεσματικής μέριμνας για τον ψυχικά ασθενή πληθυσμό.

Επίσης όπως η Ευτυχία Καλλιπεράχη - Παπαγεωργίου στο Γ' Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, σελ. 264, : Η ιδέα της μερικής νοσηλείας στην ψυχιατρική πρωτοεμφανίστηκε στη Ρωσία όπου ιδρύθηκε το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας από τον Ζαχάρωφ το 1933. Το 1946 βλέπουμε την πρακτική εφαρμογή τους στον ALLAN MEMORIAL INSTITUTE στο MONTREAL με εμψυχωτή τον KAMERON. Στην Ευρώπη το 1948 ο BIERE οργανώνει στην Αγγλία το MALLOROUGH DAY HOSPITAL. Στις Η.Π.Α. οι πρώτες προσπάθειες άρχισαν πολύ νωρίτερα με νοσοκομεία Ημέρας για αυτιστικά παιδιά και γέροντες χωρίς όμως να έχουν πάρει μια οριστική μορφή. Υπήρχαν Νοσοκομεία Ημέρας στην Καλιφόρνια, στο Σαν Ντιέγκο, στο Σαν Φρανσίσκο και στο Λος Άντζελες. Αναφέρεται μάλιστα ότι γύρω στο 1930 υπήρχε μια μορφή θεραπείας για

νευρωσικούς αρρώστους στην Αμερική.

Σύμφωνα με την Ελένη Ξαγοράκη - Ταμβακάκη "Εργοθεραπεία σε μονάδες ημερήσιας περιθαλψής ψυχιατρικών ασθενών" Εκλογή αρ. 72, σελ. 24-25 με την μερική νοσηλεία :

1. Εξασφαλίζεται η διατήρηση σχέσεων του αρρώστου με το οικογενειακό περιβάλλον.
2. Αποφεύγεται ο στιγματισμός που συνεπάγεται η εισαγωγή σ' ένα παραδοσιακό Ψυχιατρείο.
3. Το Ψυχιατρικό περιστατικό έρχεται πιο εύκολα και πιο έγκαιρα στο Νοσοκομείο.
4. Η Οικογένεια ανέχεται πιο εύκολα τη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου για ένα μέρος του 24ωρου.
5. Ο άρρωστος ενώ νοσηλεύεται μπορεί να διατηρήσει συγχρόνως ένα μέρος από το κοινωνικό, οικογενειακό και ίσως επαγγελματικό ρόλο του.
6. Η κοινωνική ομάδα, εξοικειώνεται και επανεκπαιδεύεται απέναντι στο ψυχικά άρρωστο. Έτσι συμμετέχει στη θεραπεία του και δεν τον βλέπει σαν ένα ξένο σώμα από το οποίο επιδιώκει να απαλλαγεί, αλλά σαν ένα δικό της μέλος που πάσχει.

Βασικός στόχος της ψυχιατρικής στην Κοινότητα είναι η δημιουργία συνέχειας και αλληλοσυμπλήρωσης των διαφόρων υπηρεσιών που θα βοηθήσουν τον άρρωστο στις διάφορες φάσεις της νόησης του, συνδέοντας ψυχιατρικές και παραψυχιατρικές ειδικότητες σε ένα λειτουργικό σύνολο. Έτσι εκτός από τα Ψυχιατρικά ιδρύματα 24ωρου νοσηλείας όπως τα Νοσοκομεία Ημέρας, η ψυχική αρρώστεια καλύπτεται από Νοσοκομεία Νύχτας, τα οποία προσφέρουν διαμονή και ψυχιατρική υποστήριξη σε αρρώστους σχετικά αυτόνομους, επαγγελματικά ενταγμένους ή σε διαδικασία επανένταξης. Επίσης από Νοσοκομεία Σαββατοκύρια-



κου (WEEK-END) από κλινικές που αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά σε πλαίσιο μερικών ωρών ή ολίγων ημερών, κλινικές για άτομα που έχουν ανάγκη από άμεση εισαγωγή (WALK-IN CLINICS), σταθμούς ενδιάμεσης νοσηλείας (HALF-WAY HOUSES), σταθμούς παρακολούθησης (FOLLOW UP), επαγγελματικής αποκατάστασης, βιομηχανικής απασχόλησης, λεισχών για τους ασθενείς, ειδικών σχολών μαθητείας και επανεκπαίδευσης, υπηρεσίες για κατ'οίκον επισκέψεις αρρώστων κ.λπ.

Στην Ελλάδα από πλευράς Μονάδων ημερήσιας περίθαλψης υπάρχουν.

### Νοσοκομεία Ημέρας

Τα νοσοκομεία Ημέρας αποτελούν ένα εύκαμπτο και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του ψυχιατρικού προβλήματος, ενώ συγχρόνως προσφέρονται και σαν οικονομικότερος τρόπος νοσηλείας, σε σύγκριση με την 24ωρη νοσηλεία του αρρώστου.

Σύμφωνα με την Ναζεβανόγλου Ι. "Χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας και κοινωνιοθεραπείας στο Νοσοκομείο Ημέρας" Εγκέφαλος 16, 1979, σελ. 195-196, το Νοσοκομείο Ημέρας καλείται να καλύψει ανάγκες όπως :

- α. Τον καθορισμό ενός θεραπευτικού σχήματος κατά την έναρξη μιας νευρωσικής ή ψυχωσικής αποδόμησης, της οποίας η μορφή και οι εκδηλώσεις δεν απαιτούν νοσοκομειακή εισαγωγή.
- β. Την συνέχιση μιας εξωνοσοκομειακής νοσηλείας (π.χ. φαρμακευτικής) σε ασθενείς με βελτίωση, μα που δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν μια επαγγελματική ζωή ή σε ασθενείς που θέλουμε να αποφύγουμε μια νέα εισαγωγή. Και εδώ ακριβώς διακρίνουμε τον κοινωνικό ρόλο του Νοσοκομείου Ημέρας.
- γ. Το Νοσοκομείο Ημέρας αποτελεί τον μεταβατικό χώρο από τον οποί-

ο ο ασθενής θα περάσει μετά την έξοδό του από το Ψυχιατρικό νοσοκομείο όπου με βάση την προσωπικότητά του θα μπορέσει να πραγματοποιήσει τους αντίστοιχους συσχετισμούς από τις αλληλεπιδράσεις της επαγγελματικής ζωής του κοινωνικού περιγύρου της οικογενειακής ατμόσφαιρας.

- δ. Το Νοσοκομείο Ημέρας, προσφέρει τη θεραπευτική βοήθεια με τις πρώτες εκδηλώσεις των διαταραχών για να αποφευχθεί η επιδείνωση και κατά συνέπεια, η ρήξη, η απομόνωση από τον περίγυρο που δημιουργεί η εισαγωγή του ατόμου στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Σύμφωνα με την Ελένη Ξαγοράκη - Ταμβακάκη, Εκλογή, Αρ.72, σελ. 26 προκειμένου κάποιος ασθενής να εισαχθεί στο Νοσοκομείο Ημέρας θα πρέπει :

1. Να έχει ένα βαθμό "ευαισθησίας" και διάθεση για συμμετοχή στη θεραπεία.
2. Να είναι σε θέση να περάσει τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες και την νύχτα στο σπίτι του.
3. Να είναι σύμφωνη η οικογένεια για την παραμονή του, ενός μέρους της ημέρας στο σπίτι.
4. Να μην είναι διεγερτικός, μανιακός, συγχυτικός, με τάσεις αυτοκαταστροφής, διανοητικά καθυστερημένος ή αποδιοργανωμένος.
5. Να μην είναι αλκοολικός ή τοξικομανής ούτε να έχει εκτιμηθεί σαν ψυχοπαθητική προσωπικότητα και τέλος,
6. Να είναι σε θέση να ταξιδεύει καθημερινά μόνος του.

Στο Νοσοκομείο Ημέρας δίνεται έμφαση στις ομαδικές θεραπείες, στη φαρμακοθεραπεία, στην αμοιβόμενη εργασία, στην αντιμετώπιση της οικογένειας του αρρώστου και στην αποκατάσταση.

Σήμερα λειτουργεί ένα Νοσοκομείο Ημέρας στην Αθήνα στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα στη Θεσσαλονίκη (Κ.Μάτσα, Τετράδιο Ψυχιατρικής Γενάρης - Φλεβάρης -

Μάρτιος, 1987, σελ. 165).

Επίσης στα πλαίσια του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αιγάλεω δημιουργήθηκε το 1987, Νοσοκομείο Ημέρας με σκοπό την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχικές διαταραχές που χρειάζονται μεν τακτική θεραπεία σε καθημερινή βάση, αλλά δεν είναι αναγκαία η ενδονοσοκομειακή τους νοσηλεία. Και στο Ηράκλειο Κρήτης ιδρύθηκε το 1986 Νοσοκομείο Ημέρας με λειτουργίες αντίστοιχες με αυτές του Νοσοκομείου Ημέρας Αιγάλεω (Απολογισμός Δραστηριοτήτων Τετραετίας 1984-87, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας, σελ. 19).

### ΞΕΝΩΝΕΣ

Κατά τον Ι. Παπαδόκο, 1988, σελ. 178, η δημιουργία των πρώτων ξενώνων συνδέεται στενά με τις προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης του χρόνια ψυχικά ασθενούς πληθυσμού.

Επίσης κατά την Ελένη Ξαγοράκη - Ταμβακάκη, Εκλογή, Αρ. 72, 1987, σελ. 26, ο ξενώνας είναι ένας σταθμός ενδιάρμεσης στέγασης.

Πολλοί άρρωστοι δεν είναι σε θέση μετά τη νοσηλεία τους να επιστρέφουν στο σπίτι τους, είτε επειδή αυτό έχει διαλυθεί, είτε επειδή αυτή η επιστροφή κρίνεται αντιθεραπευτική σ'ένα περιβάλλον χαμηλών προσδοκιών ή υψηλών πιέσεων.

Ο L. RECK σημειώνει : "Ένας σταθμός ενδιάρμεσης στέγασης δίνοντας έμφαση στην υγεία μάλλον, παρά στη νόσο μπορεί να προσφέρει σε μια ορισμένη κατηγορία αρρώστων - όχι αρκετά αρρώστων για να εισαχθούν στο νοσοκομείο, ούτε αρκετά υγιών για να επιστρέφουν στο σπίτι - ένα άριστο περιβάλλον για τη δοκιμασία και την πραγματοποίηση των δυνατοτήτων για υγεία".

Κατά τον Γ. Παπαδάτο 1988, σελ. 181, οι ξενώνες απευθύνονται σε διάφορες κατηγορίες ψυχιατρικά ασθενών. Οι στόχοι τους διαφέ-

ρουν ανάλογα με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν και συνίστανται στο εξής :

1. Στην προσφορά κατάλληλης εκπαίδευσης και προετοιμασίας σε αποϊδρυματοποιημένα άτομα, με στόχοτην επανένταξη και ανεξάρτητη λειτουργία τους στην κοινότητα.
2. Στην προσφορά ψυχιατρικής βοήθειας και παρακολούθησης σε άτομα με χρόνια ψυχικά προβλήματα, τα οποία μπορούν κατά την διάρκεια της ημέρας να επωφεληθούν από άλλες κοινοτικές δραστηριότητες.
3. Στην περίθαλψη ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, των οποίων η θεραπεία απαιτεί την προσωρινή απομάκρυνση από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται διαταραγμένοι έφηβοι με οικογενειακές δυσκολίες, καθώς και ασθενείς με ανάγκες προσωρινής στέγασης για διάφορους κοινωνικούς λόγους.
4. Στην προσφορά μακρόχρονης προστατευμένης στέγασης σε άτομα με σοβαρές χρόνιες αναπηρίες για τα οποία η μόνη εναλλακτική λύση θα ήταν ο ισόβιος εγκλεισμός τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Έτσι (Ελένη Ξαγοράκη - Ταμβακάκη Εκλογή, Αρ. 72, 1987, σελ. 26), ο άρρωστος προοδευτικά εξαρτάται λιγότερο από το Νοσοκομείο, καθώς αρχίζει να λειτουργεί σαν επαγγελματίας ή σαν σπουδαστής ή ενώ φάχνει για δουλειά ή στέγη.

Οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής, οι ψυχαγωγικές, πνευματικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες που επιλέγει ή καθορίζει η επιστημονική ομάδα στον Ξενώνα, συντελούν και αυτές στην κοινωνική επανένταξη του ασθενούς.

Σήμερα στην Ελλάδα, με βάση το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι ξενώνες που λειτουργούν στα πλαίσια του Προγράμματος "ΛΕΡΟΣ" (αποασυλοποίηση και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών) του κανονισμού 815/89 της ΕΟΚ είναι 11 και υλοποιούνται ως εξής :

1. Η εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας υλοποιεί 7 ξενώνες.  
Ένα στην Αλεξανδρούπολη, ένα στην Άμφισσα, ένα στην Αθήνα, Τρεις στη Θεσσαλονίκη και ένα ξενώνα στη Λάρισα.
2. Το Ακαδημαϊκό Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας υλοποιεί ένα ξενώνα στην Αθήνα.
3. Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας υλοποιεί δύο ξενώνες.  
Ένα στην Χαλκίδα και ένα στα Ιωάννινα. Και τέλος,
4. Από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής υλοποιείται ένας ξενώνας στην Αθήνα.

### Β. ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 165, ο στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για αποϊδρυματοποίηση δεν είναι απλά το "άνοιγμα" των ψυχιατρείων ή η μείωση των κρεβατιών, αλλά, κυρίως, η δημιουργία των κατάλληλων εκείνων συνθηκών που θα επιτρέψουν μια διαφορετική αντιμετώπιση των ασθενών.

Η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την ενεργητική συμμετοχή των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα αλλά και για την εξασφάλιση των υπόλοιπων αναγκών παροχών.

Η αντίληψη της Κοινωνικής Αποκατάστασης των ψυχιατρικών ασθενών στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής αρχίζει να αναπτύσσεται στα τέλη της δεκαετίας του '50 με την χρησιμοποίηση των ψυχοφαρμάκων και την ανάπτυξη του Κράτους - Πρόνοιας στις Ανεπτυγμένες Δυτικές Κοινωνίες.

Η Κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων είναι η ολοκλήρωση της προσπάθειας που άρχισε με τον PINEL, για την καλύτερη νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων στα ψυχιατρεία. (Παπαδάτος Γ., Λάλας Κ., Αυγερίδης Κ., Σακελλάρης Δ., Δέγλερης Ν., Τσιάρας Κ. : "Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής Αποκατάστασης ατόμων με Ψυχιατρικές διαταραχές" Εγκέφαλος 25, 1988, σελ. 13).

Ο όρος Αποκατάσταση, σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 166, μπορεί να ορισθεί ως την επιτυχημένη τοποθέτηση του ατόμου σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον που θα έχει την δυνατότητα να αξιοποιήσει όλες τις κοινωνικές, επαγγελματικές και προσωπικές ικανότητές του. Ο ορισμός αυτός αντικατοπτρίζει και τις προδιαγραφές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για την προσφορά ψυχιατρικής βοήθειας σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό για το άτομο περιβάλλον.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η επαγγελματική και κοινωνική Αποκατάσταση αποτελεί μέσο για την επίτευξη του τελικού στόχου της αποκατάστασης, η επανένταξη δηλαδή, των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, αποτελεί όμως και καθ' αυτόν στόχο, καθώς η εργασιακή απασχόληση είναι θεραπευτική διαδικασία και αποτελεί πολύτιμο στήριγμα των προσπαθειών για την ενεργοποίηση των χρόνια ασθενών για την εξάλειψη των επιζήμιων συνεπειών της μακρόχρονης ιδρυματοποίησης.

Στη συνέχεια όμως ας μελετήσουμε για ποιούς λόγους είναι ανάγκη να εργάζονται οι ψυχικά ασθενείς όπως η Ελευθερία Νταλκουνάκη τους αναφέρει στο "Κοινωνική και Επαγγελματική Αποκατάσταση ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα", Γ' Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, 1987, σελ. 446.

1. Πρώτα απ'όλα για να βγάζουν χρήματα και να έχουν κάποιες ικανοποιήσεις. Το δικαίωμα στην εργασία είναι δικαίωμα για όλους τους πολίτες. Έχει άλλωστε βρεθεί από πολλές έρευνες πως η ανεργία προκαλεί ψυχικά προβλήματα.
2. Για τον ψυχικά άρρωστο η εργασία είναι επιπλέον και θεραπεία. Όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες η εργασία συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση του ψυχικά αρρώστου και στην πρόληψη των υποτροπών. Η αδράνεια περιγράφεται σαν ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους για τους χρόνιους σχιζοφρενείς.
3. Η ένταξη σε εργασία είναι για τον ψυχικά άρρωστο πολλές φορές ο μόνος τρόπος για να πείσει τους άλλους και τον εαυτό του ότι κάτι αξίζει, ότι έχει κάποιες ικανότητες. Είναι επίσης ο μόνος τρόπος για να δημιουργήσει σχέσεις και να αναπτύξει ενδιαφέροντα. Η μόνη δηλαδή διέξοδος κοινωνικής ζωής.
4. Όσον αφορά την οικογένεια, η εργασία του ψυχικά αρρώστου μέλους της, δεν θα αυξήσει μόνο το οικογενειακό εισόδημα αλλά θα βελτιώσει και την ψυχική ισορροπία της, αφού η ανεξαρτοποίηση του αρρώστου επιτρέπει στα υπόλοιπα μέλη να αποδεσμευτούν από την φροντίδα του.
5. Το κράτος εκτός από το κοινωνικό όφελος έχει και ένα σημαντικό οικονομικό όφελος, είτε τα άτομα αυτά ενταχθούν στην ανοιχτή αγορά εργασίας, είτε σε προστατευμένη διαδικασία, διότι:
  - α) Εξοικονομεί τα χρήματα που θα δαπανούσε για νοσηλεία, εισόδημα.
  - β) Έχει ένα καθαρό κέρδος από την αύξηση του παραγωγικού δυναμικού του που συντελεί στην αύξηση του εθνικού εισοδήματος.
  - γ) Από την ανάλογη φορολογία στα εισοδήματα, μισθούς των ατόμων αυτών.

δ) Από την αύξηση της καταναλωτικής τους ικανότητας.

6. Τέλος δεν είναι σύμφωνα με το Σύνταγμα και την διακήρυξη των δικαιωμάτων του Ανθρώπου, ο αποκλεισμός από την παραγωγική διαδικασία ενός τμήματος του πληθυσμού όπως είναι οι ψυχικά άρρωστοι.

Δυστυχώς όμως, στην πραγματικότητα, αποκλείονται τα άτομα αυτά, παρόλο που ο ΟΑΕΔ έχει θεσμοθετήσει κίνητρα για τους εργοδότες και ο νόμος υποχρεώνει το δημόσιο να προσλαμβάνει ένα ποσοστό.

Και όπως ο Γ. Παπαδάτος, 1988, σελ. 172, αναφέρει, οι πρώην ψυχικά ασθενείς πολλές φορές αντιμετωπίζουν ανυπέβλητα εμπόδια στην εύρεση εργασίας, όχι τόσο λόγω της έλλειψης ικανοτήτων, όσο της πεποίθησης του κοινού ότι είναι ανίκανοι για εργασία.

Στον Ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με τον Κ. Μάτσα, Τετράδια Ψυχιατρικής, Γενάρης - Φλεβάρης - Μάρτης 1987, σελ. 64, κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και εκπαίδευσης που λειτουργούν στην Αθήνα - Πειραιά είναι : 1 κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βύρωνα στα πλαίσια των προγραμμάτων της ΕΟΚ, μια μονάδα προστατευμένης εργασίας που ανήκει κατά το ένα μέρος στο Βύρωνα και κατά το άλλο στο Αιγινήτειο, 1 Κέντρο Προεπαγγελματικής αποκατάστασης στο Πειραιά και 1 στο Αιγάλεω (που ανήκουν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, μια μονάδα ψυχοκοινωνική αποκατάστασης του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Στο Περιστέρι στα πλαίσια της αποασυλοποίησης των ψυχικά αρρώστων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής λειτουργεί 1 Κέντρο προεπαγγελματικής κατάρτισης.

Η μονάδα του ΟΑΕΔ που έχει ανατεθεί στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, υπολειτουργεί.



Στα πλαίσια των προγραμμάτων της ΕΟΚ λειτουργεί επίσης μια μονάδα επαγγελματικής Ψυχιατρικής στην Πυρκάλ.

Επίσης στη Θεσσαλονίκη λειτουργεί μια μονάδα κοινωνικής αποκατάστασης και στη Φωκίδα στα πλαίσια του προγράμματος που εφαρμόζει η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου λειτουργεί ένα Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης - Ειδικό Οικοτροφείο Άμφισσας.

### Γ. ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πυρήνας των νέων δομών είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Αποτελεί το πρώτο ηθμό του Ν. 813/84 του Ε.Σ.Υ. παροχής Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Στον Ελλαδικό χώρο σήμερα λειτουργούν 19 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής στην Αθήνα. Στη Θεσσαλονίκη λειτουργούν τρία κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας για ενήλικες και ένα άλλο σαν ερευνητικό πρόγραμμα. (Κ. Μάτσα, Τετράδια Ψυχιατρικής, Γενάρης - Μάρτης, 1987, σελ. 64). Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής λειτουργούν στην Αθήνα Πειραιά, Αιγάλεω, Κάτω Πατήσια, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο Κρήτης. Κέντρα Ψυχικής Υγείας τα οποία λειτουργούν στο Χαλάνδρι - Περιστέρι. Τέλος το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου.

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε και να αναλύσουμε τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στην Αθήνα των οποίων ο σκοπός είναι κοινός, δηλαδή σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 21, του Ν. 1397/83 "είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση, στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη,

η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου".

#### ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Σύμφωνα με τον Κ. Στεφανή "Κοινωνική Κοινοτική Ψυχιατρική στην Αθήνα, 1979-83", 1983, σελ. 1 το κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι ένας καθιερωμένος θεσμός μέσα από τον οποίο έγινε κατορθωτή η αποκέντρωση των ψυχιατρικών περιστατικών υπηρεσιών, στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η έγκαιρη επισήμανση και η άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη), ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά ασθενή σε ικανοποιητικό επίπεδο και η αποδοχή του από αυτή (τρίτοβάθμια πρόληψη). Ένα αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών, ψυχικής υγείας, προσφέρει επίσης τη δυνατότητα για την εφαρμογή όλων εκείνων των προγραμμάτων που προάγουν την ψυχική υγεία των κατοίκων μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (πρωτοβάθμια πρόληψη).

Κατά τον Μ. Μαδιανό "Το κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα : Η πρώτη εμπειρία στην Καισαριανή - Βύρωνα". (ελληνογαλλικό συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής 1984, σελ. 197, το βασικότερο στοιχείο της αποκέντρωσης των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών θεωρήθηκε ο θεσμός του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που λειτουργεί εναρμονισμένο μέσα στο Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Στη χώρα μας, ο προβληματισμός πάνω στην εφαρμογή νέων, σύγχρονων και αποδοτικότερων Ψυχιατρικών Υπηρεσιών κοντά στο λαό οδήγησε στο σχεδιασμό, την οργάνωση και λειτουργία από την Ψυχι-

ατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του πρώτου Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής που λειτουργεί μέσα στο σύστημα Ψυχιατρικών Υπηρεσιών του Πανεπιστημίου Αθηνών, κάτω από τις βασικές αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής που καλύπτει τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών των δήμων Καισαριανής - Βύρωνα με πληθυσμό γύρω στις 100.000.

Ο σκοπός λειτουργίας του κέντρου είναι :

1. Να καλύψει και τα τρία στάδια της Ψυχιατρικής πρόληψης.
  - Πρωτοταγής πρόληψη, δηλαδή να βοηθήσει άτομα με ειδικά προβλήματα με την αύξηση της αυτογνωσίας του.
  - Δευτεροπαθής πρόληψη να προσφέρει δηλαδή, ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσοούν ή ζητούν συμβουλευτική βοήθεια.
  - Τριτοταγής πρόληψη να εξασφαλίσει την παραμονή ατομων με υψηλή επικινδυνότητα στην Κοινότητα.
2. Να ευαισθητοποιήσει τους κατοίκους πάνω σε θέματα Ψυχικής Υγιεινής, περιορίζοντας έτσι την απόσταση μεταξύ κοινού και ψυχιατρικών υπηρεσιών (πρωτοταγής πρόληψη).
3. Να προσφέρει τις απαραίτητες πληροφορίες στο Κράτος για την ανάπτυξη άλλων παρόμοιων Κέντρων.

Οι βασικές αρχές που καθορίζουν τη λειτουργία του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι εκείνες της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η εφαρμογή των βασικών αυτών αρχών οδηγεί στην εμφάνιση των ακόλουθων φαινομένων :

- Το φαινόμενο της συνεχούς αλληλεπίδρασης Κέντρου - Κοινότητα.
- Τη μείωση του κόστους της παροχής όσο οργανώνεται το κοινωνικό, υποστηρικτικό σύστημα του καταναλωτή.
- Το φαινόμενο της συμμετοχής των καταναλωτών στο έργο της Κοινοτικής Παρέμβασης με αποτέλεσμα την έμμεση μείωση του κόστους

της Ψυχιατρικής Περίθαλψης (Μ. Μαδιανός, Β' Τόμος, 1989, σελ. 55).

Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής σύμφωνα με τον Κ. Στεφανη 1983, σελ. 3, επιχορηγήθηκε το 1979, από το τότε Υπουργικό Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Ο χρόνος λειτουργίας του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής καλύπτεται από δύο φάσεις :

1. Την προκαταρκτική φάση η οποία περιλαμβάνει την διαδικασία σχεδιασμού και στελέχωσης του Κέντρου και την περίοδο της διερεύνησης των αναγκών της κοινότητας και προκαταρκτικών επαφών με τοπικούς φορείς, συλλόγους κ.λπ.

Η προκαταρκτική φάση μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις περιόδους:

α) Την περίοδο της διαδικασίας σχεδιασμού και οργάνωσης (Σεπ. 78. - Σεπ. 79).

β) Την περίοδο της εκτίμησης των αναγκών της κοινότητας (Οκτ. 79. - Οκ. 80).

γ) Την περίοδο της εντατικότητας της παροχής υπηρεσιών (Οκτ. 80 - Οκ. 81).

Στην περίοδο της ανίχνευσης των αναγκών εκτιμήθηκαν τα τοπικά προβλήματα για την κάλυψη των ψυχιατρικών και κοινωνικών αναγκών, το ποσοστό των ατόμων που πιθανόν να ζητούσαν ψυχιατρική βοήθεια, η στάση τους απέναντι στην ψυχική αρρώστια και άλλες συναφείς ανάγκες.

2. Η μεταβατική φάση του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, η οποία εκτείνεται χρονικά από τον Οκτώβριο του 1981 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1982. Στη φάση αυτή ολοκληρώνεται η συμμετοχή των κατοίκων στον τομέα της Κοινοτικής παρέμβασης με την δημιουργία της Επιτροπής Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, ενώ η

η παροχή υπηρεσιών έχει ήδη αρχίσει από τον Οκτώβριο του 1979.

Όπως και ο Μ. Μαδιανός, 1989, Τόμος Β', σελ. 58, αναφέρει, στο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής υπάρχουν τέσσερις υπηρεσίες και δύο προγράμματα. Οι υπηρεσίες είναι : η Ανοικτή Ψυχοκοινωνικής Μέριμνα Ενηλίκων, Υπεριλήκων και Παιδιών, που περιλαμβάνει και την Κινητή Ψυχιατρική Ομάδα, η Μονάδα Αποκατάστασης και η Υπηρεσία Αξιολόγησης και Έρευνας.

Τα προγράμματα είναι της Κοινοτικής Παρέμβασης και Εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα παρουσιάζονται στο σχήμα 2.

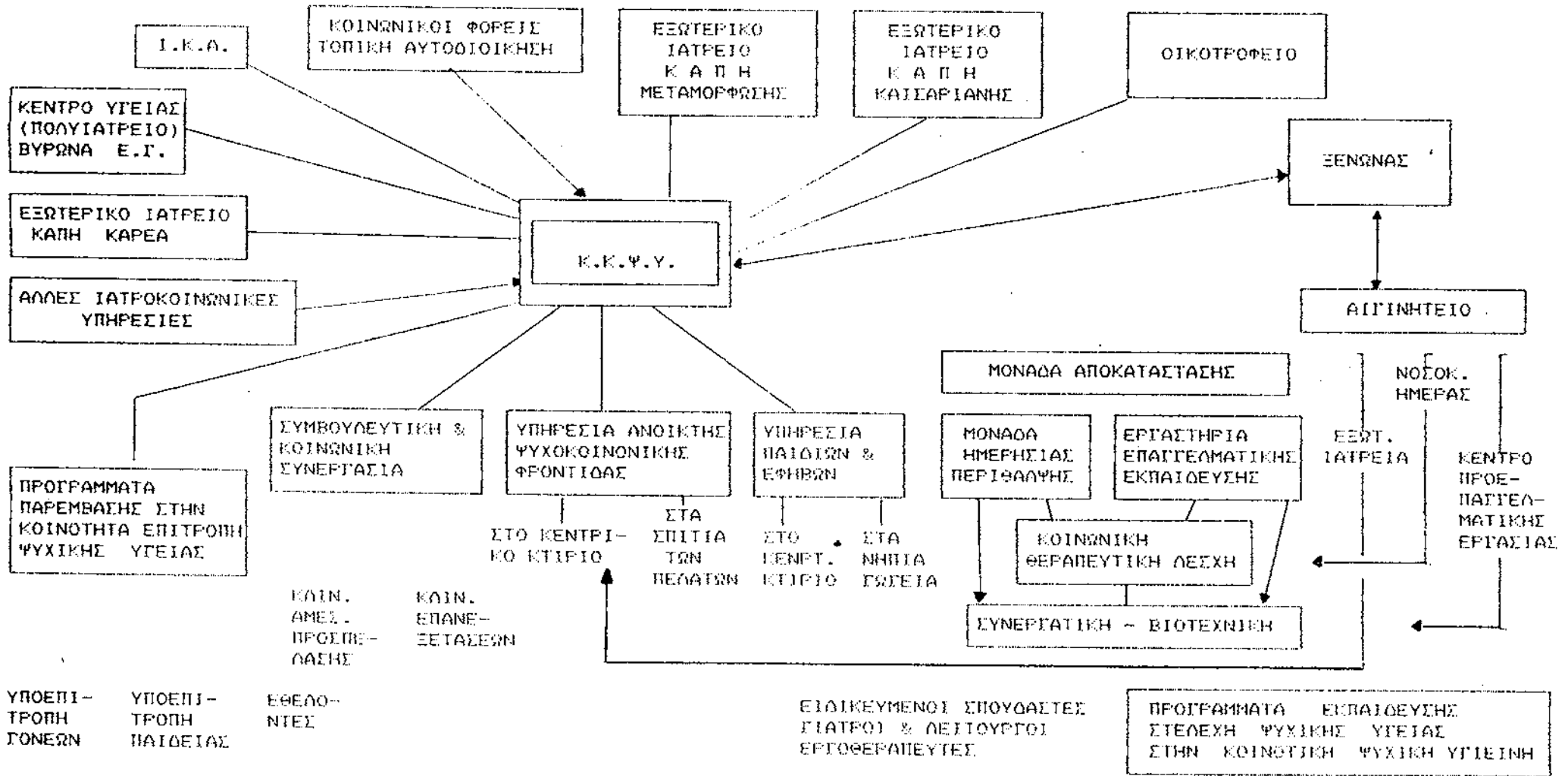
Επίσης σύμφωνα με το άρθρο του Μ. Μαδιανού και Κ. Στεφανή "Εγκέφαλος" 17, σελ. 57, το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής λειτουργεί σύμφωνα με τα γνωστά διεθνή πρότυπα όπως τα περιγράφουν οι H.R.LAMB (1973), BELLAK (1964), BEIGEL (1971) και άλλοι πρωτοπόροι της κοινοτικής ψυχικής υγείας.

Η λειτουργία του Κέντρου ρυθμίζεται από το Επιστημονικό Διοικητικό Συμβούλιο, που αποτελείται από τους υπεύθυνους των τμημάτων του Κέντρου. Η επιτροπή αυτή ασχολείται με επιστημονικά, διοικητικά θέματα και επιστημονικό προγραμματισμό.

Παράλληλα υπάρχει μια δεύτερη επιτροπή υποβοήθησης του Κέντρου, στην οποία συμμετέχουν οι υπεύθυνοι των τμημάτων, οι εκάστοτε δήμαρχοι και εκπρόσωποι των τοπικών πολιτιστικών σωματείων. Έργο της επιτροπής είναι η επίλυση θεμάτων που έχουν σχέση με την ανάπτυξη σχέσεων του Κέντρου με την Κοινότητα.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στελεχώνεται από ψυχιάτρους και παιδοψυχιάτρους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Επισκέπτρια Αδελφή, Εργοθεραπεύτρια, Επιστήμονες Κοινωνικών Επιστημών, Συμβούλιο, Στατιστικολόγο, κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους για ειδικές θεραπείες.

Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ Κ.Κ.Ψ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ  
( ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. " ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ " ΤΟΜΟΣ Β 1989 )



Οι Μ. Μαδιανός, Α. Παπαγεωργίου, Κ. Στεφανής στο άρθρο "Δείκτες αποτελεσματικότητας της παροχής κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Βύρωνα Καισαριανής 1979 - 1984", Εγκέφαλος 23, 1986, σελ. 263 - 267, αναφέρουν ότι σύμφωνα με ενδείξεις στατιστικά τεκμηριωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα της ποιότητας υπηρεσιών του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα - Καισαριανής ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων προσεγγίζει το Κέντρο για την επίλυση διαφόρων τύπων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, πολλά από τα οποία δεν είχαν ποτέ επισκεφθεί στο παρελθόν ψυχιατρική υπηρεσία αν και νοσούσαν.

Συνοψίζοντας θεωρούμε ότι το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και προαγάγει την ψυχική υγεία των κατοίκων και της κοινότητας.

#### ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Όπως και προηγούμενα έχει αναφερθεί το Κέντρο Ψυχικής Υγείας από το 1956 αποτελεί ένα πρωτοποριακό ίδρυμα για την εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

Είναι κοινωφελές ίδρυμα που χρηματοδοτείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο 1988, σελ. 123, τα τελευταία χρόνια το Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει μετατρέψει τις υπηρεσίες του σε Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας με συγκεκριμένη γεωγραφική και κοινοτική ευθύνη. Επίσης με το Νόμο του Ε.Σ.Υ. το 1983, καθορίζεται σε γενικές γραμμές ότι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες, οι οποίες βρίσκονται σε λειτουργία

κή σύνδεση με τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η ομάδα Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ (1984) καθόρισε τις εξής αρχές που πρέπει να κατευθύνουν την λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής-:

- Να προσφέρουν υπηρεσίες στους ασθενείς μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε να μην απομακρύνονται οι ασθενείς από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Να προσφέρουν πρωτοβάθμια ψυχιατρική φροντίδα πριν από την εισαγωγή του ασθενούς σε κλειστή ψυχιατρική μονάδα. Εάν η εισαγωγή θεωρηθεί απαραίτητη θα πρέπει να γίνεται στη συνδεδεμένη ψυχιατρική μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου.

Όπως αναγράφεται στον "Απολογισμό Δραστηριοτήτων της Τετραετίας 1984 - 87" Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας, 1988, σεήμερα το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αποτελεί το φορέα που εκφράζει στην πράξη το μοντέλο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Με ένα πλέγμα υπηρεσιών οι οποίες αναπτύσσονται ποσοτικά και ποιοτικά, προσπαθεί όχι μόνο να αντιμετωπίσει τις ψυχικές διαταραχές αλλά και να διερευνήσει επίσης τις κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους που αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ψυχικής διαταραχής.

Η ανάπτυξη όλων των νέων υπηρεσιών δημιουργήθηκαν με την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και εντάσσονται στο συνολικότερο σχεδιασμό για την αλλαγή της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας. Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στις ανύπαρκτες μέχρι τώρα στη Ελλάδα Υπηρεσίες Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης ατόμων με χρόνιες παθήσεις που η πλειοψηφία τους είχε νοσηλευθεί σε ψυχιατρεία.

Οι υπηρεσίες αυτές δημιουργήθηκαν σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ.



Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείνης εδρεύει στην Αθήνα (Νοταρά 58) και έχει παραρτήματα στο Αιγάλεω, στο Χαλάνδρι (Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής "Το Στουπάθειον"), στην Αγία Παρασκευή (Θεραπευτική Μονάδα για Αυτιστικά Παιδιά), στα Κ. Πατήσια (τμήμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων), στον Πειραιά, την Πάτρα, την Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο Κρήτης, τον Βόλο και την Ρόδο και την Ζάκυνθο.

Οι κυριότερες Υπηρεσίες που λειτουργούν στα παραρτήματα αυτά είναι :

#### A. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Συμβουλευτικά Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων λειτουργούν στην Αθήνα, Πειραιά, στο Αιγάλεω, στα Κ. Πατήσια, στη Θεσσαλονίκη, στο Ηράκλειο Κρήτης, στην Πάτρα.

Σ'αυτά προσέρχονται ενήλικοι με ψυχιατρικές διαταραχές καθώς επίσης και άτομα που νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο, για μετανοδοκομειακή παρακολούθηση. Όπου κρίνεται αναγκαίο γίνονται και επισκέψεις στα σπίτια των ατόμων που παρακολουθούνται.

"Προσφέρει εκτίμηση, διάγνωση, θεραπεία σε όλο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών. Γίνεται προσπάθεια για δημιουργία δεσμών με τον άρρωστο και τους συγγενείς του, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες στους οικογενειακούς γιατρούς και συνεργάζεται με τους γιατρούς του Ι.Κ.Α.".

(Γιάννης Παπαδάτος - Μαρία Ζούνη "Το μοντέλο λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αιγάλεω" Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Γ. Παπαδάτος, 1987, σελ. 307).

Κατά τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 129, οι βασικοί στόχοι της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τους στόχους οποιασδήποτε ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Η διαδικασία της Συμβουλευτικής εντάσσεται στη λογική της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής και λειτουργεί σύμφωνα με τις βασικές αρχές του συστήματος αυτού. Θεωρεί δε την εμφάνιση οποιασδήποτε ψυχολογικής διαταραχής ή ανισορροπίας ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ατομικών παραγόντων και του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η Συμβουλευτική Υπηρεσία είναι αυτή που ασχολείται κατ' αρχήν με την "κλινική παρέμβαση".

Στόχο της κλινικής παρέμβασης μπορεί να αποτελεί το ίδιο το άτομο (όπως συμβαίνει στην ατομική ψυχοθεραπεία ή τη θεραπεία συμπεριφοράς), οι ομάδες στις οποίες λειτουργεί (π.χ. σε θεραπεία οικογένειας ή ομαδική θεραπεία) ή η ευρύτερη κοινότητα μέσα στην οποία λειτουργεί το άτομο (σε περίπτωση κοινωνικής ή κοινοτικής παρέμβασης).

Όσο σύμφωνα με τον Απολογισμό Δραστηριοτήτων Τετραετίας 1984 - 87, το διαγνωστικό έργο των Συμβουλευτικών μονάδων στηρίζεται στο ψυχιατρικό ή κοινωνικό Ιστορικό των εξεταζομένων. Γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης όλου του φάσματος των ψυχικών διαταραχών. Με βάση την διάγνωση καθορίζεται και η θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μπορεί να είναι μόνο ψυχοθεραπευτική ή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φάρμακα.

## Β. ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Οι Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες στην Αθήνα, το Αιγάλεω, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα, το Ηράκλειο Κρήτης, το Βόλο

και Ζάκυνθο, εξυπηρετούν παιδιά από 1 - 6 ετών που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα απο ψυχιατρικές διαταραχές όπως νευρώσεις, ψυχώσεις, νοητικές καθυστερήσεις, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς ή προσαρμογής κ.ά.

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 132, οι στόχοι και οι τρόποι λειτουργίας των Ιατροπαιδαγωγικών κέντρων μπορούν να συνοψισθούν στους εξής:

1. Διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική παρέμβαση.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων απαιτείται η κατανόηση της λειτουργίας της φυσικής κατάστασης του παιδιού σε ατομική βάση, η κατανόηση της λειτουργικότητάς του σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό του στάδιο και η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Η θεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει συμβουλευτική παιδιών και οικογενείας, ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική και οικογενεαίς), θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και ομάδες.

2. Κοινοτική Παρέμβαση σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς, ιδρύματα, ιατροκοινωνικούς φορείς, συλλόγους γονέων κ.λπ.

Η Κοινοτική παρέμβαση αποσκοπεί στην εκπαίδευση των ατόμων που απασχολούνται στους παραπάνω φορείς, ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τυχόν προβλήματα και απαιτήσεις της ηλικίας αυτής. Επίσης αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων τα οποία ίσως προειδοποιούν για την ύπαρξη σοβαρών διαταραχών.

3. Η εκπαίδευση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας και της ψυχικής υγείας γενικότερα.

Η εκπαίδευση παρέχει γνώσεις για την παρέμβαση σε διάφορα επίπεδα όπως στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στην εξειδικευμένη ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία αλλά και άμεση θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί και στην οικογένειά του.

#### 4. Έρευνα στο αντικείμενο της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας.

Είναι αναγκαίο να περιλαμβάνονται στα αντικείμενα εξειδικευμένων ερευνών, οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της παιδικής προσωπικότητας, οι ιδιαίτερες δυνατότητες και τα προβλήματα κάθε σταδίου ανάπτυξης, η δημιουργία κατάλληλων μέσων αξιολόγησης και διάγνωσης καθώς και οι αποτελεσματικοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στις Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες εργάζονται παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, λογοπαιδικοί, οι οποίοι στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, αντιμετωπίζουν τα περιστατικά.

#### Γ. ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 134, τα προγράμματα άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης έχουν σαν στόχο την προσφορά βοήθειας σε εκείνα τα άτομα της κοινότητας τα οποία βρίσκονται σε "κρίση". Η "κρίση" δεν είναι ταυτόσημη με την ψυχική ασθένεια. Μπορεί όμως να αποτελέσει τα αρχικά στάδια κάποιας πιθανής μελλοντικής παθολογικής κατάστασης. Έτσι όταν αναφερόμαστε σε χειρισμό ή παρέμβαση στη "κρίση" αναφερόμαστε σε δύο έννοιες: στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογικών αντιδράσεων του ατόμου κατά την κρίσιμη κατάσταση και κυρίως στην πρόληψη πιθανών σοβαρότερων μελλοντικών επιπλοκών.

Κατά τον Γ. Παπαδάτο 1987, σελ. 308, το παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω αντιμετωπίζει τα επείγοντα περιστατικά σε 12ωρη βάση από 8 π.μ. μέχρι 8 μ.μ., τις εργάσιμες μέρες της εβδομάδας.

Υπάρχει εφημερίδα Ψυχιάτρων Ψυχολόγων και Κοινωνικών Λειτουργών για την κάλυψη των αναγκών της κοινότητας.

Για τις υπόλοιπες ώρες της εβδομάδας τα περιστατικά μπορούν να απευθύνονται στην Υπηρεσία "Γραμμή Ζωής S.O.S.", το Κ.Ψ.Υ. ή στην υπηρεσία επειγόντων περιστατικών της Αθήνας, που λειτουργεί σε 24ωρη βάση όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Η υπηρεσία αντιμετωπίζει επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και περιστατικά που βρίσκονται σε ψυχολογική "κρίση".

Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών "κρίσεων" είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί τα άτομα αισθάνονται έντονη την ανάγκη για άμεση ανακούφιση από το άγχος τους.

Σύμφωνα με τον ίδιο, σελ. 317, στην Ελλάδα δεν είχε δημιουργηθεί πριν από το 1986 αντίστοιχη υπηρεσία από δημόσιο φορέα. Το Κ.Ψ.Υ. σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Νέας Γενιά ίδρυσε τον Οκτώβριο του 1986 την πρώτη υπηρεσία "Γραμμή Ζωής S.O.S.". Η Υπηρεσία αντιμετώπισης οξυμένων κρίσεων έχει προγραμματισθεί να αναπτυχθεί σε τρεις φάσεις :

- α) Διαμόρφωση τηλεφωνικού κέντρου για άμεση τηλεφωνική, ψυχολογική υποστήριξη.
- β) Συγκρότηση ομάδας για επέμβαση στην κρίση, έτοιμη να υποδεχθεί το άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο.
- γ) Συγκρότηση ομάδας για επέμβαση στην κρίση, έτοιμη να μετακινηθεί προς αυτά τα άτομα.

Λειτουργεί η πρώτη και η δεύτερη φάση διάρθρωσης της νέας

αυτής υπηρεσίας. Έτσι έχουν εγκατασταθεί σε κατάλληλα διαμορφωμένο κτίριο οκτώ τηλεφωνικές μονάδες με αριθμό κλήσεις το 175.

Στην υπηρεσία εργάζονται 15 ειδικοί επιστήμονες που καλύπτουν τις ανάγκες όλου του 24ωρου για όλες τις μέρες του χρόνου.

Επίσης στην Περιοχή των Κ. Πατησίων λειτουργεί το τμήμα Πρόληψης και Αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων, στο οποίο λειτουργεί και Μονάδα τηλεφωνικής βοήθειας.

Η Μονάδα είναι στελεχωμένη με ειδικά εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) του απαντούν τηλεφωνικά ενημερώνοντας ή συμβουλεύοντας - υποστηρίζοντας το ενδιαφερόμενο άτομο.

Απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ ή σε άτομα του περιβάλλοντός τους (γονείς, φίλοι, εκπαιδευτικοί κ.λπ.

Προσφέρει :

- α) Πληροφορίες, - ενημέρωση σε άμεση (χρήστες) ή έμμεσα ενδιαφερόμενους (γονείς, φίλους, εκπαιδευτικούς).
- β) Παραπέμπει σε άλλες μονάδες του τμήματος Πρόληψης και Αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων του Κ.Ψ.Υ., σε άλλες Υπηρεσίες, ή άλλους φορείς.
- γ) Παρέχει ψυχοκοινωνική συμβουλευτική υποστήριξη.

Το τηλέφωνο κλήσης είναι : 86.56.600 και λειτουργεί τις εργάσιμες μέρες από 3 μ.μ. μέχρι 10 μ.μ.

(Ενημερωτικό φυλλάδιο Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1990).

Άλλες υπηρεσίες που λειτουργούν στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας Πανελλαδικά αναφέρονται παρακάτω :

### Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης (Μ.Η.Π.)

Στις μονάδες αυτές επιδιώκεται η θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών περιπτώσεων σε ημερήσια βάση με στόχους κυρίως την κινητοποίηση και την κοινωνική ένταξη των ατόμων.

Μ.Η.Π. λειτουργούν στην Αθήνα, στον Πειραιά, στο Αιγάλεω (Νοσοκομείο Ημέρας), στη Θεσσαλονίκη και στο Ηράκλειο Κρήτης.

### Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α).

Στις υπηρεσίες αυτές εκπαιδεύονται επιδοτούμενοι ασθενείς με ελεγχόμενη ψυχωσική συμπτωματολογία (ηλικίας 15 - 25 ετών), σε εργαστήρια, με στόχο την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική τους επανένταξη. Οι ΥΕΕΑ λειτουργούν σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ και επιχορηγούνται από την ΕΟΚ. ΥΕΕΑ λειτουργούν στην Αθήνα, στον Πειραιά, στο Αιγάλεω, στη Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα και στο Ηράκλειο Κρήτης.

### Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής "ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟΝ"

Ημερήσια μονάδα ειδικής αγωγής και προεπαγγελματικής εκπαίδευσης για νοητικώς καθυστερημένα ασκήσιμα παιδιά και εφήβους ηλικίας 6 - 21 ετών. Στεγάζεται στο Χαλάνδρι Αττικής.

### Θεραπευτική Μονάδα

Ημερήσια μονάδα ειδικής θεραπευτικής αγωγής για αυτιστικά παιδιά και εφήβους ηλικίας 6 - 16 ετών. Στεγάζεται στην Αγία Παρασκευή Αττικής.

### Μονάδες Θεραπείας Συμπεριφοράς (Μ.Θ.Σ.)

Απευθύνονται σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα για τα οποία ενδείκνυται η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση συμπεριφεριολογικού τύπου.

Μ.Θ.Σ λειτουργούν στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη.

### Υπηρεσία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (Υ.Ε.Π.)

Οργανώνει σεμινάρια, διαλέξεις, συζητήσεις και άλλες εκδηλώσεις για την ενημέρωση και επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας και άλλων ειδικών επαγγελματικών ομάδων όπως και για την ευαισθητοποίηση του ευρέως κοινού σε θέμα ψυχικής υγείας. Λειτουργεί στην Αθήνα.

### Συμβουλευτική Υπηρεσία Αλλοδαπών

Εδρεύει στην Αθήνα.

(Ενημερωτικό φυλλάδιο Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1990).

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής ή Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου - Νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Η τελευταία ονομασία δόθηκε στο Κέντρο τον τελευταίο καιρό.

Είναι φορέας ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικός, επιχορηγούμενος και εποπτευόμενος από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Στόχος του Κέντρου είναι να προσφέρει ένα σύνολο κοινωνι-



κών και ψυχιατρικών υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν πληρέστερα στις ανάγκες των κατοίκων της περιοχής Παγκρατίου, που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η προοπτική του είναι να δημιουργήσει τέτοιες δομές μέσα στην συγκεκριμένη κοινότητα, ώστε να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα στο χώρο που γεννιούνται, προσφέροντας άλλες εναλλακτικές λύσεις από το άσυλο (Μ. Καραμιχάλη : "Κοινότητα : Γενικά Χαρακτηριστικά και Δυναμική Κοινοτική Οργάνωση. Ανάπτυξη και Σχεδιασμός", παρουσίαση Ινστιτούτο Κοιν. Ψυχιατρικής, 1983).

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, όπως αναφέρει η Μ. Καραμιχάλη στο Γ' Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, σελ. 269, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας δικτυώνεται με τις διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας, συνεργάζεται με τις κοινοτικές αρχές της, τα σχολεία της, τους τοπικούς συλλόγους κ.λπ. και κυρίως με τους κατοίκους της κοινότητας, για την ενημέρωση και εκπαίδευση τους πάνω σε προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και για την ενεργό συμμετοχή τους στη λειτουργία του Κέντρου.

Στο Κέντρο εργάζονται ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, λογοθεραπευτής, ψυχοπαιδαγωγός και ψυχιατρικοί νοσοκόμοι, οι οποίοι πλαισιώνουν και τα τμήματα του Κέντρου που είναι τα ακόλουθα :

1. Διαγνωστικό και Συμβουλευτικό τμήμα για ενήλικες.
2. Τμήμα Ατομικής Ψυχοθεραπείας Ενηλίκων.
3. Παιδοψυχιατρικό τμήμα.
4. Συμβουλευτικός σταθμός για εφήβους και τις οικογένειές τους, με δυνατότητα παρέμβασης του σχολείου.
5. Τμήμα Κοινοτικής Παρέμβασης.
6. Τμήμα έρευνας και Εκπαίδευσης.

## 7. Τμήμα Αποκατάστασης.

Όλα τα τμήματα δουλεύουν με την αρχή της ομάδας. Επίσης βασική αρχή είναι ότι το άτομο θεωρείται σαν βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική μονάδα.

(BENNEL, Πρακτικά Σεμιναρίου, Κοινωνικής Ψυχιατρικής - "Οργάνωση, Εμπειρίες και προοπτικές, στην Ελλάδα" Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής 1983).

## ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο θεσμός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι αποτέλεσμα του Νόμου 1397.83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" και του κανονισμού της ΕΟΚ αριθμός 815/84.

Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση ΦΕΚ 26 Οκτωβ. 1988, Τεύχος 2ο, Αριθμ. φύλλου 777, άρθρο 3 :

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από :
  - α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.
  - β) Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερησιας και νυχτερινής).
  - γ) Γραφεία Κοινωνικής φροντίδας.
  - δ) Γραφεία Γραμματείας.

Σύμφωνα με την ίδια Υπουργική απόφαση έχει εγκριθεί η σύσταση πέντε Κ.Ψ.Υ. Πανελλαδικά, στο Δήμο Αθηναίων, στο Δήμο Αγ. Αναργύρων, στο Δήμο Χαλανδρίου, στο Δήμο Περιστερίου, για τον νομό Αττικής και στο Δήμο Βόλου για τον Ν. Μακεδονίας.

Αυτή τη στιγμή λειτουργούν δύο Κ.Ψ.Υ. στον Ν. Αττικής. Το Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Πε-

ριφερειακού Γενικού Νοσοκομείου το οποίο προσφέρει τις Υπηρεσίες του στην Κοινότητα Χαλανδρίου - Αγίας Παρασκευής από το 1988.

Το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και προσφέρει τις Υπηρεσίες Κοινοτικής Ψυχιατρικής περίθαλψης στην Κοινότητα Περιστερίου από το 1990.

Μετά από συνέντευξη με τον ψυχίατρο και διευθυντή του Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου, Κο Κωνσταντόπουλο αναφέρω ότι η υπηρεσία του Κέντρου απαρτίζεται από :

- α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.
- β) Γραφείο Κοινωνικής φροντίδας.
- γ) Γραφεία Γραμματείας.

Ενώ στο Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, σύμφωνα με συνέντευξη με την Κοινωνική Λειτουργό του Κέντρου Κα Χρύσα Παναγάγνου δεν έχει ακόμη συγκροτηθεί κάποια συγκεκριμένη υπηρεσία.

Βρίσκεται στο προκαταρκτικό στάδιο ευαισθητοποίησης της Κοινότητας και κινητοποίησης των κατοίκων.

Γίνεται θεραπεία σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές από τον Ψυχίατρο του Κέντρου και Κοινωνική Εργασία με άτομα και με την Κοινότητα. Ομάδες δεν λειτουργούν λόγω του περιορισμένου χώρου στέγασης του Κέντρου.

Υπάρχουν προοπτικές για την λειτουργία όλων των υπηρεσιών που απαρτίζουν ένα Κ.Ψ.Υ. και την λειτουργία του Νοσοκομείου Ημέρας.

Το προσωπικό που εργάζεται στα Κ.Ψ.Υ. είναι : Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Σύμβουλος Επαγγελματικού Προγραμματισμού, Ειδικός Παιδαγωγός, Κοινωνικές Επισκέπτριες και Διοικητικοί Υπάλληλοι.

#### Δ. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 213, μια άλλη μορφή υπηρεσίας στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής είναι η κινητή ψυχιατρική μονάδα. Η υπηρεσία αυτή δημιουργείται σε αραιοκατοικημένες περιοχές εκτός πόλεων και ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές, με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού, την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, τη θεραπεία και αποκατάσταση ψυχιατρικών ασθενών όπως επίσης και την έρευνα και εκπαίδευση του ψυχιατρικού προσωπικού στις ιδιαιτερότητες των αγροτικών περιοχών.

Απαραίτητος όρος για την επίτευξη των στόχων της κινητής ψυχιατρικής μονάδας είναι η ουσιαστική σύνδεση με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους φορείς της.

Οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αποτελούν τους συνδεδετικούς κρίκους της μονάδας, οι οποίοι προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στην υλικοτεχνική υποδομή, βοηθούν με τις γνώσεις τους για τον κοινωνικό χώρο στον εντοπισμό και το πλησίωμα των ασθενών και συμβάλλουν στην παράκαμψη γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Κινητές ψυχιατρικές μονάδες στον Ελλαδικό χώρο υπάρχουν τρεις: της Φωκίδας, της Αλεξανδρούπολης και της Θεσσαλονίκης. (Κ. Μάτσα, Τετράδια ψυχιατρικής, Γενάρης - Μάρτης 1987, σελ. 65).

Στη συγκεκριμένη εργασία θα αναφερθούμε στην Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής περίθαλψης Υπαίθρου Ν. Φωκίδας.

Όπως ο Σπ. Τριβάρας αναφέρει στο Γ' Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών 1987, σελ. 378, η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης λειτουργεί σαν πρόγραμμα πιλότος από τον Οκτώβριο του 1981 και θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε σαν προπομπό των Κέντρων

Ψυχικής Υγείας. Με τη μελέτη του προγράμματος και την εφαρμογή του θέλουν να επισημανθεί :

1. Η σημασία που έχει η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
2. Η επιλογή της επαρχίας σαν χώρος δουλειάς, παρά τις τεράστιες ανάγκες της Αθήνας, που μέρος τους θα μπορούσε να καλυφθεί.
3. Η ικανοποιητική κάλυψη της ερημωμένης επιστημονικά επαρχίας από κινητή μονάδα με στελέχη υψηλής εξειδίκευσης.
4. Ο τρόπος λειτουργίας μιας μορφής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που καλύπτει με πληρότητα όλες τις ανάγκες του πληθυσμού αγροτικής περιοχής, από τα μαθησιακά προβλήματα στα σχολεία μέχρι της κρίσης βαρειάς σχιζοφρένειας.

Στοχεύοντας να εξασφαλίσει εκείνες τις προϋποθέσεις που χρειάζονται για την παροχή ψυχιατρικής φροντίδας και ακολουθώντας τις αρχές της κοινωνικής Ψυχιατρικής, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την Κινητή μονάδα, σαν ένα κινητό κέντρο κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία της κινητής μονάδας στη Φωκίδα ήταν η αδυναμία να εγκατασταθεί μόνιμα στο νόμο μια διεπιστημονική μονάδα υψηλής εξειδίκευσης, που να περιλαμβάνει ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτή, και ψυχοπαιδαγωγούς.

Ο Νομός Φωκίδας με την απογραφή του 1981, έχει πληθυσμό 44.000 κατοίκους, πρωτεύουσα είναι η Άμφισσα και βρίσκονται εκεί συγκεντρωμένες όλες οι διοικητικές υπηρεσίες του Νομού. Άλλα μεγάλα κέντρα είναι η Δελφίνα, το Γαλαξίδι, το Ευπάλειο, το Χρισσό, οι Δελφοί, η Γραβιά και άλλα χωριά. Το 68,3% είναι αγροτικός πληθυσμός και το υπόλοιπο ποσοστό του πληθυσμού, ασχολείται με την βιομηχανία, ναυτιλία και τουρισμό.

Οι λόγοι που διαλέχθηκε ο Ν. Φωκίδος είναι : το αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού που υπάρχει, η ανυπαρξία ψυχιατρικής περίθαλψης και η απουσία ψυχιάτρου και η μικρή απόσταση από την Αθήνα η οποία αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα γιατί επιτρέπει εύκολα την μετάβαση της ομάδας ακόμα και σε έκτακτες ανάγκες.

Σύμφωνα με τον Π. Σακελλαρόπουλο, Τετράδια Ψυχιατρικής Γενάρης - Μάρτης 1985, σελ. 47, προηγήθηκε μια εργασία μελέτης και προετοιμασίας του ερευνητικού προγράμματος 6 μηνών στην Αθήνα.

Στην συνέχεια στο πρώτο εξάμηνο λειτουργίας της μονάδας αποκλειστική ασχολεία της ήταν η προσέγγιση της κοινότητας και η εργασία μαζί της και όχι η αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών. (Σ. Τζιβάρας, Γ' Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, σελ. 379).

Κατά τον Π. Σακελλαρόπουλο η ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας και η αλλαγή της στάσης της απέναντι στην ψυχική νόσο έγινε και συνεχίζει να γίνεται μέσα από διαλέξεις, σεμινάρια, ομιλίες, συζητήσεις.

Έχει δημιουργηθεί μια επιτροπή ψυχικής υγείας και από κατοίκους. Σύμφωνα με τον Σ. Τζιβάρα στον τομέα της πρόληψης η ομάδα κινείται σε τρία επίπεδα :

- Να μην εμφανισθεί η νόσος.
- Να δοθεί προσπάθεια στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αφού εμφανισθεί η νόσος.
- Να προληφθεί η υποτροπή και να μην γίνει χρόνια η νόσος.

Και όπως ο Π. Σακελλαρόπουλος στο άρθρο του Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδος αναφέρει, η μονάδα στράφηκε προς το πλέγμα : Σχολεία - δάσκαλοι - μαθητές - γονείς, οργανώνοντας συστηματικά σεμινάρια δασκάλων, δημιουργώντας φροντιστηριακές τάξεις στα σχολεία για μαθησιακά προβλήματα σε συνεργασία με την προϊσταμένη αρχή και

το Υπουργείο Παιδείας. Επίσης λειτουργούν ομάδες γονέων και εφήβους (Ιτέα, Δελφοί, Γραβιά, Λιδωρίκι, Άμφισσα).

Η διάγνωση και η θεραπεία παιδιών και ενηλίκων έχει δύο μορφές : Νοσοκομειακή στο Γενικό Νοσοκομείο της Άμφισσας και εξωνοσοκομειακή όπου χρησιμοποιούνται τα αγροτικά ιατρεία του κάθε χωριού και πόλης και μερικές φορές τα κοινοτικά καταστήματα και τα ιατρεία του Ι.Κ.Α.

Σ'ένα σημαντικό ποσοστό (Σπ. Τζιβάρας, 1987, σελ. 381), γίνεται θεραπεία της οικογένειας ειδικά στα παιδιά περιστατικά θεραπεία ζεύγους ενώ παράλληλα προσφέρονται εξειδικευμένες θεραπείες όπως θεραπεία παιχνιδιού και λογοθεραπείας.

Τα οξέα περιστατικά (Π. Σακελλαρόπουλος, 1985, σελ. 47), αντιμετωπίζονται στο σπίτι του αρρώστου. Ενώ σπάνια μεταφέρονται διεγερτικοί ασθενείς στην Αθήνα και όταν νοσηλευθούν στην πρωτεύουσα φροντίζει η ομάδα στον ελαχιστο δυνατό χρόνο να επανέλθουν στο Νομό.

Οι δραστηριότητες της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. δικάρονται σε :

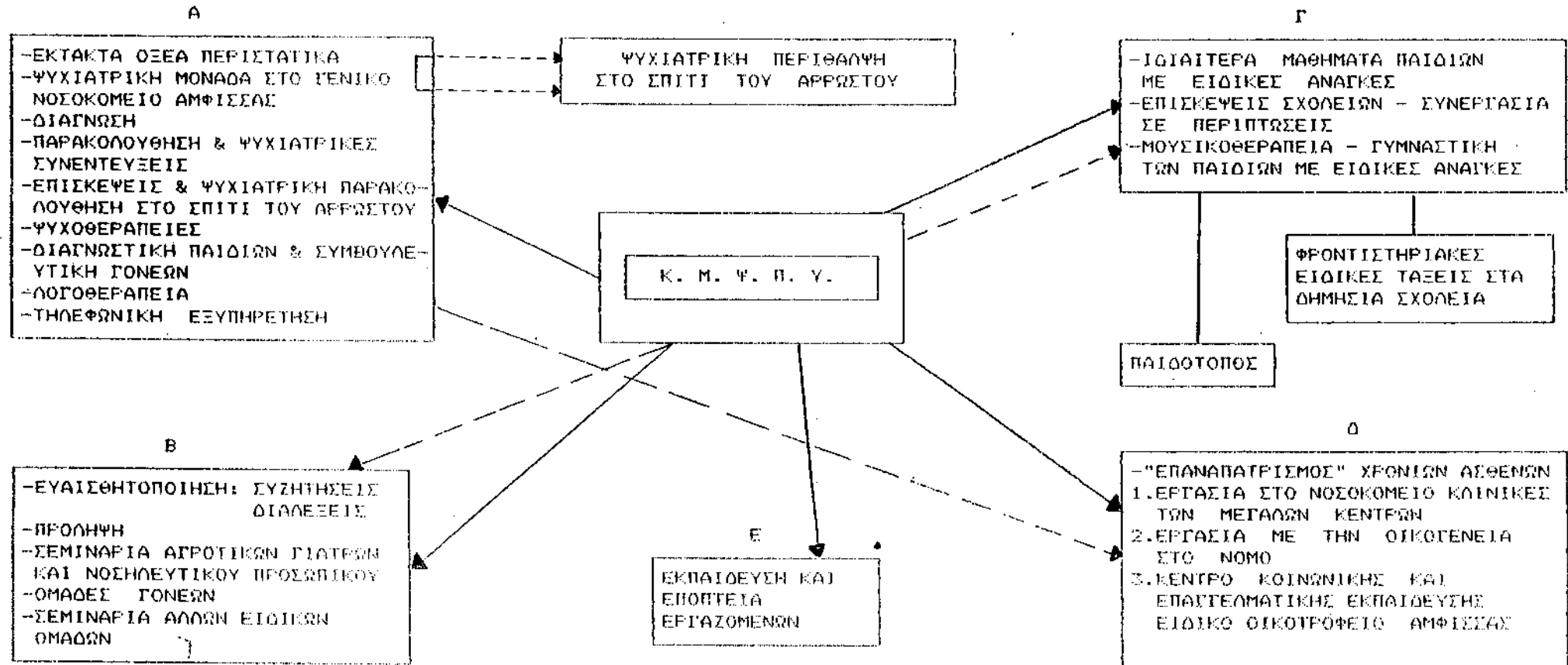
- Α. Ατομική και Οικογενειακή βάση.
- Β. Κοινότητα.
- Γ. Σχολεία.
- Δ. Επαναπατριsmός.
- Ε. Συνεχής Εκπαίδευση μελών Κινητής Μονάδας.

Αναλυτικότερα παρουσιάζονται στο σχήμα 3.

(Π. Σακελλαρόπουλος, Υλικό Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Ν. Φωκίδος "Διαδικασία επανένταξης Ψυχικά Πασχόντων σε Αγροτικές περιοχές, προβλήματα και Δυνατότητες". Ετήσιο εκπαιδευτικό Πρόγραμμα 1986 - 87).

Ένα δεύτερο πρόγραμμα που εφαρμόζει η Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Νομού Φωκίδας είναι το Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Αποκατάστα-

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. ΝΟΜΟΥ ΦΩΚΙΔΑΣ  
( ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. " ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1986-1987 )





σης - Ειδικό οικοτροφείο Άμφισσας.

Σύμφωνα με τον Σ. Τζιβαρα, 1987, σελ. 382, το οικοτροφείο είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής επανένταξης και επαγγελματικής αποκατάστασης που σκοπεύει να δώσει σε έναν αριθμό 12 με 14 ψυχιατρικά αρρώστους χρόνια ψυχωσικούς, αποθεραπευτές, την δυνατότητα να ενταχθούν πάλι στο κοινωνικό σύνολο.

Το πρόγραμμα γίνεται σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ και την ΕΟΚ. Προγραμματίστηκαν δύο στάδια εργασίας. Το πρώτο στάδιο ήταν διάρκειας 5 μηνών όπου άρχισε με τις επισκέψεις στα δημόσια ψυχιατρεία για να επιλεγούν οι άνθρωποι που θα εκπαιδευθούν.

Το δεύτερο στάδιο ήταν η μεταφορά στη Φωκίδα των επιλεγμένων και η εγκατάστασή τους στο Οικοτροφείο, όπου εργάζονται 4 άτομα μόνιμο επιστημονικό προσωπικό με 24ωρη συνεχή παρουσία τουλάχιστον στην αρχή. Εκτός από το επιστημονικό προσωπικό εργάζονται 4 αγρότερες που αναλαμβάνουν την εκπαίδευση τους στις αγροτικές δουλειές.

Στόχοι του ειδικού οικοτροφείου Άμφισσας είναι : η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των μελών του, μέσα από ειδικά προγράμματα που περιλαμβάνουν εκτός από το θεραπευτικό σκέλος την ένταξη των μελών του οικοτροφείου στη λειτουργία του, την ενεργοποίησή τους σε επαγγελματικούς και άλλους τομείς, την κοινωνικοποίησή τους και τελικά την πλήρη ενσωμάτωσή τους στην κοινωνική ζωή του τόπου.

Συνοφίζοντας, αναφέρω ότι, με την λειτουργία της Κ.Μ.Ψ. Π.Υ., Νομού Φωκίδας, δημιουργείται ένα δείγμα εφαρμοσμένης αποδοτικής κάλυψης των αναγκών μιας αγροτικής περιοχής από τα μαθησιακά προβλήματα μέχρι την βαριάς μορφής σχιζοφρένεια.

#### 4. Νομοθεσία

##### Νόμος 963/79

Ο Νόμος 963/79 απευθύνεται σε όλες τις κατηγορίες των μειονεκτούντων ατόμων στο οποίο υπάρχει το πιεστικό πρόβλημα της επαγγελματικής τους εκπαίδευσης και επαγγελματικής - κοινωνικής τους αποκατάστασης. Σύμφωνα με τον Νόμο 963 για να χαρακτηριστεί ένα άτομο μειωμένων ικανοτήτων και να ενταχθεί στην κατηγορία των προστατευομένων ατόμων πρέπει να έχει κάποιες προϋποθέσεις.

Μια προϋπόθεση είναι η ηλικία. Προστατεύει ο νόμος άτομα ηλικίας από 15 - 65 χρόνων, που έχουν περιορισμένες δυνατότητες για επαγγελματική απασχόληση λόγω χρόνιας σωματικής ή πνευματικής νόσου.

Για να αποκτήσει όμως ένα άτομο την ιδιότητα του προστατευόμενου και να εμπίπτει στο νόμο 963 πρέπει απαραίτητα να εγγραφεί στους καταλόγους του ΟΑΕΔ αφού προσκομίσει μια ιατρική γνωμάτευση από αρμόδιο φορέα, που θα αναφέρει τις μειονεξίες που έχει το άτομο. Από τη διαδικασία αυτή, σύμφωνα με μια δεύτερη ρύθμιση εξαιρούνται μόνο οι συνταξιοδοτούμενοι ή επιδοτούμενοι λόγω αναπηρίας, των οποίων η πάθηση θεωρείται ότι προσδιορίζεται από τη βεβαίωση συνταξιοδότησης ή επιδότησης.

Από κει και πέρα ο ΟΑΕΔ αναλαμβάνει την επαγγελματικής εκπαίδευση αυτών των ατόμων που μπορεί να γίνει στις εκπαιδευτικές μονάδες του ΟΑΕΔ, σε ειδικά ιδρύματα ή φορείς που είναι πλέον κατάλληλοι.

Στην κατηγορία αυτή υπάγεται το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας των μενάδων επαγγελματικής εκπαί-

δευσης και αποκατάστασης.

Στο άρθρο 5 αναφέρεται ότι ο ΟΑΕΔ μπορεί να καταβάλλει στους εργοδότες μέρος της δαπάνης για την κατάλληλη διευθέτηση της θέσης εργασίας και η ρύθμιση για την δυνατότητα επιχορήγησης των εργοδοτών.

Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 10 του ίδιου νόμου, υποχρεώνονται οι δημόσιες υπηρεσίες, οι οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα Ν.Π.Δ.Δ. και οι οργανισμοί Κοινής Ωφέλειας να προσλαμβάνουν σε ποσοστό 5% άτομα με ειδικές ανάγκες.

(Κυριακάκης Β. "Το νομικό πλαίσιο της αποκατάστασης στην Ελλάδα. Νόμος 963 και άλλες διατάξεις" στην Κοινωνική Αποκατάσταση ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, επιμέλεια Γ. Παπαδάτος, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, 1987, σελ. 21 - 26).

### Νόμος 1397/83

Το Νομοθετικό διάταγμα 1397/83 "για το Εθνικό Σύστημα Υγείας" εντάσσει ειδικές διατάξεις για τη δημιουργία ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και τρόπου διασύνδεσης των διαφόρων μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 26, σελ. 18).

Στο άρθρο 21 του ίδιου νόμου αναγράφεται ότι :

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη παρέχεται από :

- α) Κέντρα Ψυχικής υγείας,
- β) τους ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων, και
- γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας, συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, ως αποκεντρωμένες μονάδες ει-

δικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και Ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο, στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας τους.

Επίσης σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 στο ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) συγκροτείται ειδική επιτροπή για την μελέτη και διατύπωση προτάσεων για κάθε θέμα που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σε κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας, συνιστώνται και προσθέτονται θέσεις, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθη-

τικού προσωπικού.

Σχετικά με τις δαπάνες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

Τέλος με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης τους με τα νοσοκομεία (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος Πρώτο, αριθμός φύλλου 143, Αθήνα 7 Οκτωβρίου 1983).

#### Κανονισμός ΕΟΚ , αριθμ. 815/84

Στις 26 Μαρτίου 1984, το συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων εξέδωσε τον Κανονισμό (ΕΟΚ) αριθ. 815/84, για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον Κοινωνικό τομέα.

Σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό για την χρονική περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984, έως 31 Δεκεμβρίου 1988 προβλέπεται έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η ελληνική Δημοκρατία για :

- α) την ανέγερση, την διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.
- β) Την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των

προγραμμάτων αυτών ανέρχεται σε 60 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.

Σύμφωνα με τον ίδιο κανονισμό η οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνο για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν :

- α) Την ανέγερση νέων κτιρίων καθώς και την επέκταση και την διαρρύθμιση κτιρίων που ήδη υπάρχουν.
- β) Τον εξοπλισμό των κέντρων.
- γ) Τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σα σκοπό έχουν να αποδείξουν τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.
- δ) Τις περιόδους πρακτικής εξάσκησης για την ειδική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και Κοινωνικών Λειτουργών.

(Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 31-3-84, Αριθ. 188/1 - 188/3).

#### Νόμος 1579/85

Στις 23 - 12 - 1985, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης ο Νόμος 1579 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (εφημερίδα Κυβερνήσεως Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Α', Αρ. φύλλου 217 Νομ. Υπ' αριθ. 1579 Αθήνα 23;12;85 σελ. 4189).

Στο άρθρο 13 αυτού του ΝΟμου και στην παράγραφο 3 αναφέρεται :

"Ειδικές μονάδες χρονίων παθήσεων και αποασυλοποίησης, αξιολόγησης προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρ-

τισης, απασχόλησης καθώς και ξενώνες με στόχο την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ψυχικά αρρώστων, συνιστώνται και λειτουργούν ως επιστημονικά τμήματα ή αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2692/1953 και σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 10 και 21 του Ν.Δ. 1397/83...".

### Νόμος 1648/86

Ένας νέος νόμος, ο 1648/2.10.86, που αναφέρεται στην επαγγελματική αποκατάσταση, ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας ορίζει ότι :

1. Επιχειρήσεις ελληνικές ή ξένες και επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας με προσωπικό πάνω από 50 άτομο υποχρεούνται να προσλαμβάνουν κατά 3% άτομα με ειδικές ανάγκες στα οποία υπολογίζονται και άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές.
2. Ν.Π.Δ.Δ. και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης υποχρεούνται να προσλαμβάνουν 5% συνολικά αναπήρους και ψυχικά ασθενείς. Με απόφαση του Υπουργού Προεδρίας, ορίζεται κατά φορέα, κατηγορία και κλάδο, η ειδικότητα και ο αριθμός των ατόμων.

Για την πρόσληψη πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις.

- α. Να έχουν τα τυπικά προσόντα που απαιτούνται για τη θέση.
- β. Να κριθούν ικανοί από την πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή./
- γ. Να είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ.

Κατώτερο όριο ηλικίας διορισμού η πρόσληψης είναι το 21ο και ανώτερο το 45ο έτος.

(Β. Κυριακίδης, Κ, Νικολής, Γ. Παπαδάτος "Νομοθετικές ρυθμίσεις για αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές", Περιοδικό Εγκέφαλος 25, τόμος 1ος, 1988, σελ. 500).

Τέλος στις 26 Οκτωβρίου 1988, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Β', Αριθμός φύλλου 777 οι ακόλουθες υπουργικές αποφάσεις και εγκρίσεις :

"Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής.

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αγ. Αναργύρων Ν. Αττικής.

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Χαλανδρίου Ν. Αττικής.

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Περιστερίου Ν. Αττικής.

Σύσταση Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Βόλου Ν. Μαγνησίας.

Πρόσληψη γιατρού στο Β' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών.

Πρόσληψη προσωπικού στο Γ' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών...".



5. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περιθαλφής.

Όπως η Μιράντα Καραμιχάλη αναφέρει στο Γ' Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών σελ. 268, Η κοινωνική εργασία είναι μια μορφή κοινωνικής παρέμβασης που σκοπό έχει να προσφέρει τα μέσα και την δυνατότητα στα άτομα για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους και να λύσουν δυσλειτουργικές καταστάσεις, προσωπικές, διαπροσωπικές, περιβαλλοντικές που παρεμποδίζουν την ευημερία τους. θεωρεί ότι το άτομο δέχεται επιδράσεις κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές κ.λο. και είναι αναπόσπαστο από το κοινωνικό του περιβάλλον και πάντα σε αλληλεπίδραση με αυτό. Η Κοινωνική Εργασία είναι έκφραση ενδιαφέροντος της κοινωνίας και του κράτους για τις ανάγκες και την ποιότητα ζωής των μελών της και των πολιτών της.

Επομένως η Κοινωνική Εργασία δεν αφορά μόνο αυτούς που ζητούν εκουσίως τις υπηρεσίες της, αλλά ασχολείται προληπτικά με την αναγνώριση και την εκτίμηση των εκάστοτε διαμορφωμένων κοινωνικών συνθηκών και δημιουργημένων αναγκών, που πιθανόν να βλάψουν ή να παρεμποδίσουν την ευημερία ατόμων και ομάδων πληθυσμού. Μέσα στους σκοπούς και στην ιδεολογία της Κοινωνικής Εργασίας εντάσσονται, η προαγωγή, διατήρηση και αύξηση των υπηρεσιών και των τρόπων εξυπηρέτησης, η θεσμοθέτηση νέων, η αλλαγή νομοθεσίας και η κινητοποίηση και εμπλοκή πολιτικών προσώπων στην διεργασία που θα φέρει μια αποτελεσματική κοινωνική αλλαγή, που θα παράγει την κοινωνική ευημερία.

Στις 26 Ιανουαρίου 1989 στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Πρώτο, Αριθμός φύλλου 23,

εκδόθηκε το Υπ' αριθμόν 50 προεδρικό διάταγμα το οποίο αναφέρει για τον "καθορισμό επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων".

Στο άρθρο 1 του Διατάγματος παρ. 1 αναφέρει ότι : "οι πτυχιούχοι του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, Κοινωνικοί Λειτουργοί με βάση της εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις - θεωρητικές και εφαρμοσμένης - ασχολούνται είτε αυτοδυναμια, είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες, σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και συνδυασμού από τους παραπάνω στόχους :

- α) Πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων.
- β) Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της Κοινωνικής λειτουργικότητας, ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θετικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα".

Στην παράγραφο 3 του ίδιου άρθρου αναφέρονται οι δραστηριότητες που οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ασκούν κατά τομέα απασχόλησης και συγκεκριμένα στον τομέα Ψυχικής Υγείας : "Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας, Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων, Συμβουλευτικούς Σταθμούς κ.λπ."

Έτσι σύμφωνα με την Αν. Λυμπεροπούλου - Ντόντου "Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού" Εγκέφαλος, 23, 1986, σελ. 322, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας σήμερα δεν αμφισβητείται ούτε θεωρητικά ούτε πρακτικά. Η συμβολή του μπορεί να είναι μεγάλη και στην αποκατάσταση.

Η Κοινωνική Εργασία στον Χώρο της Ψυχικής Υγείας, εφαρμόζει στην πράξη την έρευνα, την Κοινωνική Εργασία σε ομάδα, Κοινωνική εργασία σε Κοινότητα και την Κοινωνική Εργασία σε άτομα.

Στην Έρευνα ο Κοινωνικός Λειτουργός μελετά τα κοινωνικά φαινόμενα, κάνει διάγνωση των κοινωνικών καταστάσεων και προεξοικειεί για την πρόληψη της θεραπείας τους.

Στην μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες ο Κοινωνικός λειτουργός έχει πρωτεύοντα ρόλο σε ομάδες με χαρακτήρα κυρίως προληπτικό όπως ομάδες γονέων, παιδιών σε σχολεία, ομάδες για διαφώτιση κ.λπ.

Η κοινωνική εργασία με την κοινότητα, η κοινοτική οργάνωση είναι η δυναμική μέθοδος που αφορά ιδιαίτερα όψεις της κοινωνικής εργασίας και αποσκοπεί στην δημιουργία δυνατοτήτων εργασίας και συντονισμού των κοινωνικών ιδρυμάτων επισήμων και μη για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Σε μεγαλύτερη έκταση στον τόπο μας εφαρμόζεται η κοινωνική εργασία με άτομα.

- Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Χρ. Μουζακίτη "Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου" Κοινωνική εργασία Τεύχος 12ο, 1988, σελ. 19-24, ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει την ευθύνη να παρει το κοινωνικό ιστορικό είτε απ' ευθείας από τον ασθενή, είτε από την οικογένειά του. Χρησιμοποιεί τους βασικούς κανόνες της συνέντευξης με έμφαση στη θεραπευτική σχέση. Χρησιμοποιεί γνώσεις από ένα ευρύ φάσμα για να κάνει μια διαγνωστική αξιολόγηση, που θα είναι βοηθητική στη συλλογική διάγνωση της θεραπευτικής ομάδας πάνω στην οποία βασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση.

Η διαγνωστική προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμ-

βάνει τις περιβαλλοντολογικές, οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καθώς και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που αυτές έχουν στη λειτουργικότητα του ατόμου. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπευτική ομάδα είναι πρωτεύον γιατί είναι εκπαιδευμένος και προδιατεθειμένος να μπει στο φυσικό χώρο στον ασθενή και να συλλέξει στοιχείο τέτοια, που διαφορετικά δεν μπορούν να συλληχθούν με συνεντεύξεις στο γραφείο.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού εκτός από την διαγνωστική προσφορά του είναι και συμβουλευτικός. Ο ρόλος αυτός δηλαδή συνίσταται σε προγραμματισμένες επαφές με μέλη της οικογένειας του ασθενή ή και με ολόκληρη την οικογένεια, με σκοπό να δώσει αναγκαίες πληροφορίες, να επεξηγήσει το διαγνωστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής ομάδας, να δώσει διευκρινήσεις για ερωτήματα που έχουν όσον αφορά την πορεία της θεραπείας, να συμβουλευθεί, να βοηθήσει στην αντιμετώπιση επίκαιρων πρακτικών προβλημάτων, να αποκτήσει μια πρώτη αξιολογική εικόνα και να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας και υποδοχής.

Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρικό πλαίσιο μπορεί να αναλάβει και τον ρόλο του θεραπευτή, υπό την επίβλεψη ενός εκπαιδευμένου ειδικού ή και με την συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας. Ο θεραπευτής Κοινωνικός Λειτουργός επικεντρώνεται κυρίως σε μια ψυχοδυναμική - συστηματική προσέγγιση που σκοπό έχει την καλύτερευση σχέσεων, την απόκτηση σχετικής με τα προβλήματα γνώσης, την προσαρμογή στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό χώρο, την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβληματικών καθημερινών καταστάσεων και γενικά υποστηρικτική εργασία. Κύριος στόχος της εργασίας αυτής είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα άτομα που χρειάζονται

ψυχιατρική φροντίδα της συναίσθησης ανεξαρτησίας τους, της ατομικότητάς τους, της ευθύνης, της επιτυχίας για το παρόν και το μέλλον και διάθεση για λύση προβλημάτων.

Ο θεραπευτής Κοινωνικός Λειτουργός επικεντρώνεται τόσο στα προβλήματα που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σε σχέση με τις οικογένειές τους και το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό χώρο όσο και με τα προβλήματα που οι οικογένειές τους έχουν λόγω της ανάληψης της κύριας φροντίδας τους.

Τα μέσα που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός - όπως τα περιγράφει η Κ. Παπαϊωάννου στο άρθρο "Κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των παραπληγικών" Κοινωνική Εργασία Τεύχος 13, 1989, σελ. 10 - που σκοπό έχουν να αξιολογήσουν την συμπεριφορά του ψυχικά ασθενή και της οικογένειάς του στην αντιμετώπιση των κοινωνικών καταστάσεων που το περιβάλλουν, διακρίνονται σε :

1. Συμβουλευτικές ομάδες, αποτελούνται από άτομα με διαταραχές στην ψυχική υγεία τους όπου, εκφράζονται συναισθήματα που προέρχονται από δυσκολίες, ματαιώσεις, απογοητεύσεις στις σχέσεις τους με τους άλλους, ανταλλάσσονται εμπειρίες και διάλογοι μέσα στην ομάδα, γίνεται διερεύνηση νέων τρόπων αντιμετώπισης και ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τα προνόμια που έχουν οι ψυχικά ασθενείς και που συχνά παραβιάζονται.
2. Ανταλλαγή ρόλων (ROLE-PLAY), δίνεται η ευκαιρία παρουσίασης γεγονότων της ζωής κάποιου άλλου ψυχικά ασθενή και προετοιμάζεται για πιθανή αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων.
3. Πληροφόρηση - ενημέρωση - ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

4. Συμμετοχή των Κοινωνικών Λειτουργών στο σχεδιασμό και τη δι-  
αμόρφωση της Κοινωνικής Πολιτικής.
5. Πρόληψη, ευαισθητοποίηση για έγκαιρη διάγνωση και ιατροψυχο-  
λογικοκοινωνικό έλεγχο.

Μετά από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερή η αναγκαιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού και ειδικότερα του Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ισότιμο μέλος με τα υπόλοι-  
πα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Η εκπαίδευση του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται σε  
ψυχιατρικό πλαίσιο προκειμένου να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο  
του, πρέπει να είναι πιο δυναμική στον τομέα της ψυχικής υγείας.  
Είναι δηλαδή απαραίτητη η εκπαίδευση του να γίνεται σε Πανεπι-  
στημιακό επίπεδο.

## 6. Ο ρόλος της θεραπευτικής - Διεπιστημονικής Ομάδας σε Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον Γ. Παπαδάτο, 1988, σελ. 219, η δημιουργία των πρώτων ομάδων ψυχικής υγείας άρχισε στις ΗΠΑ μεταξύ 1920-1930. Ο καθηγητής της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Η. MODLIN (1980), αναφέρει ότι η ομάδα άρχισε να σχηματίζεται με την συνεργασία του ψυχιάτρου με τον Κοινωνικό Λειτουργό. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μελετούσαν τους κοινωνικούς συντελεστές που εμπλέκονται στις ψυχιατρικές διαταραχές. Αργότερα στην ομάδα προστέθηκε ο ψυχολόγος και σταδιακά και άλλες ειδικότητες όπως, νοσοκόμα, εργοθεραπευτές, ειδικοί θεραπευτές και άλλοι.

Οι στόχοι λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας κατευθύνονται σε τρία επίπεδα :

- α) τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής,
- β) την ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής και
- γ) την κατάστροψη ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Όπως αναφέρει η Κ. Παπαϊωάννου στο άρθρο της "Ιατροκοινωνική Εργασία" Κοινωνική εργασία, τεύχος 2ο, και 10ο, 1988, σελ. 10, η διεπιστημονική ομάδα και η έμφαση στην απεριόριστη αποτελεσματικότητά της, δεν σημαίνει με κανένα τρόπο τεμαχισμό αλλά ξεκαθάρισμα των σημαντικών αλλά διαφορετικών προσφορών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι για τη θεραπεία της αρρώστειας ή την θετική επίδραση της θεραπευτικής στη συμπεριφορά του ασθενή και της οικογένειας στις σχέσεις του μαζί του, είναι απαραίτητη η συνεχής απόκτηση και ανανέωση γνώσεων από τους εκπροσώπους όλων των διαφορετικών επιστημονικών κατευθύνσεων και η αναγνώριση της

σημασίας της συνεργασίας τους στην ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου.

Ωστόσο, ο Π. Αλτάνης, στο άρθρο του "Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα "Διεπιστημονική συνεργασία και AIDS", Κοινωνική Εργασία, τεύχος 22, 1991, σελ. 110, αναφέρει ότι οι επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, εγκαταλείπουν την επιστημονική απομόνωση και αναζητούν τη συνεργασία άλλων επιστημόνων και ειδικοτήτων, διαπιστώνοντας την ανεπάρκεια και την αναγκαιότητα των άλλων σε σχέση με την πολλαπλότητα και την έκταση των επιστημονικών αντικειμένων, ιδιαίτερα κάτω από την ολιστική θεώρηση της ανθρώπινης ύπαρξης και των αναγκών την ίδια στιγμή που η υπερεξειδίκευση και ο επιμερισμός στην επιστημονική ερευνητική εξέλιξη είναι γεγονός.

Οι επαγγελματίες που συμμετέχουν συντονίζουν τις ενέργειες και προγραμματίζουν την δράση σύμφωνα με τον σχεδιασμό που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του σκοπού. Αυτό δε σημαίνει ότι τα μέλη της ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι "χάνουν" την επαγγελματική τους ταυτότητα. Όμως η αλυσιδωτή ιδιότητα των προβλημάτων και η ιδιαιτερότητα του σκοπού προσδιορίζουν το διάστημα συνεργασίας της ομάδας.

Η ομάδα συντονίζει την μελέτη του προβλήματος τον προγραμματισμό σχεδίου δράσης, αναθέτει υπευθυνότητες, καταμερίζει την εργασία, καθορίζει τις προτεραιότητες, χρησιμοποιεί τις πληροφορίες των μελών για το σχεδιασμό αξιολογεί τα αποτελέσματα δράσης και αξιοποιεί τις γνώσεις των μελών για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η δράση κάθε επαγγελματία είναι το αποτέλεσμα της διεπιστημονικής ομάδας.

Για την καλή λειτουργία της ομάδας, (Παπαδάτος, 1988, σελ.



221) είναι απαραίτητη η αλληλεγγύη ανάμεσα στα μέλη και η διαμόρφωση μιας ομάδας με κοινούς στόχους που να αποδέχεται μια κοινή διαδικασία στην λήψη και στην εκτέλεση των αποφάσεων. Ο κάθε ειδικός προσφέρει στην ομάδα τις δικές τους γνώσεις και προτάσεις, π.χ. ο ψυχολόγος θα ερμηνεύσει τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών, ή θα ασχοληθεί με μια ειδική ψυχοθεραπεία, ο ψυχίατρος μπορεί να θέσει την ψυχιατρική διάγνωση και ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να πληροφορήσει την ομάδα για τις συνθήκες στην οικογένεια.

Ωστόσο, σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, η ομάδα αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα και το πιο σημαντικό είναι το θέμα του καταμερισμού της εξουσίας ανάμεσα στα μέλη. Η εξουσία του Ψυχίατρου, ο οποίος είναι ο επικεφαλής της ψυχιατρικής ομάδας, είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα. Γιατί σε σχέση με την θεραπεία των ασθενών, οι νομικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ευθύνες των γιατρών δεν μπορούν να ανατεθούν σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία στη υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα.

Είναι δύσκολο λοιπόν, να διαχωρίσει κανείς με απολυτο τρόπο την προσφορά του κάθε μέλους της ομάδας, πράγμα που αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής ομάδας. Είναι όμως φανερό, ότι ένας ειδικός δεν μπορεί να χειριστεί μεμονωμένα όλες τις όψεις του συνόλου των περιστατικών και το πιο σωστό είναι να έχουν μέρος της ευθύνης όλοι οι ειδικοί, θέτοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους στην υπηρεσία της ομάδας.

Ας αναφέρουμε ότι περιληπτικά τον ρόλο του κάθε ειδικού μέσα στην διεπιστημονική ομάδα.

## Ψυχίατρος

Σύμφωνα με τον Παπαδάτο Γ., 1988, σελ. 222, ο ρόλος του ψυχίατρου σε μια υπηρεσία κοινοτικής Ψυχικής Υγείας είναι σύνθετος, δεν περιορίζεται στην νοσολογική προσέγγιση, αλλά επεκτείνεται και στη συμμετοχή του στη διαδικασία πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας, καθώς και στη διαδικασία αποκατάστασης των ψυχικών διαταραχών.

Εκτός από τις γνώσεις ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπευτικών χειρισμών απαιτείται να είναι σε θέση να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους που υπεισέρχονται στις ψυχικές διαταραχές.

Ο Ψυχίατρος είναι ο θεραπευτής των συγκεκριμένων περιστατικών, αλλά και ο σύμβουλος της κοινότητας για θέματα ψυχικής ασθένειας.

Σε σύγχρονες επιστημονικές υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης ο ψυχίατρος, είναι ένας κρίκος στην αλυσίδα των επαγγελματιών υγείας. Εμπλέκεται στην κοινότητα, παραπέμπει ασθενείς σε συναδέλφους που είναι ίσως πιο κατάλληλοι για μια συγκεκριμένη περίπτωση θεραπείας. Προσδιορίζει τα ιατρικά σύνδρομα ή τις ιατρικές πλευρές πολύπλοκων περιπτώσεων και καταστάσεων και τις ανατιμωπίζει αποτελεσματικά σε συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες της ομάδας.

## Ψυχολόγος

Σύμφωνα με την Β. Ρότσικα στο άρθρο "Ο ρόλος του Ψυχολόγου στην Ομάδα Ψυχικής υγείας", Εγκέφαλος 23, 1986, σελ. 317-318, ο κλινικός ψυχολόγος έχει την δυνατότητα να συμμετέχει και στις δύο φάσεις της κλινικής προσέγγισης, δηλαδή στη διάγνωση και στη

θεραπεία. Ο ψυχολόγος έχει εκπαιδευτεί σε ορισμένες διαγνωστικές κλινικές που του επιτρέπουν να αποκτήσει μια πληρέστερη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο.

Στη φάση της θεραπείας μπορεί να αναλάβει συμβουλευτική ή υποστηρικτική παρέμβαση ή ψυχοθεραπεία.

Μπορεί ακόμα να πάρει μέρος σε έρευνες σχετικές με το γνωστικό αντικείμενο μελέτης του.

Σ' ένα κοινοτικό Κέντρο ο ψυχολόγος, παράλληλα συνεργάζεται με επιστήμονες κοινωνικών και πολιτικών επιστημών και πρέπει να έχει γνώσεις Ψυχικής Δημόσιας Υγείας.

Ο ψυχολόγος επηρεάζεται από την συγκεκριμένη κοινότητα αλλά συγχρόνως επηρεάζεται.

Οι κοινοτικοί ψυχολόγοι χαρακτηρίζονται ως φορείς αλλαγής, αναλυτές κοινωνικών συστημάτων, σύμβουλοι σε κοινοτικές υποθέσεις, ερευνητές της συνολικής σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του.

Ο ρόλος του Ψυχολόγου επικαλύπτεται μερικώς με τον ρόλο του ψυχιάτρου, στο μέτρο που και οι δύο μπορούν να αναλάβουν συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία. Επίσης ο ψυχολόγος μπορεί να οργανώσει και να διευθύνει ομάδες ευαισθητοποίησης ή συζήτησης, κάτι που το κάνει και ο Κοινωνικός Λειτουργός. Επίσης έχει την δυνατότητα να κάνει επισκέψεις στο σπίτι.

### Κοινωνικός Λειτουργός

Σύμφωνα με την Κ. Παπαϊωάννου, Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 9ο και 10ο, 1988, σελ. 9, Ο κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός έχει αφομοιώσει από την εκπαίδευσή του τη σημασία της οργάνωσης και

της διεπιστημονικής ομάδας όπου μπορεί να αναλάβει ένα συγκεκριμένο ρόλο.

Η κύρια προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ιατρική ομάδα είναι να τονίσει τους ψυχοκοινωνικούς, ενδοοικογενειακούς παράγοντες στη μελέτη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, παραμένοντας προσανατολισμένος στις ανάγκες και τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Η σπουδαιότητα της επιστημονικής ομάδας (TEAM) είναι πλέον διεθνώς αναγνωρισμένη και ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος που αναλαμβάνει τις περισσότερες συνεντεύξεις με την οικογένεια και όλες που χρειάζονται συνεχιζόμενη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του (FOLLOW UP)/

Επειδή τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς (Παπαδάτος, 1988, σελ. 225), αποτελούν πολύτιμη πηγή στοιχείων, ο Ψυχίατρος παίρνει το Ιστορικό του ασθενούς και ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το ιστορικό της οικογένειας.

Σύμφωνα με τον Π. Αλτάνη (Κοινων. Εργασία, Τεύχος 22, 1991, σελ. 115), το πλεονέκτημα για την θεραπευτική ομάδα είναι ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος να διερευνήσει τους κοινωνικούς παράγοντες που είναι αιτίες ή επιβαρύνουν την ασθένεια, επισκέπτεται επί τόπου το οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον, διαθέτει μεθοδολογία διαχείρισης συναισθημάτων και κρίσεων και γνωρίζει μεθόδους υποστηρικτικές θεραπευτικές και αποκατάστασης. Επίσης να υποστηρίζει την κοινότητα μέσα από ατομική ή ομαδική εργασία.

Σύμφωνα με τον ίδιο, η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να καθιερωθεί - επίσημα, εκπαιδευτικά, λειτουργικά και οργανωτικά.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι ειδικά εκπαιδευμένοι, να εργάζονται ομαδικά, να διευρύνουν τις ανθρώπινες ανάγκες και να χρησιμοποιούν ειδικές επιστημονικές μεθόδους για να αναπτύξουν τις δυνατότητες του ατόμου της ομάδας ή της κοινότητας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους απασχολούν.

### Ε ρ γ ο θ ε ρ α π ε υ τ ή ς

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι επίσης πολύ σημαντικός. Σύμφωνα με την Α. Κωστάκη στο άρθρο της "ο ρόλος του Εργοθεραπευτή", Εγκέφαλος 23, 1986, σελ. 325, ο εργοθεραπευτής είναι το μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας που απασχολεί με οποιονδήποτε θεραπευτικό και κατευθυνόμενο τρόπο τον ασθενή για να διατηρήσει ή να βελτιώσει την ψυχική του υγεία.

Στην Ψυχιατρική ομάδα, ο Εργοθεραπευτής ασχολείται με αρρώστους που παραπέμπει ο Ψυχίατρος με κάποιο συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο, όπως μπορεί να είναι η βελτίωση του συντονισμού κινήσεων, η καλλιέργεια ή η ανίχνευση ενδιαφερόντων, η αξιολόγηση ικανότητας σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και αυτοεξυπηρέτησης, η αξιολόγηση και βελτίωση δεξιοτήτων, η κοινωνικοποίηση κ.λπ.

Στην Ομάδα ψυχικής υγείας, όπως ο Γ. Παπαδάτος 1988, σελ. 226, αναφέρει, ο εργοθεραπευτής μεταφέρει τις εκτιμήσεις του και δίνει συμβουλές για τον εξοπλισμό και την λειτουργία της εργοθεραπευτικής μονάδας, ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών έχει σημαντικότερη συμβολή στις θεραπευτικές προσπάθειες, καθώς προσφέρει ευ-

καιρίες για την βελτίωση της αυτο-αντίληψης, των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των ικανοτήτων αυτοπειθαρχίας και υγιούς αλληλεπίδρασης με τους υπόλοιπους εκπαιδευόμενους.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Ι Ι Ι

## Μ Ε Θ Ο Δ Ο Γ Ι Α

Είδος μελέτης

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας με θέμα: "Μορφές Κοινοτικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης", διεξάγεται μελέτη μέσω της συνεύξης με ραντεβού.

Επιχειρήθηκε να μελετηθεί η υπάρχουσα κατάσταση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Η συνεντευξη στηρίχθηκε σε πλάνο ερωτησεων για να βοηθηθούν οι ερωτώμενοι στην πορεία της συνεντευξης.

Η συνέντευξη αποτελεί έναν άμεσο τρόπο συλλογής πληροφοριών. Δίνει την ευκαιρία στον ερωτώμενο να απαντήσει στο χώρο εργασίας του. Παράλληλα ο συνεντευτής έχει την ευκαιρία της προσωπικής επαφής μαζί του. Σκοπό έχει να οργανώσει μια σχέση προφορικής επικοινωνίας μεταξύ συνεντευτή και ερωτώμενου, έτσι ώστε να επιτρέψει στον συνεντευτή την συλλογή πληροφοριών από τον ερωτώμενο, πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης, που στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η υπάρχουσα Κοινοτική Ψυχιατρική Περίθαλψη στο λεκανοπέδιο Αττικής.

ΟΙ συνεντεύξεις απευθύνθηκαν σε άτομα που εργάζονται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας και σε Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, που λειτουργούν στην περιοχή των Αθηνών, ώστε να δωθούν απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με την μορφή, τον τρόπο λειτουργίας και την αποτελεσματικότητα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης παραπάνω Κέντρα.

Ειδικότερα τα κέντρα που μελετήθηκαν είναι τα παρακάτω :

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου.
2. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών.
3. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου.
4. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Βύρωνα - Καισαριανής.
5. Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Βύρωνα - Καισαριανής.

Τα ραντεβού των συνεντεύξεων κλείσθηκαν κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας.

Η επιλογή των ερωτώμενων ήταν συγκεκριμένη και επιδίωξή μου ήταν οι ερωτήσεις να απαντηθούν από : α) τους διοικητικά υπεύθυνους πλαισίων και β) από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε πλαίσια Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Από τους διοικητικά υπεύθυνους πλαισίων προσεγγίσθηκαν έξι ψυχίατροι εκ των οποίων απάντησαν οι τέσσερις.

Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται σε Ψυχιατρικά πλαίσια προσεγγίσθηκαν πέντε οι οποίοι και απάντησαν.

Ο τελικός αριθμός των συνεντεύξεων είναι εννέα, αναλυτικότερα παρουσιάζονται παρακάτω :

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου.  
Ένας Διοικητικά Υπεύθυνος και ένας Κοινωνικός Λειτουργός.
2. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών.  
Ένας διοικητικά Υπεύθυνος και ένας Κοινωνικός Λειτουργός.
3. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Παγκρατίου, τμήμα ενηλίκων  
Ένας διοικητικά Υπεύθυνος.



4. Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Παγκρατίου, παιδοψυχιατρικό τμήμα.

Ένας Κοινωνικός Διευθυντής.

5. Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Βύρωνα - Καισαριανής.

Ένας Κοινωνικός Διευθυντής.

6. Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Βύρωνα - Καισαριανής.

Ένας Διοικητικά Υπεύθυνος και ένας Κοινωνικός Διευθυντής.

### Ερωτηματολόγιο

Σκοπός της μελέτης ήταν μέσω των συνεύξεων να γίνει λήψη απόψεων για τους τομείς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Από την βιβλιογραφική ενημέρωση που είχα για το θέμα, τις επαφές μου με το Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και την πληροφόρησή μου σχετικά με τα πλαίσια Ψυχιατρικής Περιθαλψής που λειτουργούν στον Ελλαδικό χώρο σε σύγκριση με το εξωτερικό, σύνταξα το ερωτηματολόγιο, το οποίο λειτούργησε σαν πλαίσιο για την συνεντεύξη το οποίο ονομάζεται και οδηγός της συνεντεύξης.

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου καθορίστηκε από το αντικείμενο της μελέτης και έγινε βάση των αναγκών και του επιπέδου των ερωτώμενων.

Οι συνεντεύξεις διαχωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες :

Σε Διοικητικά Υπεύθυνους πλαισίων και σε Κοινωνικούς Διευθυντές που εργάζονται σε πλαίσια ανοικτής Ψυχιατρικής Περιθαλψής.

Σε κάθε μια κατηγορία χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό πλάνο ερωτήσεων. Το πλάνο ερωτήσεων που απευθύνεται στους διοικητικά υπεύθυνους περιλαμβάνει οχτώ ερωτήσεις, ενώ το πλάνο ερωτήσεων που απευθύνεται στους Κοινωνικούς Λειτουργούς περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις.

Αποτελείται από πραγματιές ερωτήσεις σχετικά με τον σκοπό και τον τρόπο λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, τους αποδέκτες τους (ευρύ κοινό, συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού κ.λπ.) και τον αριθμό προσωπικού.

Οι ερωτήσεις γνώμης του πλάνου ερωτήσεων της συνέντευξης είναι σχετικές με την αποτελεσματικότητα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στους Ψυχικά ασθενείς.

Με τις ερωτήσεις γνώμης αποσκοπώ στο να παρω πληροφορίες για την πρόοδο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα, για το πως κρίνουν οι ερωτώμενοι την Κοινοτική Ψυχιατρική Περίθαλψη, η οποία βρισκεται σε ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, σε σχέση με την κλασσική Ψυχιατρική Περίθαλψη.

Οι συνεντεύξεις όπως ακριβώς καταγράφηκαν στην μελέτη παρατίθενται παρακάτω. Αρχικά παρατίθενται τα πλάνα ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν :

- α) Για τους Διοικητικά Υπεύθυνους.
- β) Για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Και ακολουθούν οι συνεντεύξεις τους, οι οποίες έχουν καταγραφεί λέξη προς λέξη. Βέβαια σε πολλές συνεντεύξεις οι ερωτήσεις, ως προς την σειρά τους δεν έχουν απαντηθεί με την

σειρά του πλανού ερωτήσεων. Όμως για λόγους ευκολίας έχουν καταγραφεί με την σειρά των ερωτήσεων.

### Π ε ρ ι ο ρ ι σ μ ο ς τ η ς μ ε λ έ τ η ς

Η μελέτη μέσω της συνέντευξης για πλαίσια ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης, περιορίστηκε στην περιοχή της Αθήνας και των προαστίων.

Οι λόγοι του περιορισμού αυτού είναι :

- α) Λόγω της οικονομικής δυσκολίας του συνεντευτή.
- β) Η περιοχή των Αθηνών περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό Κέντρων ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Ωστόσο ο συνεντευτής αντιμετώπισε κάποιες δυσκολίες στο να έρθει σε επαφή με τους ερωτώμενους.

Υπήρξαν σημαντικές χρονικές απώλειες λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων τους στο να δεχθούν τον συνεντευτή (φόρτου εργασίας, απουσιών).

ΠΛΑΝΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ

1. Ποιά η θέση σας για την Ψυχιατρική στην Ελλάδα σήμερα γενικά και ειδικότερα για την Κοινωνική Ψυχιατρική - σε σχέση με το εξωτερικό, που βρίσκεται η Ελληνική Ψυχιατρική πραγματικότητα ;
2. Ποιά το συγκεκριμένο πρόγραμμα το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο ;
3. Σε ποιά φιλοσοφία στηρίζεται το πρόγραμμα, ποιάς είναι ο σκοπός του και σε τι στόχους στοχεύει ;
4. Πόσα χρόνια λειτουργεί το συγκεκριμένο πρόγραμμα ;
5. Έχουν γίνει έρευνες για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που λειτουργούν στο πλαίσιο ; Αν ΝΑΙ, πιστεύετε ότι τα αποτελέσματα που μέχρι τώρα υπάρχουν, μας κάνουν να αισιοδοξούμε ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές που απευθύνονται στην υπηρεσία σας μπορούν να βοηθηθούν ;
6. Πιστεύεται ότι τα Άσυλα και γενικά τα μεγάλα ιδρύματα κλειστής Περιθαλψής πρέπει να καταργηθούν ή όχι ; Ποιά αλλαγή θεωρείται αναγκαία ;
7. Γνωρίζετε αν ο αριθμός των εισαγωγών στα ψυχιατρεία έχει μειωθεί ; Μελλοντικά πιστεύετε ότι θα μειωθεί ακόμη περισσότερο ;
8. Ποιά η άποψή σας για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Ψυχιατρικό πλαίσιο. Πόσο σημαντική θεωρείται την ύπαρξή του ;

ΠΛΑΝΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

1. Ποιά είναι η άποψή σας για το πρόγραμμα στο οποίο δουλεύεται ;
2. Ποιάς ο ρόλος, το αντικείμενο εργασίας και ποιές οι δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού στο συγκεκριμένο πλαίσιο.
3. Γίνονται και παρακολουθούνται σεμινάρια από το πλαίσιο, που σας βοηθούν στη δουλειά σας.
4. Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα; Πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε αυτή.

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΜΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ

### 1. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ Διοικητικά Υπεύθυνο Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου.

Αυτό που συμβαίνει στην Ψυχιατρική στην Ελλάδα σήμερα είναι ότι μέσα στη δεκαετία του '80 έχουν γίνει κάποια βήματα για καλύτερη κατάσταση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα, τα οποία στην ουσία είναι τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κανονισμού 815 του κανονισμού της Ε.Ο.Κ. για την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Αυτό δε σημαίνει όμως ότι δεν υπήρξαν κάποια βήματα, πριν από το Κανονισμό. Υπήρχαν, τα οποία όμως βήματα, πέρχονταν από κάποιες μεμονωμένες εστίες, τα οποία οφείλονται στον πατριωτισμό των Ελλήνων από κάποιους "προοδευτικούς" Ψυχιάτρους, (εννοώ ότι δεν είχαν την ασυλιακή νοοτροπία), και οι οποίοι κάνανε εκ των ενόντων προσπάθειες, παράδειγμα είναι το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Παγκράτι, το οποίο στη συνέχεια πάρθηκε από το Ε.Σ.Υ., η Μονάδα της Φωκίδας.

Αυτά τα βήματα ήταν μεμονωμένα και ασυντόνιστα. Σχεδιασμός γενικός και κεντρικός τέτοιων υπηρεσιών δεν υπήρχε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Στην ουσία λοιπόν κοιτάζοντας τα πράγματα από άποψη ποσότητας αυτή η προσπάθεια ξεκινάει με τον 815 του '84.

Όσον αφορά την κατάσταση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα σήμερα αυτό που μπορώ να πω ότι από το 1984 μέχρι σήμερα γίνανε αρκετά βήματα, φυσικά δεν είναι αρκετά, θα μπορούσαν να έχουν γίνει ακόμη περισσότερα. Στην ουσία δεν εκμεταλλευτήκαμε τις ευκαιρίες που μας πρόσφερε το 815 του '84, πράγματα τα οποία ήταν αρκετά γνω-

στά πλέον, διότι ο κανονισμός της Ε.Ο.Κ. έκλεισε επισήμως τον Δεκέμβριο του '90. Πιθανόν να υπάρξει ένας καινούργιος κανονισμός τώρα. Θα μπορούσαμε να είχαμε απορροφήσει περισσότερο τα χρήματα και άλλα πράγματα τα οποία θα μπορούσαν να συμβούν και δεν συνέβησαν. Στην ουσία, η αποψη μου είναι ότι τα πράγματα αυτά δεν συνέβησαν διότι, όπως και σε όλους τους τομείς της χώρας μας, μας λείπουν βασικές δεξιότητες και υποδομή στο MANAGEMENT. Δηλαδή δεν μπορούμε να κάνουμε διαχείριση. Τέτοια μεγάλα προγράμματα θέλουν ειδικούς και υπεύθυνους οι οποίοι να διαχειρίζονται τα προγράμματα αυτά.

Αυτά που σας λέω τώρα είναι κοινός στόχος διότι στη σύσκεψη του Ζαπφείου τον Δεκέμβριο του 1990 συζητήθηκαν αυτά τα θέματα και ήταν και η γνώμη της Ε.Ο.Κ.

Ξανατονίζω όμως πως αυτό δεν σημαίνει ότι δεν γίνανε ορισμένα βήματα.

Τώρα, όσο αφορά την Κοινοτική Ψυχιατρική, να την δούμε ξεχωριστά και σε σχέση με τις άλλες δομές που προβλέπονται για την παροχή της Ψυχιατρικής Περίθαλψης μέσα από το νόμο του Ε.Σ.Υ.

Στο Νόμο του Ε.Σ.Υ., άρθρο 21, προτείνονται τρεις δομές για παροχή Ψυχιατρικής Περίθαλψης.

Αυτά είναι τα Κ.Ψ.Υ. και τα οποία θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε ως την Κοινοτική Ψυχιατρική. Οι Ψυχιατρικοί τομείς με τα τμήματά τους στο Γενικό Νοσοκομείο και τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Για να έρθουμε τελικά στο 1991 και να δούμε τί έχει γίνει όλη αυτή την τελευταία δεκαετία, να δούμε πως προχώρησαν αυτά τα προγράμματα. Και σαν γενικό συμπέρασμα θα έλεγα ότι προχώρησαν αρκετά, όχι όσο θα μπορούσαμε.

Οι Ψυχιατρικοί τομείς των Γενικών Νοσοκομείων αποτελούν καινούργιες μονάδες. Μονάδες που πριν από τον Νόμο του Ε.Σ.Υ και τον κανο-

νισμό 815 δεν υπήρχαν καθόλου.

Προχωρήσαμε σε κάποια μέτρα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, αλλά όχι στον βαθμό τον επιθυμητό, δηλαδή δεν θα έλεγα ότι αυτή τη στιγμή έχουμε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, είναι το ζητούμενο από τον Νόμο. Και όταν λέω ότι προχωρήσανε κάποια πράγματα, εξακολουθεί να υπάρχει η ασυλιακή νοοτροπία, χωρίς να είναι προσβολή προς τους συναδέλφους, διότι το άσυλο είναι ολόκληρο υποσύστημα, δεν είναι μόνο Ψυχίατροι και εργαζόμενοι, είναι μια ολόκληρη κοινωνία, ένα ολόκληρο σύστημα, το οποίο όπως όλα τα συστήματα, αντιστέκεται στην αλλαγή του, δεν υπάρχει σύστημα που να μην αντιστέκεται στην αλλαγή του. Μέσα στα άσυλα τα βήματα είναι θετικά είναι ότι ξεκίνησαν να υπάρχουν κάποιες εστίες που φέροντας σαν παραδειγμα το Δαφνί, το περίπτερο εκτός από το γεγονός ότι έχουν αλλάξει προς το καλύτερο την κτηριολογική υποδομή τους, έχουν αλλάξει και στην νοοτροπία λειτουργίας του, αλλά παραμένουν εστίες μένο σ' ένα μεγαλύτερο σύστημα το οποίο δεν έχει αλλάξει ουσιαστικά δυναμική.

Τώρα όσον αφορά τον πρώτο ηθμό, το Κ.Φ.Υ του Ε.Σ.Υ. μέσα από τον κανονισμό 814, πρέπει να πω πραγματικά ότι τα αποτελέσματα δεν είναι πολύ καλά, διότι για διάφορους λόγους, γίνανε πάρα πολύ λίγα σ' όλη την Ελλάδα, π.χ. στην Αττική μόνο δύο του Χαλανδρίου και του Περιστερίου.

Επίσης αυτό που μ' ενδιαφέρει εμένα είναι ότι ο σχεδιασμός για αυτούς που καταλαβαίνουν από σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας, και όπως προβλέπεται από το άρθρο 21 του δικού μας νόμου και όπως προσδοκώταν από το 815 του '84, δεν είναι σχεδιασμός δικτύων υπηρεσιών. Και συνεπώς εάν από τους τρεις ηθμούς λείπουν ορισμένοι και μάλιστα ο ένας ή δύο ηθμοί είναι δραστικά κάτω από το τί θα πρέπει να είναι, έχει επιπτώσεις σ' ολόκληρο το δίκτυο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης.



Το θέμα δεν είναι να φτιάξουμε δύο Κ.Ψ.Υ., τρεις Ψυχιατρικούς τομείς Γενικών Νοσοκομείων για να εξωραϊσούμε ή να καλυτερεύσουμε τις συνθήκες στα άσυλα, ή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Ολόκληρη νοοτροπία να προσφέρουμε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, το οποίο έχει ως αρχή την τομεοποίηση και την συνεχή φροντίδα του ασθενούς.

Συνεπώς από την στιγμή που λείπουν βασικοί ηθμοί οπουδήποτε σε σχέση με αυτό το δίκτυο των τριών ηθμών έχουμε προβλήματα και αυτά ακριβώς αντιμετωπίζουμε αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα. Να σας δώσω ένα παράδειγμα πολύ χονδρικό.

Εάν π.χ. ακολουθούνταν οι σχεδιασμός και η υλοποίηση του αρχικού σχεδίου που ήταν ότι ανά 90.000 - 150.000 κατοίκους θα πρέπει να υπάρχει ένα Κ.Ψ.Υ. το οποίο θα πρέπει να είναι συνδεδεμένο με Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου και με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ώστε να υπάρχουν και οι τρεις ηθμοί ανάλογα με τις ανάγκες να κατευθύνονται οι ασθενείς τότε στο λεκανοπέδιο πρέπει να υπήρχαν 25 - 30 Κ.Ψ.Υ.

Αυτή τη στιγμή γίνανε δύο και αν συνυπολογίσουμε και τα προϋπάρχοντα με διάφορες μορφές, δηλαδή του Βύρωνα Καισαριανής, του Παγκρατίου και τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών, Αιγαλέω και Πειραιά, τα οποία δεν είναι του Ε.Σ.Υ. είναι επτά. Πάλι όμως είμαστε πάρα πολύ κάτω. Τί επιπτώσεις μπορεί να έχει; Σ' αυτή την περιοχή της Αττικής υπάρχουν μόνο Κ.Ψ.Υ. το δικό μας και του Περιστερίου. Ενώ λοιπόν αυτό το Κ.Ψ.Υ. ήταν για 90.000 - 150.000 κατοίκους, ήδη εξυπηρετούμε δύο δήμους που ο πληθυσμός τους φτάνει τα 220.000, Χαλάνδρι και Αγία Παρασκευή. Αλλά δεν είναι μόνο αυτό, τίθεται και άλλο θέμα. Αυτή τη στιγμή το Υπουργείο δεν νόμιζει ότι είναι σκόπιμο να λειτουργήσουν άλλα κέντρα σ' υατόν τον άξονα.

Γίνονται κάποιες προσπάθειες αναδείξεως κέντρων στα Δυτικά Προδ-  
στεια, τότε αυτό το κέντρο θα μείνει μόνο του για όλη την Ανατολική  
και Κεντρική Αττική. Πράγμα που σημαίνει ότι είναι πάρα πολύ δύσκο-  
λο να διώξεις ανθρώπους και να πεις όχι εγώ δεν μπορώ να σας δεχτώ  
και μάλιστα όταν στην περιοχή τους δεν υπάρχουν μονάδες. Το αποτέ-  
λεσμα είναι ότι οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες, σε κάποια στιγμή, αν  
δεν προχωρήσει η ανάπτυξη σε γοργούς ρυθμούς, θα υπερφορτωθούν και  
σε καμιά περίπτωση δεν θα μπορέσουμε να δώσουμε το έργο που θα έπρε-  
πε να δίνουμε.

Τώρα σε σχέση με το εξωτερικό, δεν θα ήθελα να κάνω σύγκριση,  
θα ήθελα να επεξεργαστώ το θέμα κάπως διαφορετικά. Οι μονάδες που  
ιδρύθηκαν και λειτούργησαν στην Ελλάδα (άποψη που δεν είναι μόνο δι-  
κή μου αλλά και της ΕΟΚ), πραγματικά τα στάνταρ τους δεν έχουν τίπο-  
τα να ζηλέψουν από το εξωτερικό. Αυτό όμως δεν ανήξει ότι η ποιότη-  
τα της περίθαλψης είναι ίδια. Απέχουμε πάρα πολλά χρόνια. Και η δια-  
φορά τίθεται σ' αυτό που σας έλεγα προηγουμένως.

Εκεί μιλάμε για οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών, που λειτουργούν  
οι διάφοροι ηθμοί τους έτσι, στην αρχή της τομεοποίησης, στην αρχή  
της συνεχούς φροντίδας. Εδώ δεν έχουμε φτιάξει τίποτα, δεν υπάρχει  
τέτοια περίθαλψη. Εξακολουθούν να υπάρχουν μεμονωμένες μονάδες, πε-  
ρισσότερες απ' ότι υπήρχαν στο παρελθόν, που εξυπηρετούν τον κόσμο  
καλύτερα, αλλά δίκτυο οργανωμένες υπηρεσιών δεν έχουμε. Που είναι  
μια τεράστια διαφορά.

Από τη στιγμή που πήραμε το καινούργιο προσωπικό, αρχίσαμε να  
επεκτείνουμε τις δραστηριότητές μας. Πρώτα απ' όλα τις δραστηριότητες  
που έχουμε στη δράση μας, δηλαδή τακτικά και έκτακτα ραντεβού και  
για τους δύο δήμους και δεύτερον προχωρήσαμε στη πρώτη φάση της Κοι-

νοτικής παρέμβασης που είναι η πλήρης καταγραφή των φορέων τόσο του Δήμου Αγίας Παρασκευής κατ' αρχάς όσο και του Χαλανδρίου. Μετά την καταγραφή αρχίσαμε να ερχόμαστε σε επαφή με τους φορείς. Αυτό το σταδιακό δημιουργεί ένα δίκτυο παραπομπών για το κέντρο και αρχίζουν οι παραπομπές. Αυτό έχει προχωρήσει αρκετά.

Το επόμενο στάδιο θα είναι να βγούμε πιο δυναμικά προς την κοινότητα, δηλαδή να αρχίσει η παρέμβαση στα σχολεία σε παιδικούς σταθμούς και να γίνουν ορισμένες εκδηλώσεις.

Σ' αυτό το στάδιο δεν έχουμε προχωρήσει παρά το γεγονός ότι λόγω προσωπικού αυτή τη στιγμή είμαστε ικανοί να το κάνουμε, διότι υπάρχουν άλλα προβλήματα. Θα σας το πω πολύ περιληπτικά. Επειδή δεν δόθηκε από κανένα δήμο, με εξαίρεση του Περιστερίου, οικόπεδο για το Κέντρο - τελικά με μια αλλαγή που έγινε στην Νομοθεσία του 815 του '84 επιτρέπει από την ΕΟΚ να αγοράσουμε οικόπεδο ή και κτίρια. Ωστόσο όμως δεν υπήρχε καμία αίτηση λόγω της χρήσεως της αγοράς και οι τιμές ανέβηκαν πολύ. Τελικά σε συνεργασία με τον Δήμο Αγίας Παρασκευής, ο οποίος υποστηρίζει το κέντρο, προχώρησε ο Δήμος σε χαρακτηρισμό οικοπέδου πλέον, αλλαγή του δημοτομικού σχεδίου στην Αγ. Παρασκευή για να χτιστεί το μόνιμο κτηριολογικό Κέντρο. Αυτό έχει μια ορισμένη διαδικασία. Και μάλιστα εχθές είχαμε πάρα πολύ άσχημα νέα, δηλαδή έγινε ο χαρακτηρισμός πράγμα που σημαίνει αναγκαστικά απαλλοτρίωση, στη συνέχεια γίνανε οι ενστάσεις, απερρίφθησαν οι ενστάσεις από τον Δήμο και εστάλει στο ΥΠΕΧΩΔΕ για να προχωρήσει και να βει η κοινή Υπουργική απόφαση. Παρά το γεγονός ότι η Υπηρεσία του ΥΠΕΧΩΔΕ έκανε θετική εισήγηση η επιτροπή απέρριψε την τροποποίηση του διμοτονομικού σχεδίου. Το δε σκεπτικό τους, ήταν ότι τέτοιες υπηρεσίες δεν πρέπει να είναι μέσα σε κατοικημένες περιοχές, πρέπει να είναι εκτός τέτοιων περιοχών και να πάμε στον Υμηττό δηλα-

δή πίσω στην Ασυλική νοοτροπία, εκτός ματιού και εκτός νου. Και φυσικά αυτό το πράγμα θα το πολεμήσουμε και από την πλευρά του Δήμου και από την πλευρά του Νοσοκομείου.

Επίσης αυτό το γεγονός μας δίνει και κάποιο μέτρο στο πόσο έχουμε προχωρήσει πραγματικά στην Αποασυλοποίηση. Δεν είναι και πολύ ευχάριστα τα πράγματα. Και πρέπει να σας πω, ότι χωρίς να θέλω να ρίξω βάρος πουθενά, όταν εκδικάστηκαν οι ενστάσεις επάνω στην Αγ. Παρασκευή, έγινε πολύ μεγάλη φασαρία, ήταν μέσα κάπου έξι δημοσιογράφοι εφημερίδων, και τα δε σχόλια που ακούστηκαν, μιλάμε για κοινωνικό ρατσισμό πρώτου βαθμού, ήταν αποκαρδιωτικά εν έτει 1991 και δείχνουν τί γίνεται ακριβώς. Και εδώ υπάρχει ένα μεγάλο πρόβλημα για το οποίο έχει τεράστιες ευθύξεις του Υπουργείου, διότι κατ' επανάληψη, συνάδελφοι από διάφορες μονάδες και με διάφορες κυβερνήσεις έχουμε τονίσει στο Υπουργείο, ότι πρέπει να βγει να κάνει αγωγή στον πληθυσμό. Αυτή τη στιγμή είναι γνωστό ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι κυρίαρχα και τέτοια αγωγή δεν έχει γίνει μέχρι στιγμής για την Ψυχική Υγεία και όσο δεν γίνεται δεν πρόκειται να αλλάξουν και βασικά τα πράγματα, πρέπει να είναι μέρος της στρατηγικής για την αγωγή στην Ψυχική Υγεία η παρουσία τέτοιων θεμάτων μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Για το λόγο αυτό δεν έχουμε κάνει πιο επιθετικό άνοιγμα προς την κοινότητα. Πιθανώς τώρα να αναγκαστούμε να το κάνουμε ως στρατηγική για να ευαισθητοποιήσουμε ακόμη περισσότερο την Κοινότητα. Αυτό φυσικά επιφέρει και συγκρούσεις. Διότι οι άνθρωποι που ήταν εμπλεκόμενοι στην υπόθεση της απαλλοτροίωσης είχαν ξεσηκώσει τους γνωστούς και φίλους τους (δηλαδή το θέμα ήταν οικονομικά καθαρό) και παρουσιάζονταν ότι θα 'ρθουνε τρελοί στην γειτονιά μας, θα κλείσουμε μέσα τα παιδιά μας.... Αυτή είναι η λοιπόν η κατάσταση/

Έχουν επεκταθεί τα προγράμματα τα οποία προσφέρονται από εδώ και αρχίζουμε σιγά - σιγά να κινούμαστε προς την κοινότητα.

Τώρα τα πράγματα που προσφέρονται από εδώ φυσικά δεν αφορούν μόνο ασθενείς, διότι ο σκοπός του Κέντρου δεν είναι μόνο η παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς έχει και κάποιους άλλους σκοπούς και ένας απ' αυτούς είναι η εκπαίδευση διαφόρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας ή και η εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών υγείας. Σαν παράδειγμα φέρνω ότι για το Ακαδημαϊκό έτος 1991 πέρασαν για εκπαίδευση 120 φοιτητές της Ιατρικής.

Επίσης το κέντρο είναι συνδεδεμένο με τη σχολή Επισκεπτριών Υγείας και έχουμε αρχίσει κάποια διασύνδεση με το πρόγραμμα του Δρομοκαϊτείου στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική, η οποία δεν έχει σταθεροποιηθεί ακόμα. Μελλοντικά θα επεκταθούμε και σε άλλα επαγγέλματα υγείας.

Ένα άλλο πράγμα που κάνουμε έρχονται γενικοί γιατροί εδώ οι οποίοι πρέπει να εκπαιδευτούν στην Ψυχιατρική και κάνουν την εκπαίδευσή τους. Και ελπίζουμε στο μέλλον εάν το επιτρέψει η οικονομική κατάσταση, θα αρχίσουμε πλέον να εκπαιδεύουμε Κοινωνικούς Ψυχιάτρους, να δίνουμε δηλαδή ειδικότητα στο Κέντρο.

Ένα πράγμα που ξέχασα να σας πω για τα προγράμματα είναι ότι στην αρχική συστατική πράξη, δυνητικά αναφέρεται ότι μπορεί και να λειτουργεί Νοσοκομείο Ημέρας, κάναμε τροποποίηση (είμαστε τό πρόνο Κέντρο που κάνει τέτοιες τροποποιήσεις), και πήραμε τις θέσεις για Νοσοκομείο Ημέρας, το οποίο όμως μέχρι στιγμής δεν έχει λειτουργήσει. Ας ελπίσουμε όμως ότι σύντομα θα λειτουργήσει, διότι είναι μεγάλη η ανάγκη λειτουργίας του.

Είναι πολύ λίγα, όπως ξέρετε, τα Νοσοκομεία Ημέρας, αυτή τη στιγμή λειτουργεί του Αιγινήτειου και είναι ένας ενδιαμέσος ηθμός μεταξύ Κ.Ψ.Υ. και Ψυχιατρικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου, ο οποίος στο εξωτερικό έχει δώσει πάρα πολύ καλά αποτελέσματα. Να σας πω ένα χαρακτηριστικό η μεση στατιστική που ισχύσει για όλες τις ευρω-

παϊκές χώρες είναι ότι το 60% των βαριών περιστατικών (ψυχώσεις), μπορούν να κρατηθούν στο Νοσοκομείο Ημέρας. Καταλαβαίνετε τί σημαίνει αυτό από την ανθρώπινη πλευρά και από οικονομική. Αλλά δεν μένει εκεί το πράγμα. Η εμπειρία είναι ότι αν υπάρχει και δεύτερος ηθμός δευτεροβάθμιας περίθαλψης που στην δική μας περίπτωση ούτε Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, αν δηλαδή έχουμε την δυνατότητα να πέσουμε σε δεύτερο ηθμό έστω και για λίγες μέρες, δύο με τρεις, το ποσοτό που μπορεί να κρατηθεί στην Κοινότητα μέσα από το Νοσοκομείο Ημέρας ανεβαίνει από 60% στο 90%. Νομίζω ότι περιττεύουν τα σχόλια και από τις δύο πλευρές. Από τον ανθρώπινο παράγοντα, δεν μετακινούνται καθόλου από την Κοινότητα. Και οικονομικά, πολύ χονδρικά να σας το πω ότι με αυτή τη μέθοδο το κόστος νοσηλείας κατεβαίνει στο 1/3.

Τώρα οι υπηρεσίες που έχει το Κέντρο είναι αυτές που προβλέπεται από την συστατική πράξη : έχει τα Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής και επίσης δύο γραφεία, το γραφείο κοινωνικής φροντίδας στο οποίο συμμετέχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι επισκέπτριες, οι νοσηλεύτριες και όλα τα συναφή επαγγέλματα και το γραφείο γραμματείας στο οποίο συμμετέχουν όλα τα υπόλοιπα επαγγέλματα. Συνεπώς οι υπηρεσίες του Κέντρου είναι προς όλα τα ηλικιακό φάσμα. Επίσης για το Κέντρο υπάρχει μια ευτυχής συγκυρία, δηλαδή το Γενικό Κρατικό είναι το μοναδικό Νοσοκομείο που έχει εξειδικευμένο τμήμα εφήβων, το οποίο εξυπηρετεί όλο το λεκανοπέδιο. Συνεπώς από την πλευρά των παιδιών βλέπουμε εδώ παιδιά μέχρι 15½ χρονών και αν είναι άνω των 15½ μέχρι 20 κά- νουμε παραπομπή στο τμήμα εφήβων στη φιλοθέη.

Από πλευράς προσωπικού στο Κέντρο πρέπει να υπάρχουν τέσσερις ψυχίατροι ενηλίκων μαζί με τον διευθυντή και δύο παιδοψυ-

χίατροι. Αυτή τη στιγμή το Κέντρο έχει 3 ψυχιάτρους μαζί με τον διευθυντή και έναν παιδοψυχίατρο. Επίσης προβλέπεται να υπάρχουν τέσσερις ψυχολόγοι που τους έχει, τέσσερις Κοινωνικούς Λειτουργούς που του έχει, τρεις επισκέπτριες που τις έχει, τρεις νοσηλεύτριες από τις οποίες υπάρχουν οι δύο, διότι το Νοσοκομείο Ημέρας δεν λειτουργεί καθόμα και το αναγκαίο διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό.

Τα Κ.Ψ.Υ. από την συστατική τους πράξη έχουν κάποιους σκοπούς. Αυτοί οι σκοποί είναι η πρόληψη. Καταρχήν η πρωτοβάθμια πρόληψη, όπως και στα Κέντρα Υγείας είναι η Ψυχοκοινωνική μέριμνα είναι η θεραπεία όλου του φάσματος των ψυχιατρικών διαταραχών στην κοινότητα, επίσης περιέχουν κάποιες ενδιάμεσες δομές που εκτελούν κάποιες λειτουργίες όπως π.χ. αναφέρεται στη συστατική πράξη Νοσοκομείου Ημέρας, το οποίο αντιμετωπίζει πολύ σοβαρές περιπτώσεις και συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ατόμων με Ψυχιατρικές διαταραχές.

Όσον αφορά τα προγράμματα των ασθενών, η φιλοσοφία είναι η βασική φιλοσοφία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, δηλαδή να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς χωρίς να μετακινηθεί ο ασθενής από την Κοινότητα. Αυτό που γινόταν παλιά και καταλήξαμε γενικότερα στα Άσυλα και ειδικότερα στη Λέρο, με τους αζήτητους, ήταν ότι ξεριζωνόταν ο ασθενής από το οικογενειακό - κοινωνικό - εργασιακό του περιβάλλον και τελικά ξεκομμένος, ξεχνιόταν και κατέληγε στη Λέρο.

Εδώ η παρέμβαση πρέπει να γίνει και ο ασθενής να μείνει στη Κοινότητα, ώστε να συνεχίσει να έχει τις ρίζες του, να μην ξεκοπεί από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και έχει άμεσες επιπτώσεις στην Ψυχική του Υγεία. Από την στιγμή

που ξεριζώνεται, φαύλος κύκλος μετά και καταλήγει αζήτητος.

Συνεπώς είναι η παρέμβαση όσο το δυνατόν συντομότερο και σε νωρίτερα στάδια και πάντοτε παραμένοντας ο ασθενής στην Κοινωνότητα.

Η συστατική πράξη βγήκε Πανελλαδικά στις 26 Οκτώβρη του 1988. Απαιτούσε ένα τεράστιο χρόνο για να υλοποιηθεί, δηλαδή από κει και πέρα έπρεπε να γίνουν πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, οι οποίες μέσα από γύρους και των τριών αρμόδιων Υπουργών θα προχωρούσαν στη συσταση των θέσεων με βάση την άδεια κλήρωσης και μετά θα προχωρούσαν στην κλήρωση των θέσεων μέσα από προκύρηξη. Την όλη αυτή διαδικασία προσπαθήσαμε να την επισπεύσουμε από το δικό μας Νοσοκομείο και καταφέραμε βγαίνοντας η συστατική πράξη των Οκτώβρη του '88, τον Μάιο του 1989, να έχουμε συμπληρώσει όλους τους αναγκαίους γύρους, να έχουν γίνει οι προκυρήξεις στις εφημερίδες για τις θέσεις να έχουν έρθει μέσα οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων και να έχουν αρχίσει οι κλήσεις. Και εκείνη ακριβώς την στιγμή μας έπιασε το πάγωμα το προεκλογικό. Είχαμε προχωρήσει πάρα πολύ γρήγορα γιατί μέσα σ' ένα διάστημα επτά μηνών είχαμε προχωρήσει σ' αυτό το στάδιο και για να σας δώσω ένα παράδειγμα, του πόσο χρονοβόρες είναι αυτές οι διαδικασίες, μέσα στην ίδια εφημερίδα της κυβερνήσεως που δημοσιεύθηκε, η δική μας συστατική πράξη δημοσιεύθηκαν και των τριών άλλων Κ.Ψ.Υ. της Αττικής και του πέμπτου Πανελλαδικά του Βόλου. Ο βόλος έφτασε στο σημείο να προκηρύξει απλώς τις θέσεις δύο χρόνια μετά, τον Νοέμβριο του 1990. Ο βόλος βγήκε στις εφημερίδες για προκύρηξη των θέσεων.

Τον Σεπτέμβριο του 1989, παρά το γεγονός ότι δεν είχαμε



το αναγκαίο προσωπικό, παρά με μερικούς γιατρούς, μια γραμματέα και δύο άτομα βοηθητικού προσωπικού και την βοήθεια του Νοσοκομείου, αναπτύξαμε το Κέντρο.

Προσωπικά πιστεύω ότι αν δεν το αναγάγαμε τότε, δεν θα το ανοίγαμε ποτέ. Το μόνο που μπορούσαμε να κάνουμε τότε, ήταν να λειτουργήσουν κάποια εξωτερικά Ιατρεία.

Αυτή η κατάσταση κράτησε μέχρι και που άρχισε να έρχεται το νέο προσωπικό, όταν δηλαδή ξεπαγώσανε αυτές οι διαδικασίες (τρεις φορές εκλογές, τρεις κυβερνήσεις).

Γύρων στο Νοέμβριο του 1990 άρχισε να έρχεται το καινούργιο προσωπικό, μέχρι και πριν από 1½ μήνα (Απρίλιος 1991) μας ήρθε και το τελευταίο άτομο από αυτό το προσωπικό.

Το ερώτημα αν έχουν γίνει έρευνες για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων του Κέντρου και κατά πόσο τα άτομα που έρχονται εδώ βοηθούνται, δεν απαντιέται και τόσο εύκολα.

Η απάντηση που θα σας δώσω είναι και η απάντηση που συνήθως δίνουν οι υπηρεσίες Υγείας εκτός εάν έχει γίνει κάποια έρευνα. Το Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου είναι καινούργιο, και για το λόγο αυτό δεν έχουν γίνει ακόμη έρευνες. Επίσης είναι απαντήσεις που βγαίνουν από την εξέλιξη των περιστατικών. Υπάρχουν ορισμένα περιστατικά τα οποία είναι πολύ δύσκολα να τα βοηθήσεις, βοηθούνται μερικώς. Υπάρχουν και άλλα που είναι σχεδόν αδύνατο να βοηθηθούν.

Αυτό για να μπορέσει να απαντηθεί επιστημονικά πρέπει να υπάρχει ερευνητικό πρόγραμμα, του οποίου να είναι πολύ σταθμισμένες οι παράμετροι, τί εννοείς βοήθεια, σε ποιό βαθμό.

Τέτοια έρευνα αυτή τη στιγμή δεν γίνεται στο Κέντρο. Και

τέτοιες έρευνες δεν γίνονται συνήθως Πανελλαδικά σε μονάδες που έχουν Ιστορία 20 και 50 χρόνων. Δηλαδή τα στοιχεία που θα πάρετε από οποιοδήποτε Κέντρο είναι ότι από εδώ πέρασαν π.χ. 300 περιστατικά, παρουσίασαν καλύτερευση τα 100, 100 μεγάλη καλύτερευση, 50 ίδια κατάσταση, 50 χειροτέρευαν.

Αυτές είναι χονδρικές κατηγορίες, δεν είναι ακριβείς. Είναι μια σφαιρική εκτίμηση του πως πήγε το περιστατικό. Τέτοιες έρευνες φυσικά υπάρχουν στο εξωτερικό.

Βέβαια είναι αισιόδοξος αν ο θεσμός των Κ.Ψ.Υ. θα μπορούσε να ανταποκριθεί σ' αυτό για το οποίο είναι σχεδιασμένο. Όμως όπως είπαμε και προηγουμένως στην ουσία ο θεσμός των Κ.Ψ.Υ. υπολείπεται Πανελλαδικά, δηλαδή παό τα πράγματα που γίνανε στην Ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχουν προχωρήσει πολύ περισσότερο τα τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, παρά τα Κ.Ψ.Υ. Έχουν γίνει πολύ λίγα πανελλαδικά. Μας λείπει ο πρώτος ηθμός.

Κατά την γνώμη μου τα Άσυλα πρέπει να καταργηθούν και να μεταβληθούν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, όπως είναι και στο εξωτερικό. Και εκεί από άσυλα ξεκινήσανε και εξελιχθήκανε σε Ανοικτά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Αλλά, το αν θα πρέπει να υπάρχουν ή όχι δεν είναι σκέτο. Σ' αυτό που θέλω να επανέλθω είναι ότι δεν πρόκειται να μας σώσουν, ούτε ο πρώτος ηθμός που είναι τα Κ.Ψ.Υ., ούτε τα Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, ούτε τα άσυλα όταν εξελιχθούν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Αυτό που θα μας σώσει είναι να δημιουργήσουμε και να λειτουργήσουν πραγματικά δίκτυα υπηρεσιών, τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών σε ορισμένα στάδια της ανάπτυξής τους.

Παράδειγμα : Κάποιος που δεν μπορεί να κρατηθεί στο Κ.Ψ.Υ. έστω και για μικρό χρονικό διάστημα πρέπει να νοσηλευθεί, θα πρέπει να υπάρχει και δεύτερος ηθμός, το Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου το οποίο δίνει αυτή τη νοσηλεία ώστε να νοσηλευτεί εκεί σε συνεννόηση με το Κ.Ψ.Υ. και αμέσως μόλις περάσει ο χρόνος νοσηλείας του να επιστρέφει πίσω στην Κοινότητα και να συνεχίσει να παρακολουθείται από το Κ.Ψ.Υ. Από το Νόμο προβλέπεται 60 μερες το ανώτατο να μπορεί ο ασθενής να νοσηλευθεί σε Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Αν χρειασθεί να νοσηλευθεί περισσότερο μπορεί να πάει σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και πάλι να επιστρέφει στο Κ.Ψ.Υ. Δηλαδή, να λειτουργούν και οι τρεις ηθμοί.

Η ερώτηση να κλείσουνε τα άσυλα, η απάντηση είναι ΝΑΙ, με την έννοια να σταματήσουν να είναι άσυλα και να γίνουν Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Αλλά δεν εντοπίζεται εκεί το θέμα. Το θέμα είναι ότι για να προσφέρεις σωστές Ψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να υπάρχει ένα δίκτυο υπηρεσιών. Αυτό δεν έχει γίνει πολλές φορές κατανοητό και από αρμόδιους στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας με διάφορες κυβερνήσεις. Μόνο το δίκτυο προκειται να μας σώσει. Αλλιώς, να σας το πω διαφορετικά, αν έχεις κάποιες μονάδες που κάνουν κάποια πράγματα, προσαρμόζεις τις ανάγκες των ασθενών στις μονάδες, δεν έχεις ολόκληρο το φάσμα και προσαρμόζεται στις μονάδες.

Να σας πω ένα παράδειγμα αντίθετο από την αποασυλοποίηση. Δεν είναι σωστό ότι όλοι οι ασθενείς να βγούνε από το άσυλο, υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούσαν να λειτουργήσουν έξω. Είναι 50 χρόνια, είναι το σπίτι τους, είναι γέροι άνθρωποι. Αυτό που θα πρέπει να κάνουμε είναι να διαβιώνουν μέσα σε ανθρώπι-

νες συνθήκες, σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Όσους απ' αυτούς μπορούν και θέλουν να τους μετακινήσουν σε ενδιάμεσους ηθμούς, π. χ. οικοτροφεία, τα οποία λείπουν πάρα πολύ.

Υπάρχει εμπειρία στο εξωτερικό, που ξαφνικά κλείσανε τα Άσυλα και οι άνθρωποι βρέθηκαν στα παγκάκια και στις φυλακές.

Συνεπώς δεν περιορίζεται το θέμα στο να κλείσουν ή να μην κλείσουν τα άσυλα αλλά στο πως θα αλλάξει συνολικά μορφή η Ψυχιατρική Περίθαλψη, και πως θα δωθεί ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, μέσα από ένα δίκτυο υπηρεσιών.

Το αν έχει μειωθεί ο αριθμός εισαγωγών στα ψυχιατρεία δεν μπορώ να σας απαντήσω, αν δεν έχω στατιστικά στοιχεία και αυτά δεν τα έχω.

Μπορώ να σας απαντήσω από εντυπώσεις συναδέλφων που εργάζονται στα Ψυχιατρεία και άλλες μονάδες. Οι εντυπώσεις είναι ότι έχει μειωθεί τόσο στα Ψυχιατρεία όσο και στο Αιγηνήτειο ο αριθμός εισαγωγών διότι έχουν αρχίσει και λειτουργούν αρκετά καλά οι υπάρχουσες μονάδες, δηλαδή τα Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων τα οποία προσφέρουν την νοσηλεία.

Τα στατιστικά αυτή τη στιγμή δεν τα έχουμε και είναι ανάγκη να γίνει αυτή η αξιολόγηση, διότι δεν μπορούμε να προχωράμε σωστά στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη των υπηρεσιών αν δεν έχουμε τέτοια στοιχεία.

Δεν μπορεί να βγαίνουν από το ότι, ο Κωνσταντόπουλος λέει αυτή τη στιγμή, δεν πάει κανένας στο άσυλο ή πάνε πολύ λίγοι, μεγάλη επιτυχία. Αυτές είναι εντυπώσεις. Δεν είναι τεκμηριωμένες επιστημονικές γνώμες.

Όσον αφορά το μέλλον, ο αριθμός των εισαγωγών στα Ψυχια-

τρεία, ακόμη και με τον ρυθμό αυτό και βέβαια θα μειωθεί.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κ.Ψ.Υ. εντάσσονται μέσα στην ομάδα ψυχικής υγείας. Είναι μια ομάδα διεπιστημονική ή θα έπρεπε να είναι. Και φυσικά και αυτό δεν είναι δίχως προβλήματα. Αυτή η εμπειρία τουλάχιστον στο εξωτερικό έχει μια ιστορία τουλάχιστον 10 χρόνων. Διότι τέτοιες ομάδες με πολλά επαγγέλματα έχουν διαφορά προβλήματα. Έχουν και αβαντάζ και προβλήματα.

Λοιπόν, ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεισφέρει για την σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς. Ότι ο ασθενής δεν έχει μόνο την ασθένειά του και την διαταραχή του, οτιδήποτε έχει σχέση με αυτή την διαταραχή έχει επιπτώσεις στην προσωπική του ζωή, στην οικογενειακή του ζωή, στο κοινωνικό του περιβάλλον, στον εργασιακό του χώρο.

Συνεπώς, είναι προφανές ότι παίζουν οπωσδήποτε ρόλο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί. Τώρα ο ρόλος του μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα, αναγκαστικά από την φύση της, δεν είναι ο κλασικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού. Και σε τέτοιες ομάδες υπάρχει πάντα το "πρόβλημα" της επικάλυψης. Το κάθε επάγγελμα δηλαδή, δεν είναι οχυρωμένο πίσω από τα καθήκοντά του με την κλασική έννοια, αλλά επικαλύπτει και άλλους τομείς, που παλαιότερα ανήκαν σε άλλα επαγγέλματα.

Ένα κλασικό παράδειγμα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς είναι ότι, σαφώς υπάρχουν επικαλύψεις με τις επισκέπτριες ή και με τους Ψυχολόγους. Π.χ. στην αρχική φάση που έρχεται κάποιος ασθενής εδώ και κλείνει ραντεβού, και παίρνουμε τα πρώτα στοιχεία, ποιά είναι το αίτημα, ποιά είναι το πρόβλημα. Αυτό το κάνουν όλα τα επαγγέλματα Υγείας.

Τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού τον θεωρώ σημαντικό υπό την έννοια ότι η Ψυχιατρική διαταραχή, απέχει ακόμη περισσότερο από τον κλασσικό Ιατρικό μοντέλο, και συνεπώς εφόσον παίζουν τόσο πολλοί παράγοντες ρόλο, είτε στην αιτιολογία της Ψυχιατρικής ασθένειας, είτε στην εξέλιξη της και στην πορεία, καλά είναι να υπάρχει αυτή η σφαιρική αντιμετώπιση που απαιτεί και τις δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού και μάλιστα του εξειδικευμένου Κοινωνικού Λειτουργού ο οποίος δεν υπάρχει στην Ελλάδα.

Όλα αυτά που σας είπα, σας τα είπα έχοντας στο μυαλό μου Κοινωνικό Ψυχιατρικό Λειτουργό. Όπως ξέρετε γίνανε κάποιες προσπάθειες και μέσα από την ΕΟΚ και αφήσανε παραπέρα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Ανάλογα πράγματα πρέπει να γίνουν και με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Είναι ειδικότητα στο εξωτερικό.

## 2. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ Διοικητικά Υπεύθυνο Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου,

### Τμήμα Ενηλίκων.

Βρισκόμαστε από πλευράς Ψυχιατρικής Περίθαλψης σ' ένα μεταβατικό στάδιο, θεωρείται ότι τώρα διανύουμε την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Κάτι που στο εξωτερικό στις πιο πολλές Δυτικές χώρες έχει συμβεί πολλά χρόνια πριν. Αυτό τα λέει όλα. Επομένως, απλώς νομίζω ότι είμαστε στο σωστό δρόμο, κάνουμε τα σωστά πράγματα, αλλά είμαστε ακόμα εν εξελίξη, δηλαδή τα επιτεύγματα ως τώρα είναι : ότι έχουν δημιουργηθεί οι ψυχιατρικές κλινικές μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία, πολύ μεγάλο επίτευγμα αυτό, όπως είναι ο Ευαγγελισμός, το Σεισμανόγλειο, το Γενικό Κρατικό και το Γενικό Κρατικό Πειραιάς έχει τις Ψυχιατρικές κλινικές που αποτελούν τμήματα Νοσοκομείου που για την αποστιγματοποίηση των ψυχικά αρρώστων, είναι πολύ σημαντικό, οι συνθήκες είναι εξαιρετικές, το καθένα απ' αυτά δηλώνει το σύστημά του.

Το δεύτερο πράγμα που βρίσκεται σε ανάπτυξη, είναι οι υπηρεσίες σαν και αυτή που ήρθες τώρα, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Με το Νόμο 1397 του '83, αυτόν που μιλάει για τα Ε.Σ.Υ., υπάρχει ένα άρθρο, το άρθρο 21, που μιλάει για την Ψυχιατρική Περίθαλψη.

Λοιπόν αναφέρει ότι, τρεις βασικές μορφές υπηρεσιών για την παροχή Ψυχιατρικής Περίθαλψης είναι :

Τα ειδικά Ψυχιατρεία, δηλαδή αυτά τα μεγάλα Νοσοκομεία τα οποία προσπαθούν να βελτιωθούν, οι Ψυχιατρικοί τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία και τα Κ.Ψ.Υ. Υπάρχουν βέβαια και τα συμπληρωματικά : οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα εργαστήρια τα οποία μπο-

ρεί να ανήκουν σε ένα Κ.Ψ.Υ. ή σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Επομένως και τα Κ.Ψ.Υ. βρίσκονται σε ανάπτυξη. Αυτή τη στιγμή στην Αθήνα, είμαι, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το Κεντρικό στα Εξάρχεια, υπάρχει το Κ.Ψ.Υ. στο Χαλάνδρι, το οποίο ανήκει σαν το δικό μας στο Ε.Σ.Υ. και είναι συνδεδεμένο με το Γενικό Κρατικό Αθηνών και υπάρχει ακόμη το Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου, τα οποία είναι πιο καινούργια. Δεν είναι ακόμη πολύ γνωστά για το λόγο ότι επειδή δεν βρίσκονται μέσα σε γνωστά Νοσοκομεία, αλλά στην Κοινότητα, και πρέπει να γίνουν γνωστά στον κόσμο.

Επομένως θα έλεγα ότι η Ψυχιατρική φροντίδα, στην Ελλάδα, ακόμα δεν γίνεται κατά επαρκή ή ικανοποιητικό τρόπο, όμως βρίσκουμε ακριβώς στο σωστό δρόμο και πιστεύω, όπως ξέρεις, με την κοινοτική βοήθεια, διότι τα πιο πολλά προγράμματα χρηματοδοτούνται από την Κοινότητα, πιστεύω ότι έστω με τον αργό ρυθμό που προχωράμε, να έχουμε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Μέσα στο πνεύμα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής τα εξής προγράμματα γίνονται εδώ :

Πρώτα απ' όλα δεχόμαστε εδώ τον πληθυσμό και τους ανθρώπους της περιοχής μας, όχι όμως απόλυτα, είναι η λεγόμενη ευθύνης, η οποία, η δική μας αντιστοιχεί στο 2ο Διαμέρισμα του Δήμου Αθηναίων. Γι' αυτόν το πληθυσμό έχουμε, θα λέγαμε ευθύνη και αυτόν τον πληθυσμό κατεξοχήν δεχόμαστε. Αλλά επειδή δεν υπάρχουν πολλά Κέντρα δεχόμαστε ένα σημαντικό ποσοστό και από άλλες περιοχές.

Τώρα, εδώ γίνεται διαγνωστική δουλειά και μετά γίνεται θεραπεία. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει πολλές μορφές θεραπείας, δηλαδή ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να έχουμε Ψυχιατρική Αντιμετώπιση με την έννοια της υποστήριξης της ψυχο-ια-



τρικής και των φαρμάκων, να έχουμε αποκλειστικά Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση, να έχουμε Κοινωνική Αντιμετώπιση δηλαδή η Κοινωνική Λειτουργός να αναλάβει, να υποστηρίζει αυτό το άτομο, με την έννοια, ως προς την δουλειά του, στις κοινωνικές του συναλλαγές κ.λπ.

Επίσης, εκτός αυτών που είναι σε ατομική βάση, λειτουργούν και ομάδες δηλαδή ομαδική Ψυχοθεραπεία με κάποιο εξειδικευμένο προσωπικό.

Επίσης λειτουργεί μια Κοινωνική Λέσχη, η οποία κυρίως απευθύνεται σε σχιζοφρενικά άτομα, άτομα τα οποία έχουν μια κοινωνική απόσυρση και μοναξιά, και προσπαθούμε αυτή την τάση που έχουν τα άτομα να την αντιμετωπίσουμε. Τα τελευταία δύο χρόνια λειτουργία μια φορά την εβδομάδα, και μάλιστα σ' αυτό το έργο μας, μας βοηθούν πάρα πολύ και εθελοντές.

Επίσης άλλα προγράμματα είναι η ψυχαγωγία, τα παιχνίδια οι συζητήσεις και άλλα τέτοια.

Ένα άλλο πρόγραμμα, το οποίο πάντα είναι σε ανάπτυξη είναι η κοινοτική δράση, γιατί μέσα στους σκοπούς ενός Κέντρου είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η αποκατάσταση στο βαθμό που μας είναι δυνατόν και ακόμα η παρέμβαση μέσα στην Κοινότητα. Αυτό είναι και η ουσία, το χαρακτηριστικό της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Γιατί όπως το Νοσοκομείο περιμένει τον άρρωστο, να πάει, αυτός είναι ο τρόπος που λειτουργεί· εμείς πρέπει να βγούμε προς τα έξω. Να πάμε στην Κοινότητα ή στον άρρωστο ή στον μη άρρωστο. Δεν είναι ανάγκη να είναι άρρωστος διότι ένας από τους στόχους μας είναι και η Προληπτική Ψυχιατρική. Λοιπόν η Κοινοτική Παρέμβαση θέλει μεράκι, θέλει ανθρώπους και θέλει πολύ δουλειά.

Γιατί είναι άλλο να κάθεται εδώ να έρθει εδώ ο ασθενής

και να σου χτυπήσει την πόρτα και άλλο να τον βρεις, πως θα πλησιάσεις, που θα πας, πρέπει να υπάρχουν και ορισμένες δομές. Ας πούμε το παιδοψυχιατρικό μας τμήμα, το οποίο έχει άλλη Επιστημονική Διεύθυνση, έχει διασυνδέσεις και απευθύνεται σε σχολεία, σε παιδικούς σταθμούς.

Αντίθετα εμείς ψάχνουμε να βρούμε διάφορους τρόπους. Εκείνο που έχουμε καταφέρει είναι να έχουμε διασύνδεση με διάφορους φορείς, οργανώσεις, ιδρύματα της περιοχής μας, στα οποία πηγαίνει ο κόσμος και τα οποία έχουν κάποια επίδραση στον κόσμο. Δηλαδή, έχουμε διασύνδεση με τις εκκλησίες, με την ενορία, με τον ΟΑΕΔ, με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν, με Ιατρεία του ΙΚΑ, με τα φαρμακεία...

Μέσα από τέτοιες διασυνδέσεις κρατάμε την επικοινωνία μας με τον κόσμο, γινόμαστε γνωστοί και δημιουργούμε αυτό που λέμε δίκτυο παραπομπών. Αυτοί οι άνθρωποι όταν δούνε κάτι και νομίζουν ότι εμπήπτει στην δική μας αρμοδιότητα το παραπέμπουν. Επίσης κάναμε κατά καιρούς παρεμβάσεις σ' ένα ΚΑΠΗ, με το οποίο είχαμε μια εξάμηνη συνεργασία, όπου πήγαιναν άτομα από το προσωπικό μας μερικές ώρες της ημέρας και ευαισθητοποιούσαμε το προσωπικό, δημιουργώντας μια γέφυρα.

Επίσης έχουμε μια διασύνδεση σε κάτι ξενώνες. Τελικά, το πως παρεμβαίνει στην Κοινότητα είναι πολλές φορές θα έλεγα δύσκολο και θέλει προσωπικό και αυτή τη στιγμή υποφέρουμε από έλλειψη Κοινωνικών Λειτουργών και είναι το πιο απαραίτητο στοιχείο για την παρέμβαση. Δεν υπάρχει δυνατότητα διορισμού από το Νοσοκομείο και έχουμε μείνει με μια Κοινωνική Λειτουργό, η οποία αυτή τη στιγμή λείπει με μακρόχρονη άδεια λόγω εγκυμοσύνης.

Επίσης κάνουμε και εκπαιδευτικό έργο, δηλαδή εδώ έρχονται

τελειόφοιτοι της Ιατρικής, Κοινωνικοί Λειτουργοί, επίσης Νοσηλευτές από την Νοσηλευτική Πανεπιστημίου.

Αυτά για τα προγράμματα του Κέντρου.

Επίσης υπάρχει μια συνεργασία μεταξύ των Κέντρων. Και η συνεργασία αυτή γίνεται κατά δύο τρόπους. Το πρώτο είναι ότι οι διευθυντές συναντιόμαστε κατά κάποια διαστήματα 1 φορά το μήνα περίπου και αυτό σημαίνει ανταλλαγή πληροφοριών κ.λπ., μαζί βέβαια και οι διευθυντές των Ψυχιατρικών τμημάτων ή του Νοσοκομείου.

Εκείνο που γίνεται είναι ότι ξέρουμε ο κάθε ένας την περιοχή του άλλου και παραπέμπουμε τον ασθενή όταν ανήκει στην περιοχή ενός άλλου Κέντρου.

Επίσης, επειδή έχει δημιουργηθεί τελευταία και ένας άλλος κλάδος στην Ιατρική Παιδεία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και το θέλουμε, να κάνουμε μια κοινή παρουσίαση των Κέντρων.

Να σου κάνω μια αναδρομή αυτού του Κέντρου. Αυτό το κέντρο ειδικά ξεκίνησε από μια πρωτοβουλία Συναδέλφων Ψυχιάτρων, οι οποίοι γύρω στο 1981 περίπου, δημιούργησαν αυτό το Κέντρο σαν μη κερδοσκοπική επιχείρηση, απλώς για να παρέχουν Ψυχιατρικές Υπηρεσίες.

Αρχικά κάνανε μια έρευνα στην περιοχή για να καταγράψουν την περιοχή, και αυτό είναι πολύ σημαντικό, έτσι πρέπει να αρχίζουν πάντα, δηλαδή, τον πληθυσμό, τις ανάγκες, τις ιδιομορφίες της περιοχής.

Αργότερα το Κέντρο χρηματοδοτήθηκε από την ΕΟΚ, σαν ένα πειραματικό πρόγραμμα, απέκτησε και ένα παιδοψυχιατρικό τμήμα

που έχει τώρα, και από το 1984 λειτουργεί κανονικά, παρέχει δηλαδή υπηρεσίες στον πληθυσμό μιας περιοχής. Από το 1986 υπήχθη στο ΕΣΥ και από τότε ενσωματώθηκε στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμού. Εμείς, δηλαδή οι γιατροί του ΕΣΥ ήρθαμε αρχές του '88. Από τότε υπάρχει προσωπικό, τουλάχιστον Ιατρικό προσωπικό. Αυτή είναι μια βραχεία ιστορία από τόπου που έγινε πραγματικά, διότι υπήρχαν ελάχιστα πράγματα που δούλευαν σε κοινοτική βάση. Το Κέντρο του Βύρωνα θα έλεγα ότι υπήρχε, το οποίο ανήκει στο Αιγινήτσιο. Δεν υπήρχε άλλο. Ήταν το 2ο Κέντρο που έγινε με στόχο να ασκήσει Κοινοτική Ψυχιατρική.

Τώρα, είναι δύσκολο να πεις ότι όλοι οι άνθρωποι που έρχονται εδώ βοηθούνται. Εξαρτάται κατά περίπτωση. Πάντως οι υπηρεσίες σαν και αυτή όπως είναι τα Κέντρα, που είναι εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες για την παροχή πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής περίθαλψης, ακριβώς υπηρετεί και τέτοιο πληθυσμό, δηλαδή, πρέπει να σου πω ότι από στατιστικά μας στοιχεία το 20% αυτών που έρχονται εδώ δεν έχουν καθ' αυτού ψυχιατρική διαταραχή, αλλά έχουν ακριβώς προβλήματα διαπροσωπικά, οικογενειακά, ανάμεσα στο ζευγάρι, με το παιδί και έρχονται ακριβώς για συμβουλευτική.

Επομένως πιστεύω όχι τόσο οι υπηρεσίες σαν και αυτή, αλλά και γενικώς κοινοτικές υπηρεσίες, εξωνοσοκομειακές, που αναπτύσσονται, νομίζω ακριβώς ότι βοηθάει περισσότερο ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ακριβώς τέτοια προβλήματα, προβλήματα που τους δημιουργεί η ζωή.

Το να κλείσουν τα Άσυλα ή όχι. Είναι ένα μεγάλο θέμα.

Υπάρχουν περιοχές όπως στην Β. Ιταλία που τα κλείσανε κυριολεκτικά στα Άσσυλα. Παρ' όλα αυτά είναι ενδεχόμενο να γίνει.

Με τα σημερινά δεδομένα κάποια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ίσως θα επιβάλλεται να υπάρχουν, όχι όμως στην μορφή την Ασυλιακή Μικρά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία όπου οι συνθήκες θα είναι πολύ αναβαθμισμένες, παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών. Λέω, έτσι όπως είναι τα πράγματα δεν αποκλείεται στο μέλλον, με κατάλληλη κοινοτική υποδομή, διότι, εντάξει έκλεισαν τα άσυλα, ξέρεις τί κοινοτική υποδομή εξυπακούεται; που να την βρεις.

Και στην Ιταλία ακόμα είναι ένα συζητήσιμο πρόβλημα, ακόμα και εκεί δεν είχανε ετοιμαστεί, δεν είχανε την κατάλληλη υποδομή, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να ζήσουμε χειρότερα αφού του βγήκανε από τα Νοσοκομεία, παρά καλύτερα.

Επομένως με την προϋπόθεση ότι καποτε να αναπτυχθούν κατάλληλες δομές, μπορεί πράγματι να καταργηθούν τα Ψυχιατρεία τελείως.

Ο αριθμός εισαγωγών στα ψυχιατρεία έχει λιγοστέψει και θα λιγοστέψει ακόμη, και αυτό προέρχεται από πάρα πολλές έρευνες που δείχνουν ότι σε όποιο μέρος έχουν αναπτυχθεί εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εκεί η εισαγωγή μειώνεται, γιατί ο ασθενής έχει πιο τακτική παρακολούθηση, είναι πιο εύκολο να πάει, γιατί η υπηρεσία του είναι πιο κοντά, έχει υποστήριξη κοινωνική, πολλά πράγματα, με αποτέλεσμα, πρώτον να προλαβαίνεται κάποια κατάσταση πριν φτάσει στο σημείο να θέλει Νοσοκομείο, αλλά και οι υποτροπές των σχιζοφρενών, των χρονίων ασθενών να μειώνονται.

Εμείς έχουμε δει εδώ, με μια μελέτη που παρουσιάζουμε κιό-

λας, όπου συγκρίναμε την πορεία ατόμων, σχιζοφρενών κυρίως, που ήρθαν και παρακολούθησαν συστηματικά, σε σχέση με το διάστημα που πέρασαν πριν έρθουν εδώ, όπου δεν είχαν μια τακτική παρακολούθηση, είδαμε ότι μειώθηκε τρομερά η Νοσηλεία τους.

Κανείς σχεδόν δεν νοσηλεύτηκε ή η νοσηλεία ήταν πολύ βραχεία. Διότι είχαν πολύ συχνή παρακολούθηση, κάθε 15 ημέρες περίπου το πολύ κάθε μήνα, ελέγχουμε αν πέρνανε τα φάρμακά τους, τους υποστηρίζουμε όταν είχαν δυσκολίες στη ζωή τους, συνεργαζόμασταν με την οικογένειά τους.

Όταν τα κάνεις όλα αυτά σαφώς μειώνονται οι υποτροπές.

Για τα Κέντρα η ύπαρξη του Κοινωνικού Λειτουργού πιστεύω ότι είναι πάρα πολύ σημαντική. Γι' αυτό το λόγο κιόλας πιστεύω ότι ο αριθμός τους πρέπει να είναι μεγάλος. Για το τμήμα ενηλίκων του Κέντρου προβλέπονται 5 Κοινωνικοί Λειτουργοί. Βέβαια με διάφορα προβλήματα λιγοστέψαμε και φτάσαμε στον έναν.

Χρειάζονται πάρα πολύ, πρώτον διότι συμμετέχουν σε πολλές δραστηριότητες, διότι δεν εργάζονται μόνο στον κοινωνικό τομέα αλλά και πολύ πιο πέρα, ανάλογα με την ειδική τους εκπαίδευση.

Η δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού μέσω της Κοινωνικής Εργασίας με άτομα που είναι ηλικιωμένα, που δεν τα βγάζουν πέρα εύκολα, που είναι ανεπαρκή κοινωνικά, είναι σημαντική.

Επίσης σ' αυτό που λέγαμε Κοινοτική Παρέμβαση, ο ρόλος τους είναι πολλαπλός και ιδίως στο Κέντρο νομίζω ότι είναι μια από τις βασικότερες ειδικότητες.

### 3. ΣΥΚΕΝΤΡΕΥΣΗ ΜΕ Διοικητικά Υπεύθυνο Κ.Ψ.Υ. Αθηνών.

Η Ψυχιατρική στην Ελλάδα, γενικώς, είναι σε υψηλό επίπεδο, τόσο στον τομέα της έρευνας όσο και στον τομέα των υπηρεσιών δεν είναι τόσο πολύ χαμηλά. Υπάρχουν αρκετές ελλείψεις και αρκετά προβλήματα που πρέπει να επιλυθούν.

Για μένα, είμαστε σε μια μεταβατική φάση τώρα, δηλαδή μιλάω για το επίπεδο υπηρεσιών από πλευράς ποιότητας γιατρών, από πλευράς έρευνας που γίνεται στην Ελλάδα είναι υψηλό.

Τώρα το επίπεδο της υποδομής υπάρχουν πολλά προβλήματα. Δηλαδή είμαστε στη φάση της μεταρρύθμισης, αλλάζουμε και πάμε, ας πούμε, από ένα ιδρυματικό τρόπο αντιμετώπισης του ψυχικά αρρώστου, στην ένταξη του σε μονάδες ανοιχτής Ψυχιατρικής Περιήλαφης στην Κοινότητα. Εκεί χρειάζεται ένας σωστός σχεδιασμός. Πρέπει να πούμε εδώ πέρα ότι υπάρχει βοήθεια από την Κοινότητα. Αν υπάρξει σωστός σχεδιασμός και σωστή μεθοδολογία θα προχωρήσουμε σωστά. Κύριο πρόβλημα, για μένα, και του δίνω μεγάλη σημασία, είναι η προσπάθεια τομεοποίησης που πρέπει να γίνει γρήγορα.

Γιατί αναπτύσσονται διάφορες μονάδες από διάφορους φορείς, αλλά δεν έχουν αυτές οι προσπάθειες χωροχρονικά οριοθετηθεί. Και αυτό είναι ένα μεγάλο πρόβλημα που θα προκύψει στο μέλλον αν από τώρα δεν λυθεί.

Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι αυτό εδώ των Αθηνών, στα Ε-

Εξάρχεια, στο Αιγάλεω, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο, την Πάτρα, καθώς και Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες που έχει στο Βόλο και στη Ζάκυνθο.

Όταν λέμε Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, είναι μια δομή η οποία αποτελείται από ένα συμβουλευτικό τμήμα για ενήλικες, μμια Ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, ένα εργαστήριο επαγγελματικής εκπαίδευσης και ένα Νοσοκομείο Ημέρας. Αυτά τα τέσσερα που σας είπα υπάρχουν στο Κέντρο που σας είπα αδρά. Και αυτός είναι ο κορμός.

Εκτός αυτών έχει άλλες πρωτότυπες μονάδες, όπως είναι η μονάδα τηλεφωνικής βοήθειας, οι μονάδες θεραπείας συμπεριφοράς, το Στουπάθειο που είναι ειδική μονάδα παιδαγωγικής, για παιδιά με νοητική καθυστέρηση και όπως είναι η μονάδα Αγ. Παρασκευής που είναι μονάδα για παιδιά με αυτισμό.

Ακόμα αυτή τη στιγμή αναπτύσσεται διάφορες καινούργιες υπηρεσίες. Πρώτα απ' όλα έχει αναβάθμιση της μονάδας τηλεφωνικής βοήθειας, η οποία λειτουργεί από το πρωί στις 12.00 ως τα μεσάνυχτα και παρέχει υπηρεσίες σε όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη άμεσης ψυχολογικής βοήθειας, προβλήματα αυτοκαταστροφής ή με άλλα σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς. Ένας από τους αρχικούς στόχους όμως, δηλαδή, να πηγαίνει κάποια ομάδα επιστημόνων στα σπίτια ανθρώπων που χρειάζονται βοήθεια, δεν έχει επιτευχθεί αλλά ούτε νομίζω ότι θα επιτευχθεί, διότι κατά την δικιά μου άποψη αυτό είναι πολύ δύσκολο και να γίνει μάλιστα αποσπασματικά. Αν υπάρχει μια τομεοποίηση αυτό μπορεί να είναι εφικτό. Την στιγμή που αυτό το Κέντρο καλύπτει ευρύτερες ανάγκες και είναι ένα πρόγραμμα πιλότος, δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης.

Στην Κοινοτική Ψυχιατρική γίνονται αυτά τα προγράμματα, αλλά εμείς, ας πούμε, μελετάμε την περιοχή Νεάπολη - Εξάρχεια -



- Αμπελόκηπους, όπου είναι εύκολη η πρόσβαση. Αυτή η βοήθεια, έτσι γίνεται και στο εξωτερικό, δεν μπορεί να πιάσει όλη την Ελλάδα. Γιατί καλύπτει σε προγράμματα πιλότος ανάγκες όλης σχεδόν της Ελλάδας.

Θα είναι λοιπόν ανέφικτος να πετύχει αυτός ο στόχος και θα δώσεις πάρα πολλά λεφτά χωρίς στην ουσία να πετύχει και τίποτα. Διότι όλα έχουν μια συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών και ας πούμε ότι πας σε μια περιοχή της Ελλάδος, και μετά τι κάνεις αν δεν έχει την δυνατότητα να παρακολουθήσεις το άτομο, να το βοηθήσεις κ.λπ. Αν υπάρξει μια πολιτική τομεοποίησης μπορεί τέτοιες μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας, να μπουν σε διάφορους τομείς.

Τώρα εκτός απ' αυτά που σας είπα δημιουργούμε μια υπηρεσία για συμβουλευτική για ξενόγλωσσους, η οποία λειτουργούσε μ' ένα τελείως διαφορετικό στυλ στο παρελθόν, δηλαδή, πρόσφερε υπηρεσίες σε ζευγάρια, στα οποία ο ένας ήταν αλλοδαπός και ο άλλος Έλληνας.

Ενώ τώρα διευρύνουμε την υπηρεσία και παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη, θεραπευτική σε όλα τα άτομα που δεν μιλούν Ελληνικά, οι οποίοι βρίσκονται στην Αττική και ζητούν βοήθεια. Είτε είναι πρόσφυγες είτε είναι τουρίστες. Η υπηρεσία αυτή επίσημα δεν έχουν γίνει εγκαίνια αλλά λειτουργεί.

Επίσης εκτός από αυτό είναι και δύο μεγάλα προγράμματα που έχουν πολλές μονάδες μέσα.

Το ένα είναι πρόγραμμα αποϊδρωματοποίησης, που έχει στόχο να πάρει τους αρρώστους από τα Ψυχιατρεία στην Κοινότητα και το οποίο έχει : δυο προγράμματα αναδόχων οικογενειών, δηλαδή 20 ανάδοχες οικογένειες το κάθε ένα πρόγραμμα. Δύο επιπλωμένα διαμερίσματα στο Αιγάλεω (όλα αυτά λειτουργούν που σας λέω τώρα).

Ένα οικοτροφείο στη Λειβαδιά και ένα ξενώνα στην Αθήνα δύναμης 10 αρρώστων.

Έχουμε επίσης αρχίσει και λειτουργούμε το πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτικών καταστάσεων που έχει τις εξής μονάδες. Μια μονάδα είναι της τηλεφωνικής βοήθειας, είναι εξειδικευμένο προσωπικό για θέματα κατάχρησης ουσιών, εξάρτησης και δίνει πληροφόρηση, ενημέρωση, υποστήριξη. Αυτή η μονάδα λειτουργεί ήδη και εντός των ημερών, αρχίζουν να λειτουργούν οι εξής ακόμα : ένας Συμβουλευτικός Σταθμός (οδό Αγρινίου), ένα Κέντρο Ημέρας ημερήσιας Περίθαλψης, για άτομα που βρίσκονται στη φάση της απεξάρτησης και μια Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης που θα γυρνάει διάφορα μέρη και θα ενημερώνει ανάλογα τον πληθυσμό.

Για να απαντήσεις στην ερώτηση για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων του Κέντρου, πρέπει να έχει συστηματικές μελέτες καταγραφής, παρακολούθησης των αρρώστων, για να μπορέσεις να πεις πόσο βοήθησες και να συγκρίνεις τα αποτελέσματα αυτού του τύπου υπηρεσιών μ' ενός άλλου τύπου. Εδώ τέτοιες μελέτες δεν έχω δει να υπάρχουν, είμαι ένα χρόνο εδώ και στο παρελθόν δεν υπήρχαν τέτοιες μελέτες συστηματικής καταγραφής. Προσπαθούμε τώρα να τα κάνουμε, γιατί για να κάνεις σωστή καταγραφή πρέπει να σχεδιάσεις σωστά μια υπηρεσία και να φτιάξεις αμέσως τις προϋποθέσεις έτσι θα μπορείς να αξιολογήσεις. Αν αυτό το σκεφτείς μετά από μερικούς μήνες, δεν γίνεται τίποτα.

Δηλαδή να σας πω ένα παράδειγμα. Όταν ασχολήθηκα με την μονάδα τηλεφωνικής βοήθειας το πρώτο μέλημα ήταν να δω πως γίνεται η καταγραφή. Ε, λοιπόν η καταγραφή γινόταν με ένα τρόπο α-

νεπαρκέστατο που σχεδόν δεν σου επιτρέπει να αξιολογήσεις αυτή την υπηρεσία. Αυτό είναι ένα παράδειγμα. Φροντίσαμε και αλλάξαμε. Δηλαδή, πρέπει να έχει ένα πρωτόκολλο αξιολόγησης και έρευνας στο μυαλό σου, να το θέσεις εξ' αρχής σε λειτουργία ώστε να μπορέσεις μετά από χρόνια να δεις τί έκανε η υπηρεσία, καλό, κακό, τί πρόσφερε κ.λπ. Εκεί που έχει πρόβλημα. Νομίζω ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση είναι τα σημερινά προβλήματα, που δεν μπορούμε να ξέρουμε. Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι δεν έχεις θετικά από την λειτουργία μιας τέτοιας υπηρεσίας, αλλά δεν μπορείς να το αποδείξεις.

Ένας απώτερος στόχος μπορεί να είναι η ελαχιστοποίηση των κλειστών ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Εγώ δεν θα ήθελα να τα λέω άσυλα, γιατί τα άσυλα είναι μια δομή που έχει προκύψει από την αδυναμία να ανταποκριθούμε, την αδυναμία να θεραπεύσουμε, την αδυναμία της Κοινωνικής Παρέμβασης, δημιούργησε χώρο όπου μένουν άρρωστοι για πολλά χρόνια, και βέβαια όταν αρχίζουν να αθροίζονται από 500 γίνονται 1.000, 2.000 και έχει επιπτώσεις.

Αν εξ' αρχής έχει μια άλλη γραμμή και περισσότερες δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης, όπως τώρα, στην προοπτική του χρόνου αυτά τα άσυλα μάλλον θα κλείσουν. Όπως έχουν κλείσει σε πολλές χώρες. Μπορεί να έχουν ελαχιστοποιηθεί να μην έχουν κλείσει αλλά αυτός είναι ο απώτερος στόχος. Δεν μπορεί να γίνει αυτό από την μια μέρα στην άλλη. Είναι δύσκολο.

Η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπευτική ομάδα

είναι τόσο σημαντική όσο είναι όλες οι άλλες θέσεις: των ψυχιάτρων, των ψυχολόγων. Το πρόβλημα στην ψυχιατρική ομάδα είναι η οριοθέτηση ρόλων. Δηλαδή να ξέρει ο καθένας μέχρι που θα κινείται. Η ομάδα θα γίνει αρνητική παρουσία όταν ο καθένας δεν έχει αποσαφηνίσει στο μυαλό του τί πρέπει να κάνει και μέχρι ποιόν βαθμό. Αν αυτοί είναι σαφής, η ομάδα λειτουργεί σωστά, οι ρόλοι είναι σωστοί και φυσικά τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα από το να λειτουργεί ένα άτομο μοναχό του.

#### 4. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ

Διευθυντή Υπεύθυνο της Μονάδας Επαγγελματικής

Αποκατάστασης, Τμήμα Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής.

Η Ψυχιατρική περίθαλψη σήμερα στην Ελλάδα είναι σε μια μεταβατική περίοδο, δηλαδή αφήνει πίσω της, ότι μέχρι στιγμής υπήρχε, τα Ψυχιατρεία και τίποτα άλλο δεν είχαμε, και προσανατολίζεται τώρα προς την Κοινωνική Ψυχιατρική με μονάδες, υπηρεσίες στην Κοινότητα, όπως τα Κ.Κ.Ψ.Υ., μονάδες αποκατάστασης Ψυχικής Υγείας. Αυτή είναι η μοντέρνα Ψυχιατρική. Σ' αυτή την μετάβαση όμως υπάρχουν πολλές ελλείψεις όπως και ο σχεδιασμός. Ίσως αυτό που δεν έχει γίνει σήμερα είναι η προσπάθεια για ενοποίηση όλων των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, αλλά λειτουργούμε κυρίως από ιδιωτική πρωτοβουλία.

Σε σχέση με το εξωτερικό τώρα, μπορώ να πω ότι έχουμε κάνει αρκετά μεγάλα βήματα, υπάρχουν όμως πολλές ελλείψεις ακόμα.

Η Μονάδα Επαγγελματικής αποκατάστασης είναι μια μονάδα που σε ημερήσια βάση και επί ένα χρόνο εκπαιδεύει μια σειρά αρρώστων που συνήθως είναι χρόνιοι και ψυχωσικοί άρρωστοι.

Το πρόγραμμα το οποίο παρέχεται είναι αφ' ενός θεραπευτικό και αφ' ετέρου εκπαιδευτικό.

Καλύπτουμε ηλικίες από 18 - 40 χρόνων και αυτό γιατί μετά τα 40 οι πιθανότητες να βρει κάποιος δουλειά είναι λίγες. Προσπαθούμε δηλαδή να παίρνουμε τα νέα άτομα αυτά που έχουν προοπτικές επανένταξης επαγγελματικής.

Τα τμήματα που λειτουργούν στα Εργαστήρια εδώ είναι τέσσερα. Είναι το τμήμα κοπτικής - ραπτικής, κυρίως γυναικείο τμήμα. Ένα τμήμα με κατασκευές δέρματος, τσάντες. Είναι ένα τμήμα με κατασκευές αντικειμένων και επίπλων μπαμπού και ένα τμήμα που είναι για άτομα λυκείου, τουλάχιστον, τμήμα υπαλλήλων γραφείου, δηλαδή, μαθαίνουν εκεί την χρήση των κομπιούτερς και της γραφομηχανής.

Για την μετέπειτα αποκατάσταση τους έχουμε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ και όταν υπάρχουν κενές θέσεις εργασίας με την προστασία του Νόμου, τους παραπέμπουμε εκεί.

Το εκπαιδευτικό μέρος του προγράμματος το εποπτεύει ο ΟΑΕΔ το οποίο και το χρηματοδοτεί. Απλώς εμείς σαν Νοσοκομείο και σαν Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχουμε την επιστημονική του διεύθυνση. Υπάρχει μια αμοιβή για τους εκπαιδευόμενους ημερήσια, η οποία λέγεται εκπαιδευτικό επίδομα και νομίζω ότι είναι στο μισό του ανειδίκευτου εργάτη.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι μια οργανωμένη θεραπευτική προσπάθεια που γίνεται εδώ από την θεραπευτική ομάδα, για να καλλιεργήσουμε και να τονώσουμε κατ' αρχήν την αυτοεκτίμηση η οποία είναι υποβαθμισμένη στους αρρώστους. Και εν συνεχεία να τους επαυξήσουμε προοδευτικά με τις τεχνικές αυτές που υπάρχουν, τις δεξιότητές τους, που είναι δεξιότητες να περιποιηθούν τον εαυτό τους, να έχουν μια προσωπική αυτονομία, δεξιότητες να επικοινωνήσουν με τους άλλους, κοινωνικές δεξιότητες, μέχρι να φτάσουμε στο πιο δύσκολο που είναι οι εργασιακές δεξιότητες.

Εκτός από τις ατομικές συνεντεύξεις γίνεται θεραπεία ομάδας. Ο κάθε δηλαδή εκπαιδευόμενος, μετέχει σε μια ομάδα θεραπευτική. Και η παρέμβαση δεν είναι μόνο στους ίδιους αλλά και

στο περιβάλλον τους με στόχο την υποστήριξη του περιβάλλοντος και την τροποποίηση τυχόν αρνητικών στάσεων.

Το ωράριο υπόκειται και αυτό στη θεραπευτική ρύθμιση, δηλαδή όταν αρχίζουμε με τους ανθρώπους αυτούς, οι οποίοι έχουν δυσκολίες στο να σηκωθούν, όταν συχνά επί χρόνια ζουν στο περιθώριο μέσα στο σπίτι τους, μέσα στο δωμάτιό τους, αρχίζουμε με τέσσερις ώρες και προοδευτικά φθάνουμε τις έξι. Αλλά μέσα στο χρόνο που κάνουμε σταδιακά αυτές τις αυξήσεις του ωραρίου τους προετοιμάζουμε.

Εξυπηρετούμε άτομα από όλο το λεκανοπέδιο της Αττικής. Από την επαρχία δεν λέμε ότι, αρκεί να έχει κάπου να μείνει. Κάθε χρόνο μάλιστα έχουμε ένα με δύο άτομα που είναι ένοικοι των ξενώνων που έχουμε που είναι δύο.

Το πρόγραμμα στοχεύει στο να εκπαιδευτούν, να πάρουν μια βασική εκπαίδευση μια εισαγωγή στην εκπαίδευση και μια βασική εκπαίδευση σε κάποια εξειδικευμένα αντικείμενα: άνθρωποι που έχουν ψυχιατρικά προβλήματα και συνήθως είναι στη φάση της χρονιότητας με στόχο μετά να εργασθούν, να έχουν μια επαγγελματική επανένταξη.

Δεν παίρνουμε διαγνώσεις με οργανικό ψυχοσύνδρομο γενικά, τοξικές ουσίες, αλκοολισμός.

Το πρόγραμμα λειτουργεί από το 1984 και να θυμάστε ότι έχουν ενοποιηθεί στα πλαίσια των Κοινοτικών Υπηρεσιών του Βύρωνα, δηλαδή του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής και έχουν ξεκινή-

σει από το '84. Έχουν αλλάξει δύο φορές διεύθυνση. Σιγά-σιγά με τα χρόνια το πρόγραμμα συμπληρώνεται.

Έχει υπάρξει μια αξιολόγηση των τριών πρώτων ετών. Δηλαδή, των ασθενών που παρακολούθησαν τα εργαστήρια τα τρία πρώτα χρόνια. Εκτιμώντας την τύχη τους δύο χρόνια μετά την λήξη του προγράμματος και συγκρίνοντάς την δύο χρόνια πριν την ένταξη στο πρόγραμμα. Και τα αποτελέσματα αυτά, τα οποία πρόκειται τώρα να δημοσιευθούν, έχουν δημοσιευθεί σε άρθρο στο εξωτερικό, αλλά πρόκειται αυτά που σας είπα τώρα να δημοσιευθούν σε ένα άρθρο της Ψυχιατρικής, δείχνουν ότι είναι πολύ σημαντική στατιστικά η διαφορά προς εξεύρεση εργασίας κυρίως, προς άλλους δείκτες της κοινωνικής τους επανένταξης μετά την παρακολούθηση του προγράμματος συγκριτικά με το αμέσως προηγούμενο διάστημα.

Πιστεύω ότι τα Άσυλα μπορούν να συρρικνωθούν κι άλλο στην Ελλάδα ή ότι η διαδικασία συρρίκνωσης είναι στην αρχή της. Δεν νομίζω ότι θα καταργηθούν ποτέ αυτά, αλλά το ζήτημα είναι να παραμείνουν και με πόσους αρρώστους μέσα. Ένα σημαντικό μέρος των αρρώστων τους μπορεί να βγει και να επανενταχθεί στην Κοινότητα με την υποστήριξη βέβαια των υπηρεσιών όπως είναι αυτή εδώ.

Για τον αριθμό των εισαγωγών δεν είμαι έτοιμος να σας απαντήσω για τα τελευταία χρόνια. Αυτό το γνωρίζουν οι στατιστικές εφημερίδες. Κάθε χρόνο όλα τα Νοσοκομεία, τα Κρατικά, τα Δημόσια και οι Ιδιωτικές Κλινικές δίνουν στη στατιστική υπη-



ρεσία τον αριθμό των εισαγωγών τους ο οποίος αριθμός είναι ακριβής.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε ψυχιατρικό πλαίσιο είναι πολύ σημαντικός. Εδώ όμως σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ο ρόλος τους είναι ακόμη μεγαλύτερος από ότι σ' ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Εδώ υπάρχει ένας Κοινωνικός Λειτουργός. Επίσης σημειώστε ότι υπάρχει ένας Ψυχίατρος και τρεις εργοθεραπευτές. Αυτό σ' αυτή την μονάδα είναι το θεραπευτικό προσωπικό. Από εκεί και πέρα υπάρχουν οι εκπαιδευτές που διδάσκουν τους εκπαιδευόμενους.

## 5. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ Κοινωνικό Λειτουργό Κ.Κ.Ψ.Υ.

### Παγκρατίου, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα.<sup>1</sup>

Το Κέντρο λειτουργεί από το 1981 και οι υπηρεσίες που παρέχει στην Κοινότητα αφορούν όλη την γκάμα υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός για τα παιδιά που έρχονται, τις οικογένειές τους και γενικά για όλη την οικογένεια.

Οι τομείς δουλειάς του Κέντρου αφορούν τρία κομμάτια : Το ένα κομμάτι είναι το κοινωνικό, δηλαδή η παρέμβαση που κάνουμε στην Κοινότητα, με προγράμματα ευαισθητοποίησης και πρόληψης. Το άλλο κομμάτι είναι το κλινικό το οποίο γίνεται μέσα στο χώρο αυτό και το τρίτο κομμάτι είναι το εκπαιδευτικό. Δηλαδή αναλαμβάνει την υποχρέωση να εκπαιδεύει Κοινωνικούς Λειτουργούς, νοσηλευτές κ.λπ.

Αυτά τα τρία κομμάτια, η εκπαίδευση, η κλινική δουλειά και η Κοινότητα είναι αυτά με τα οποία ασχολείται το Κέντρο.

Έχει ένα τομέα και μια παροχή ευθύνης που είναι το Δεύτερο Διαμέρισμα του Δήμου Αθηναίων. Αυτό σημαίνει ότι εξυπηρετεί μια περιοχή με κατοίκους γύρω στους 150.000.

Οργανικά υπάγεται στον Ευαγγελισμό, δηλαδή είναι το Κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου, του Ευαγγελισμού. Και αυτό έχει γίνει

---

1. Λόγω του ότι ο Διοικητικά υπεύθυνος του Παιδοψυχιατρικού τμήματος δεν ήταν διαθέσιμος, λόγω φόρτου εργασίας, ο Κοινωνικός Λειτουργός ηθελημένα απάντησε σε επιπρόσθετες ερωτήσεις.

από το 1986, δεν ήταν έτοι. Μέχρι τότε λειτουργούσε ως Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Μετά λειτούργησε σαν Κοινοτικό Κέντρο Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Λοιπόν, αυτή είναι η πρώτη του λειτουργία και η γνωστή του λειτουργία. Σε σχέση με το τμήμα ενηλίκων δεν υπάρχει διαχωρισμός. Το κέντρο είναι ενιαίο, μόνο που έχει δύο τμήματα. Ο οργανισμός είναι ο ίδιος, εξυπηρετούμε την ίδια φιλοσοφία, τις ίδιες προσδοκίες, έχουμε ακριβώς τις ίδιες λειτουργίες. Η διαφορά είναι μόνο, ότι οι μεν ασχολούνται με τους ενήλικες, ψυχώσεις, σχιζοφρένειες και εμείς με τα παιδιά.

Δηλαδή έχουμε να κάνουμε με όλη την ψυχική υγεία και ψυχική νόσο γιατί δεν είναι μόνο η νόσος που μας απασχολεί, μας απασχολούν και προβλήματα τα οποία δεν εμφανίζονται σαν αρρώστια, αλλά να εμφανίζονται κατά την παρέμβαση του ειδικού, κατά την πορεία μιας θεραπείας. Π.χ. διαζύγιο, τί γίνεται με το διαζύγιο, πως γίνεται, γιατί γίνεται, πως το χειρίζονται οι γονείς προς τα παιδιά ή πως νιώθουν τα παιδιά.

Αυτή είναι η βασική μας λειτουργία.

Τώρα να σας πω μερικά πράγματα για το πως παρεμβαίνουμε στην Κοινότητα. Εδώ πάλι καθορίζεται από τις ηλικίες. Οι ενήλικες έχουν διαφορετική παρέμβαση από ότι έχουν τα παιδιά, εμείς δηλαδή εδώ. Το παιδοψυχιατρικό τμήμα θα ασχοληθεί με τους παιδικούς σταθμούς και με όλη την γκάμα της εκπαίδευσης, νηπιαγωγείο, σχολείο, γυμνάσιο, λύκειο. Οι Ενήλικες θα ασχοληθούν με τις ηλικίες άνω των 18 χρόνων.

Το πρόγραμμα που γίνεται στο χώρο της εκπαίδευσης είναι : Έχουμε κάνει μια επιλογή σε γυμνάσια και λύκεια. Και έχουμε μια συνεργασία με αυτούς τους χώρους όπου μας στέλνουν περιστα-

τικά, είτε εμείς πάμε εκεί και συζητάμε με καθηγητές, δασκάλους ή νηπιαγωγούς.

Και ένα άλλο κομμάτι είναι πια, μέσα από τους μαζικούς φορείς, όπου κάνουμε κάποιες ομάδες, οι οποίες γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και γίνονται έξω από τον χώρο του Κέντρου.

Μέσα στο χώρο του Κέντρου αυτή τη στιγμή δεν γίνονται ομάδες, μόνο κλινική δουλειά, δηλαδή ατομικές συνεντεύξεις, με το παιδί ή την οικογένεια και συνήθως με οικογένειες.

Στο Κέντρο κάθε χρόνο γίνεται ένας προγραμματισμός, ανάλογος με το τί υλικό έχουμε, τί προσωπικό υπάρχει και τί ανάγκες έχει η Κοινότητα. Με βάση αυτά τα τρία πράγματα καθορίζεται ένα πρόγραμμα δράσης.

Το προσωπικό του Παιδοψυχιατρικού τμήματος αυτή τη στιγμή, είναι τρεις παιδοψυχίατροι, δύο ψυχολόγοι και δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί. Επίσης ένας εκπαιδευμένος ψυχολόγος και κατά καιρούς υπάρχουν και εκπαιδευμένοι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Λείπει βέβαια προσωπικό, Κοινωνικοί Λειτουργοί θα έπρεπε να είναι τρεις και είναι δύο, ψυχολόγοι έπρεπε να είναι τέσσερις υπάρχουν δύο και θα μείνει ένας. Λογοπαιδικό δεν έχουμε, έπρεπε να έχουμε ειδικό παιδαγωγό δεν έχουμε, έπρεπε να το έχουμε.

Το Κέντρο απευθύνεται στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Αλλά επειδή είναι ένας χώρος πολύ ανοικτός όχι κλειστός, δηλαδή δεν έχει κρεβάτια να περιθάλψει τους ασθενείς όπως το Νοσοκομείο, βασική δουλειά του Κέντρου είναι η πρωτογενής και δευτερογενής δηλαδή την πρόληψη, την ευαισθητο-

ποίηση και την θεραπεία. Αυτό που κάνει είναι να θεραπεύει, να προλαμβάνει και να ευαισθητοποιεί. Αυτοί είναι οι στόχοι του προγράμματος.

Η θεραπεία γίνεται δώ μέσα στο Κέντρο. Η πρόληψη και η ευαισθητοποίηση γίνεται έξω από το Κέντρο στην Κοινότητα, που πολλές φορές όμως γίνεται και μέσα στο Κέντρο. Μπορεί να γίνει μια διάλεξη, ένα σεμινάριο.

Από την άλλη πλευρά πάλι, ίσως το πιο βασικό, στόχο έχει βασικά το να μπορέσει να κάνει μια ευαισθητοποίηση στα μέλη της Κοινότητας ώστε να μπορούν κάποια στιγμή να αντιμετωπίσουν προβλήματα και από μόνοι τους. Δηλαδή, δεν έχει στόχο να κεντρίκοποιήσει τα προβλήματα, π.χ. όταν κάνεις μια επίσκεψη σ'ένα γυμνάσιο, για να μπορέσεις να ευαισθητοποιήσεις τους καθηγητές για προβλήματα συμπεριφοράς μαθητών ότι τελικά με μια μικρή βοήθεια μπορούν να το αντιμετωπίσουν εκεί, και όχι να έρχονται στο Παιδοψυχιατρικό. Έτσι μ' αυτή τη λογική βοήθειάς του καθηγητή να λύνει κάποιες δύσκολες καταστάσεις με τον μαθητή. Αν το πρόβλημα είναι πιο σοβαρό αφού συνδέεται με την οικογένειά του, μπορεί να παραπέμψει την οικογένεια σε εμάς.

Αυτός ο κεντρικός στόχος μιας κοινοτικής δουλειάς να μπορεί δηλαδή να ευαισθητοποιήσει τα άτομα της Κοινότητας στο πως μπορούν να προλάβουν, να χειριστούν μερικά απλά πράγματα και στο τέλος να παραπέμψουν στο Κέντρο καταστάσεις σοβαρές που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν τα άτομα της Κοινότητας.

Το Κέντρο λειτουργεί από το 1981, 10 χρόνια δηλαδή, και κανείς θα περίμενε ότι το ξέρει όλος ο κόσμος. Δεν είναι έτσι ακριβώς, ακόμα το γνωρίζουν το Κέντρο ένα μεγάλο κομμάτι του

πληθυσμού της Κοινότητας. Και θα έλεγα ότι αυτοί που μας ενδιαφέρει να το γνωρίζουν, το γνωρίζουν. Δηλαδή οι φορείς και τα σχολεία το ξέρουν και από την άλλη υπάρχει και το Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, το οποίο στέλνει και αυτό περιστατικά. Σ' ένα πολύ μεγάλο ποσοστό μας γνωρίζουν και συνεργάζονται με όλες τις δυσκολίες και τις ευκολίες.

Ο Μύθος του Ψυχιατρικού κόσμου τα τελευταία πέντε χρόνια έχει αρχίσει ένα μαραθώνιο.

Τί κάνεις μ' ένα παιδί με πρόβλημα, τί κάνεις μ' ένα παιδί καθυστερημένα, τί κάνεις ταν έχει ένα παιδί ψυχωικό.

Ο τίτλος βέβαια πάντα τρομάζει, όταν έρθεις όμως και δεις ότι δεν υπάρχουν ενέσεις, φάρμακα κ.λπ. ο άλλος ηρεμεί. Ουσιαστικά τις πιο πολλές φορές η δυσκολία είναι να περάσεις αυτή την πόρτα. Πάντως η εμπειρία η δικιά μου είναι ότι ο κόσμος ακολουθεί πλέον πολιτικά και ιδεολογικά την αρχή της Κοινοτικής περίθαλψης.

Βέβαια δεν είναι μια ιστορία, την έχτισες και μέσα σ' ένα χρόνο σε ξέρουν και οι 150.000 και να έρχονται άνετα στο Κέντρο. Πρέπει να πάρει χρόνο να λειτουργεί το Κέντρο και να λειτουργήσει έτσι όπως πρέπει, να μην γίνουμε εξωτερικά Ιατρεία όπως το Νοσοκομείο. Δεν είναι αυτή η φιλοσοφία, είναι να γίνει μια διερεύνηση σε βάθος, υπεύθυνη, έγκυρη, να μην κλειστεί μέσα κάποιος, μιλώ για τους ενήλικες, να κλειστεί μόνο αν υπάρχει άμεση ανάγκη και άμεσος κίνδυνος για τα άτομα γύρω του. Τότε σίγουρα τον βάζεις σε μια κλειστή δομή.

Αλλιώς ο στόχος του Κέντρου είναι να μείνει έξω, στην Κοινότητα, στο χώρο που δουλεύει, με την οικογένειά του, τους φίλους του, να μην αποκοπεί. Και στην Ελλάδα αυτά τα πράγματα,

τα τελευταία 15 χρόνια έχουν αρχίσει να γίνονται σιγά-σιγά δηλαδή από το 1975 και μετά.

Οι εισαγωγές στα παιδιά είναι πολύ δύσκολες. Και ακόμη δεν μπορείς να ελέγξεις από εδώ στο Κέντρο, αν έχουν μειωθεί οι εισαγωγές στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία τα οποία είναι δύο στο Δαφνί και στο Νταού Πεντέλης. Αλλά εκ των πραγμάτων το ποσοστό τους, αυτό που αναλογεί να μπει θα μπει. Γιατί δεν έχουμε άλλες δομές. Το Κ.Ψ.Υ. δεν φτάνει από μόνο του, να καλύψει όλες τις ενδιάμεσες δομές που χρειάζονται. Θέλει Νοσοκομείο Ημέρας, Νοσοκομείο Εφήβων, Κέντρο Εφήβων, Κέντρο Ημέρας, Εργαστήρια εκπαιδευτικά.

Χρειάζονται δηλαδή, ενδιάμεσες δομές οι οποίες βοηθούν τον αρρωστο, βγαίνοντας από την κλινική να του κάνει τη ζωή δύσκολη, στο να επιστρέψει στο Νοσοκομείο, αλλά να του κάνει τη ζωή εύκολη ώστε να μείνει έξω από το Νοσοκομείο. Και αν υπάρχει μια υποτροπή δεν χρειάζεται το Νοσοκομείο αλλά να πάει στο Κ.Ψ.Υ. Αν Κ.Ψ.Υ. δει ότι δεν μπορεί να του βαστίξει να τον πάει στο Νοσοκομείο Ημέρας, πάλι με την φιλοσοφία και τον στόχο να βγει γρήγορα έξω. Δεν υπάρχουν όμως, π.χ. ένα παιδί 14 χρόνων έχει μαθησιακά προβλήματα και δεν μπορεί να βγάλει το Γυμνάσιο, και μετά; Να πάνε στον ΟΑΕΔ; να μάθουν μια τέχνη; Δεν υπάρχει οργανωμένη δομή.

Έτοιμοι για τις εισαγωγές των παιδιών τώρα, νομίζω ότι εκείνο που είναι σίγουρο είναι ότι ο κόσμος έχει φάξει και έχει βρει τα προβλήματα των παιδιών. Πρώτα λέγανε τα παιδιά τεμπέληδες αυτά που δεν πηγαίνουν καλά στα γράμματα, τώρα το λένε δυσλεξία και όχι τεμπέληδες, που σημαίνει ότι έχουν κάποια δυσκολία που

τα εμποδίζει να επενδύσουν πάνω στη μάθηση. Τώρα υπάρχει ο ειδικός παιδαγωγός και τα παιδιά κατευθύνονται εκεί και ξεπερνάνε ένα μεγάλο κομμάτι δυσκολιών.

Να σας φέρω ένα παράδειγμα : Πριν, παιδιά που δεν πήγαιναν καλά στα γράμματα έμεναν στην ίδια τάξη και έλεγαν ότι είναι έξυπνος μεν αλλά τεμπέλης.

Τώρα ο καθηγητής και ο δάσκαλος είναι ευαισθητοποιημένος και φάχνει να βρει τί συμβαίνει γιατί δεν έχει απόδοση.

Το αντικείμενο του Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να είναι θεραπευτικό. Στο δικό μας το Κέντρο είμαστε θεραπευτές. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν ασχολείσαι με την Κοινωνική δραστηριότητα που είναι κύριο κομμάτι της δουλειάς σου, ούτε ταυτόχρονα οι Ψυχίατροι δεν ασχολούνται με την Κοινωνική δουλειά ή οι ψυχολόγοι.

Υπάρχει δηλαδή, μια διεπιστημονική ομάδα, όπου υπάρχουν οι κύριες και βασικές λειτουργίες του καθενός αλλά ταυτόχρονα είτε λόγω εκπαίδευσης, είτε λόγω εμπειρίας και γνώσης υπάρχει μια αλληλοκάλυψη στις δραστηριότητες. Π.χ. πρέπει να πάνω εγώ το Ιστορικό του ασθενή. Αυτό δεν σημαίνει ότι το Ιστορικό δεν μπορεί να το πάρει ο Ψυχολόγος ή ο παιδοψυχίατρος, αν χρειαστεί.

Το Ιστορικό πάει στην διεπιστημονική ομάδα και τίθεται θέμα ποιός πρέπει να δει τον κάθε ένα. Η βασική λειτουργία είναι, η οικογένεια στον Κοινωνικό Λειτουργό, το παιδί στον ψυχολόγο ή τον παιδοψυχίατρο. Αυτή είναι η βασική δουλειά.

Τυχαίνει ωστόσο να κάνουμε οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και θεραπευτική δουλειά, στην οικογένεια, επειδή είμαστε εκπαιδευ-



μένοι. Επίσης επειδή τυχαίνει να είμαστε εκπαιδευμένοι και στην ομάδα το κάνουμε και αυτό. Γιατί όπως έχουμε πει ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται με συνεχή επιμόρφωση και μια συνεχή εκπαίδευση στο χώρο της Ψυχικής Υγείας. Δεν φτάνει μόνο η σχολή.

Λοιπόν, ας πούμε ότι παίρνει αυτή την ειδική εκπαίδευση αυτό που πρέπει να κάνει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι να δουλέψει με την οικογένεια, να κάνει θεραπευτική δουλειά. Γιατί αυτός που θα δώσει την πρώτη πληροφόρηση και την πιο αντικειμενική είναι ο γονιός, μια και το παιδί δεν εκφράζει πολλές φορές αυτό που το βασανίζει. Οπότε ο γονιός είναι η πρώτη πηγή παθολογίας του παιδιού. Δηλαδή από τον γονιό μπορείς να καταλάβεις τί συμβαίνει στο παιδί. Αυτό είναι το κλινικό κομμάτι.

Η άλλη δουλειά είναι η κοινοτική δουλειά, η οποία γίνεται στην Κοινότητα, με την συνεργασία φορέων, με προγράμματα ευαισθητοποίησης σε διάφορα προβλήματα και της πρόληψης, με ομιλίες διαλέξεις, είτε με συνεντεύξεις με κάθε είδών άτομα της Κοινότητας.

Και το εκπαιδευτικό κομμάτι το οποίο αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει Κοινωνικούς Λειτουργούς και επίσης στην εκπαίδευση νοσηλευτών για το κομμάτι της Κοινωνικής Εργασίας που δεν το ξέρουν πως λειτουργεί.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την ικανότητα να ασχοληθεί σε όλες τις δραστηριότητες. Μπορεί να οργανώσει και να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα. Μπορεί να οργανώσει ομάδες εφήβων ή ομάδες γονέων.

Αυτή είναι η δουλειά ενός Κλινικού Κοινωνικού Λειτουργού σ' ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας και όχι μόνο. Μπορεί να είναι σ'

Ένα Νοσοκομείο ή οπουδήποτε χρειάζεται Ψυχιατρική Παρέμβαση.

Ουσιαστικά αυτή πρέπει να είναι η ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού και σε εμάς εδώ είναι. Γίνεται και κλινική και κοινωνική δουλειά.

Μάλιστα εμείς θα έλεγα ότι ξεφεύγουμε από τις κλασικές, παραδοσιακές αρχές της Κοινωνικής Εργασίας αυτό που λέμε ΚΕΑ, ΚΕΟ και Κοινωνική Εργασία με οικογένειες, και με την Κοινότητα. Και όταν λέω ότι ξεφεύγουμε από την παραδοσιακή εννοώ ότι δεν ειδικευόμαστε σε μια από αυτές τις τεχνικές.

Εγώ κάνω κλινική δουλειά με οικογένειες και με άτομα, θεραπευτική δουλειά δεν κάνω, μόνο μια διάγνωση και μετά προσπαθώ να λύσω προβλήματα. Βέβαια είναι και αυτά μέσα αλλά δεν καταλαμβάνουν περισσότερο χώρο από τον θεραπευτικό χώρο.

Υπάρχει τακτική παρακολούθηση από τους γονείς, από τις οικογένειες, τακτικά ραντεβού, υπάρχει δηλαδή, μια θεραπευτική σκέψη στην Εργασία η οποία βασίζεται πάνω σε ένα γενικότερο πλάνο. Ούτε και οι ομάδες που κάνουμε είναι με βάση τις αρχές της Κοινωνικής εργασίας με ομάδες αλλά γίνονται με αρχές θεραπευτικές.

Οι γνώσεις μου αυτές έχουν προέλθει από ειδικά προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα, τα οποία πληρώνονται. Δηλαδή πληρώνω για να εκπαιδευτώ και να θεραπευτώ. Αυτό είναι βασικό, γιατί για να μπορείς να θεραπεύσεις, πρέπει κάπου να έχεις θεραπευτεί εσύ.

Για να μπορείς να εκπαιδεύσεις θα πρέπει να έχεις εκπαιδευτεί εσύ. Η συνάδελφος έχει εκπαιδευτεί στην Αμερική.

Εδώ στο Κέντρο υπάρχει εσωτερική εκπαίδευση. Η εσωτερική εκπαίδευση αφορά καθαρά κλινικά θέματα. Υπάρχουν κλινικά θέματα (π.χ. νυχτερινή ενοούρηση, ψύχωση κ.λπ.) τα οποία τα παρουσιάζει κάποιος από την διεπιστημονική ομάδα, και μετά γίνεται συζήτηση με στόχο την επιμόρφωση όλης της ομάδας και κάποια εποχή γινόταν και για τους έξω. Δηλαδή υπήρχαν καλεσμένοι ομιλητές - εισηγητές απ'έξω και αφορούσε τα μέλη - εργαζόμενους του Κοινοτικού Κέντρου.

Σ'όλα αυτά που είπα υπάρχει εποπτεία απο κάποιον πιο κατοχυρωμένο και πιο εξειδικευμένο έτσι ώστε να μην μείνει κανένας ακάλυπτος εκπαιδευτικά.

Βγαίνει μια κοινή γραμμή από την Επιστημονική ομάδα πάνω στο περιστατικό που χειριζόμαστε και στο που στοχεύουμε, οπότε υπάρχει μια σύγκλειση σε κάθε τί που γίνεται.

Όσον αφορά την σημαντικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού σε μια διεπιστημονική ομάδα νομίζω ότι είναι πολύ απλό.

Αν δεν υπάρχει Κοινωνικός Λειτουργός υπολειτουργεί η ομάδα, όπως αν δεν υπάρξει ψυχολόγος θα υπολειτουργήσει. Δηλαδή θα υπάρξει ένα κενό.

6. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ Κοινωνική Λειτουργό του Κ.Ψ.

Υ. Χαλανδρίου, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα

Το Κέντρο είναι αρκετά καινούργιο, δεν έχει χρόνο πίσω του, και νομίζω ότι όλοι προσπαθούμε να διαμορφώσουμε ένα κοινοτικό τρόπο δουλειάς. Και θέλω να αισιοδοξώ ότι τελικά θα ολοκληρωθεί το πρόγραμμα μετά από λίγα χρόνια δουλειάς.

Δεν μπορώ όμως να πω περισσότερα, διότι, εγώ είμαι καινούργια εδώ ακόμα, αλλά και το Κέντρο αυτό καθ' αυτό είναι πολύ νέο, με την έννοια ότι το Κέντρο για να διαμορφωθεί, καταρχήν να εγκατασταθεί μέσα στην Κοινότητα, να παράγει έργο κ.λπ. είναι πράγματα που θέλουν πάρα πολύ χρόνο.

Καταρχήν, βρίσκομαι στο τμήμα παροχής υπηρεσιών για τα παιδιά. Και η δουλειά που κάνουμε είναι μάλλον η κλασσική δουλειά που κάνει ένας Κοινωνικός Λειτουργός σε παιδοψυχιατρικό τμήμα, κυρίως δουλεύουμε με τους γονείς.

Σε επίπεδο σχήματος αυτό που κάνω είναι να βλέπω τους γονείς των παιδιών, οι οποίοι είτε παραπέμπονται, είτε έρχονται να ζητήσουν βοήθεια.

Αρχικά παίρνω το Ιστορικό και από κει και πέρα κρίνεται ποιος θα αναλάβει το παιδί, τί δουλειά θα γίνει με τους γονείς. Και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι εφαρμοσμένος να δουλέψει με τους γονείς.

Επίσης στη συγκεκριμένη ομάδα, ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει τις παραπομπές. Δηλαδή όταν ένας άνθρωπος τηλεφωνήσει και πει ότι έχει κάποιο πρόβλημα με το παιδί του, τότε ο Κοινω-

νικός Λειτουργός, παίρνει κάποια πρώτα στοιχεία για το πρόβλημα, έτσι όπως το βλέπουν οι γονείς, κάποια στοιχεία που θα μας κεντρίσουν το ενδιαφέρον έτσι όπως το ακούμε τηλεφωνικώς και βεβαίως το αίτημα του παιδιού.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, αυτό που κάνει είναι συμβουλευτική γονιών. Όμως και αυτός ο όρος είναι απροσδιόριστος. Τί σημαίνει συμβουλευτική γονιών ; (από που λέω είναι προσωπική μου άποψη ), και κατά πόσο η συμβουλευτική γονιών είναι μια θεραπευτική διαδικασία, εάν έχει κανείς κατανοήσει λίγο προς τα πίσω, ποιά είναι η δυναμικών των σχέσεων με το παιδί, ποιά είναι πιθανόν η προσωπική προβληματική του κάθε γονιού και πως αυτό τελικά έρχεται να επηρεάσει τον τρόπο που λειτουργούν οι γονείς.

Και επομένως μπορεί να κάνει παρέμβαση ο Κοινωνικός Λειτουργός, στο επίπεδο, στο να προσπαθεί να αλλάξει κάποια πράγματα, στον τρόπο που οι γονείς διαχειρίζονται το παιδί, αλλά αυτό έχει από πίσω του μια κατανόηση πολύ πιο βαθειά, ανεξάρτητα από το πως βγαίνει το επίπεδο της συμβουλευτικής, τότε θεωρώ ότι αυτό είναι μια ιδιευβλυμένη μορφή συμβουλευτικής. Διότι συμβουλευτική είναι να πεις στο γονιό τί είναι καλό και τί κακό τί θα βοηθήσει και τί δεν θα βοηθήσει. Αυτό είναι ένα επίπεδο δουλειάς. Ο ισχυρισμός της συνέντευξης, αν είναι αποτέλεσμα μιας κατανόησης άλλου τύπου, πολύ πιο πίσω, τότε εγώ προσωπικά θεωρώ ότι, έχει μια θεραπευτική διάσταση.

Με την έννοια ότι η συμβουλευτική μπορεί να είναι μια πολύ ελαφριά και ευκολοκαταναλώσιμη ιστορία, που όμως μπορεί να έχει μια διάσταση θεραπευτικής παρέμβασης.

Εξαρτάται, πως την κάνει ο επαγγελματίας και τί κατέχει,

τι έχει στο νου του, πόσο έχει ασχοληθεί, την οποία Συμβουλευτική δεν την δουλεύει, δεν κάνουμε ψυχοθεραπεία, αλλά αφού κατανοήσει πιθανόν ότι μια μορφή του προβλήματος είναι η προσωπική Ιστορία του συγκεκριμένου γονιού, τότε αλλιώς κάνει την συμβουλευτική, με άλλη ιδιότητα.

Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός στο Κέντρο, κάνει μια διερεύνηση της Κοινότητας, καταγραφή των υπηρεσιών, των άλλων επαγγελματιών που δουλεύουν σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ώστε να ξέρουμε ποιά είναι η χαρτογράφηση του συγκεκριμένου Νομού. Και βεβαίως υπάρχει μια προβληματική που έχει να κάνει με το πόσο το Κέντρο στο εγγύς μέλλον μπορεί να ανοιχθεί προς την Κοινότητα, να γίνουν κάποια πράγματα, ήδη υπάρχει μια ενημέρωση από όσο ξέρω.

Η Κοινότητα ξέρει ότι είμαστε εδώ. Υπάρχει μια συνεργασία με άλλες υπηρεσίες όπως είναι το Ι.Κ.Α., η Νομαρχία.

Αλλά σας λέω υπάρχει μια προβληματική, η οποία έχει να κάνει με το ποιά θα είναι η μορφή, το άνοιγμα, όπως λέμε του Κέντρου, στην Κοινότητα στο μέλλον. Δηλαδή, θα κάνουμε κάποιες παρεμβάσεις, δεν θα κάνουμε, τί θα κάνουμε, είμαστε σ' αυτό το σημείο αυτή τη στιγμή και εκεί βεβαίως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο να παίξουν.

Προσωπικά, πιστεύω ότι όταν μιλάμε για Κοινοτικό Κέντρο τότε ο σχεδιασμός, η υλοποίηση, είναι δουλειά που αφορά όλη την Ψυχιατρική ομάδα. Μπορεί ο Κοινωνικός Λειτουργός βεβαίως να χαρτογραφήσουν την Κοινότητα και να πιάσουν πράγματα τα οποία θα τα φέρουν στην ομάδα και να αξιοποιηθούν και προς τον σχεδιασμό και προς την υλοποίηση. Ο οποίος σχεδιασμός και υλοποίηση γίνονται απ' όλη την Ψυχιατρική Ομάδα. Αυτά όταν μιλάμε για

κοινοτικά θέματα, για Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή για Κοινοτική Δομή.

Όσον αφορά το θέμα της εκπαίδευσης των Κοινωνικών Λειτουργών, αυτό που ξέρω αυτή τη στιγμή είναι ότι γίνονται και αυτό πιστεύω ότι με την ευρύτερη έννοια θα μπορούσε να διδαχθεί σε μια εκπαιδευτική διαδικασία, αυτό που λέμε συζήτηση περιστατικών. Το οποίο πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντικό.

Δεν γίνεται όμως εκπαίδευση με την έννοια των Σεμιναρίων.

Στο Κέντρο συνολικά είναι μια διεπιστημονική ομάδα, αλλά υπάρχει υπηρεσία που ασχολείται με τα παιδιά και υπηρεσία που ασχολείται με τους ενήλικες και αυτά είναι ξεχωριστά. Επειδή όμως είμαι πολύ καινούργια, θα σας πω για την υπηρεσία παιδιών στην οποία είμαι.

Κατ' αρχήν ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το Ιστορικό του ασθενή. Η δουλειά του αυτή όμως βρίσκεται σε συνεχή διαπλοκή με την διεπιστημονική ομάδα. Όταν πάρω το Ιστορικό το επόμενο βήμα είναι να προχωρήσει η ομάδα και όλη η ομάδα να δει τί μπορεί να σημαίνουν κάποια πράγματα και αυτό το Ιστορικό παίρνεται, πριν ο Ψυχολόγος ή ο Ψυχίατρος δει το παιδί, που σημαίνει ότι ήδη παρέχουν το πρώτο υλικό για την απόθεση εργασίας και το πρόβλημα.

Απο κει κει πέρα δουλεύοντας την περίπτωση, υπάρχει μια και με-ταξύ μας συνεργασία, δηλαδή, ενημέρωση του που βρίσκομαι εγώ, τί αισθάνομαι, το τί γίνεται στο σπίτι, το τί αισθάνονται οι γονείς και κάποια πράγματα ακούω από την συνάδελφο για το παι-

δί. για το που βρίσκεται, πως εξελίσσεται.

Έτσι από αυτή τη συνεργασία, το κάθε περιστατικό ενώνεται. Δεν είναι δηλαδή μια διαδικασία αποκομμένη, αλλά υπάρχει μια συνεργασία των συμβαλλομένων θεραπειών, των συμβαλλομένων ειδικοτήτων. Και επίσης υπάρχει συνάντηση που γίνεται με όλη την ομάδα, μια φορά την εβδομάδα, που κουβεντιάζουμε περιστατικά, καινούργιες παραπομπές, περιστατικά παλιά από κάποιους φορείς. Αυτό είναι μέρος της ουσίας της διεπιστημονικής Ομάδας.

Τώρα για το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, εξαρτάται πόσο αναλαμβάνουμε την ευθύνη να γίνουμε επαρκείς επαγγελματίες, να διαβάσουμε, να προβληματιστούμε. Δεν επαρκεί μόνο η σχολή και δεν μπορούμε να πούμε ότι είμαστε ειδικοί στην οικογένεια, πρέπει δηλαδή, ο Κοινωνικός Λειτουργός να εξελίσσεται, να μην θεωρεί τίποτα αυτονόητο.

Γιατί όπως ο γιατρός κάνει εκπαίδευση, κάνει επίσκεψη στην οικογένεια και το θεωρεί μέρος του ρόλου του, εννοώ παλιότερα δεν ήταν. Με την ίδια έννοια και εμείς πρέπει να κάνουμε κάποια πράγματα που μας διευρύνουν σαν επαγγελματίες, παραπάνω εκπαίδευση.

Βέβαια δεν έχουμε μια παράδοση ισότιμης αναγνώρισής στο χώρο της Ψυχικής Υγείας και γι' αυτό φταίει το σύστημα, φταίει η εκπαίδευση και φταίμε και εμείς. Επομένως κατά την γνώμη μου το τί αναγνώριση υπάρχει εξαρτάται από το ήθος, τη φιλοσοφία και τη στάση του θεσμού απέναντι στους επαγγελματίες, αλλά εξίσου εξαρτάται και από εμάς τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, το πόσο έχουμε τις γνώσεις μέσω της συνεχώς εκπαίδευσης, το πόσο σοβαροί είμαστε στη δουλειά μας, πόσο ξέρουμε τα οριά μας.

Βέβαια σε χώρους που εξ' ορισμού και κατεξοχήν Ιατρικά,



ακόμα και με την προσωπική ευθύνη, προσπάθεια και σοβαρότητα του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού, τα πράγματα είναι πιο δύσκολα όπου από άποψη στάσης του θεσμού προς τους επαγγελματίες υπάρχει μια ειδική στάση.

## 7. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ

Κοινωνική Λειτουργό, Κέντρου

Ψυχικής Υγιεινής, Αθηνών - Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης,

Επαγγελματικά Εργαστήρια.

Το πρόγραμμα στο οποίο δουλεύουμε είναι, Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης και Επαγγελματικά Εργαστήρια.

Το πρόγραμμα εδώ αποδίδει, γιατί οι ασθενείς παίρνουν κάποια πράγματα, από που αλλού θα τα παίρνανε. Δηλαδή που αλλού μπορεί να ασχολείται αυτός ο κόσμος. Και συν της άλλης είναι τα επαγγελματικά εργαστήρια στα οποία μαθαίνουν και μια τέχνη. Άλλοι την μαθαίνουν περισσότερο, άλλοι λιγότερο, αλλά είναι κάποια εφόδια για τη ζωή τους, το οποίο από που αλλού θα το παίρνανε, συν ότι παίρνουν κάποια χρήματα, πληρώνονται περίπου 1.200 δραχ. την ημέρα σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ.

Έρχονται εδώ άτομα απ' όλη την Ελλάδα, αρκεί να μένουν στην Αθήνα. Βέβαια μοιράζουμε τα άτομα με τα επαγγελματικά εργαστήρια που υπάρχουν στο Αιγάλεω. Αν μένουν πιο κοντά στο Αιγάλεω πάνε εκεί. Υπάρχει δηλαδή, συνεργασία με το Αιγάλεω γιατί λειτουργούν και εκεί επαγγελματικά εργαστήρια.

Στην Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης έρχονται τα άτομα περίπου 9.00 με 9.30 το πρωί μέχρι τις 1.00 με 1.30 και παρακολουθούν προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Δηλαδή κάνουν κάποιες εργασίες με τα χέρια τους, αργαλιό ζωγραφική, χειροτεχνίες διάφορες, έχουν τις ατομικές τους συνευξείς, μπορεί να πάνε καμμία βόλτα, για καφέ, υπάρχει κάποιο πρόγραμμα εκδρομής. Επίσης υπάρχει μια ομάδα την οποία την κάνει ο ζωγράφος, ο οποίος έρχεται κάθε Τετάρτη πρωί.

Αυτή τη στιγμή ασχολούνται στη Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης 22 άτομα. Ενώ στα Εργαστήρια υπάρχουν 20 άτομα. Αυτός ο αριθμός είναι σπάνταρ, είναι αριθμός που μας δίνουν από τον ΟΑΕΔ.

Τα άτομα της Μονάδας δεν συμμετέχουν στα εργαστήρια. Μπορεί να ζουν στον ίδιο χώρο, να έχουν κάποια κοινά προγράμματα, όπως είναι η εκδρομή, κάποια έξοδο ή βόλτα, ή την ομάδα της ζωγραφικής, την ομάδα μουσικής κ.λο. στην ουσία όμως στα εργαστήρια δεν μπαίνουν.

Υπάρχει η πιθανότητα να πάρουμε στα εργαστήρια την επόμενη χρονιά, κάποιου που είναι φέτος στην μονάδα. Όπως και τα άτομα των εργαστηρίων αν δεν αποκατασταθούν την επόμενη χρονιά μπορεί να συνεχίσουν στην Μονάδα, συγχρόνως όμως όχι.

Επίσης υπάρχει συνεργασία με Νοσοκομεία, με ιδιωτικούς γιατρούς και με εξωτερικά Ιατρεία.

Τα άτομα που έρχονται εδώ, είναι με βαριά ψυχική ασθένεια, δηλαδή ψυχώσεις, σχιζοφρένεια. Και συνήθως έρχονται μετά από παραπομπές από Νοσοκομεία, Ιδιωτικούς γιατρούς, ή από την άλλη υπηρεσία του Κέντρου, γενικά υπηρεσίες παρεμφερείς με εμάς.

Σπανίως έχουν έρθει άτομα από ανακοινώσεις που έχουμε κάνει στο ραδιόφωνο ή στις εφημερίδες.

Το προσωπικό της Μονάδας και των Εργαστηρίων αποτελείται από τον Νευρολόγο - Ψυχίατρο, ο οποίος είναι διευθυντής της Υπηρεσίας, από δύο Κοινωνικούς Λειτουργούς και μια γραμματέα. Επίσης από τους υπεύθυνους των εργαστηρίων κοπτικής - ραπτικής, γραμματειακού και ξυλουργικής, από μια εργοθεραπεύτρια, από ειδικευμένο γιατρό που αυτή τη στιγμή είναι δύο και η ειδικευμένη Κοινωνική Λειτουργός που συνήθως είναι μια.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παίρνουν το πρώτο ραντεβού όταν έρχεται ο ασθενής. Δεύτερον, παρακολουθούν ορισμένα άτομα η κάθε μια Κοινωνική Λειτουργός, είναι μοιρασμένα τα άτομα και τους βλέπεις σε τακτά χρονικά διαστήματα ή ορισμένοι που είναι χρόνιοι, οπότε έχουν ανάγκη ανάλογα. Δηλαδή ατομικές συνεντεύξεις.

Τρίτον κάνουμε κάποιες ομάδες με τα παιδιά, τους συνοδεύουμε σε κάποιες εκδρομές, επίσης κάνουν κάποια έξοδα την Τετάρτη το απόγευμα, που λειτουργεί εδώ σαν λέσχη και είναι καθαρά ψυχαγωγικό το πρόγραμμα.

Η ύπαρξη του Κοινωνικού Λειτουργού στο Κέντρο είναι πολύ σημαντική, γιατί έχει επαφή με την οικογένεια, έχεις συνεργασία με τους εκπαιδευτές για οτιδήποτε συμβεί στους αρρώστους. Διότι οτιδήποτε συμβεί στους ασθενείς πρώτα απευθύνονται στον Κοινωνικό Λειτουργό και μετά ανάλογα με το αν είναι Ιατρικό ή όχι, παραπέμπονται στο Ιατρό ή όχι. Υπάρχει συνεργασία με τον ΟΑΕΔ.

Γίνονται κάποια σεμινάρια από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που αν θέλεις πηγαίνεις να τα παρακολουθήσεις, σε κάποιο κενό ώρα εργασίας. Τα σεμινάρια γίνονται στο Κεντρικό Κ.Ψ.Υ. και παρακολουθείς κάποια ενημέρωση σ' ένα θέμα. Δηλαδή διαλέγουμε ένα θέμα και πάμε να το παρακολουθήσουμε.

Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα στην οποία συνεργαζόμαστε το προσωπικό τα πρωϊνά και συζητάμε περιπτώσεις, καινούργιες ή παλιές, την πορεία τους.

Κάθε καινούργια ή παλιά περίπτωση παρουσιάζεται για να

ξέρουμε όλοι περί τίνος πρόκειται, την στιγμή που ζούμε, όλοι στον ίδιο χώρο και ασχολούμαστε λίγο πολύ όλοι με το άτομο.

Την ύπαρξη του Κοινωνικού Λειτουργού των θεωρώ απαραίτητη γιατί το ιστορικά βασικά ο Κοινωνικός Λειτουργός το παρουσιάζει. Το Ιατρικό Ιστορικό το παρουσιάζει ο γιατρός, αλλά το κοινωνικό ιστορικό το παρουσιάζει ο Κοινωνικός Λειτουργός.

8. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ Κοινωνική Λειτουργό, Κέντρου

Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Τμήμα Κ.Κ.Ψ.Υ. Βόρωνα-Καισαριανής.

Να σας πω πρώτα λίγα λόγια για το πρόγραμμα. Είναι ένα πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης, το οποίο έχει δωδεκάμηνη διάρκεια και εκπαιδεύει στα εργαστήρια τους χρόνιους ψυχωσικούς αρρώστους. Εξαιρούνται οι τοξικομανείς και άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Όπως ξέρετε, ο χρόνια ψυχωσικός άρρωστος, ένα σημαντικό του πρόβλημα είναι η πτώση της λειτουργικότητάς του. Λοιπόν μέσα από αυτή την εκπαίδευση αναμένουμε ορισμένα κομμάτια που υπολειτουργούν, να τα ασκήσουμε, ώστε να αποκτήσει δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν να απασχοληθεί αργότερα στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή όχι.

Το δικό μας πρόγραμμα είναι από τα τελευταία στάδια στην αλυσίδα της αποκατάστασης. Αν δηλαδή ξεκινήσουμε ότι η αποκατάσταση ξεκινάει ίσως από την νοσηλεία, περνάει σε ένα Νοσοκομείο Ημέρας ή μετά σ' ένα μετανοσοκομειακό ξενώνα ή ένα πρόγραμμα προεπαγγελματικής κατάρτισης, εμείς είμαστε κυρίως επαγγελματική κατάρτιση. Οπότε καταλαβαίνετε ότι, οι υποψήφιοι δεν πρέπει να έχουν καταρχήν, ενεργό συμπτωματολογία και να έχουν ένα μίνιμουμ επίπεδο λειτουργικότητας, ώστε να μπορούν να κατανοούν τις οδηγίες και να μπορούν να συμμορφώνονται με τους κανόνες του προγράμματος. Η διάρκεια είναι δωδεκάμηνη, κάθε χρόνο το δυναμικό μας μπορεί να εκπαιδεύσει 30 χρόνιους αρρώστους. Και παραπομπές παίρνουμε από άλλους οργανισμούς, από άλλα ιδρύματα ή από ιδιώτες γιατρούς, αλλά δεχόμαστε και τους ίδιους τους

αρρώστους που έρχονται γιατί έχουν ακούσει για μας.

Σ' αυτό αποτελούμε εξαίρεση σαν τμήμα του Κ.Κ.Ψ.Υ. γιατί όπως ξέρετε το Κ.Κ.Ψ.Υ. έχει περιοχή ευθύνης τον Βύρωνα ή την Καισαριανή, δεν δέχεται από αλλού πελάτες.

Έχουμε κάποιο περιορισμό στην ηλικία. Δεχόμαστε άτομα από 18 έως 40 χρονών. Υπάρχει ένα όριο ηλικιακό, δεν θέλουμε άτομα πάνω από 40 ετών, γιατί καταλαβαίνετε, πάνω από 40 είναι η νόσος πάρα πολύ χρόνια και δεν είναι εύκολο να δουλέψουν.

Το πρόγραμμά μας, το χρηματοδοτεί ο ΟΑΕΔ, ο οποίος δίνει ένα επίδομα στους εκπαιδευόμενους, τους καλύπτει και ασφαλιστικά με ένσημα του ΙΚΑ, δίνει και Ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

Το πρόγραμμα έχει δύο φάσεις, η πρώτη είναι η προεπαγγελματική εκπαίδευση και η δεύτερη είναι η επαγγελματική εκπαίδευση.

Τώρα η άποψή μου, σε σχέση με την ερώτηση, είναι ότι η ίδια η δομή του προγράμματος με τις ώρες προσέλευσης και αποχώρησης που είναι συγκεκριμένες και που γίνονται με μια σταθερότητα και μια επαναληπτικότητα, ασφαλώς βοηθά τον χρόνια άρρωστο να οργανωθεί σ' ένα λιγότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Βέβαια ένα πρόγραμμα σαν αυτό είναι πολλές φορές πειστικό και έχουμε διαρροές είτε γιατί πολλές φορές υποτροπιάζουν οι άρρωστοι διότι λαμβάνουν μεγάλη πίεση από την συγκεκριμένη σταθερότητα, είτε γιατί κουράζονται.

Από αυτούς που τελειώνουν το πρόγραμμα, περίπου το 1/3 καταφέρνει και βρίσκει απασχόληση στην ελεύθερη αγορά εργασίας με την επιδότηση του Νόμου ή όχι, λιγότερο με την επιδότηση περισσότερο με την δική τους πρωτοβουλία, άλλο 1/3 θα πάει σε προστατευόμενο εργαστήριο, όπως είναι οι συνεργατικές του Βύρωνα και το άλλο 1/3 θα επιστρέψει σπίτι του το οποίο θα δουλέψει

αργότερα ή θα παραμείνει σπίτι του, αλλά σε ένα πιο λειτουργικό επίπεδο από ότι όταν ήρθε.

Εμείς πιστεύουμε ότι ανεξάρτητα από τις δραστηριότητες τις θεραπευτικές και τις εκπαιδευτικές που έχει ένα τέτοιο πρόγραμμα, η ίδια δομή του προγράμματος με την σταθερότητα του, τις συγκεκριμένες του δραστηριότητες, με την ατομική φροντίδα και επίλυση προβλημάτων των αρρώστων μας και των οικογενειών τους, που γίνεται με ατομική αξιολόγηση, όλα αυτά τα πράγματα σε ένα σημαντικό βαθμό σφαλώς βοηθούν και τους αρρώστους και τις οικογένειές τους, στην αντιμετώπιση της νόσου.

Πολλές φορές τα αποτελέσματα τα βλέπουμε και από μια έρευνα που είχαμε κάνει καλιότερα, να φαίνονται μετά από ένα χρόνο ή και από διετία από την αποφοίτησή τους. Δηλαδή, τελειώνει κάποιος, μπορεί να περάσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα να βρει δουλειά και να μπορέσει αυτό να το κάνει, μετά παύ ένα ή δύο χρόνια.

Επίσης άνθρωποι που έχουν δουλέψει στο παρελθόν είτε πριν νοσήσουν, είτε κατά τα μεσοδιαστήματα των υποτροπών που έχουν κάνει αυτοί οι άνθρωποι, συνήθως βοηθιούνται ακόμη περισσότερο να επαναποκτήσουν εργασιακές δεξιότητες.

Κυρίως αυτό που μας ενδιαφέρει δεν είναι να μάθουν την τέχνη αυτή καθ' αυτή, όσο να αποκτήσουν εργασιακές δεξιότητες.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε ένα τέτοιο πρόγραμμα δεν είναι πολύ σαφής, με την έννοια ότι λειτουργεί μια θεραπευτική ομάδα όπου οι ρόλοι σ' ένα σημαντικό βαθμό αλληλοεπικαλύπτονται.

Πάντως ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι ο άνθρωπος που θα



δει τον υποψήφιο πρώτος, παίρνει δηλαδή, την πρώτη συνέντευξη και την πρώτη αδρή αξιολόγηση. Τί θέλω να πω ότι όλοι οι εκπαιδευόμενοι έρχονται στην αρχή ως υποψήφιοι πριν τους προσλάβουμε και γίνεται μια αξιοτεχνική διαδικασία η οποία έχει τα εξής στάδια.

Πρώτα τους βλέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός μετά σε μια άλλη μέρα, τους βλέπουν σε μια τρίωρη συνάντηση οι εργοθεραπευτές για να δούνε πως οι δεξιότητες, δηλαδή, στην συγκέντρωση ελέγχου της προσοχής, ελέγχουν τις χειρονακτικές τους επιδεξιότητες.

Στο τρίτο ραντεβού τους βλέπει ο Ψυχίατρος με τον Κοινωνικό Λειτουργό μαζί, και μετά συγκεντρώνεται όλη η θεραπευτική ομάδα, συζητάει έναν έναν τους υποψήφιους και αποφασίζουμε ποιόν θα πάρουμε, γιατί ασφαλώς δεν τους παίρνουμε όλους. Αν κάποιος είναι πολύ υπολειπόμενος, ξέρουμε ότι δεν θα τον βοηθήσει ένα τέτοιο πρόγραμμα και τον παραπέμπουμε σε ένα άλλο, για να προετοιμαστεί ίσως γι' αυτό, ή για να μείνει στο άλλο, σ' ένα Νοσοκομείο Ημέρας ή σε μια Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης με πιο απλές δραστηριότητες.

Τώρα, ο Κοινωνικός Λειτουργός κάνει την πρώτη συνάντηση με τον υποψήφιο, κάνει μια αδρή αξιολόγηση και είτε το αποκλείει από τα περαιτέρω, τις υπόλοιπες συναντήσεις, είτε τον παραπέμπω κατευθείας σε κάποιο άλλο πρόγραμμα που του ταιριάζει, ή δεν τον παραπέμπω πουθενά, αν είναι περίπτωση που δεν υπάρχει πλαίσιο για να τον δεχθεί.

Μετά ο Κοινωνικός Λειτουργός πάντα σε συνεργασία και με τις άλλες ειδικότητες που δουλεύουμε κάνει ατομική δουλειά με τον κάθε εκπαιδευόμενο εδώ και οικογενειακή δουλειά και όπου

χρειάζεται.

Επίσης κάνω θεραπευτικές ομάδες με τους αρρώστους, κάθε εβδομάδα επί 1½ ώρα, όπου εκεί δεν μπαίνει ένα συγκεκριμένο θέμα. Συζητιούνται τα πάντα, ότι θέλουν οι άρρωστοι ελεύθερα και ενθαρρύνεται η επικοινωνία μεταξύ τους, καθώς και του συναισθήματος, κυρίως η αλληλουποστήριξη.

Πολλές φορές γίνονται και συνεδρίες που έχουν στόχο να διευκρινίσουν θέματα που έχουν σχέση με την νόσο τους. Διότι όλοι λίγο πολύ είτε αγνοούν, είτε δεν γνωρίζουν πάρα πολύ καλά τί είναι αυτό που τους έχει συμβεί. Και όταν μάλιστα έγιναν κάποιες διευκρινιστικές συνεδρίες με πολύ σαφείς πληροφορίες χωρίς να αποκρίπτεται η αλήθεια, αυτό έχει αποδειχθεί και πάρα πολύ αποτελεσματικό και στην αντιμετώπιση των υποτροπών να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα όταν έρχονται, τονίζεται πολύ η σημασία της λήψης φαρμάκων. Ενθαρρύνεται η συνεργασία τους σταθερή με τον γιατρό. Όλα αυτά είναι θέματα που τους απασχολούν και συζητιούνται μέσα στην ομάδα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην ομάδα έχει ένα θεραπευτικό ρόλο, βέβαια πρέπει να έχει εκπαίδευση στη δουλειά με ομάδες. Τυχαίνει τώρα στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εγώ να έχω την εκπαίδευση και να την κάνω εγώ την ομάδα.

Είναι και η μόνη παρέμβαση στο πρόγραμμα, που την κάνω ολόκληρα μόνη μου. Τώρα για παράδειγμα, αν υπάρχουν πάρα πολλές απορίες γύρω από την λήψη φαρμάκων, δηλαδή σε πολύ Ιατρικά θέματα, θα ζητήσω και από τον Ψυχίατρο να παραβρεθεί σε μια συνεδρία να τους δώσει εκείνος τις σαφείς πληροφορίες.

Κάνω και δουλειά ατομική με τους αρρώστους μας, αλλά κάνω και δουλειά σε συνεργασία, είτε με τον εργοθεραπευτή, είτε με το

Ψυχίατρο. Εκεί γίνεται καθαρά διαδικασία λύσης προβλημάτων, που σημαίνει ότι τις δυσκολίες που έχει τις κουβεντιάζουμε και προσπαθούμε μαζί με τον άρρωστο, να βρούμε λύσεις που του ταιριάζουν και παρακολουθούν την εφαρμογή τους και τις δυσκολίες που έχει η εφαρμογή τους. Γι' αυτό λέω ότι αλληλοπλέκονται οι ρόλοι.

Νομίζω ότι αυτό είναι και θετικό και αρνητικό, με την έννοια ότι, θετικό είναι γιατί μπορούμε όλοι σαν μια ομάδα και μιλάμε μια γλώσσα και έχουμε μια κοινή δράση, που είναι πολύ σημαντικό. Και αρνητικό είναι ότι σιγά-σιγά βλέπει κανείς που δουλεύει με τα χρόνια σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ότι διαχέεται η ειδικότητά του. Και σιγά - σιγά τείνει να χάσει την ειδική της ταυτότητα. Την κρατάει μόνο σε ορισμένα κομμάτια. Αλλά στην καθαρά θεραπευτική αντιμετώπιση την χάνουμε λίγο ως πολύ την ταυτότητά μας, ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο εργοθεραπευτής, ο νοσηλεύτης, ή ο Ψυχίατρος.

Βλέπουμε πολλές φορές ο Ψυχίατρος να κάνει δουλειά Κοινωνικού Λειτουργού με την έννοια της κοινωνικοποίησης. Δεν γράφει σήμερα εδώ ένας Ψυχίατρος μόνο τα φάρμακα ή να κοιτάζει μόνο την ψυχοπαθολογία, μπορεί να κάνει δουλειά Κοινωνικού Λειτουργού με την έννοια της επίλυσης προβλημάτων, το να κοιτάζει μια οικογένεια, με το να κάνει άλλου τύπου πιο κοινωνικές προσεγγίσεις.

Και ας πούμε ότι εδώ είναι ένα κομμάτι καθαρά δικό μου, η συνεργασία με άλλες οργανώσεις, οι παραπομπές σε άλλα προγράμματα, θέματα που έχουν να κάνουν με συνταξιοδοτήσεις ή ασφαλιστικά προβλήματα, επιδόματα. Ας πούμε ότι αυτοείναι ένα καθαρό κομμάτι της Κοινωνικής Εργασίας, που κρατώ μόνο για μένα, αλλά η θεραπευτική προσέγγιση προσπαθούμε όλοι και με την συζήτηση που κάνουμε μετά.

Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει και ένα κομμάτι της

μεταπαρακολούθησης, του FOLLOW UP. Δεν σημαίνει ότι τα παιδιά μόλις τελειώνουν από εδώ, κόβουμε τους δεσμούς μας. Ανά πάσα στιγμή, όποτε θέλουν μπορούν να έρχονται εδώ και να μας συμβουλευονται σε θέματα που θέλουν, ή τους παρακολουθούμε αν συνεχίζουν να έχουν συνεργασία με τον γιατρό ή έχουν διάφορα άλλα προβλήματα. Βέβαια παλιότερα είχαμε και ομάδες με αυτούς που είχαν τελειώσει. Τώρα δεν φτάνει ο χρόνος. Ίσως αν είχα κάποιον να με βοηθήσει, ίσως να είχαμε οργανώσει ένα τέτοιο σύστημα παρακολούθησης.

Εδώ στο δικό μας το πρόγραμμα δεν γίνονται σεμινάρια. Μεταξύ μας μπορεί να πούμε μερικά πράγματα. Όλο ξεκινούσαμε αλλά δεν μας έπαιρνε τελικά ο χρόνος.

Ότι γίνεται έξω που αφορά τη θεραπεία του χρόνιου αρρώστου ή στην θεραπεία με ομάδες προσπαθώ να το παρακολουθώ.

Το Αιγινήτειο βέβαια που είναι η κεντρική μας υπηρεσία, έχει εκπαιδευτικά μαθήματα, τα οποία μπορεί ο καθένας να τα παρακολουθήσει. Όταν γίνονται ομιλίες, έχει τακτικά κάθε Τετάρτη, παρουσιάσεις, ομιλίες σε διάφορα θέματα. Καλό είναι να πηγαίνουν όλοι, δεν έχω όμως χρόνο να πηγαίνω. Άλλα σεμινάρια, όταν προγραμματισθεί κάτι θα πάω.

Κυρίως είναι ιδιωτική πρωτοβουλία αν θα παρακολουθήσω ή όχι. Δεν καλύπτομαι από την δουλειά, ούτε και εποπτία μας δίνει η δουλειά

Υπάρχει διεπιστημονική ομάδα στο δικό μας τον χώρο και οι

ειδικότητες σας έχω πεί ποιές είναι : τρεις εργοθεραπευτές, εγώ είμαι μόνη μου σαν Κοινωνική Λειτουργός. Δεν έχουμε νοσηλεύτρια, εξυπηρετούμεθα απο το κέντρο και έτσι δεν συμμετέχει την ομάδα.

Εμείς συναντιόμαστε κάθε εβδομάδα, έχουμε συγκέντρωση και μιλάμε για τα περιστατικά μας, ειδικότερα και γενικότερα και αν υπάρχει κάτι επείγον δίνουμε προτεραιότητα σ'αυτό. Επίσης μια φορά τον μήνα κάνουμε μια κοινοτική συγκέντρωση, όπως την λέμε, όπου είναι όλοι οι εκπαιδευόμενοι και εκεί πιά μπαίνει και το τεχνικο-εκπαιδευτικό προσωπικό και το διοικητικό προσωπικό, όπου συζητάμε όλοι μαζί για την λειτουργία του προγράμματος των εργαστηρίων.

Τώρα αν είναι σημαντικός ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι σημαντικός στο βαθμό που είναι όλων η δουλειά σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Ναι νομίζω ότι είναι σημαντική η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού σ'ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Ο εργοθεραπευτής έχει ένα ειδικό αντικείμενο κυρίως με τις δεξιότητες μέσα στο εργαστήριο, αλλά αυτό το τεράστιο θέμα της κοινωνικοποίησης που έχει κανείς να αντιμετωπίσει με τον χρόνια άρρωστο. Νομίζω ότι είναι ένα μεγάλο κομμάτι δικής μας δουλειάς και δικής μας ευθύνης.

Και βέβαια με αυτήν την έννοια και ο τρόπος της εκπαίδευσής μας και ο τρόπος προσέγγισης που κάνουμε στο άτομο διαφέρει ασφαλώς πάρα πολύ, από τον τρόπο που προσεγγίζει ένας γιατρός ή ένας εργοθεραπευτής ή ένας νοσηλεύτης.

## 9. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΗΝ Κοινωνική Λειτουργό, Κ.Κ.Ψ.Υ.

### Βύρωνα - Καισαριανής.

Αρχικά τα προγράμματα που υπάρχουν εδώ είναι το παιδοψυχιατρικό τμήμα που καλύπτει ηλικίες από 0 - 16 χρόνων. Το τμήμα Ενηλίκων από 18 και πάνω. Το πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας και η Κοινωνική Λέσχη, η Συνεργατική και το Κέντρο επαγγελματικής Εκπαίδευσης. Απευθυνόμαστε σε κατοίκους Βύρωνα - Καισαριανής και Καρέα, κοινότητα την οποία καλύπτουμε εμείς εδώ.

Να σας πω ορισμένα πράγματα για το πρόγραμμα Ημερήσιας φροντίδας. Απευθύνεται σε χρονίους ψυχωσικούς χαμηλής λειτουργικότητας, χαμηλών προσδοκιών και άτομα τα οποία, είτε έχουν δοκιμάσει κάποια από τα υπόλοιπα προγράμματα, έχουν περάσει δηλαδή από τα εργαστήρια, η συνεργατική, κάποια από τα αποκαταστατικά προγράμματα ή είναι άτομα λόγω ακριβώς της Ψυχοπαθολογίας τους και της λειτουργικότητάς τους δεν μπορούν να πάνε σε κανένα από αυτά τα προγράμματα.

Είναι δηλαδή ένα πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας, απευθύνεται σε ενήλικους Ψυχασθενείς από 18 - 40 χρόνων και στόχους έχει : την ξαλάφρωση, ασ πούμε της οικογένειας του ψυχωσικού από το στρες που έχει ο ψυχωσικός. Άτομα τα οποία βρίσκονται σε υποτροπή και για να αποφύγουμε νοσηλεία, όπου ενδείκνυται βέβαια, μπορούν να παρακολουθούν το πρόγραμμα ή μέλη άλλων προγραμμάτων των εργαστηρίων ή της συνεργατικής, που βρίσκονται σε υποτροπή που δεν μπορούν να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα, μπορούν να παρακολουθήσουν το δικό μας.

Άτομα που δεν μπορούν να πάνε σε άλλα προγράμματα, λόγω

των προβλημάτων που έχουν και έρχονται σε μας.

Λειτουργεί σε καθημερινή βάση. Το πρόγραμμα είναι 2½ ώρες την ημέρα τώρα και στόχο έχει να αυξηθεί, όπου είναι θεραπευτικός ο χαρακτήρας του προγράμματος και όχι αποκαταστατικός, όπως είναι τ'άλλα προγράμματα. Δεν αμείβονται σ'αυτό και τα μέλη αυτού του προγράμματος παρακολουθούν κάποιες ομάδες όπως είναι, εργοθεραπείες, θεραπευτικής κοινότητας, ενημέρωση κινητοποίησης, χαλάρωσης, αγωγής υγείας κ.λπ.

Κάποιες από τις ομάδες αυτές θεωρούμε ομάδες κορμού, ενημέρωσης, κινητοποίησης, θεραπευτικής κοινότητας και εργοθεραπείας. Δηλαδή σ'αυτή εντάσσονται όλα τα μέλη του προγράμματος και τις παρακολουθούν και τις υπολοίπες σύμφωνα με τις ανάγκες τους.

Στις άλλες ομάδες, τις περιφερειακές, που είναι η αγωγή υγείας, χαλάρωσης, ειδικών ενδιαφερόντων, οργάνωσης χρόνου.

Τα μέλη των προγραμμάτων μπορεί να έχουν ή ολική παρακολούθηση του προγράμματος ή μερική. Μερική μπορεί να έχει κάποιος ο οποίος έρχεται και παρακολουθεί μόνο μια συγκεκριμένη ομάδα.

Επίσης μπορεί να έχουν τα μέλη των υπολοίπων προγραμμάτων, των εργαστηρίων ή της συνεργατικής που έρχονται για ένα συγκεκριμένο κομμάτι που έχουν ανάγκη, κάτι το συγκεκριμένο.

Και από την άλλη πάλι, είναι τα μέλη που έχουν ολική παρακολούθηση, παρακολουθούν όλο το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα αυτή τη στιγμή έχει 17 μέλη σύνολο. Σ'αυτό ασχολούνται ένας εργοθεραπευτής σε FULL-TIME, μια Κοινωνική Λειτουργός και ένας Ψυχίατρος. Αυτοί είμαστε και οι υπεύθυνοι για το πρόγραμμα.

Υπάρχουν επίσης μερικοί συνεργάτες που κάνουν τις περιφερειακές ομάδες, με δύο εργοθεραπευτές, μια Κοινωνική Λειτουργό, και

μια επισκέπτρια υγείας. Η παραμονή σ' αυτό το πρόγραμμα είναι μέχρι ένα χρόνο. Και στη συνέχεια μετακινούνται σε κάποιο άλλο πρόγραμμα. Στα εργαστήρια ή στη συνεργατική ή σε κάποια άλλο πρόγραμμα που θα λέγεται τμήμα μακρόχρονης φροντίδας και σ' αυτό θα μένουν τα άτομα που δεν μπορούν να πάνε σε καμία από τις ήδη υπάρχουσες δομές. Αυτό θα λειτουργήσει μάλλον από τον Σεπτέμβριο.

Η άποψή μου τώρα είναι ότι πιστεύω ότι βοηθάει τέτοιου είδους Κέντρα, δηλαδή όπου υπάρχει τομεοποίηση, γιατί σαφώς καλύτερα μπορεί να εξυπηρετηθεί ο πελάτης ο οποίος μένει στην περιοχή του Βόρωνα - Καισαριανής, τον Καρέα, παρά κάτι το απρόσωπο, το Νοσοκομείο, που πάει ένας κάτοικος π.χ. του Καρέα που πάει στο Αιγινήτειο. Βέβαια δεν μπορεί να υπάρχει καμία επαφή από εκεί και πέρα πάει στα εξωτερικά Ιατρεία και τελειώνει. Ενώ ζώντας σ' αυτή την περιοχή και λειτουργώντας εμείς σ' αυτή την περιοχή, μπορεί να ξέρουμε το σπίτι του, την οικογένειά του, υπάρχει ευκολότερη πρόσβαση, δεν υπάρχει το χάος που υπάρχει στο Νοσοκομείο ή στα ιδρύματα γενικά, που εξυπηρετούν πολύ μεγάλο πληθυσμό.

Εδώ πέρα γνωρίζουμε τις ανάγκες της κοινότητας, ξέρουμε περίπου πως ζουν, δεν είναι το απρόσωπο κάποιου ψυχιατρικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου.

Επίσης γίνεται η δουλειά με την Κοινότητα εδώ, δηλαδή, μπορεί η Κοινότητα να ευαισθητοποιηθεί σε μερικά θέματα Ψυχικής Υγείας και να μπορέσει να δεχθεί τους κατοίκους της κάνοντας μερικά προγράμματα.

Η Κοινότητα είναι ευαισθητοποιημένη. Το συγκεκριμένο Κέντρο λειτουργεί στην περιοχή Βόρωνα - Καισαριανής επί 11 χρόνια περίπου, όπου είναι ένα αρκετά μεγάλο διάστημα για να ευαισθητοποιηθεί η Κοινότητα. Αυτό βέβαια εξαρτάται πάντα και από την Το



πική Αυτοδιοίκηση και αν είναι διαθετιμένη να ασχοληθεί με τέτοιου είδους θέματα. Εμείς δεν έχουμε αντιμετωπίσει προβλήματα, ίσα-ίσα μπορώ να πω μας έχουν βοηθήσει.

Παλιότερα που υπήρχε μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού και κάναμε προγράμματα στην Κοινότητα, βοηθούσανε πάρα πολύ και με διάφορες διαλέξεις και με το να μας παρέχουν διάφορους χώρους, όπως το Πνευματικό Κέντρο, για να κάνουμε εκθέσεις.

Βοηθάει πάρα πολύ και με τα συνοικιακά συμβούλια, που κάποιο φεγγάρι λειτούργησαν, με κάποιες ομάδες γυναικών, που γίνονται με την ανοχή και την βοήθεια της Κοινότητας.

Και πιστεύω ότι αν υπήρχαν περισσότερα άτομα να ασχοληθούν από το Κέντρο θα μπορούσαν να γίνουν πολύ περισσότερα. Δεν επαρκούν όμως αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού. Ήδη μερικά προγράμματα έχουν αδρανήσει και ένα από αυτά η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας, αλλά είμαστε σε μια συνεχή επαφή και το ότι μπορεί ο ασθενής να δουλέψει στην Κοινότητα, δουλεύουν δύο - τρεις στο δήμο του Βύρωνα, άρρωστοι δικοί μας εδώ, που γνωρίζουν στο δήμο ότι είναι άρρωστοι και ότι υπάρχει θεραπεία από εμάς και δουλεύουν εκεί. Και αυτό είναι μια ευαισθητοποίησης της Κοινότητας πολύ μεγάλη.

Επίσης να σας πω μερικά πράγματα για την Κοινωνική Λέσχη. Στο Κέντρο λειτουργούσε από το 1983 η Κοινωνική Λέσχη, απογευματινές ώρες, απευθυνόταν σε χρόνιους ψυχωσικούς. Καλύπταμε την περιοχή Βύρωνα - Καισαριανής.

Αυτό όμως μέχρι τον Οκτώβριο του '90. Εδώ και δύο μήνες περίπου (Απρίλιο του 1991) έχει αρχίσει να λειτουργεί μια καινούργια Κοινωνική Λέσχη, τα απογεύματα πάντα.

Απευθύνεται σε ψυχωσικούς, σε όποιο ψυχωσικό όμως έχει ανά-

γκη. Ο στόχος της είναι Ψυχαγωγικός και στόχος μας είναι ότι ελπίζουμε να καταφέρει να γίνει ένα μέρος που θα ενώσει όλες τις υπηρεσίες εδώ πέρα, και το εργαστήρια και την συνεργατική και το πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας και τα εξωτερικά Ιατρεία. Όπου θα μπορεί να έρχεται οποιοσδήποτε ψυχωσικός, οποιασδήποτε λειτουργικότητας, να περάσει ένα δώρο την εβδομάδα, με το να κάνει ότι θέλει, ή με το να οργανώνεται από εδώ να πάνε κάπου, ή να κάθονται εδώ να πίνουν έναν καφέ και να ανταλλάσσουν δύο κουβέντες με κάποιους άλλους. Δηλαδή να γίνει ένας κοινός στόχος συνάντησης. Είναι ο στόχος πολύ χαμηλός αλλά πιστεύουμε πολύ απαραίτητος και αυτό είναι ακριβώς αυτό που χρειάζεται, γιατί οι υπόλοιπες ανάγκες του αρρώστου καλύπτονται από τα πρωϊνά προγράμματα. Αυτό το οποίο δεν καλύπτεται είναι το ψυχαγωγικό κομμάτι, και να υπάρχει ένας τόπος όπου αυτοί οι άνθρωποι να μπορούν να συναντηθούν με κάποιους άλλους. Γιατί κατά την διάρκεια του πρωϊνού, κάποιο πρόγραμμα υπάρχει, κάποιες δουλειές γίνονται, η ώρα περνάει. Δεν έχουν όμως φίλους αυτοί οι άνθρωποι, στο κοινωνικό τους κομμάτι, υπολείπονται πάρα πολύ και ο στόχος μας είναι να βοηθήσουμε λιγάκι σ' αυτό.

Το πρόγραμμα το καλύπτουμε ένας εργοθεραπευτής και εγώ. Σ' αυτό το πρόγραμμα δεν χρειάζεται γιατρός γιατί όλοι οι ασθενείς έχουν παρακολουθηση από γιατρούς. Σε περίπτωση βέβαια υποτροπής κάποιου ασθενούς ενημερώνεται πάντα ο γιατρός.

Η Λέσχη λειτουργεί μόνο μια φορά την εβδομάδα κάθε Τρίτη 6-8 μ.μ.

Το προσωπικό του Κέντρου, τώρα, αυτή τη στιγμή υπάρχουν δύο ειδικευμένοι Ψυχίατροι. Ένας από τους οποίους είναι ο Κος Μαδιανός, ο υπεύθυνος του Κέντρου. Υπάρχει μια Κοινωνική Λειτουργία

τουργός, μια επισκέπτρια υγείας και ένας εργοθεραπευτής και από εκεί και πέρα υπάρχουν δύο με τέσσερις ειδικευόμενοι ανάλογα την χρονική περίοδο, το αν συμπέσουν μαζί ή όχι, που έρχονται από το Αιγηνήτειο ή το Δρομοκαϊτειο και κάθονται για έξι με οκτώ μήνες. Αυτό είναι το προσωπικό του τμήματος Ενηλίκων και εμείς καλύπτουμε, τμήμα ενηλίκων, τα εξωτερικά Ιατρεία, δηλαδή εδώ πέρα το πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας, την Λέσχη και βέβαια δεν επαρκούμε με τίποτα.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού δεν είναι όμως τα μαθαίναμε στην ομάδα κατ' αρχάς : Περίπτωση - ομάδα - Κοινότητα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ενσωματωμένος μέσα στη θεραπευτική ομάδα. Το αντικείμενο του Κοινωνικού Λειτουργού είναι το αντικείμενο που είναι και γενικότερο του Κέντρου. Δηλαδή, ο κάθε πελάτης θα έρθει εδώ πέρα, είτε είναι ψυχωσικός, είτε γενικά γιατί έχει κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ή κάποιο κοινωνικό πρόβλημα, είτε ένα πρόβλημα συμβουλευτικής, συνταξιοδότησης, παραπομπής κ.λπ. είναι και δική μου ειδικότητα, των Κοινωνικών Λειτουργών δηλαδή. Όμως στον τομέα των Κοινωνικών Λειτουργών πάλι δεν έχουμε επάρκεια, είμαι μόνο εγώ. Οπότε με μία Κοινωνική Λειτουργό, με δύο ειδικευμένους γιατρούς και τέσσερις ειδικευμένους δεν μπορώ να καλύψω τα περιστατικά όλων των γιατρών, δεν γίνεται αυτό.

Σε εμένα απευθύνονται κάποιοι άρρωστοι επιλεκτικά. Δηλαδή, είτε που έχουν πρόβλημα συνταξιοδοτικό, παραπομπής, επιδομάτων. Θέματα που είναι καθαρά προβλήματα που αφορούν τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Ένα άλλο κομμάτι είναι ο χρόνιος ψυχωσικός και η οικογένειά του. Πολύ συχνά δηλαδή, δουλεύεται ο χρόνιος ψυχωσικός από τον για-

τρό και η οικογένεια δουλεύεται από μένα σε συνεργασία πάντα με τον γιατρό και με πολλές κοινές συναντήσεις.

Αλλά, είναι ότι μπορώ να πάω σε κάποια θεραπευτική σχέση κάποιου πελάτη για προβλήματα κοινωνικά. Δεν μπορώ βέβαια να παίζω ρόλο εκεί που υπάρχει ψυχοπαθολογία. Βέβαια ένας χρόνιος ψυχωσικός ο οποίος είναι ρυθμισμένος φαρμακευτικά και ο οποίος έχει τακτικά ραντεβού με τον γιατρό, μια φορά στο τόσο ανάλογα με τη κάθε περίπτωση, μπορεί να τον βλέπω εγώ στη συνέχεια για μια υποστηρικτική σχέση. Συν ότι καλύπτουμε όλα τα προγράμματα. Δηλαδή, σ' όλα τα προγράμματα εδώ μέσα υπάρχει Κοινωνικός Λειτουργός και το πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας στη λέσχη την απογευματινή γίνεται από Κοινωνικό Λειτουργό.

Επίσης κάνουμε ομάδες, αλλά πάλι ομάδες όχι όπως τις μαθαίναμε στην σχολή. Εδώ πέρα γίνονται θεραπευτικές ομάδες. Δηλαδή ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι καθαρά θεραπευτικός.

Η σχολή βέβαια σου προσφέρει γνώσεις γενικές. Από και και πέρα ένα κομμάτι είναι η εμπειρία και το άλλο κομμάτι είναι, αν ο κάθε επαγγελματίας θέλει να βελτιώσει κάπως το δικό του κομμάτι, σαν επαγγελματίας πλέον να κάνει μια εκπαίδευση παραπάνω απ' αυτή που σου προσφέρει η σχολή. Από εκεί και πέρα είναι θέμα του καθενός.

Πιστεύω ότι δεν μπορεί ένα πρωτοδιοριζόμενος Κοινωνικός Λειτουργός που θα ερχόταν εδώ πέρα και δεν έχει άλλη εμπειρία, δεν είναι ότι δεν θα μπορέσει να δουλέψει, αλλά σαφώς θα έχει πάρα πολλές δυσκολίες. Και πολλά κενά και όσπου να τα αναπληρώσει όλα αυτά θα χρειαστεί ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν ξέρω αν μπορεί να σταθεί τόσο πολύ, γιατί οι απαιτήσεις της θεραπευτικής ομάδας είναι υψηλές. Γι' αυτό πιστεύω εδώ, ότι πολύ σημα-

ντικό είναι οι σχολές να δίνουν ειδικότητες. Γιατί είμαστε άνθρωποι για όλες τις δουλειές. Διότι δύσκολα κατοχυρώνεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, γιατί υπάρχουν σε πάρα πολλές υπηρεσίες Κοινωνικοί Λειτουργοί που είναι εξαιρετικά υποβαθμισμένοι.

Η υπάρχουσα εκπαίδευση της σχολής δεν νομίζω ότι μας δίνει τα απαραίτητα εφόδια για να αντιμετωπίσουμε τέτοιες ιστορίες.

Επειδή εδώ πέρα είναι η Πανεπιστημιακή Κλινική και επειδή το Αιγηνήτειο ως Πανεπιστημιακός φορέας, υποχρεωτικά κάνει κάποια σεμινάρια, αν θές τα παρακολουθείς.

Τώρα εδώ μέσα στο Κέντρο, πέρσι είχαμε ένα πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης. Φέτος δεν γίνεται γιατί δεν επαρκουμε σαν προσωπικό για τις ανάγκες του κέντρου, οπότε φύγανε μερικά πράγματα για να μπορέσουμε να ελευθερώσουμε χρόνο για τα περιστατικά που τρέχουν. Μέχρι, και πέρσι γινόταν ένα πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης, το οποίο έβγαινε από εμάς, τί θέλαμε εμείς περίπου να ακούσουμε, να πάρουμε κάποιες γνώσεις παραπάνω.

Σεμινάρια καθαρά για επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς δεν γίνονται. Μόνο πέρσι είχε γίνει στο Αιγηνήτειο ένα εξάμηνο σεμινάριο μεταπτυχιακό - μεταεκπαιδευτικό με στόχο να είναι ένα πρώτο βήμα για τη νειδικότητα. Δηλαδή, άνθρωποι οι οποίοι ήδη δούλευαν σε Ψυχιατρικούς χώρους μπορούσαν να παρακολουθήσουν το σεμινάριο, με θέματα που αφορούσαν γενικά την Ψυχιατρική Περίθαλψη. Μόνο αυτό όμως έγινε για Κοινωνικούς Λειτουργούς. Βέβαια το σεμινάριο ήταν ετήσιο, το δεύτερο εξάμηνο δεν έχει γίνει ακόμα.

Υπάρχουν όμως προγράμματα τα οποία βασικά γίνονται για τους ειδικευμένους και μπορούμε να τα παρακολουθήσουμε και εμείς.

Η σημαντικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού εξαρτάται πάντα από τον κάθε Κοινωνικό Λειτουργό και από την κάθε θεραπευτική ομάδα, είναι θέμα προσωπικότητας πιστεύω. Είναι θέμα υποκειμενικό αυτό που θα σας πω, όχι αντικειμενικό.

Εγώ πιστεύω ότι στην συγκεκριμένη ομάδα έχουμε ένα πολύ σημαντικό ρόλο ως Κοινωνικοί Λειτουργοί. Η προσφορά εργασίας όχι μόνο ποσοτικής, αλλά πολλές φορές και ο ρόλος μας είναι τέτοιος που είναι απαραίτητος.

Σου μιλώ για την συγκεκριμένη ομάδα και για μένα. Αλλά εδώ στο Κέντρο, έτσι όπως λειτουργούμε, νομίζω ότι είναι απαραίτητος ο Κοινωνικός Λειτουργός.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης είναι να γίνει, μέσω συνεντεύξεων, λήψη απόψεων για τους τομείς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων των Διοικητικά Υπευθύνων των Κέντρων Ανοικτής Περίθαλψης που μελετήθηκαν έχουν ως εξής:

Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα βρίσκεται σε ένα μεταβατικό στάδιο. Διανύουμε την φάση της ιδρυματικής αντιμετώπισης του ψυχικά αρρώστου προς την ένταξη του σε Μονάδες Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Κοινότητα.

Καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή αυτή έπαιξαν ο Νόμος 1379 του '83 και ο κανονισμός της ΕΟΚ 815 του '84.

Πριν την δεκαετία του '80 είχαν γίνει κάποια βήματα στην Ψυχιατρική Περίθαλψη, τα οποία όμως βήματα προέρχονταν από κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες Ψυχιάτρων.

Σήμερα στο χώρο της Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης έχουν δημιουργηθεί Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία όμως βρίσκονται σε εξέλιξη.

Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν την τρίτη βασική μορφή υπηρεσίας για την παροχή Ψυχιατρικής Περίθαλψης είναι το ζητούμενο. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες συρρίκνωσης των ιδρυμάτων Ψυχιατρικής Περίθαλψης, έχουν καλύτερεψει οι συνθήκες διαβίωσης σ'αυτά, εξακολουθεί όμως να επικρατεί η ασυλιακή νοοτροπία.

Στο επίπεδο της υποδομής υπάρχουν πολλά προβλήματα και πολλές ελλείψεις. Κύρια έλλειψη είναι ο σχεδιασμός, η προσπάθεια

για ενοποίηση όλων των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Διότι η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα λειτουργεί βάσει της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Αντιθέτως δεν επικρατεί η νοοτροπία να προσφέρουμε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας το οποίο έχει ως αρχή την τομεοποίηση και την συνεχή φροντίδα του ασθενούς.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν τόσο στο λεκανοπέδιο της Αττικής, όσο και την υπόλοιπη Ελλάδα είναι πολύ λίγα, ώστε ικανοποιητικά να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα οι υπάρχουσες υπηρεσίες να υπερφορτώνονται και να μην είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους.

Η Ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα ακόμη, δεν γίνεται κατά επαρκή και αποτελεσματικό τρόπο σε αντίθεση με τις χώρες του εξωτερικού στις οποίες λειτουργεί ένα οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών που οι διάφοροι ηθμοί τους λειτουργούν βάσει της αρχής της τομεοποίησης και της αρχής της συνεχούς φροντίδας.

Όσοδο η άποψη των ειδικών είναι ότι η Ελληνική Ψυχιατρική περίθαλψη, έχει πραγματοποιήσει μεγάλα θετικά βήματα και έστω με τον αργό ρυθμό που προχωράει η Κοινωνική Ψυχιατρική έχουν πραγματοποιηθεί ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τα προγράμματα που λειτουργούν στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που μελετήθηκαν, χωρίζονται σε τρεις τομείς παρεμβάσεων.

Αρχικά στη θεραπευτική παρέμβαση, ατομική και ομαδική. Η ατομική παρέμβαση γίνεται μέσω ατομικών συνεντεύξεων των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους, κάνοντας πρώτα διαγνωστική δουλειά και στη συνέχεια θεραπευτική δουλειά - ψυχιατρική αντιμετώπιση, ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, κοινωνική αντιμετώπιση.

Στην θεραπεία της ομάδας η παρέμβαση γίνεται τόσο στους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς όσο και στο περιβάλλον τους, με στόχο



την υποστήριξή τους και την τροποποίηση των αρνητικών τους στάσεων.

Ένας άλλος τομέας είναι η παρέμβαση προς την Κοινότητα με προγράμματα ευαισθητοποίησης και πρόληψης.

Γίνεται πλήρης καταγραφή των φορέων της Κοινότητας δημιουργώντας έτσι ένα δίκτυο παραπομπών για τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Τέλος είναι το εκπαιδευτικό κομμάτι όπου το κάθε κέντρο αναλαμβάνει την υποχρέωση να εκπαιδεύσει ειδικότητες που εργάζονται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, (Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές).

Οι βασικές υπηρεσίες που λειτουργούν στα Κέντρα είναι :

- το τμήμα ενηλίκων, και
- το παιδοψυχιατρικό τμήμα.

Αυτές είναι και οι υπηρεσίες που λειτουργούν στο Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου, το οποίο έχει στο Ιστορικό του τρία χρόνια λειτουργίας. Λειτουργεί από το 1988 και είναι οργανικά συνδεδεμένο με το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών.

Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου, το οποίο υπάγεται οργανικά στο Γενικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμού, λειτουργεί επιπλέον Κοινωνική Λέσχη, η οποία κυρίως απευθύνεται σε άτομα με βαριά ψύχωση - σχιζοφρένεια - και σκοπό έχει να αντιμετωπίσει την τάση που έχουν τα άτομα αυτά για κοινωνική απόσυρση και μοναξιά μέσω της ψυχαγωγίας, των συζητήσεων. Το Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου λειτουργεί από το 1981 σαν Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Το 1986 μετονομάστηκε σε Κ.Κ.Ψ.Υ.

στο Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής, το οποίο υπάγεται οργανικά στο Αιγινήτειο, λειτουργεί επιπλέον Μονάδα Ημερήσιας Περιθαλψής, η οποία απευθύνεται σε χρόνιους ενήλικες Ψυχωσικούς χαμη-

λής λειτουργικότητας, χαμηλών προσδοκιών. Στο πρόγραμμα αυτό τα μέλη παρακολουθούν ομάδες ενημέρωσης, κινητοποίησης, θεραπευτική κοινότητα, εργοθεραπείας, αγωγής υγείας, χαλάρωσης, ειδικών ενδιαφερόντων και οργάνωσης χρόνου.

Επίσης στο Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής ανήκουν η Συνεργατική και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Βύρωνα - Καισαριανής. Το Κέντρο του Βύρωνα - Καισαριανής λειτουργεί με ιδιωτική πρωτοβουλία από το 1979.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, στο οποίο δεν ισχύει η αρχή της τομεοποίησης και έχει οκτώ παραρτήματα σ' όλη την Ελλάδα - Αιγάλεω, Κ. Πατήσια, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, Πάτρα, Βόλο και Ζάκυνθο - και το κεντρικό - Νοταρά 58, Αθήνα - εκτός από τις υπηρεσίες κορμού που λειτουργούν σε ένα κέντρο :

- Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία.
  - Συμβουλευτικά Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων.
  - Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης.
  - Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης.
- Λειτουργούν και άλλες πρότυπες υπηρεσίες όπως είναι :
- μονάδα τηλεφωνικής βοήθειας.
  - Μονάδα θεραπείας συμπεριφοράς.
  - Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής "Στουπάθειο" για νοητικών καθυστερημένα παιδιά.
  - θεραπευτική μονάδα, για παιδιά με αυτισμό.

Επίσης αναπτύσσει κανούργιες υπηρεσίες, όπως είναι η Συμβουλευτική Υπηρεσία Αλλοδαπών.

Στο πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης του Κέντρου εντάσσονται ένα οικοτροφείο στη Λειβαδιά και ένας ξενώνας στην Αθήνα. Επίσης ένα Νοσοκομείο Ημερας.

Η φιλοσοφία που στηρίζει τα προγράμματα των ασθενών στα Κ.Ψ.Υ. είναι η βασική φιλοσοφία της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς χωρίς να μετακινηθεί ο ασθενής από την Κοινότητα.

Σκοποί των Κέντρων Ψυχικής Υγείας είναι η πρόληψη ψυχικών προβλημάτων ή ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, η διάγνωση, η θεραπεία, η αποκατάσταση στο βαθμό που είναι δυνατόν, η βασική εκπαίδευση σε εξειδικευμένα αντικείμενα και η Κοινοτική Παρέμβαση.

Από τις συνεντεύξεις των διοικητικά υπευθύνων στο ερώτημα αν έχουν γίνει έρευνες για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που λειτουργούν στα πλαίσια και κατά πρόσωπα άτομα με ψυχικές διαταραχές που απευθύνονται σ' αυτά μπορούν να βοηθηθούν, μόνο ο υπεύθυνος των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Βόρωνα - Καισαριανής, απάντησε ότι έχει γίνει μια αξιολόγηση πριν από τρία χρόνια, τα οποία αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι πολύ σημαντική στατιστικά η διαφορά προς εξεύρεση εργασίας κυρίως από τους άλλους δείκτες κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών μετά την παρακολούθηση του προγράμματος συγκριτικά με το αμέσως προηγούμενο διάστημα. Τα αποτελέσματα ήδη έχουν δημοσιευθεί στο εξωτερικό και πρόκειται να δημοσιευθούν σε άρθρο της "Ψυχιατρικής στην Ελλάδα".

Οι υπόλοιποι τρεις διοικητικά υπεύθυνοι απάντησαν ότι δεν έχουν γίνει συστηματικές μελέτες καταγραφής, παρακολούθησης των αρρώστων δεν υπάρχει ερευνητικό πρόγραμμα του οποίου να είναι πολύ σταθμισμένες οι παράμετροι - τί εννοείς βοήθεια, σε ποιά βαθμό - ώστε να καταγραφούν τα αποτελέσματα του πρόσωπου βοηθούν αυτού του τύπου οι υπηρεσίες και να τις συγκρίνουν με άλλου τύπου υπη-

ρεσίες.

Και αυτό δεν έχει γίνει, είτε γιατί κάποια Κέντρα είναι ακόμη πολύ νέα (Κ.Ψ.Υ. Χαλανδρίου), είτε γιατί δεν έχουν σχεδιαστεί σωστά οι υπηρεσίες ώστε να μπορεί να γίνει σωστή αξιολόγηση. Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση αποτελούν σημερινά προβλήματα. Διότι δεν μπορούν να αποδείξουν τα θετικά από την λειτουργία τέτοιων υπηρεσιών.

Η άποψη των Διοικητικά Υπευθύνων για το αν πρέπει να καταργηθούν τα Άσυλα ή όχι, είναι ότι πρέπει να καταργηθούν ή έστω να ελαχιστοποιηθούν, επιβάλλεται όμως να υπάρχουν με την μορφή μικρών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων όπου οι συνθήκες παροχής Ψυχιατρικών υπηρεσιών να είναι πολύ αναβαθμισμένες.

Έχει ήδη ξεκινήσει η διαδικασία συρρίκνωσης των μεγάλων Ψυχιατρείων η οποία όμως είναι στην αρχή της.

Για να καταργηθούν στο μέλλον τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, απαιτείται κατάλληλη κοινοτική δομή και ύπαρξη ενός δικτύου υπηρεσιών το οποίο θα είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών.

Το παράδειγμα της Ιταλίας που κλείσανε ξαφνικά τα άσυλα, αποτελεί ακόμη ένα συζητήσιμο πρόβλημα, διότι δεν υπήρχε η κατάλληλη υποδομή, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να ζήσουν χειρότερα αφ'ότου βγήκανε από τα Νοσοκομεία, παρά καλύτερα.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δώθηκαν, ο αριθμός των εισαγωγών στα Ψυχιατρεία έχει μειωθεί, όχι όμως όσο θα έπρεπε. Διότι δεν υπάρχει μια οργανωμένη δομή - Νοσοκομείο Ημέρας - Νοσοκομείο Εφήβων - Κέντρο Ημέρας.

Όσοι οι Ψυχιατρικοί τομείς Γενικών Νοσοκομείων λειτουργούν αρκετά καλά, οι οποίοι προσφέρουν την νοσηλεία. Και οι υπόλοιπες ενδιάμεσες δομές που αυτή την στιγμή λειτουργούν στην Ελ-

λλάδα - τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα επαγγελματικά εργαστήρια, οι λίγοι ξενώνες και τα ελάχιστα Νοσοκομεία Ημέρας - βοηθούν αρκετά στη μείωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές για εισαγωγή στα Ψυχιατρικά ιδρύματα.

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε από το Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου, όπου συγκρίθηκε η πορεία ατόμων, σχιζοφρενών κυρίως, που παρακολούθησαν συστηματικά τα προγράμματα του Κέντρου σε σχέση με το διάστημα πριν πάνε στο Κέντρο είχε σαν αποτέλεσμα την μεγάλη μείωση της Νοσηλείας τους.

Οι Διοικητικά Υπεύθυνοι των πλαισίων που μελετήθηκαν, θεωρούν τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο στα Κ.Ψ.Υ. όσο και σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πάρα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα μια από τις βασικότερες ειδικότητες.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εντάσσεται μέσα στην ομάδα Ψυχικής Υγείας όπου συνεισφέρει για την σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς. Ο ασθενής δεν έχει μόνο την ασθένειά του και την διαταραχή του, οτιδήποτε έχει σχέση με αυτή την διαταραχή έχει επιπτώσεις στην προσωπική - οικογενειακή του ζωή, στο κοινωνικό ή εργασιακό του χώρο, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός παίζει σοβαρό ρόλο.

Ο ρόλος του είναι πολλαπλός ιδιαίτερα στην Κοινωνική Παρέμβαση.

Απαιτούνται όμως οι δεξιότητες εξειδικευμένου Κοινωνικού Λειτουργού. Ψυχιατρικός Κοινωνικός Λειτουργός, που τέτοια ειδικότητα δεν δίδεται στην Ελλάδα.

Ένα σοβαρό πρόβλημα είναι ο ελάχιστος αριθμός Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται, σε σχέση με τον αριθμό που προβλέπεται και που χρειάζεται ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων με τους Κοινωνικούς Λει-

τουργούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και του Κέντρου Επαγγελματικής Αποκατάστασης παρατίθενται παρακάτω :

Η άποψη των Κοινωνικών Λειτουργών που απάντησαν, για το πρόγραμμα στο οποίο δουλεύουν, θεωρούν ότι βοηθάει για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου αλλά και την διατήρηση της ψυχικής υγείας των ατόμων που απευθύνονται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Οι λόγοι που υποστηρίζουν την άποψη αυτή είναι ότι, αρχικά λόγω της τομεοποίησης που υπάρχει στα Κέντρα - εκτός του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής - διότι ο πελάτης που μένει στην συγκεκριμένη περιοχή που λειτουργεί το πρόγραμμα σαφώς μπορεί να εξυπηρετηθεί καλύτερα σε σχέση με το πρόσωπο του Νοσοκομείου.

Το Κέντρο γνωρίζει τις ανάγκες της περιοχής, γνωρίζει το σπίτι και την οικογένεια του ασθενή, υπάρχει ευκολότερη πρόσβαση.

Επίσης στα Κέντρα που έχουν μια ιστορία 10 χρόνων περίπου, όπως είναι το Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα - Καισαριανής και το Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου, η Κοινότητα είναι ευαισθητοποιημένη σε μερικά θέματα ψυχικής Υγείας. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της Κοινότητας γνωρίζει την ύπαρξη του Κέντρου. Και κατά ένα μεγάλο ποσοστό πολλά προγράμματα των Κέντρων γίνονται κάτω από την ανοχή και με την βοήθεια της Κοινότητας. Αυτό όμως πάντα εξαρτάται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση κατά πόσο είναι διατεθημένη να ασχοληθεί με τέτοιου είδους θέματα.

Σε γενικές γραμμές ο πληθυσμός της Κοινότητας - της ευαισθητοποιημένης Κοινότητας - ακολουθεί το Πνεύμα της Κοινοτικής Περίθαλψης.

Ένας άλλος λόγος, ειδικότερα στα Επαγγελματικά Εργαστήρια, είναι ότι τα άτομα με βαριά ψυχική ασθένεια που παρακολουθούν το

πρόγραμμα, λόγω της δομής του προγράμματος, συγκεκριμένες ώρες προσέλευσης και αποχώρησης, σταθερότητα και επαναληπτικότητα, συγκεκριμένες δραστηριότητες, ατομική φροντίδα και επίλυση προβλημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους - βοηθούν τον χρόνιο άρρωστο και την οικογένειά του στην αντιμετώπιση της νόσου.

Από μελέτη που έχει γίνει στο Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, τμήμα Κ.Κ.Ψ.Υ. Βόρωνα - Καισαριανής, οι απόφοιτοι του προγράμματος περίπου το 1/3 βρίσκει απασχόληση στην ελεύθερη αγορά εργασίας με την επιδότηση του Νόμου ή όχι, το 1/3 πηγαίνει σε προστατευόμενα εργαστήρια, όπως είναι οι συνεργατικές του Βόρωνα και το άλλο 1/3 επιστρέφει στο σπίτι του, σ'ένα πιο λειτουργικό επίπεδο από ότι πριν παρακολουθήσει το πρόγραμμα.

Το αντικείμενο του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας είναι και το γενικότερο αντικείμενο των Κέντρων. Ο Κοινωνικός λειτουργός είναι ενσωματωμένος μέσα στην θεραπευτική ομάδα. Οι δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού χωρίζονται αρχικά σε τρεις τομείς δουλειάς :

- στη συνεργασία με την οικογένεια,
- στη θεραπεία ομάδων, και
- στην Κοινοτική Παρέμβαση.

Αρχικά ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το ιστορικό του ασθενή και κάνει την πρώτη άορη αξιολόγηση. Το Ιστορικό πάει στην διπιστημονική ομάδα και στη συνέχεια ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται με την οικογένεια και ο ψυχολόγος ή ο παιδοψυχίατρος με το παιδί στο παιδοψυχιατρικό τμήμα, είτε ο Ψυχίατρος με τον Ενήλικα.

Η πληροφόρηση από τους γονείς ή την οικογένεια είναι πιο αντικειμενική γιατί ο ασθενής πολλές φορές δεν εκφράζει αυτό που τον βασανίζει. Η οικογένεια είναι η πρώτη πηγή παθολογίας του

ασθενή.

Στα Κ.Ψ.Υ. που μελετήθηκαν η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού είναι κυρίως θεραπευτική - συμβουλευτική.

Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει ατομικές συνεντεύξεις με ασθενείς για προβλήματα κοινωνικά.

Υπάρχει τόσο στις ατομικές συνεντεύξεις όσο και στη θεραπεία της οικογένειας συνεργασία Κοινωνικού Λειτουργού με τον Ψυχίατρο με πολλές κοινές συναντήσεις.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καλύπτουν όλα τα προγράμματα που λειτουργούν σ' ένα Κ.Ψ.Υ. Έχουν την ικανότητα να σχεδιάσουν και να οργανώσουν μια ομάδα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην ομάδα έχει ένα θεραπευτικό ρόλο που προϋποθέτει εκπαίδευση στη δουλειά με ομάδες.

Στην Παρέμβαση της Κοινότητας οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καταλαμβάνουν ένα μεγάλο κομμάτι διερεύνησης της Κοινότητας, καταγραφής υπηρεσιών και στη συνέχεια, συνεργασία φορέων με προγράμματα ευαισθητοποίησης και πρόληψης με ομιλίες, διαλέξεις, είτε με συνεντεύξεις ατόμων της Κοινότητας.

Στα Επαγγελματικά Εργαστήρια ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει και την ευθύνη της μεταπαρακολούθησης των αποφοίτων (FOLLOW UP).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός επίσης σε ορισμένα Κέντρα όπως το Κ.Κ.Ψ.Υ. Παγκρατίου, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής έχει ένα εκπαιδευτικό ρόλο. Αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Οι τέσσερις στους πέντε Κοινωνικούς Λειτουργούς των Κέντρων που μελετήθηκαν τόνισαν ότι επειδή οι απαιτήσεις του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού σε τέτοιου είδους Κέντρα είναι υψηλές ιδιαίτερα η συμμετοχή του στη θεραπευτική ομάδα, δεν αρκούν οι γνώσεις



ενός τελειόφοιτου από την σχολή.

Τόσο η εργασία με τις οικογένειες όσο και η εργασία με ομάδες γίνονται με αρχές θεραπευτικές.

Από τα Κέντρα που μελετήθηκαν ένα μόνο σεμινάριο είχε οργανωθεί, καθαρά για την εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε ψυχιατρικά πλαίσια. Από το Αιγηνήτειο πριν δύο χρόνια ένα εξάμηνο μεταπτυχιακό - μετεκπαιδευτικό σεμινάριο με στόχο να είναι ένα πρώτο βήμα για την ειδικότητα.

Αυτό που γίνεται στα Κέντρα είναι ένα πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης όπου, γίνεται η παρουσίαση και η συζήτηση καθαρά κλινικών θεμάτων με στόχο την επιμόρφωση των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Επίσης η συζήτηση περιστατικών η οποία θεωρείται πολύ σημαντική για την επιμόρφωση της ομάδας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών και το Αιγηνήτειο οργανώνει κάποιες ομιλίες, γενικά σεμινάρια, τα οποία αφήνονται στην πρωτοβουλία όλου του προσωπικού του Κέντρου αν θα τα παρακολουθήσουν ή όχι σε κενά ωραρίου.

Σεμινάρια που γίνονται για την απόκτηση γνώσεων των Κοινωνικών Λειτουργών πάνω σε θέματα Ψυχικής Υγείας παρακολουθούνται από ιδιωτική πρωτοβουλία των Κοινωνικών Λειτουργών τα οποία δεν καλύπτονται από την δουλειά τους.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, όσο και στα προγράμματα που λειτουργούν στο κάθε Κέντρο είναι τόσο σημαντικός όσο και των υπολοίπων ειδικοτήτων. Εξαρτάται όμως πάντα, από την προσωπικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού, από το πόσο αναλαμβάνει την ευθύνη να γίνει επαρκής επαγγελματίας, να διαβάσει, να προβληματισθεί.

Οι γνώσεις της σχολής δεν επαρκούν διότι δεν δίνεται ειδικό-

τητα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να εξελίσσεται, να μην θεωρεί τίποτα αυτονόητο. Στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, οι γνώσεις, η συνεχής εκπαίδευση, η προσπάθεια και η σοβαρότητα του επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού, η γνώση των ορίων του είναι απαραίτητη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να γίνει μια βιβλιογραφική αναφορά της κατάστασης της Κοινωνικής Ψυχιατρικής Περίθαλψης στον Ελλαδικό χώρο, και μέσω συνεντεύξεων να γίνει λήψη απόψεων για τους τομείς των Κ.Ψ.Υ. στο λεκανοπέδιο Αττικής.

Θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί ότι λέγοντας Κέντρα Ψυχικής Υγείας εννοούμε τον πρώτο ηθμό παροχής ανοιχτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας στο σύνολό του αποτελείται από ενδιάμεσες δομές - Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης, Νοσοκομείο Ημέρας, Μονάδες Προεπαγγελματικής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης, προστατευόμενα Εργαστήρια.

Συμπεράσματα

Υστερα από την βιβλιογραφική μελέτη της Κοινωνικής - Κοινωνικής Ψυχιατρικής, τις συνεντεύξεις από άτομα που εργάζονται σε πλαίσια παροχής Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν :

1. Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποτελεί έναν κλάδο της Ψυχιατρικής, ο οποίος βρίσκεται σε μια διαδικασία εξέλιξης. Σ' αυτή την πορεία εξέλιξης η Κοινωνική Ψυχιατρική έχει οργανωθεί ως μια θεωρητική επιστήμη η οποία εμπεριέχει την έρευνα και εκφράζεται από την Κοινωνική Ψυχιατρική.

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική το άτομο δεν αντιμετωπίζεται αποκομμένο από την Κοινότητα αλλά μέσα σ' αυτή, τόσο προλη-

πτικά όσο και θεωρητικά.

2. Η Ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα βρίσκεται σ'ένα μεταβατικό στάδιο. Τα μεγάλα Ψυχιατρικά ιδρύματα που μέχρι πριν από 15 χρόνια περίπου ήταν η μόνη μορφή παροχής Ψυχιατρικής Περίθαλψης αμφισβητούνται, διότι, η περίθαλψη που παρέχουν ήταν οπισθοδρομική και επικίνδυνη αφού τα άσυλα όχι μόνο δεν παρέχουν θεραπείά αλλά δημιουργούν και συμπτώματα.

Έτσι τα τελευταία 10 χρόνια στην Ελλάδα γίνεται μετάβαση από την ιδρυματική Ψυχιατρική προς την Κοινωνική Ψυχιατρική με την βελτίωση και αναβάθμιση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης, την δημιουργία νέων δομών και τρόπων αντιμετώπισης πάνω στις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

3. Οι νέες δομές εξωνοσοκομειακής Ψυχιατρικής Περίθαλψης άρχισαν να δημιουργούνται από το 1983 όταν η Κυβέρνηση και το Κράτος αποφέσισαν ότι χρειάζεται επιτέλους μια ενιαία στρατηγική και εθνική πολιτική στον τομέα της Ψυχικής Υγείας με τον Νόμο 1397/83 για το "Εθνικό Σύστημα Υγείας" όπου εντάσσονται ειδικές διατάξεις για την δημιουργία :
- α) Κέντρων Ψυχικής Υγείας.
  - β) Ψυχιατρικών τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων.
  - γ) Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

Η Ε.Ο.Κ. παρέχει οικονομική βοήθεια στην Ελλάδα στον κοινωνικό τομέα με τον κανονισμό 815/84, που καθορίζει ποσό βοήθειας 60 εκατομμύρια Ε.Σ.Υ. για ένα διάστημα 5 ετών. Ο κανονισμός της Ε.Ο.Κ. έκλεισε επισήμως τον Δεκέμβριο του '90, χωρίς η Ελλάδα να εκμεταλλευτεί όλες τις ευκαιρίες που ο κανονισμός της πρόσφερε. Μέρος των χρημάτων επιστράφηκε πίσω.

4. Κέντρα Ψυχικής Υγείας Πανελλαδικά μετά την ψήφιση του Νόμου έχουν δημιουργηθεί πάρα πολύ λίγα. Συγκεκριμένα, μόνο δύο Κ.Ψ.Υ. στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Παρόλο που η Υπουργική απόφαση ΦΕΚ 26 Οκτωβρίου 1988, Τεύχος 2ο, Αριθμός Φύλλου 777 ορίζει τη σύσταση τεσσάρων Κ.Ψ.Υ. στο Ν. Αττικής και ενός Κ.Ψ.Υ. στο Ν. Μαγνησίας, αυτή τη στιγμή λειτουργούν μόνο δύο.

Ωστόσο λειτουργούν ακόμα 16 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής πανελλαδικά, τα οποία όμως έχουν δημιουργηθεί με την ιδιωτική πρωτοβουλία κάποιων ευαισθητοποιημένων ανθρώπων πριν από την σύσταση του Νομου 1397/83.

Δημιουργούνται σε μεγάλη κλίμακα Ψυχιατρικοί Τομείς στα Γενικά Νοσοκομεία τα οποία προσφέρουν νοσηλεία βραχείας διάρκειας.

Ψυχιατρικά Νοσοκομεία όμως είναι το ζητούμενο του Νόμου. Έχει αρχίσει η διαδικασία συρρίκνωσης των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων, βρίσκεται όμως στο αρχικό στάδιο. Έχουν καλύτερευσει οι συνθήκες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών, εξακολουθεί όμως να επικρατεί η ασυλιακή νοοτροπία.

5. Στον τομέα της Ανοικτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης, Πανελλαδικά λειτουργούν 18 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 4 Νοσοκομεία Ημέρας, 11 Ξενώνες, 9 Κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης και Αποκατάστασης. Επίσης 3 Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.

Οι Υπηρεσίες που προσφέρουν τόσο στην Κοινότητα, όσο και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πραγματικά υψηλές. Ωστόσο υπάρχουν πολλές ελλείψεις και προβλήματα στο επίπεδο της υποδομής. Κύρια έλλειψη είναι ο σχεδιασμός και η προσπάθεια για ενοποίηση όλων των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Η Ψυχιατρική περίθαλψη σήμερα λειτουργεί βάσει της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Σε αντίθεση με τις χώρες του εξωτερικού (Ιταλία, Γαλλία, Αγγλία, Γερμανία, Αμερική), όπου λειτουργεί ένα οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών και οι διάφοροι ηθμοί τους λειτουργούν βάσει της αρχής της τομεοποίησης και της αρχής της συνεχούς φροντίδας.

Η έλλειψη στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση γίνεται εμφανής από τις λίγες μελέτες και έρευνες που έχουν πραγματοποιήσει τα Κ.Ψ.Υ. που μελετήθηκαν. Με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αποδείξουν τα θετικά από την λειτουργία τέτοιων υπηρεσιών.

6. Τα Κ.Ψ.Υ. μέσω της Κοινοτικής Παρέμβασης γνωρίζει τις ανάγκες της Κοινότητας και κινητοποιεί και ευαισθητοποιεί τον πληθυσμό της σε ορισμένα θέματα Ψυχικής Υγείας. Επίσης το Κέντρο γνωρίζει το σπίτι και την οικογένεια του ασθενή με αποτέλεσμα να υπάρχει ευκολότερη πρόσβαση, ο ασθενής να εξυπηρετείται καλύτερα.
7. Οι εισαγωγές ψυχικά ασθενών στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα έχουν μειωθεί διότι οι Μονάδες που προσφέρουν Ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Κοινότητα λειτουργούν αρκετά καλά. Ο ασθενής παρακολουθείται τακτικά από την θεραπευτική ομάδα, ελέγχεται αν ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή, παρακολουθεί τα προγράμματα που λειτουργούν στα Κ.Ψ.Υ., εκπαιδεύεται, αποκτά δεξιότητες, με αποτέλεσμα είτε να προλαβαίνεται κάποια κατάσταση πριν φτάσει στο σημείο να θέλει Νοσοκομειακή Περίθαλψη, είτε να ελέγχονται ή να μειώνονται οι υποτροπές των χρόνιων ασθενών.

8. Σ' όλα τα Κέντρα που μελετήθηκαν, λειτουργεί διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα που αποτελείται συνήθως από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Εργοθεραπευτή.

Η θεραπευτική ομάδα κατευθύνεται σε τρία επίπεδα δουλειάς, την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, την ανεύρεση από το άμεσο περιβάλλον των κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση της διαταραχής και την κατάρτωση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Κυριος σκοπός της θεραπευτικής ομάδας είναι η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς, διότι για την θετική επίδραση της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των επιστημόνων και ειδικοτήτων που βοηθούν στην σφαιρική αντιμετώπιση της ανθρώπινης υπόστασης.

Στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας αξιοποιούνται οι γνώσεις των μελών και η συζήτηση των περιστατικών για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

9. Απαραίτητη είναι η Ύπαρξη Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια που παρέχουν Ανοικτή Ψυχιατρική Περίθαλψη.

Οι απαιτήσεις της θεραπευτικής ομάδας είναι υψηλές και ο Κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να είναι ειδικευμένος στον τομέα της Ψυχικής Υγείας. Επίσης απαραίτητη είναι η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του Κοινωνικού Λειτουργού στο χώρο της Ψυχικής Υγείας χωρίς να θεωρεί τίποτα αυτονόητο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεισφέρει στην σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς. Τόσο οι ατομικές συνεντεύξεις όσο και οι ομάδες που γίνονται από τον Κοινωνικό Λειτουργό γίνονται με αρχές θεραπευτικές.

Στην καθαρὰ θεραπευτική αντιμετώπιση οι ρόλοι των μελών αλληλοπλέκονται και ο Κοινωνικός Λειτουργός τείνει να χάνει την ταυτότητά του.

Μόνο στο κομμάτι της Κοινοτικής Παρέμβασης - συνεργασία με άλλες οργανώσεις, Παραπομπές - ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιεί καθαρὰ γνώσεις Κοινωνικής Εργασίας.

### Γενικές Εισηγήσεις

Οι προτάσεις που γίνονται μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις μέσω συνέντευξης των ατόμων που ερωτήθηκαν είναι :

1. Παίρνοντας σαν βάση το γεγονός ότι οι παράγοντες που ευνοούν την επιτυχία ή όχι των Μονάδων που προσφέρουν Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Κοινότητα είναι :
  - α) Οι Μονάδες πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ψυχικά ασθενών.
  - β) Να υπάρχει οργάνωση ερευνητικών προγραμμάτων και μελετών αξιολόγησης των προγραμμάτων που λειτουργούν στις Μονάδες Ανοικτής Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.
  - γ) Να υπάρχει λειτουργική σύνδεση των διαφόρων μορφών Ψυχιατρικής Περίθαλψης - Κ.Κ.Ψ.Υ., Νοσοκομεία Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Αποκατάστασης, Ξενώνες, Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία - έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διακίνηση των ασθενών από την μια υπηρεσία στην άλλη ανάλογα με τις λειτουργικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του.



Παρατηρείται ότι υπάρχει ανάγκη ενός εθνικού σχεδιασμού στην Ψυχική Υγεία, ο σχηματισμός ενός δικτύου υπηρεσιών σε κοινοτική βάση.

Να αναπτυχθούν μορφές κοινοτικών υπηρεσιών ώστε στη συνέχεια να επιτευχθεί ο στόχος της αποασυλοποίησης, να γίνει δηλαδή η μεταφορά των νοσηλευόμενων από τα Ψυχιατρεία σε κοινοτικές μορφές θεραπείας και αποκατάστασης, χωρίς να δημιουργηθούν προβλήματα, στους ίδιους τους ασθενείς εφόσον θα έχουν δημιουργηθεί εναλλακτικές μορφές κοινοτικής νοσηλείας που θα είναι σε θέση να τους παρέχουν αποτελεσματική βοήθεια.

Θεωρώ σκόμιμο να επαναλάβω την ανάγκη για δημιουργία νέων μορφών υπηρεσιών στην Κοινότητα οι οποίες να λειτουργούν βάσει ενός οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών, διότι μια Ψυχιατρική Περιθαλψη δεν μπορεί να περιορίζεται σε εξωραϊσμό των υπαρχόντων υπηρεσιών. Με την δημιουργία του οργανωμένου κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών είναι δυνατή μια διαφορετική ψυχιατρική περίθαλψη με κέντρο ενδιαφέροντος το άτομο και κέντρο εξουσίας την Κοινότητα.

2. Να δοθεί από την Πολιτεία περισσότερη έμφαση για τον θεσμό της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

α) Με την ίδρυση περισσότερων Κ.Κ.Ψ.Υ. στο λεκανοπέδιο της Αττικής και σ' όλη την υπόλοιπη Ελλάδα - όπως προβλέπεται από τον Νόμο - όπως και άλλων υπηρεσιών όπως ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα εργαστήρια, Νοσοκομείο Ημέρας, ώστε να επιτευχθεί η αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών αλλά η μείωση των εισαγωγών στα Ψυχιατρεία και ο έλεγχος των υποτροπών.

β) Με την εκπαίδευση εξειδικευμένων ατόμων στο MANAGEMENT.

Διότι τα μεγάλα προγράμματα όπως είναι η υλοποίηση του κανονισμού της ΕΟΚ, ο σχεδιασμός υπηρεσιών που παρέχουν Ψυχιατρική Περίθαλψη θέλουν ειδικούς και υπεύθυνους που μπορούν να τα διαχειρίζονται.

β) Με την αγωγή του πληθυσμού για την Ψυχική Υγεία μέσα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, γνωρίζοντας την επίδραση τους στον άνθρωπο σήμερα.

3. Τα Κ.Κ.Ψ.Υ. πρέπει να ενσωματώσουν ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του έργου που παράγουν, ώστε να μπορούν να συγκρίνουν το έργο τους με άλλες ίδιου τύπου υπηρεσίες είτε να βλέπουν στατιστικά τα θετικά και όχι της λειτουργία των προγραμμάτων τους.
4. Απαιτείται τα υπάρχοντα Ψυχιατρικά ιδρύματα να συρρικνωθούν ακόμη περισσότερο στο σημείο να ονομάζονται Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
5. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι σχολές σήμερα δεν εκπαιδεύουν Κοινωνικούς Λειτουργούς για να δουλέψουν σαν εξειδικευμένοι επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας σαν στελέχη με ειδικές γνώσεις και ιοδίμη συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα. Για να ανταποκριθεί στις επιπρόσθετες απαιτήσεις ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται να συμπληρώσει τις γνώσεις του με εκπαιδεύσεις, σεμινάρια, εξειδικεύσεις.

Για τον λόγο αυτό επιβάλλεται :

- α) Η ανάγκη για πανεπιστημιακή μεταπτυχιακή εκπαίδευση που θα προσφέρει εξειδίκευση στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας - και όχι μόνο.

- β) Οργάνωση σεμιναρίων με στόχο την εξειδίκευση στον τομέα της Ψυχικής Υγείας από Μονάδες Ψυχιατρικής περίθαλψης.
- γ) Ευκαιρίες για εξειδίκευση σε χώρους εργασίας όπως γίνεται και άλλους κλάδους επιστημών π.χ. Κοινωνική Ψυχιατρική.
- δ) Παράλληλα με την μεταπτυχιακή εξειδίκευση σε Πανεπιστήμιο να δίνεται η ευκαιρία της εξειδίκευσης και σε χώρους εργασίας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας ώστε ο Κοινωνικός Λειτουργός να αποκατά και την πραγματική - ρεαλιστική άποψη της Κοινωνικής Εργασίας σε χώρους Ψυχικής Υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία

1. BENNET, Πρακτικά Σεμιναρίου Κοινωνικής Ψυχιατρικής : Οργάνωση, Εμπειρίες και προοπτικές στην Ελλάδα, Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, 1983.
2. Η μεγάλη Αμερικάνικη Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος Κ, Λήμμα Ψ, Εκδόσεις Εμμανουήλ Κ. - Κίτσια Δ. και Σία, Αθήνα 1970, σελ. 929.
3. Η μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος IV, Λήμμα Ψ, Εκδοτικός Οργανισμός Χρυσός Τύπος Α.Ε. σελ. 72, (έτος έκδοσης δεν αναφέρεται).
4. Καραμιχάλη Μιράντα, Κοινότητα : Γενικά χαρακτηριστικά και δυναμική Κοινωνική Οργάνωση Ανάπτυξη και σχεδιασμός, παρουσίαση στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, 1983.
5. Καραμιχάλη Μιράντα, Ψυχική Υγεία, ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα, 1987, σελ. 266.
6. Καλλιτεράκη - Παπαγεωργίου Ευτυχία, Ψυχική Υγεία, ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα, 1987, σελ. 261.
7. Κυριακάκης Βαγγέλης, Ψυχική Υγεία ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικού Λειτουργών, Αθήνα 1987, σελ. 255.
8. Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Έρευνας, Απολογισμός Δραστηριοτήτων της Τετραετίας, 1984 - 1987, Αθήνα, 1988.
9. Λυράκος Αντώνης, Κοινωνία και Ψυχή, Αθήνα 1976, (εκδόσεις δεν αναγράφονται).
10. Λυμπεράκης Σ., Ευθυμίου Σ, Το σημερινό Ψυχιατρικό πρόβλημα στην Ελλάδα, ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1984, σελ. 47.

11. Μαδιανός Γ.Μ. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Τόμος Α και Β, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989.
12. Μαδιανός Γ.Μ. Το κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα σήμερα : η πρώτη εμπειρία στην Καισαριναή - βύρωνα ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 197.
13. Μάνος Νίκος, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, Αθήνα 1988.
14. Ντακουνάκη Ελευθερία, Κοινωνική και Επαγγελματική Αποκατάσταση Ατόμων με Ψυχικά προβλήματα, ανακοίνωση στο 3ο Πανελλνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1987, σελ. 446.
15. Παπαδάτος Γ., Στογιαννίδου Α. Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.
16. Παπαδάτος Γιάννης, Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση Εκδόσεις Εαρήνη, 1987,
  - α. Παπαδάτος Γ. Ιστορική Εξέλιξη της Ψυχιατρικής, σελ. 15
  - β. Λυμπεράκης Σ. Ανάπτυξη της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα σελ. 215.
  - γ. Παπαδάτος Γ., Ζούνη Μ., Το μοντέλο λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω, σελ. 303.
  - δ. Παπαδάτος Γ., Ντακούμης Β., Η λειτουργία της πρώτης Μονάδας Γραμμή Ζωής SOS (HOT LINE) στην Ελλάδα, σελ. 313.
  - ε. Σακελλαρόπουλος Π., Παναγούτσος Π., Λουτσακλή Μ., Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα του Νομού Φωκίδας και η επίδρασή της στην αλλαγή της στάσης της κοινότητας απέναντι στην Ψυχική ασθένεια, σελ, 257.
17. Παπαδημητρίου Γ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, τομος Α', Γενική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.

18. Ποταμιάνου Άννα, Κοινωνική Ψυχιατρική, άνοιγμα προς τί; ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 148.
19. Στεφανής, Κ. Κοινωνική - Κοινοτική Ψυχιατρική στην Αθήνα, 1979 - 1983, Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, Βύρωνα - Καισαριανής, Αθήνα, 1983.
20. Στεφανής Κ. Ψυχιατρική Περίθαλψη και Κοινωνική Ψυχιατρική, ανακοίνωση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1984, σελ. 83.
21. Τζιβάρας Σπύρος, Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου Νομού Φωκίδας, ανακοίνωση στο 3ο Πανελλαδικό Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, Αθήνα 1987, σελ. 378.
22. Τσαλικόγλου Φωτεινή, Σχιζοφρένεια και φόβος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1989.
24. ΥΔΡΙΑ, Λήμμα Ψ, Τόμος 55, Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων, Αθήνα, 1988, σελ. 249.
24. UNESCO, Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, εκδόσεις Τεζόγουπος Ν.
25. Φίλλιας Βασίλης, Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών, Εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1977.
26. Χαρτοκόλλης Πέτρος, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1986.

### Περιοδικά

1. Αλτάνης Π. Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα - Διεπιστημονική συνεργασία και AIDS απ' το περιοδικό Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 22, 1991.
2. Βαξεβανόγλου Ι. Χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας και κοινω-

- νιοθεραπείας στο Νοσοκομείο Ημέρας, απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 16, 1979.
3. Κυριακάκης Ν., Νικολής Κ., Παπαδάτος Γ., Νομοθετικές ρυθμίσεις για αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 25, 1ος Τόμος, 1988.
  4. Λυμπεροπούλου Αν. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 23, 1986.
  5. Μαδιανός Γ.Μ., Παπαγεωργίου Α., Στεφανής Κ., Δείκτες αποτελεσματικότητας της παροχής κοινοτικών Ψυχιατρικών υπηρεσιών στο Βυρωνα - Καισαριανή, 1979 - 1984, απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 23, 1986.
  6. Μάτσα Κ. Κριτική παρουσίαση της σημερινής κατάστασης στις νέες υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, απ' το περιοδικό Τετράδιο Ψυχιατρικής, Γενάρης - Φλεβάρης, Μάρτης, 1987.
  7. Μουζακίτης Χρίστος, Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, απ' το περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 12ο, Αθήνα 1988.
  8. Μπιλανάκης Νίκος, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω, απ' το περιοδικό Τετράδιο Ψυχιατρικής, Τεύχος Νο 27, 1988.
  9. Ξαγοράκη - Ταμβακάκη Ελευθερία, Εργοθεραπεία σε μονάδες ημερήσιας Περίθαλψης Ψυχιατρικών ασθενών, απ' το περιοδικό Εκλογή, Αρ. 72, 1987.
  10. Παπαδάτος Γ., Λαλας Κ., Αυγερίνης Κ. Σακελλάρης Δ., Δέγλερης Ν. Τσιάρας Κ., Μονάδες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με Ψυχιατρικές διαταραχές, απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 25, 1988.

11. Παπαϊωάννου Καλλιόπη, Ιατροκοινωνική Εργασία, απ' το περιοδικό Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 9ο και 10ο, Αθήνα 1988.
12. Παπαϊωάννου Καλλιόπη, Κοινωνική και Επαγγελματική επανένταξη των παραπληγικών απ' το περιοδικό Κοινωνική εργασία, Τεύχος 13ο, Αθήνα 1989.
13. Ρότσικα Β., Ο ρόλος του Ψυχολόγου στην Ομάδα Ψυχικής Υγείας απ' το περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 23, 1986.
14. Σακελλαρόπουλος Π. Διαδικασία Επανένταξης Ψυχικά πασχόντων σε αγροτικές περιοχές, προβλήματα και Δυνατότητες, Υλικό Κ.Μ.Ψ.Π.Υ. Ν.Φωκίδας, Ετήσιο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα, 1986-1987.
15. Σακελλαρόπουλος Π. Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου στη Φωκίδα απ' το περιοδικό Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 5, 1985.
16. Σαραντίδης Δ., Τριποδιανάκης Ι., Το πενταετές πρόγραμμα μεταρρύθμισης της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα απ' το περιοδικό Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 27, 1989.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Σ Υ Μ Π Ο Σ Ι Ο

Ψυχιατρική - Επικινδυνότητα - Δικαιοσύνη

ΜΕΛ. ΠΗΓΑ 22 — ΑΘΗΝΑ 116 36

ΤΗΛ. 92 27 611 - 92 21 739

### Το νομικό πλαίσιο στην Γαλλία

#### Δ. Πλουμπίδης

Ο βασικός νόμος στην Γαλλία είναι ο νόμος της 30.6.1838 που έχει ενσωματωθεί στον ισχύοντα αστικό κώδικα.

Την εισαγωγή σ' ένα ψυχιατρείο μπορούν να ζητήσουν, οι οικείοι, σύμφωνα με μία ιεραρχεία συγγένειας. Η αίτηση συνοδεύεται από ιατρικό πιστοποιητικό (PLACEMENT VOLONTAIRE).

Ο ιατρός του ιδρύματος που δέχεται τον άρρωστο στέλνει στις αρμόδιες υπηρεσίες, ένα πιστοποιητικό μετά 24 ώρες και 15 μέρες παραμονής του αρρώστου. Την έξοδο, αποφασίζει ο ιατρός χωρίς καμμία άλλη παρέμβαση ή μπορεί να την ζητήσει απευθείας ο ασθενής μ' επιστολή στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών της περιοχής.

Σε περίπτωση επικίνδυνης ή παθολογικής συμπεριφοράς διατάσσεται υποχρεωτική νοσηλεία (PLACEMENT D' OFFICE) από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών ή από τις αστυνομικές αρχές που στο Παρίσι διαθέτουν ανεξάρτητη ψυχιατρική υπηρεσία (I.P.P.P.: Infirmerie Psychiatrique de la Police de Paris).

Ο ιατρός του ιδρύματος μπορεί οποτεδήποτε το κρίνει αναγκαίο να ζητήσει στις αρμόδιες αρχές την απελευθέρωση του ασθενούς.

Υπάρχουν στην Γαλλία τρία ειδικά ψυχιατρεία για επικίνδυνους ή εγκληματήσαντες ψυχοπαθείς. Η λειτουργία τους έχει δεχτεί πολλές κριτικές.

Σήμερα η μεγάλη πλειοψηφία των εισαγωγών γίνεται με την θέληση των αρρώστων (SERVICE LIBRE). Αυτή η πρακτική κατοχυρώθηκε νομικά το 1936 αλλά στην ουσία άρχισε να εφαρμόζεται μετά το 1946.

Όταν ένας ασθενής διαπράξει αδίκημα ο ανακριτής έχει δικαίωμα να ζητήσει πραγματογνωμοσύνη από ένα ή περισσότερους ψυχιάτρους (τα δικαστήρια διαθέτουν κατάλογο πραγματογνωμόνων της περιοχής, που αποτελείται από ψυχιάτρους των δημοσίων ιδρυμάτων). Αν η διαδικασία αυτή καταλήξει στο ακαταλόγιστο, τότε η ανέκριση κλείνει (NON LIEU) δεν δίνεται καμμία συνέχεια στην υπόθεση και ο ασθενής κλείνεται με εισαγγελική εντολή σε ψυχιατρείο (Άρθρο 64 του Π.Κ.).

Ο ιατρός του ιδρύματος θα ζητήσει την απελευθέρωσή του όταν το κρίνει σκόπιμο, χωρίς κανένα χρονικό περιορισμό. Αν τα αδικήματα που καλύφθηκαν από το ακαταλόγιστο (NON LIEU) ήταν σοβαρά ή κατ'επανάληψη, ο εισαγγελέας ζητάει συνήθως πραγματογνωμοσύνη πριν δώσει την συγκατάθεσή του.

Τα τελευταία χρόνια στην Γαλλία, γίνεται κριτική της παραπάνω διαδικασίας γιατί ανευθυνοποιεί τον άρρωστο, σαν να μην τον αφορούσαν οι κολάσιμες πράξεις του. Το κείμενο του F. CHAUMON είναι δείγμα αυτής της προβληματικής.

Μετά το 1970 και την ουσιαστική εφαρμογή της πολιτικής του τομέα μεγάλο μέρος των ασθενών παρακολουθείται από τις εξωνοσοκομειακές δομές. Η μετατόπιση αυτή, της οργάνωσης της θεραπείας προς τα έξω, και προς ελαφρότερες μορφές δεν έχει ακόμα κωδικοποιηθεί νομικά. Μόνο στις 31.12.1985 αναγνωρίστηκε νομικά ο τομέας και η εξωνοσοκομειακή άσκηση της ψυχιατρικής σαν βασική μορφή της ψυχιατρικής περίθαλψης.

# Κ Ε Ν Τ Ρ Ο Ψ Υ Χ Ι Κ Η Σ Υ Γ Ι Ε Ι Ν Η Σ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

## ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

**Τι είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας :**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) είναι κοινωφελές ίδρυμα που επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες στον τομέα της Ψυχικής Υγείας σε άτομα κάθε ηλικίας. Έχει παραρτήματα σε πολλές πόλεις της Ελλάδας.

**Το Τμήμα Πρόληψης & Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων :**

Στεγάζεται σε ανεξάρτητο διώροφο κτίριο επί της οδού Αγρινίου 33 (Κ.Πατήσια). Αποτελείται από τις παρακάτω μονάδες : 1) Συμβουλευτικό Σταθμό, 2) Κέντρο Ημέρας, 3) Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης και 4) Μονάδα Τηλεφωνικής Βοήθειας.

**Η Μονάδα Τηλεφωνικής Βοήθειας :**

Είναι στελεχωμένη με ειδικά εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνιολόγοι, κοιν. λειτουργοί) που απαντούν τηλεφωνικά ενημερώνοντας ή συμβουλευόντας-υποστηρίζοντας το ενδιαφερόμενο άτομο.

**Σε ποιούς απευθύνεται :**

Σε άτομα με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ ή σε άτομα του περιβάλλοντός τους (γονείς, φίλοι, εκπαιδευτικοί κ.λ.π.).

**Τι προσφέρει :** α) πληροφορίες - ενημέρωση σε άμεσα (χρήστες) ή έμμεσα ενδιαφερόμενους (γονείς, εκπαιδευτικοί, φίλοι), β) παραπομπή σε άλλες μονάδες του Τμήματος Πρόληψης & Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων του ΚΨΥ, σε άλλες Υπηρεσίες ή άλλους φορείς, γ) ψυχοκοινωνική συμβουλευτική-υποστήριξη.

**Ώρες λειτουργίας :** 3μ.μ. - 10μ.μ. (εκτός Σαβ. & Κυριακής)

**Τηλέφωνο κλήσης :** 86.56.600

Αιγάλεω : Σούτσου 4, Πλ. Δαβάκη, Τ.Κ. 122 43, τηλ. 54.49.898  
59.10.066.

Θεσσαλονίκη : Κανταντζόγλου 36 & Παπάφη, Τ.Κ. 546 39,  
τηλ. 845.900 - 845.132.

Πάτρα Αθ. Διάκου 35, Ψηλά Αλώνια, Τ.Κ. 26 224,  
τηλ. 336.666.

Ηράκλειο Κρήτης : Φαρομηλίγγων και Βλαστών 2, Τ.Κ.  
71 202, τηλ. 244.409.

**Μονάδες Ημερήσιας Περιθαλψής (ΜΗΠ) :** Στις μονάδες  
αυτές επιδιώκεται η θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών  
πτώσεων σε ημερήσια βάση με στόχους κυρίως την  
επιμόρφωση και την κοινωνική ένταξη των ατόμων.

ΜΟΣ λειτουργούν :

Στην Αθήνα : Ζαΐμη 9 - Εξάρχεια, Τ.Κ. 106 82, τηλ. 82.18.020.  
Στον Πειραιά : Μπουμπουλίνας 15 & Νοταρά, Τ.Κ. 185 35,  
τηλ. 41.70.500 - 41.70.546.

Στο Αιγάλεω (Νοσ. Ημέρας) : Σούτσου 4, Πλ. Δαβάκη, Τ.Κ.  
122 43, τηλ. 54.49.898 - 59.10.066.

Στη Θεσσαλονίκη : Κανταντζόγλου 36 & Παπάφη, Τ.Κ. 546 39,  
τηλ. 845.900 - 845.132.

Στο Ηράκλειο Κρήτης (Νοσ. Ημέρας) : Φαρομηλίγγων &  
Βλαστών, 2 Τ.Κ. 712 02, τηλ. 244.409.

**Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατά-  
στασης (ΥΕΕΑ) :** Στις υπηρεσίες αυτές εκπαιδεύονται επι-  
τιμωμένοι ασθενείς με ελεγχόμενη ψυχωσική συμπτω-  
ματολογία (ηλικίας 15 - 25 ετών), σε εργαστήρια, με στόχο  
την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική τους επα-  
νένταξη. Οι ΥΕΕΑ λειτουργούν σε συνεργασία με τον  
ΕΟΚ και επιχορηγούνται από την ΕΟΚ.

ΥΕΕΑ λειτουργούν :

Στην Αθήνα : Ζαΐμη 9 - Εξάρχεια Τ.Κ. 106 82, τηλ. 82.18.020.

Στον Πειραιά : Μπουμπουλίνας 15 & Νοταρά Τ.Κ. 185 35,  
τηλ. 41.70.500 - 41.70.546.

Στο Αιγάλεω : Σούτσου 4, Πλ. Δαβάκη Τ.Κ. 122 43,  
τηλ. 54.49.898 - 59.10.066.

Στη Θεσσαλονίκη : Προμηθέως 5, Τ.Κ. 546 27, τηλ. 546.551.

Στην Πάτρα : Αθ. Διάκου 35, Ψηλά Αλώνια, Τ.Κ. 26 224,  
τηλ. 336.666.

Στο Ηράκλειο Κρήτης : Χάνδακος 57, Τ.Κ. 71 202, τηλ. 244.383.

**Υπηρεσία Ειδικής Παιδαγωγικής «ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟΝ» :**

Ημερήσια μονάδα ειδικής αγωγής και προεπαγγελματικής  
εκπαίδευσης για νοητικώς καθυστερημένα ασκήσιμα παι-  
διά και εφήβους ηλικίας 6 - 21 ετών. Στεγάζεται στο Χα-  
νδρινό Αττικής, Λεωφ. Πεντέλης 135, Τ.Κ. 152 34, τηλ.  
68.15.672 - 68.15.256.

**Θεραπευτική Μονάδα :** Ημερήσια μονάδα ειδικής θερα-  
πειτικής αγωγής για αυτιστικά παιδιά και εφήβους ηλικίας  
6 - 16 ετών. Στεγάζεται στην Αγία Παρασκευή Αττικής,  
Λεωφ. Πεντέλης 4, Τ.Κ. 153 42, τηλ. 63.96.444 - 63.96.333.

**Υπηρεσία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (ΥΕΠ) :** Οργανώ-  
νει σεμινάρια, διαλέξεις, συζητήσεις και άλλες εκδηλώσεις  
για την ενημέρωση και επιμόρφωση στελεχών ψυχικής  
υγείας και άλλων ειδικών επαγγελματικών ομάδων όπως  
και για την ευαισθητοποίηση του ευρέως κοινού σε θέματα  
ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια της ΥΕΠ λειτουργεί και  
βιβλιοθήκη. Α΄ όροφος, Κεντρική Διοίκηση, Νοταρά 58,  
Τ.Κ. 106 83, Αθήνα τηλ. 82.31.210 - 82.12.944.

**Μονάδες Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) :** Απευθύνονται  
σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα για τα οποία ενδεί-  
κνυται η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση συμπεριφερι-  
ολογικού τύπου.

ΜΘΣ λειτουργούν :

- 1) Στην Αθήνα : Βασ. Ηρακλείου 8, Τ.Κ. 106 82, τηλ. 88.20.506.
- 2) Στην Θεσσαλονίκη (Σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανε-  
πιστήμιο) : Κανταντζόγλου 36 & Παπάφη, Τ.Κ. 546 39, τηλ.  
845.900 - 845.132.

**Μονάδα Επείγουσας Τηλεφωνικής Βοήθειας (SOS) :**  
Παρέχονται τηλεφωνικά «πρώτες βοήθειες» - υποστήριξη -  
συμβουλευτική. τηλ. 175.

**Συμβουλευτική Υπηρεσία Αλλοδαπών :**  
Βασ. Ηρακλείου 8, Αθήνα, Τ.Κ. 106 82, τηλ. 88.20.506

**Τμήμα Δημοσίων Σχέσεων :** Κεντρική Διοίκηση, Νοταρά  
58, Τ.Κ. 106 83, Αθήνα, τηλ. 82.31.210 - 82.12.944.

**Γραφείο Στατιστικής :** Κεντρική Διοίκηση, Νοταρά 58,  
Τ.Κ. 106 83, Αθήνα, τηλ. 82.31.210 - 82.12.944.

**Προγράμματα ΕΟΚ και ΟΑΕΔ :**

- α) **Θεραπευτικής Ειδικής Αγωγής :** Απευθύνεται σε άνερ-  
γους νέους κάτω των 25 ετών πτυχιούχους ανωτέρων  
και ανωτάτων σχολών που εκπαιδεύονται προκειμένου  
να στελεχώσουν υπηρεσίες ειδικής αγωγής και απο-  
κατάστασης.
  - β) **Εκπαίδευσης Κωφάλαλων σε Η/Υ**
  - γ) **Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης  
Αυτιστικών και Ψυχωσικών.**
  - δ) **Αποϊδρυματοποίησης ψυχωσικών με επανένταξη σε  
«Ανάδοχες Οικογένειες».**
  - ε) **Κοινωνικής επανένταξης ψυχωσικών σε «Προστατευ-  
μένα Διαμερίσματα».**
  - στ) **Κοινωνικής επανένταξης ψυχωσικών σε «Οικοτρο-  
φεία».**
- Σημ. : Επιπροσθέτως ορισμένα προγράμματα επιδοτού-  
μενα από την ΕΟΚ έχουν ενσωματωθεί στον κοινό  
λειτουργίας του ΚΨΥ.

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
Νοταρά 58  
106 83 Αθήνα

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ



1990



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ Υγείας, Πρόνοιας & Κ.Α.

Αθήνα

- 3 - 1991

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Ψυχικής Υγείας  
ΤΜΗΜΑ

Αριθ. πρωτ. ΓΔΥΥ/502

ΠΡΟΣ:

Ταχ. Δ/σην Αρκαδοπούλου 17  
Ταχ. Κώδικας 10187  
TELEX  
TELEFAX  
Πληροφορίες Ε Τελεσίεχ  
Τηλέφωνο 5235308

Πεδερωση, Κω/να  
Φειδίου 15  
Ν. Πισσα  
Αθήνα

ΚΟΙΝ:

ΘΕΜΑ:

Αναμένεται εγώ από 6-3-91 διευκρίνιση  
εξ εδάφου να εγώ γνωρίσουμε τα παρακάτω.  
Α. Ένοργια δύναμη κερβεσίων που περιλαμβάνεται  
από τους μηχανικούς μηχανικούς των ψυχιατρικών  
Ενοργια Νοσείων

Ενοργια Νοσείων	Αριθμός κερβεσίων	Τύπος Κατάστασης Νοσ
1) Ψυχιατρικό Νοσείο Αθηνών	2.300	5811743
2) " " Θεσσαλονίκης	800	663777
3) Ψυχιατρικό Νοσείο Αθηνών	900	5822917
4) Ψυχιατρικό Νοσείο Κερκυρας	360	38254
5) Ψυχιατρικό Νοσείο Ξάνθης	470	39150-153
6) " " " Τρίπολης	360	231396
7) Ψυχιατρικό Νοσείο Αθηνών	450	27041
8) Ψυχιατρικό Νοσείο Πάτρας	300	23104
9) Ψυχιατρικό Νοσείο Αθηνών	1500	23382 - 22356
10) Ψυχιατρικό Νοσείο Αθηνών	Ανάμνη 610 Υπουργείο Παιδείας	7220811-13

$\frac{0}{0}$

## ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

### Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος : Γ. Ν. Χριστοδούλου, Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Υποπρόεδρος : Γ. Ζαφειρίου

Γραμματείς : Ε. Μαρκουλάκη, Δ/ντρια Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες

Πρόεδρος Συμβ/λος : Π. Ξανάλατος

Υποπρόεδρος : Ο. Πανοπούλου - Μαρράτου, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών  
Α. Θεολόγου, Εκπρόσωπος Εργαζομένων

### Επιστημονική Διεύθυνση

Υποδιευθυντής : Β. Κονταξάκης, Επικ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

### Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος : Ν. Δέγλερης, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

Υποπρόεδρος : Α. Διαμαντόπουλος, Παιδοψυχίατρος

Μέλη : Χ. Λεούση, Ψυχολόγος

Ρ. Παπαθεοφίλου, Παιδοψυχίατρος

Α. Τριανταφύλλου, Κοινωνική Λειτουργός

## ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι κοινωφελές ίδρυμα (ΝΠΙΔ) για την εξυπηρέτηση του κοινού στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, που επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ιδρύθηκε το 1956 σαν Τομέας Ψυχικής Υγιεινής του «Εθνικού Ιδρύματος Νεότητας» και αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο φορέα εξωνοσοκομειακής παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε πανελλήνιο επίπεδο.

Σκοποί του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής είναι οι παρακάτω: α) η πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, β) η ενημέρωση του κοινού και η ευαισθητοποίηση-ενημέρωση ειδικών επαγγελματικών ομάδων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή, γ) η εξειδίκευση και επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας, δ) η έρευνα και η μελέτη κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων και φαινομένων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, ε) η εφαρμογή πρότυπων θεραπευτικών προγραμμάτων, ς) η οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών και ενδιαμέσων δομών θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών και αποκατάστασης στο επίπεδο της κοινότητας.

Το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής αποτελείται από Ψυχιάτρους, Παιδοψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ειδικούς Παιδαγωγούς, Λογοθεραπευτές, Ψυχιατρικές Νοσηλεύτριες, Εργοθεραπευτές, Τεχνικούς Εκπαιδευτές, Διοικητικούς Υπαλλήλους, Ειδικούς Συνεργάτες (Στατιστικολόγους, Κοινωνιολόγους, κ.α.) καθώς και βοηθητικό προσωπικό.

### Διαδικασία συνεργασίας με το ΚΨΥ

Η πρώτη φάση της συνεργασίας κάθε ατόμου ή οικογένειας με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής συνίσταται σε μία σειρά συναντήσεων με ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο (ανάλογα με την περίπτωση) ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό. Κάθε πληροφορία που δίνεται από τους προσερχόμενους κατά την διάρκεια των συναντήσεων παραμένει εμπιστευτική. Ο σκοπός των συναντήσεων αυτών είναι να εντοπισθεί η εστία του προβλήματος που απασχολεί τον κάθε προσερχόμενο και να δοθεί η κατάλληλη κατεύθυνση αντιμετώπισης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ψυχιατρική, ψυχολογική ή συμβουλευτική βοήθεια μπορεί να δοθεί σε λίγες συναντήσεις. Σε άλλες περιπτώσεις όμως μπορεί να χρειασθεί μία μεγαλύτερης διάρκειας ψυχοθεραπευτική

αντιμετώπιση, δηλαδή περισσότερος χρόνος και περισσότερη εργασία με το ίδιο άτομο ή και με άλλα άτομα της οικογένειας. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να είναι θεραπεία ατομική ή ομαδική, θεραπεία οικογένειας ή θεραπεία ζεύγους. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις μπορεί να συστηθεί φαρμακευτική αγωγή, συμμετοχή σε πρόγραμμα ημερήσιας περίθαλψης, συνεργασία με φορείς που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το πρόβλημα, ή κάποιας άλλης μορφής αντιμετώπιση.

Ποιές υπηρεσίες λειτουργούν, τί προσφέρουν & σε ποιούς απευθύνονται:

### Κεντρική Διοίκηση - Γραμματεία - Πληροφορίες :

Νοταρά 58 (Πεδίον Άρεως - Λεωφ. Αλεξάνδρας), Αθήνα Τ.Κ. 106 83, τηλ. 82.32.833 - 82.34.005.

Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες (ΠΙΥ) : Εξυπηρετούν παιδιά ηλικίας 3 - 16 ετών τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα στη συμπεριφορά, στη σχέση τους με τους άλλους, στο σχολείο, εμφανίζουν δυσκολίες λόγου και ομιλίας, καθυστερούν στην ψυχοσυντητική τους εξέλιξη ή παρουσιάζουν διάφορα άλλα συμπτώματα, όπως άγχος, υπερβολικούς φόβους, επιθετικότητα κλπ.

### ΠΙΥ λειτουργούν :

- 1) Στην Αθήνα : Ζαίμη 2, Εξάρχεια, Τ.Κ. 106 83, τηλ. 36.44.733.
- 2) Στον Πειραιά : Μπουμπουλίνας 15 και Νοταρά, Τ.Κ. 185 35, τηλ. 41.70.546.
- 3) Στο Αιγάλεω : Σούτσου 4, Πλ. Δαβάκη, Τ.Κ. 122 43, τηλ. 54.49.898
- 4) Στη Θεσσαλονίκη : Καραντιζόγλου 36 & Παπάφη, Τ.Κ. 54 639, τηλ. 845.900.
- 5) Στην Πάτρα : Αθ. Διάκου 35, Ψηλά Αλώνια, Τ.Κ. 26 224, τηλ. 336.666.
- 6) Στο Ηράκλειο Κρήτης : Φαρομηλίγγων και Βλαστών 2, Τ.Κ. 71 202, τηλ. 244.409.
- 7) Στο Βόλο : Κοραή 74, Τ.Κ. 38 333, τηλ. 38.608.
- 8) Στη Ζάκυνθο : Λομβάρδου 78, Τ.Κ. 29 100, τηλ. 26.668.

Συμβουλευτικά - Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων (ΣΨΤΕ) : Εξυπηρετούν άτομα από 17 ετών και άνω που εμφανίζουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) ή προβλήματα στις σχέσεις τους με τους άλλους (όπως στην οικογένεια, στο γάμο, στο περιβάλλον των σπουδών ή της εργασίας). Παράλληλα και ασθενείς με ψυχοπαθολογικές διαταραχές σε ύφεση ή μετά την έξοδό τους από κλινική ή νοσοκομείο που πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματική παρακολούθηση.

### ΣΨΤΕ λειτουργούν :

- 1) Στην Αθήνα : Ιουλιανού 18α και Μαυρομματαίων, Τ.Κ. 106 82, τηλ. 82.10.222.
- 2) Στον Πειραιά : Μπουμπουλίνας 15 & Νοταρά, Τ.Κ. 185 35, τηλ. 41.70.500 - 41.70.546.

B. Κέντρα ψυχικών Υγείας Αθηνών που θα ανοίξουν

1) Γεν. Κέντρ. Νοσ/τιού ΑΣΗΝΩΝ

ΚΨΥ στο Υψώνισσι.

2) Νοσ/τιού "Ευαγγελιστής"

ΚΨΥ στο Παχμεράι.

3) Ψυχ. Νοσ/τιού Αρζιανής

Κ.Ψ.Υ. στο Πρεβίτσι. Αυτονομία για βάρια σε υγεία που παρεχόμενα το ΙΚΑ είναι από Κοινωνικούς

4) Αιγινάτιο Νοσ/τιού

ΚΨΥ. στο Βυρωναί

Για τα κέντρα αυτά υστερά ψυχικών Υγείας, για περιβαλλοντικές απαιτήσεις θα πρέπει να αποδοθούν 624 νοσ/τεια στα οποία ανήκουν.

Γ. Οι γενικές που υφιστάμενοι κλάδοι από την Πύξ. είναι: Παιδικά και Νεολόγος "ΠΕΡΟ (αποκαταστάσιμα κλάδοι) και τον 815/84 (ΕΟΚ) είναι 11 και υπονοούνται ως εξής:

1) Εκτετατά Κοινωνικών ψυχικών και ψυχικών Υγείας Μεγ. Πύξ. 22. Μερ. τμήτ. 9227611. υπονοεί 7 γίνονται:

1 στην Αθήνα

1 στην Αθήνα

1 " Αθήνα

3 " Θεσσαλονίκη

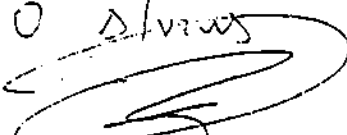
1 " Λαμία

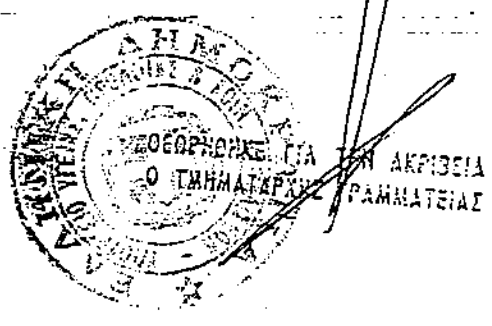


2) Αναδυσταμό Γεωργίου Ιωαννίδη ψυχιατρική Υπηρεσία  
Β Σοφίας 74 Ιβηρία - τηλέφ. 7217763  
1 Ξενώνας στην Αθήνα.

3) Εταιρεία Πνευματικής Ανάπτυξης και ψυχιατρική Υπηρεσία  
Σαπφίρας 7 Αθήνα - τηλέφ. 8223321, 8211617  
1 Ξενώνας 1 επί Χαλαρίδα και 1 επί Ιωάννινα.

4) Κέντρο Ψυχιατρικής Υγιεινής  
Νοσοκ. 58 - Αθήνα - Τηλ. 881824  
1 Ξενώνας στην Αθήνα.

ΕΥ  
Ο Διευθυντής  
  
ΘΕΟΣ ΒΥΘΟΠΟΝΟΥΣ.



Άρθρον 3.

Αι από την ισχύν του εγχειρήματος δια της υπ' αριθ. 334/22.1.1966 αποφάσεως του Κυβερνητικού Οικονομικού Συμβουλίου (ΚΟΣ) Κανονισμοί Αναθέσεως Μελετών Δημοσίων Έργων (ΚΑΜΔΕ) εκδοθέντες αποφάσεις υπό της προελαπομένης υπό τούτου «Συντονιστικής Επιτροπής Κανονισμοῦ Αναθέσεως Μελετών» (ΣΕΚΑΜ) ως και υπό της διαδεχθείσης αυτήν εις την άρχήν των αρμοδιοτήτων της ως άνω «Νομοθετικής Επιτροπής Μητροῦς Μελετητῶν και Κανονισμοῦ Αναθέσεως» (ΓΕΜΔΚΑ), δι' ὧν ἀπερρίθθησαν αἰτήσεις ἀναγνωρίσεως παρατηρημάτων τῶν Μελετητικῶν Πραξίων, λογίζονται ἔγκυροι.

Άρθρον 4.

Ἡ ισχύς τοῦ παρόντος Νομοθετικοῦ Διατάγματος ἀρχεται ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεώς του εἰς τὴν Ἑφημερίδα τῆς Κυβερνήσεως, ἐκτός ἐάν ἄλλως ὀρίζεται ἐν αὐτῷ.

Ἐν Ἀθήναις τῆ 11 Ἀυγούστου 1973

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΠΑΤΤΑΚΟΣ**  
**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΚΑΡΕΖΟΣ**

ΤΑ ΜΕΛΗ

**ΚΩΝΣΤ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, ΙΩΑΝ. ΑΓΑΘΑΓΓΕΛΟΥ, ΦΑΙΔΩΝ ΑΝΝΙΝΟΣ - ΚΑΒΑΛΙΕΡΑΤΟΣ, ΝΙΚ. ΕΦΕΣΙΟΣ, ΚΩΝΣΤ. ΚΑΡΤΑΛΑΣ, ΙΩΑΝ. ΚΟΤΑΗΣ, ΚΩΝΣΤ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗΣ, ΝΙΚ. ΓΚΑΝΤΩΝΑΣ, ΙΩΑΝ. ΛΑΔΑΣ, ΚΩΝΣΤ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, ΟΡΕΣΤ. ΓΙΑΚΑΣ, ΒΑΣ. ΤΣΟΥΜΠΑΣ.**

Ἐθεωρήθη καὶ ἐτέθη ἡ μεγάλη τοῦ Κράτους σφραγίς.

Ἐν Ἀθήναις τῆ 13 Ἀυγούστου 1973

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΓΑΘΑΓΓΕΛΟΥ**

(2)

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 104

Περὶ ψυχικῆς υγιεινῆς καὶ περιθάλψεως τῶν ψυχικῶς πασχόντων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Προτάσει τοῦ Ἡμετέρου Ὑπουργικοῦ Συμβουλίου, ἀποφασισμένων καὶ διατάσσων:

Άρθρον 1.

Όρισμός Ψυχιατρικῶν Καταστημάτων.

1. Ψυχιατρικά Καταστήματα ἢ θεραπευτήρια ψυχικῶν νόσων καὶ παθήσεων νοούνται κατὰ τὸ παρὸν Κρατικά Ἰδρύματα ἢ ἰδρύματα ἰδιωτικοῦ δικαίου ἢ ἰδιωτικά κλινικά ὧν σκοπὸς εἶναι ἡ πρόληψις, ἡ διάγνωσις, ἡ θεραπεία, ἡ ἐπίβλεψις ἢ ἡ ἀνάρρωσις τῶν ψυχικῶς νοσούντων ἢ πασχόντων.

2. Ἀπαντα τὰ ἐπιπίπτοντα εἰς τὴν ἐννοίαν τῆς προηγουμένης παραγράφου Ψυχιατρικά Καταστήματα ἢ θεραπευτήρια ψυχικῶν νόσων καὶ παθήσεων θέλουν ὑπὸ τὴν ἐποπτείαν καὶ τὸν ἐλεγχὸν τοῦ Ὑπουργείου Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν, ἐπιφυλασσάμενων τῶν παρὶ τοῦ Κέντρου Ψυχικῆς Ὑγιεινῆς διατάξεων τῶν Ν.Δ. 572/1970 καὶ 1096/1972.

Άρθρον 2.

Τρόπος καὶ προϋποθέσεις ἀναγνωρίσεως.

Δι' ἀποφάσεων τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν, δημοσιευομένων διὰ τῆς Ἑφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως, ρυθμίζονται τὰ τῆς ἀναγνωρίσεως τῶν ἐν ἀρθρῷ 1 τοῦ παρόντος ἀναγνωρισμένων Καταστημάτων ἢ θεραπευτηρίων ὡς ψυχιατρικῶν καὶ ταιῶν, ὡς ἐπίσης καὶ ἀπαιτούμενοι προϋποθέσεις διὰ τὴν κατὰ τὰ ὡς ἄνω ἀναγνωρισμένους ἐξαιρέτως τῶν ὁπαγαμένων εἰς τὰς διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953 (παρὶ ὀργανώσεως τῆς Ἱατρικῆς Ἀντιλήψεως).

Άρθρον 3.

Κανονισμοὶ ἐσωτερικῆς λειτουργίας.

1. Διὰ κανονικῶν ἐσωτερικῆς λειτουργίας ἐκδοσίων ἐντὸς ἑταῦς ἀπὸ τῆς δημοσιεύσεως τοῦ παρόντος διὰ τὰ λειτουργούντα ἢ μέλλοντα νὰ λειτουργήσουν Κρατικά Ψυχιατρικά Ἰδρύματα ἢ ἰδρύματα ἰδιωτικοῦ δικαίου ἢ ἰδιωτικῆς κλινικῆς, ἐγκλησιαστικῶν ὑπὸ τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν καὶ δημοσιευομένων διὰ τῆς Ἑφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως ρυθμίζονται ἐν γένει τὰ τῆς ἐσωτερικῆς λειτουργίας αὐτῶν.

2. Οἱ κατὰ τὴν ἀνωτέρω κανονισμοὶ συντάσσονται (ὑπὸ τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου) ἐπὶ τῆ βάσει ὑποδείγματος τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν ἐνιαίως διὰ τὰ Κρατικά Ψυχιατρικά Ἰδρύματα, τὰ ἰδρύματα ἰδιωτικοῦ δικαίου καὶ τὰς ἰδιωτικῆς κλινικῆς ἀντιλήψεως.

Άρθρον 4.

Εἰσαγωγή καὶ ἐξέδοξ νοσούντων ἢ πασχόντων.

Δι' ἀποφάσεων τοῦ Ὑπουργοῦ Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν δημοσιευομένων διὰ τῆς Ἑφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως ρυθμίζονται τὰ τῆς εἰσαγωγῆς καὶ ἐξέδοξ τῶν εἰς τὰ ἐν ἀρθρῷ 1 Καταστήματα τῶν ψυχικῶς νοσούντων ἢ πασχόντων ἐξαιρέτως διὰ δικαστικῶν ἀποφάσεων ἢ διατάξεων δικαστικῶν ἀρχῶν ἐγκλησιαστικῶν εἰς αὐτὰ, ὡς καὶ τῶν ἐπιπίπτοντων εἰς τὰς διατάξεις τοῦ ἐπομένου ἀρθροῦ τοῦ παρόντος, τὰ τῆς νοσηλείας τῶν, τῆς καταβολῆς ἢ μὴ νοσηλίων ὡς καὶ πᾶσα συναφῆς λειτουργία.

Άρθρον 5.

Ἐπικίνδυνα ψυχολογεῖς.

1. Ἐν καταπιεστικῇ περιστάσει ὅταν ὁ πάσχων εἶναι ἐπικίνδυνος εἰς τὴν δημοσίαν τάξιν ἢ προσωπικῇ ἀσφάλειαν τῶν πολιτῶν, ἢ δι' ἑαυτὸν, δύναται νὰ αἰτήσῃ τὴν κατόπιν ἡγελοποιημένης ἱατρικῆς πιστοποιήσεως ἄμεσον εἰσαγωγὴν ἢ διακομὴν αὐτοῦ εἰς Νοσοκομεῖον ἢ κλινικὴν ψυχικῶν νόσων. ὁ πάσχων ἢ ἡ σύζυγος, πᾶς συγγενὴς ἐξ αίματος μέχρι τοῦ δευτέρου βαθμοῦ, ὁ ἐπίτροπος, ὁ προσωρινὸς διαχειριστής, ὁ διευθυντής τοῦ Νοσοκομείου ὅπου νοσηλεύεται ἢ προσήλθῃ ὁ πάσχων, ὁ εἰσαγγελεὺς ἢ ἡ ἀτυνομικὴ ἀρχή.

Ἡ αἰτήσις ὑποβάλλεται εἰς τὴν ἀρμοδίαν ἀτυνομικὴν ἢ εἰσαγγελτικὴν ἀρχήν, ἢ δι' ἀμεταρροα τοῦ πάσχοντος εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ψυχικῶν νόσων ἐνεργεῖται μερίμνη τῆς ἀτυνομικῆς ἀρχῆς, μετ' ἀπάραισιν τοῦ Εἰσαγγελέως.

2. Ὁ Διευθυντής τοῦ Νοσηλευτικοῦ Ἰδρυματος ἀποφασίζεται νὰ δεχθῇ τὸν πάσχοντα κατόπιν ἐπιφώνου γνώμης τοῦ διευθυντοῦ ἱατροῦ ἢ τοῦ νομίμου αὐτοῦ ἀναπληρωτοῦ, ἐφ' ὅσον πιστοποιήσῃ τὴν ἐπείγουσαν ἀνάγκην νοσηλείας.

3. Ὁ οὕτως εἰσαχθεὶς εἰς Νοσοκομεῖον ἢ κλινικὴν ψυχικῶν νόσων ἀλείεται ἐλευθέρως εὐθὺς ὡς παύσῃ νὰ εἶναι ἐπικίνδυνος μετὰ προηγουμένην ἐξαιρέσιν τοῦ αἰκίου διευθυντοῦ ἱατροῦ ἢ τοῦ νομίμου ἀναπληρωτοῦ του ὁπωδήποτε ὅμως ἐντὸς μηνὸς ἀπὸ τῆς εἰσόδου του, ἐκτός ἐάν ἐν τῷ μεταξὺ συντρέχουν προϋποθέσεις ἐκουσίας νοσηλείας αὐτοῦ.

Άρθρον 6.

Παιδοψυχιατρικά Καταστήματα.

1. Διὰ κοινῆς ἀποφάσεως τῶν Ὑπουργῶν Κοινωνικῶν Ὑπηρεσιῶν καὶ Οἰκονομικῶν, δημοσιευομένης διὰ τῆς Ἑφημερίδος τῆς Κυβερνήσεως, δύναται:

α) Νὰ ἐκδοθῇ ἴδιον νεορολογικὸν ἢ ψυχιατρικὸν Τμήμα διὰ παιδῶν καὶ ἐφήδους παρὰ Γενικῷ Νοσοκομείῳ ἢ ὡς τῶν τρισκομῶν κλινικῶν, ἢ παρὰ Νοσοκομείῳ Παιδῶν ἢ ὡς τῶν παντῆκων κλινικῶν.



Ψυχιατρικών Κέντρων πλην του άρθρου 12 του αυτού «Περ-  
ουσις του Διπλ. Ψυχιατρικών Κέντρων», όπως διατηρείται εν  
ισχύι.

γ) Ο Νόμος 6077 τσ. 1934 «περί οργάνωσης των Δημο-  
σίων Ψυχιατρείων».

δ) Πάντα διάταξεις αντικαθίστανται τω παρόντι.

Άρθρον 15.

Έναρξης ισχύος.

Η ισχύς του παρόντος άρχεται από της δημοσίευσής αυτού  
διά της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆ 11 Αυγούστου 1973

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΠΑΤΤΑΚΟΣ**

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΚΑΡΕΖΟΣ**

ΤΑ ΜΕΛΗ

**ΚΩΝΣΤ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, ΙΩΑΝ. ΑΓΑΘΑΓΓΕΛΟΣ, ΝΙΚ.  
ΕΦΕΣΙΟΣ, ΚΩΝΣΤ. ΚΑΡΤΑΣ, ΙΩΑΝ. ΚΟΥΛΗΣ, ΚΩΝΣΤ.  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗΣ, ΝΙΚ. ΓΚΑΝΤΩΝΑΣ, ΙΩΑΝ. ΛΑΔΑΣ,  
ΚΩΝΣΤ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, ΟΡΕΣΤ. ΓΙΑΚΑΣ, ΒΑΣ.  
ΤΣΟΥΜΠΑΣ.**

Έδωσθήθη και έτέθη η μεγάλη του Κράτους σφραγίς.

Εν Αθήναις τῆ 13 Αυγούστου 1973

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΙΩΑΝΝΗΣ ΑΓΑΘΑΓΓΕΛΟΥ**

**ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ**

(3)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 160

Περί συστάσεως τακτικών θέσεων εις τὰς Υπηρεσίας επί θε-  
μάτων Βιομηχανίας του Υπουργείου Έθνικής Οικονομίας  
πρός ένταξιν των μονίμων υπαλλήλων του καταργηθέντος  
Ίνστιτούτου Γεωλογίας και Έρευνών Υπεδάφους.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπ' όψει:

1. Τὰς διατάξεις:

α) Τών άρθρων 20 και 21 του Ν.Δ. 1185/1972 «περί ίδρύ-  
σεως Έθνικού Ίνστιτούτου Γεωλογικών και Μεταλλευτικών  
Έρευνών» (ΕΘ.Ι.Γ.Μ.Ε.), και

β) Τών άρθρων 29 και 31 τῆς υπ' αριθ. 11020/1.7.1972  
άποφάσεως του Πρωθυπουργού «περί οργάνωσης του Υπουρ-  
γείου Προγραμματισμού και Κυβερνητικής Πολιτικής» (ΦΕΚ  
466/Β/1972).

2. Τὴν υπ' αριθ. 1373/29.12.1972 σύμφωνον γνωμοδότη-  
σιν του Άνωτάτου Συμβουλίου Δημοσίων Υπηρεσιών.

3. Τὴν υπ' αριθ. 252/1973 γνωμοδότησιν του Συμβουλίου  
τῆς Επικρατείας, προτάσει τών Ημετέρων Υπουργών παρά  
τῶ Πρωθυπουργῶ επί του Υπουργείου Προγραμματισμού και  
Κυβερνητικής Πολιτικής, Έθνικής Οικονομίας και Οικονο-  
μικών, άπερασίτισιν και διατάσσασιν:

Άρθρον 1.

Συνιστάται παρά τῶ Υπουργείῳ Έθνικής Οικονομίας, Υπ-  
ηρεσίας επί θεμάτων Βιομηχανίας, Κλάδος Α10 Γεωλόγων,  
παραλαμβάνων τριάντα (38) θέσεις Τεχνικών Τεχνι-

κῶν υπαλλήλων Α' Κατηγορίας, διατεταμένους κατά βαθμούς  
ὡς ἀκόλουθος:

Πέντε (5) θέσεις επί βαθμῶ 2ω.

Τριάντα τρις (33) θέσεις επί βαθμοῖς 5ω—3ω.

Άρθρον 2.

Εἰς τούς παρά τῶ Υπουργείῳ Έθνικής Οικονομίας, Υπυρ-  
ρεσίας επί θεμάτων Βιομηχανίας, άριστομένους Κλάδους Α9,  
Β5 και Β6, συνιστώνται και τί ἀκόλουθοι θέσεις:

Κλάδος Α9 Διοικητικός:

Μία (1) θέση επί βαθμοῖς 3ω—2ω.

Δύο (2) θέσεις επί βαθμοῖς 8ω—6ω.

Κλάδος Β5 Σχεδιαστών:

Μία (1) θέση επί βαθμοῖς 10ω—8ω.

Κλάδος Β6 Διοικητικός:

Τέσσαρες (4) θέσεις επί βαθμοῖς 11ω—8ω.

Άρθρον 3.

Εἰς τὰς, διά τών προηγουμένων άρθρων συνιστωμέναις  
θέσεις, μετατάσσονται και έντάσσονται, κατά τὰ ἐν άρθροις  
20 και 21 του Ν.Δ. 1185/1972 άριζόμενα, οί μόνιμοι υπάλλ-  
ηλοι του καταργηθέντος Ίνστιτούτου Γεωλογίας και Έρευ-  
νών Υπεδάφους, οί μὲν Τεχνικοί Α' Κατηγορίας εις τὰς θέ-  
σεις του Κλάδου Α10 Γεωλόγων, οί δὲ Διοικητικοί Α' Κατη-  
γορίας και Τεχνικοί και Διοικητικοί Β' Κατηγορίας, αντί-  
στοίχως εις τὰς θέσεις τών Κλάδων Α9 Διοικητικού, Β5 Σχε-  
διαστών και Β6 Διοικητικού.

Εἰς τὸν Ημετέρον επί τῆς Έθνικής Οικονομίας Υπουρ-  
γῶν, ανατίθεται τὴν δημοσίευσιν και έντέλεισιν του παρόντος.

Εν Αθήναις τῆ 11 Αυγούστου 1973

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΑΡΑ ΤΟ ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟ

ΕΠΙ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΚΑΙ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΕΦΕΣΙΟΣ**

**Κ. ΧΡ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΥΛΗΣ**

(4)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 161

Περί όριου ηλικίας διατεταμένων υπαλλήλων εις θέσεις Τε-  
χνικών Κλάδων του Υπουργείου Έθνικής Οικονομίας—  
Τομῆς Βιομηχανίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπ' όψει:

1. Τὰς διατάξεις: α) του άρθρου 16 παρ. 1 του Νόμου  
1811/1951 «περί Κώδικος καταστάσεως των δημοσίων διοικη-  
τικῶν υπαλλήλων» και β) των άρθρων 29 και 31 τῆς υπ'  
αριθ. 11020/1.7.72 άποφάσεως του Πρωθυπουργού «περί όρ-  
γάνωσης του Υπουργείου Προγραμματισμού και Κυβερνητι-  
κής Πολιτικής» (ΦΕΚ 465/72 τ. Β').

2. Τὴν υπ' αριθ. 11300/Δ/5.7.72 άποφασιν του Πρωθυ-  
πουργού «περί προαρμοστικῶν τῶν άρμοδιοτήτων του παρά τῶ  
Υπουργείῳ Προγραμματισμού και Κυβερνητικής Πολιτικής  
Υπαρχῶν παρά τῶ Πρωθυπουργῶ, τῶν Υπουργῶν, του  
Γενικοῦ Γραμματέως, ὡς και τῶν άνωτάτων και άνωτέρων  
υπαλλήλων του αὐτοῦ Υπαρχῶν» (ΦΕΚ 473/72 τ. Β').

3. Τὴν υπ' αριθ. 287/1973 σύμφωνον γνωμοδότησιν του  
Άνωτάτου Συμβουλίου Δημοσίων Υπηρεσιών.

4. Τὴν υπ' αριθ. 275/1973 γνωμοδότησιν του Συμβουλίου  
τῆς Επικρατείας, προτάσει τῶν Ημετέρων Υπουργῶν παρά  
τῶ Πρωθυπουργῶ και Έθνικής Οικονομίας, άπερασίτισιν  
και διατάσσασιν:



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυριόλεγε και εκδόθηκε του κατωτέρω υπό της Βουλής  
αριθμού 1397/83:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα και αποκλειστικό εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαίρεται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση τουπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όριά και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).

2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα οργανωτικού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους γ) λειτουργικής απόδοσης του συστήματος, σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματικό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της παραγράφου προηγούμενης γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό αίτημα.

4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμα εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.

Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νομό τους.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη: α) Δύο εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό τμήμα του αντίστοιχου τμήματος.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψήφιους που προταίνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική έγκληση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων της υγειονομικής περιφέρειας, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπαιδευτικών και ορίζεται από τη ΔΟΕ, στη ΟΛΜΕ και την ΟΛΠΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.

1) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ή Ν.Π.Δ.Δ., που αποστρέφεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που αποστρέφεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίζει εκπρόσωπο, ο Υπουργός του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αντικαθιστάς του.

3. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Στα Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των οικονομικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

5. Η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. είναι διετής. Στην όλη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των Π.Ε.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του ΚΕ.Υ.

Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους Π.Ε.Σ.Υ. ο οποιαδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο αριθμός του αντικαταστάτη γίνεται με διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Μέχρι να οριστεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του Π.Ε.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική φωνή. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των μελών των Π.Ε.Σ.Υ.

6. Το Π.Ε.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση κωλύματός από τον αντιπρόεδρο.

7. Όργανα των Π.Ε.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

8. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. Μέλος του Π.Ε.Σ.Υ. που απουσιάζει δικαιολογητά σε περισσότερες από δύο συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

9. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του, που εκλέγεται από ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική φωνή.

Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισήγηση για τα θέματα. Η εισήγηση των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάκληση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του ΚΕ.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των αποφών του Π.Ε.Υ.

Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκροτήσεως οι επιτροπές, ή ομάδες εργασίας, καθορίζονται το είδος, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εράσιμ και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του Π.Ε.Σ.Υ. έχουν το έργο τους με πλήρη απασχόληση. Με επιούλαξη διατάξεων των άρθρων 1, 3, 4 και 6 του Ν. 1256/1982 (Κ 65), όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 33 του Ν.

1326/1983 (ΦΕΚ 19), τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Για τα λοιπά μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και ομάδων εργασίας της προαναφερμένης περιφέρειας, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εράσιμ ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την επιούλαξη των παραπάνω διατάξεων του Ν. 1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο, εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου αυτής.

11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που απήνουν στη Υπηρεσία Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι αυτοί τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συνεπόμενου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επιθεωρείται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διαβιβάζει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

12. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προεδρεύονται στον οργανισμό του ίδιου ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου των Π.Ε.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο και ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από πέντε (5) για κάθε Π.Ε.Σ.Υ. Με το π. δ/γμα σύστασης ορίζονται τα πρόσωπα για την κατέληψη των θέσεων αυτών και η αμοιβή των προσλαμβανόμενων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των Π.Ε.Σ.Υ.

13. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας φέρονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό κεντρικού πιστώσεως για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των Π.Ε.Σ.Υ.

14. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα, ο τρόπος λειτουργίας των Π.Ε.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των Π.Ε.Σ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5.

Μεμβρές περίθαλψης.

1. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των κοσμητικών οργανισμών και εταιριών διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά κέντρα τους και τα εξωνοσοκομειακά κέντρα των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

2. Νοσηλεία με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και εταιριών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που επιχορηγούνται από το δημόσιο, δηλικά ή μαζικά, σε ιδιωτικές κλινικές, επιτρέπεται ύστερα από ειδική σύμβαση μεταξύ του δημοσίου ή οργανισμού ή εταιρίας και της κλινικής, που εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κομίου Υπουργού, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 6.

Νοσηλεύσεις.

1. Νοσηλεύσεις βρίσκονται μόνον ως Ν.Π.Δ.Δ. Η έδραση, η κτήρηση, η συγχώνευση νοσηλευσίων και η μεταφορά της έδρας τους γίνεται με π.δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση

Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, όταν πρόκειται για μετατροπή συγγώνυμη, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η σύγκληση, η σύνοδος και διαίρεση των νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, όπως συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του νόμου αυτού. Η ίδρυση νοσοκομείου με αποκοπή από άλλη νομική οντότητα και η χρησιμοποίηση της ονομασίας «νοσοκομείο» ή παρόμοιας από ιδιωτικές κλινικές απαγορεύεται. Εν πάσει περιπτώσει, προκειμένου περί ιδιωτικών κλινικών ή μικρο-ιδιωτικών κλινικών είναι απαγορευτική.

2. Νοσοκομειακές μονάδες, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού ως υπηρεσίες Ν.Π.Δ.Δ. και των κλινικών οργανισμών ή Ν.Π.Ι.Δ., εφόσον απαγορεύονται αποκοπή από το δημόσιο ή οι διακρίσεις λειτουργίας τους βασίζονται τον προϋπολογισμό Ν.Π.Δ.Δ., μετατρέπονται μέσα τ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού Ν.Π.Δ.Δ. και υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 ή συγχωνεύονται με νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις αυτού του ν.δ. Σε περίπτωση που μετά τ' ένα χρόνο δε μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. ή δε συγχωνευτούν με Ν.Π.Δ.Δ. γίνονται Ν.Π.Ι.Δ. και δικαιούνται η ενίσχυσή τους.

3. Φορέων δεν απαγορεύονται, συνολικά ή μερικά, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, μετατρέπονται στην προθεσμία σε κρατικά και κοινοπρακτικά Ν.Π.Ι.Δ. Η σύγκληση της διαίρεσης του φορέα στον οποίο ανήκουν φέρει να μετατραπούν σε Ν.Π.Δ.Δ. και να υπαχθούν στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953. Η μετατροπή των μονάδων των νομικών προσώπων ή η συγχώνευση γίνεται με απόφαση εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού. Το προσωπικό, πλην του οικονομικού, που υπηρετεί στις μονάδες αυτές που μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ. κατά τη δημοσίευσή των π. δ' του νόμου αυτής, εντάσσεται ύστερα από κρίση στο αρμόδιο υπηρεσιακό πλαίσιο, εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα είναι ηλικίας μέχρι 55 ετών, σε αντίστοιχες θέσεις, που ετώνται με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Η έναρξη της ύστερα από κρίση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό που δε συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν επιθυμεί κρίση έναρξης εξαιρούμεται να υπηρετεί με τις ίδιες υποδείξεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατρέπεται, σε προσωρινές θέσεις, που καταργούνται, όταν κενωθούν με αποκοπή από τον τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η έναρξη στις θέσεις που προδίδονται αυτόν, το προσωπικό εξαιρούμεται να διατάσσεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσής του π.δ' της παραγράφου.

4. Από τη σύγκληση της προηγούμενης παραγράφου εξαιρούνται τα νοσοκομεία των Α.Ε.Ι και των ενόπλων δυνάμεων.

5. Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν ως Ν.Π.Ι.Δ. και απαγορεύονται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η απαγορευτική. Η απαγωγή γίνεται με π. δ' του νόμου, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά τ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Για τα προσωπικά υπηρετεί κατά την απαγωγή εξαιρούμεται η διακοπή της λειτουργίας 2 του άρθρου αυτού. Η απαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με διαθήκη ή δωρεά, που περιλαμβάνει ρητή αντίθετη διάταξη, μπορεί να απαγορευτούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Τα νοσοκομεία των παραγράφων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωμένα σε προθεσμία 5 μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού να δηλώσουν την απαγωγή τους ή μη στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, αλλιώς διακόπτεται η απαγορευτική τους.

5. Τα νοσοκομεία, που έχουν ιδρυθεί ως Ν.Π.Δ.Δ. και δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, μπορεί να υπάγονται στο νομικό καθεστώς του ν.δ' του νόμου με π.δ' του νόμου, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού.

6. Τα δημοτικά νοσοκομεία από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

7. Μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η ίδρυση, η επέκταση σε δύναμη κρεβάτιων και η μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά κεναιόμνημα ή νομική μορφή της επιχειρήσεως απαγορεύονται. Επίσης μετά παρέλευση τριμήνου από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού απαγορεύεται η μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών ως επιχειρήσεων, καθώς και η μεταβίβαση μερίδων συμμαχογής, εταιρικών μεριδίων και υποκαπιτικών μετοχών ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούν με εταιρική μορφή. Οι κύριοι κενόμνημα μετοχών υποχρεούνται να μετατρέψουν τις μετοχές σε ονομαστικές σε προθεσμία 3 μηνών από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., η προθεσμία μπορεί να παραταθεί για 3 ακόμα μήνες. Οι μετοχές που δε θα μετατραπούν εκπρόθεσμα σε ονομαστικές θεωρούνται κενόμνημα άκυρες, εκτός αν λόγω κτώσεως βίας εκπίδονται τον κύριο των μετοχών ή το νόμιμο αντιπρόσωπό του από το να πραγματοποιήσει τη μετατροπή. Στην περίπτωση αυτή, όπως και στην περίπτωση όπου ο κύριος των μετοχών είναι κτώσιμος εξωκοινοτικό, η πώ πώ προθεσμία παρατείνεται για 1 χρόνο. Μετά την πάροδο της προθεσμίας εκδίδονται μετοχές στο όνομα του δημοσίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εμπορίου και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία μετατροπής των μετοχών, όπως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

8. Ο έλεγχος για την τήρηση από τις ιδιωτικές κλινικές, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εργατήρια των κείμενων νομοθετικών διατάξεων γίνεται από το ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 7.

Εποπτεία νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία, αποκοπή από νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν. Η εποπτεία γίνεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία, που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 και τα Ν.Π.Ι.Δ. που απαγορεύονται από το κράτος, υπάγονται και στην έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης. Η διατάξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων.

2. Για την άσκηση της εποπτείας, σε κάθε νοσοκομείο — Ν.Π.Ι.Δ. συνιστάται πενταμελής εποπτικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

- α) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που ορίζεται για τα περιφερειακά νοσοκομεία από την ΚΕΔΑΚΕ και για τα νομαρχιακά από την ΤΕΔΑΚΕ.
- β) Έναν εκπρόσωπο των γονέων και άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου του άρθρου 11 του νόμου αυτού, που εκλέγεται από αυτούς και έναν εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς.
- γ) Έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ., που υπάγεται στην εποπτεία του, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και
- δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Π.Ε.Σ.Υ. της περιφέρειας που έχει την έδρα του το νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται με απόφαση της ομοσπονδίας του. Ο εκπρόσωπος του Π.Ε.Σ.Υ. δεν μπορεί να είναι από τους εργαζομένους, στο νοσοκομείο. Μέχρι της συγκλήσεως του Π.Ε.Σ.Υ. ορίζεται εκπρόσωπος από το ΚΕ.Σ.Υ. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία και ο συμπληρωτής του.



3. Η Θητεία των μελών είναι τριετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται και οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος του. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται. Αντικατάσταση μέλους γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας και ο αντικαταστάτης ορίζεται με την ίδια διαδικασία. Οι συνεδριάσεις του εποπτικού συμβουλίου γίνονται σε χώρο του νοσοκομείου, που υποχρεούται να παραχωρεί το διοικητικό του συμβούλιο. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται διοικητικός του υπάλληλος που κατά καθήκοντα γραμματέα του εποπτικού συμβουλίου. Στα μέλη του εποπτικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση, κατά συνεδρίαση ή εράσιμα, που ορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

4. Τα εποπτικά συμβούλια κινούν την εποπτεία στο νοσοκομείο, που έχουν διοριστεί, σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου αυτού και ειδικότερα:

α) Παρακολουθούν την εκτέλεση και εφαρμογή των νόμων, αποφάσεων και εγκυκλίων της διοίκησης, που αφορούν τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και γενικά την άσκηση του έργου του νοσοκομείου.

β) Γνωμοδοτούν για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, για κάθε αναμόρφωσή του, για τον απολογισμό και τον ισολογισμό του.

γ) Γνωμοδοτούν πάνω στις προτάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου, που αναφέρονται σε μεταβολή του οργανισμού του.

δ) Προσέχουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή το οικείο Π.Ε.Σ.Υ. τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου και ζητούν τη διενέργεια οικονομικού ελέγχου από αρμόδια όργανα για συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του νοσοκομείου.

ε) Ελέγχουν την εκτέλεση των δαπανών του νοσοκομείου και ιδιαίτερα αυτών που διαρύνουν τις κρατικές επιχορηγήσεις.

στ) Εγκρίνουν τη σκοπιμότητα προμήθειας εξοπλισμού και εκτέλεσης έργων, που η δαπάνη τους υπερβαίνει το ποσό των πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχ. Σε περίπτωση έγκρισης το διοικητικό συμβούλιο έχει δικαίωμα προσφυγής στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας που αποφασίζει. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί ν' αυξηθεί το ύψος του ορίου αυτού.

5. Ο πρόεδρος του εποπτικού συμβουλίου καλείται υποχρεωτικά και τιμωρείται ως επίσημο μέλος, στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου κοινοποιούνται υποχρεωτικά στο εποπτικό συμβούλιο. Τα πρακτικά συνεδριάσεων του διοικητικού συμβουλίου είναι στη διάθεση του εποπτικού συμβουλίου.

6. Παράλειψη της διαίτησης των νοσοκομείων για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού συνιστά παράβαση διοικητική σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 458 Π.Κ., εκτός αν ο νόμος προβλέπει βαρύτερη ποινή.

7. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας και άσκησης του έργου των εποπτικών συμβουλίων, υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και η διαδικασία εκλογής των μελών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 8.

Διάκριση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν κλινικά κτήρια σε περισσότερα από μια ειδικότητες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν κτήριο κλινικής νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και αρχικά. Τα περιφερειακά λειτουργούν στην έδρα κάθε νοσηλευτικής περιφέρειας και καλύπτουν ανάγκη της παροχής ιατρικής εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ει-

δικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα νοσηλευτικά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκη κλινικής πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.

4. Τα ειδικά νοσοκομεία υπάρχουν στην εποπτεία του Π.Ε.Σ.Υ. της υγειονομικής περιφέρειας που λειτουργούν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσώτερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διατυπώνονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 9.

Διοίκηση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία που υπάρχουν στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, που αποτελούνται από πέντε (5) μέλη για όσα έχουν έως τριακόσια (300) κρεβάτια και από επτά (7) μέλη για τα υπόλοιπα.

2. Τα πενταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζεται από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε του νομού που εδρεύει το νοσοκομείο και:

γ) Δύο (2) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

3. Τα επταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Δύο (2) εκπρόσωπους της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται για τα περιφερειακά και τα ειδικά νοσοκομεία από την Κ.Ε.Α.Κ.Ε και για τα νοσηλευτικά από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε και:

γ) Τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Κατεξουσιοδοτείται το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η ΕΛΛΙΣ», που υπάρχει στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του νόμου αυτού, αποτελείται από επτά (7) μέλη:

α) το Δήμαρχο Αθηναίων ή δημοτικό σύμβουλο, που ορίζεται απ' αυτόν ως Πρόεδρος.

β) έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο.

γ) έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο Νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

δ) τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκροτήσεως του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται και ο αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προσφέρει στα Νοσοκομεία τις υπηρεσίες του με πλήρη απαχολήγητη, εκτός αν με πράξη του Διοικητικού Συμβουλίου μεταβιβάσθουν αρμοδιότητές του σε συντονιστή.



5. Για κάθε μέλος ορίζεται εκπληρωτής. Η θητεία των μελών είναι: Ζετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση ορίζονται οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί, που αποκούν την ιατρική ελεύθερο επάγγελμα, δε μπορούν να διορισθούν πρόεδροι ή αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται πρόεδρος ή αντικατάστατος μέλους του διοικητικού συμβουλίου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του αντικατάστατος και ο εριτικός του αντικατάστατος γίνεται τη διαδικασία του αρχικού οριζιού. Μέχρι να οριστεί ο αντικατάστατος, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν παθεί με πράξη εν ζωή ή διάταξη τελευταίας βούλητης, κροτούνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην οικιακή πράξη. Εάν ο κριτικός των μελών αυτών είναι μικτερός από τον κριτικό των μελών, που ορίζεται στην παρ. 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγκροτείται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των μελών, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει ένας εκπαιδευτικός των γιατρών και λοιπών επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπαιδευτικός των λοιπών εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγονται αντίστοιχα από αυτούς.

7. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προέστανται όλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου.

8. Ο πρόεδρος των νοσοκομείων και οι πρόεδροι και αντιπρόεδροι των επαγγελματιών διοικητικών συμβουλίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία κλιθή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του διοικητικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνδρομή που ορίζεται με κοινή απόφαση. Οι διατάξεις της παραγράφου 2 ισχύουν με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65).

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπρόεδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκλέξεως όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται μέσα έως: (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για πρώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του Ε.Σ.Υ. Μέχρι τότε είναι η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξαιρουμένων λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

11. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε κάθε νοσοκομείο νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 από μία συντονιστή με πειραμένη θητεία και έδαφος α' ή β' της κατηγορίας ειδικών θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται πρώτα: ανάστατος σχολής με αξιολογηθείς σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης υπηρεσιών. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέσεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, πρότερον το τελευταίο αυτό συμβούλιο έχει συγκροτηθεί. Ο συντονιστής ασκεί καθήκοντα

τα διοικητικού προσωπικού των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και καταθέτει το έργο τους, εκπαθεί καθήκοντα εκπαιδευτικού ειστηρητή στο διοικητικό συμβούλιο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Με την απόφαση της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού, καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος και οι λεπτομέρειες άσκησης των καθηκόντων του.

12. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάσει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διορίζεται συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου αυτού.

Άρθρο 10.

Οργάνωση νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, επικύρωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μετά στα πλαίσια που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, πρότερον έχει συγκροτηθεί το Π.Ε.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο εκπαιδευτεί από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περιερίθαλψης, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται επίσης η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινικών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τμήσεις και τα τμήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διάρθρωσή τους με επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 25 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με π. δ/τα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται ενίοτε πλαίσια οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα με τη δύναμη σε κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα με την έννοια των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο, με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης μεταξύ τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισορροπημένη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του π. δ/τος αυτού η αναμόρφωση, τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και ο τρόπος λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και υπηρεσιών σ' αυτά των γιατρών όλων των ειδικοτήτων και ειδικότητων σε ειδικές ημέρες και ώρες.

Άρθρο 11.

Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τμήματα που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι:

- α) Παιδολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός και
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής.

Οι οδοντιατρικοί υπάγονται στο χειρουργικό τμήμα.

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα, να οριστεί και αυτοτελής οδοντιατρικός τομέας.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κρεβάτων που εξυπηρετούν κλινικώς όλα τα τμήματά του. Η κλίση κάθε τομέα δεν υπερβαίνει τα τριακόσια (300) κρεβάτια.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας που κρετάει στο τμήμα, με δαδιά διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι επιμελητής Α.

4. Οι γιατροί του τομέα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευμένους γιατρούς εκλέγουν κάθε τρία χρόνια το διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμήματων.

Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμήματων, την αρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, το πλαίσιο των αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. και του Π.Ε.Σ.Υ. ακολουθεί και διαβιβάζει την εκπαίδευση και μεταπτυχιακή των γιατρών, εισηγείται στην επιστημονική επιτροπή χρησιμοποίηση των σχετικών πιστοποιητικών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τομέα.

5. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο έγκλινο εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης εξωτερικούς κρωστούς. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πληρως συγκροτημένες μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τομέα και έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμμοπειική εξοπλισήση, όπως ειδικότερα καθορίζεται με τον κτηνικό κανονισμό λειτουργίας της παραγράφου 5 του προηγούμενου άρθρου.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 12.

Επιστημονική επιτροπή.

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιατρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) ειδικευόμενο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι πανεπιστημιακός γιατρός, που εκλέγεται από το κεντρικό επιστημονικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, χωρίς να αποκλείεται η ανάδειξη και άλλων μελών από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς κατά τη γενική εκλογή των μελών. Τα μέλη της επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία τον πρώτο μεταξύ των διευθυντών και τον δεύτερο μεταξύ των διευθυντών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της είναι τριετής και η συγκρότησή της γίνεται με κλήρωση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Τα μέλη που έχουν την ιδιότητα με την οποία διαρίθωσαν, αποκλείονται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκε.

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό το τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συνουρίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας και χορηγεί τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους. Για την καλύτερη εκμετάλλευση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την εκτίμηση και αξιολόγηση της απόδοσής τους, η επιστημονική επιτροπή των νοσηλευτικών νοσοκομείων συνεργάζεται με τις πανεπιστημιακές κλινικές του περιφερειακού νοσοκομείου της υγειονομικής περιφέρειας, στο πλαίσιο της διασύνδεσης των νοσοκομείων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής καλούνται και συμμετέχουν, χωρίς ήμερο, οι διευθυντές των τομέων της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμήματων, ο τρόπος εκλογής και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Π.Ε. Σ.Υ., οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συγκροτούνται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική συνεδρίαση, για τον καλύτερο συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας.

Άρθρο 13.

Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες.

1. Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό κτηνικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η διάταξη αυτή δεν αναφέρεται στους ειδικευμένους και μεταπτυχιακούς. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν τμήματά του. Η δύναμη κάθε πανεπιστημιακής κλινικής δεν υπερβαίνει τα σαράντα πέντε (45) κρεβάτια. Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινικές που λειτουργούν τμήμα στα νοσοκομεία. Η εγκατάσταση γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του κτηνικού τμήματος και πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ. Με όμοιες αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που λειτουργούν τμήμα στα νοσοκομεία.

2. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στα πλαίσια του τομέα που υπάγονται λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11 και 12 του νόμου αυτού. Το πανεπιστημιακό προσωπικό, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του στο νοσοκομείο, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη δικαιοδοσία του επιστημονικού και ιεραρχικού έλεγχου των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου, όπως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Μέσα σε δώδεκα μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, οι συμβάσεις που ισχύουν για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσοκομεία λήγουν χωρίς προέκταση.

Διατάξεις νόμου ή π.δ/τα για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 καταργούνται.

Οι κλινικές αυτές, τα εργαστήρια και οι ειδικές μονάδες εξακολουθούν να λειτουργούν στα παραπάνω νοσοκομεία μέχρι την εγκατάστασή τους σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

Άρθρο 16.

Κατάργηση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολυκλινικά, τα ιατρεία και οποιεδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταξικά και οποιαδήποτε άλλο φορέα κοινωνικούς χαρακτήρα, εκτός από τους οικονομικούς σταθμούς και τα χειρουργικά ιατρεία, καταργούνται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταργούνται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή αντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον έχει τα νόμιμα προσόντα. Όσοι δεν συμφωνούν τα νόμιμα προσόντα για να ενταχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το καθεστώς των θέσεων που κατείχαν. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται όταν γεννηθούν με οποιαδήποτε τρόπο. Η προϋπηρεσία των κατατασσόμενων υπαλλήλων προμηθεύεται στη νέα τους θέση, για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού με γνώμη του οικείου νομαρχιακού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έκτακτης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος έκτακτης του προσωπικού πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, ορίζονται τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και συζητείται κάθε λεπτομέρεια που προκύπτει από την κατάργηση των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου αυτού. Η έκτακτη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιόριστα, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ταμεία αποδίδουν τη ειδική λογαριασμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις δαπάνες περίθαλψης και νοσηλείας των εργαζομένων τους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα αντίστοιχα ποσά εφάπαξ στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό φορέα και διαθέτουμε για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παραγράφου αυτής. Με όμοιο π. δ/γμα, μέχρι να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προέβλεπε στην παράγραφο 3 του άρθρου αυτού, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

5. Έως ότου εφαρμοσθούν οι διατάξεις του άρθρου αυτού εξαιρουμένου να εφαρμόζονται οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού και να λειτουργεί παράλληλα κατά τη μεταβατική περίοδο το υφιστάμενο σύστημα και οι υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από φορείς κοινωνικής ασφάλισης, όπου δεν έχουν εφαρμοσθεί πάλι οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού.

6. Με την ολοκλήρωση εφαρμογής σε όλη τη Χώρα των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων κατατίθενται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως ειδικότερα θα καθορισθεί με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με τη σύμφωνη γνώμη των αρμόδιων οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων και με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14.

Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, με κοινή απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας, η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις που προστίθενται στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται οι κριτήρια την οποία θα εξαρτηθεί η ίδρυση των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ειδικά ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ειδικά ορισμένες ετοιμότητες.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται η εξουσιοδότηση αποκέντρωσης υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωρικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση προς υγείας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους εφάπαξ στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερα φορέα και κοινότητες.

Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ειδικός εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και οι διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα υπαλλήλων του προσωπικού τους και κάθε άλλη λεπτομέρεια.

Άρθρο 15.

Σκοπός των κέντρων υγείας.

Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

Α. Η παροχή ιατρικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύστημα πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσεγγίζουν σ' αυτή.

Β. Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από νοσοκομείο.

Γ. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη δικαιοσύνη των αρρώστων στο νοσοκομείο.

Δ. Η δικαιοσύνη αρρώστων με ασθενεφόρο αυτοάνηγο ή με ήπια ή άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.

Ε. Η οδοντιατρική περίθαλψη.

ΣΤ. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και κοινωνική διαφώτιση του πληθυσμού.

Ζ. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

Η. Η ιατρική της εργασίας.

Θ. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

Ι. Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικονομικού χαρακτήρα.

Κ. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.

Λ. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Μ. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί νοσοκομείο στην περιοχή τους.

Ν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να αναστέλλονται στα κέντρα υγείας και άλλες αρμοδιότητες.

Άρθρο 17.

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν:

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί, που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Όσοι οικογενειακοί γιατροί εκπαιδεύονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα γι' αυτό προσόντα.

2. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με δέχνη διευθυντή που εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Οι γιατροί της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο κέντρο υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργατικής και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του κέντρου υγείας.

3. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιβάλλουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από πρωτοκλήση.

4. Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιβάλλουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας προσφέρουν υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν καίρια ελεύθερη επιλογή του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης του κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού, μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί, όταν απαιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους σε ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή σε την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1.800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2.500 ατόμων.

Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν τη φροντίδα 1.200 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2.000 ατόμων.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον οικογενειακό γιατρό και παιδίατρο επίδομα ανά 100 άτομα άνω των 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να ανθίσει στον οικογενειακό γιατρό ή παιδίατρο που έχει τη φροντίδα του πολίτη κάτω από 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας.

Μέχρι να εκπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ατόμων δεν μπορεί να κληθεί να εκπαιδευτεί την ιατρική φροντίδα οποιαδήποτε κατοίκου της πόλης που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη έκθεση, με αίτηση εξήγησης του συγκεκριμένου ατόμου,

στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος, εφόσον κρίνει δική του ανάγκη, παραπέμπει τον ενδιαφερόμενο σε άλλον οικογενειακό γιατρό του κέντρου.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής φροντίδας από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθημερινός χρόνος εργατικής των οικογενειακών γιατρών κατανέμεται στο κέντρο υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εργατικής, που καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του ετήσιου κανονιστού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, εντός ή κατά περιοχή. Η απόφαση αυτή εκδίδεται μετά από πρόταση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκαταθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που εφημερεύουν.

Άρθρο 18.

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και στα περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί των αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού γιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σ' αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιδικά το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκπαιδών και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάσταση τους. Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός, εκτελούν και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της περίπτωσης β'.

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό δωρο ωράριο πάντα (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο, που καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε τακτό ωράριο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, που έχουν ανάγκη από δραγυρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό εφημερίας.

5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με δέχνη διευθυντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Άρθρο 19.

Διακίνηση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο.

1. Τα κέντρα υγείας δρῶνται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

2. Η κάλυψη των κεντρικών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών κέντρων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιφερειών β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού τακτικού του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ειδικότερα ο χρόνος υπηρεσίας του κέντρου υγείας των γυναικών της παραπάνω περίπτωσης β'.

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος λειτουργίας των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και κεντρικών κέντρων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα κεντρικά κέντρα του Περιφερείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά κέντρα τους, που τυπώνονται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα κεντρικά κέντρα που συγχωνεύονται σ' αυτό με την αρχική λειτουργία τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και κεντρικών κέντρων, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που από την έναρξη ισχύος αυτής υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατανέμεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προώθησή του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. ακολουθείται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξής. Όσοι πλησιάζουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθιερωμένο, που ισχύει πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που αν συγκαταλέγονται τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθιερωμένο που ισχύει πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και η κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθεί με οποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:  
α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νοσοκομειακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας ερίζονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική ή λειτουργική διαύλεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινωνία και διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην ανακατάσταση και κοινωνική ένταξη του ατόμου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ερευνητικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής απασχόλησης (ημερήσιες ή νυκτερινές).

4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται άμεση νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακροχρόνια νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων ερίζονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διαύλεση 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 δημοσίευσή του νόμου αυτού, μετασχηματίζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος αντικατάστασής τους, με στόχο την απαστολοποίηση των ασθενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκατατίθεται σύμφωνη με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα που αφορά στον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στα οποία υπάγονται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας εφάρμοζον τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερα ποσά και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ενθίσταται ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διαύλεσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 22.

Οικογενειακός προγραμματισμός.

1. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 60) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

α) Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο οργανωτικός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοιατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκατατίθεται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοιατρικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής της προηγούμενης παραγράφου: α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και δημιουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητας και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην ανύψωση του

επιπέδου μεταπαιδείσεως των γιατρών και των άλλων επι-  
στημόνων της χώρας της υγείας, καθώς και με αντίστοιχα  
όργανα των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμά-  
των και Έρευνας και Τεχνολογίας και των αρμόδιων Υπουρ-  
γείων για την προαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή της παρα-  
γράφου 1 συνεννοείται με την επιτροπή εκπαίδευσης - μετα-  
παιδείσεως του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά  
από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να συγχωνεύονται  
ολοκληρά ή μερικά ερευνητικές μονάδες και εγκαταστάσεις, που  
λειτουργούν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, σε νοση-  
ρευτικά ιδρύματα και υπηρεσίες, που υπάρχουν στην απο-  
στολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και επιχορηγούν-  
ται από αυτό. Τα ερευνητικά προγράμματα, που επιχορηγούν-  
ται κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, επεκτελούνται, κα-  
τά τη διαδικασία που ορίζεται, από το ΚΕ.Σ.Υ., μετά από ει-  
σήγησή της Επιτροπής Έρευνας, σύμφωνα με την περίπτωση  
της προηγούμενης παραγράφου και ο εξοπλισμός και οι ο-  
πηρεσίες τους μπορεί να μεταφέρονται σε άλλα ερευνητικά  
έντρα και μονάδες.

4. Ερευνητικά κέντρα ή νοσοκομεία για θέματα υγείας, πο-  
λυεπιστημονικά με μορφή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και εποπτευόμε-  
να από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον επιχο-  
ρηγούνται από τα δημόσια, δεν μπορούν να συνταχθούν ερευ-  
νητικά προγράμματα χωρίς την έγκριση του Υπουργού Υ-  
γείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυ-  
βερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από  
γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικα-  
σία πρόσληψης προσωπικού για την πραγματοποίηση των ε-  
ρευνητικών προγραμμάτων και τη στελέχωση ερευνητικών  
έντρων, η εργασιακή του σχέση, το ύψος των αμοιβών και  
άλλα άλλα σχετικά λεπτομέρεια.

Άρθρο 24.

Γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.).

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων  
διατεθέντες γενικής μορφής και των κατά τις διατάξεις  
του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία  
των ανόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέ-  
σεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και  
αγαρεύεται η κοινή την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα  
οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν  
σχέση με συγχρονική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να  
έχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης  
παραγγέλλεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δευτέ-  
ρα βαθμού ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακείου ή  
χειρουργείων ή να μετέχουν σε επιχειρείες με αντίστοιχα αντι-  
μισθία. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδον-  
τολόγοι.

Άρθρο 25.

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλά-  
δος γιατρών Ε.Σ.Υ.

2. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται με  
απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως,  
Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά νοσοκομείο και  
πρό υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου  
αντίστοιχου νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου  
ΚΕ.Σ.Υ.

Καταξιέρωση σε πρόθεσμία πέντε (5) μηνών από την  
εξέλιξη της ισχύος του νόμου αυτού, η κοινή απόφαση σύστασης  
θέσεων αυτών εκδίδεται και με τη σύμπραξη του τυχόν  
σώματος για την αποπείρα του αντίστοιχου νοσοκομείου Υπουρ-  
γείων και χωρίς τη γνώμη των διοικητικών συμβουλίων των νο-  
σοκομείων.

Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου και των κέντρων υγείας και  
των περιφερειακών υπηρεσιών, που υπάρχουν σε αυτό, προσδέ-  
ονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μεθοδολογίας των  
γιατρών που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του  
προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. διαβαθμίζονται  
σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επιμελητών  
Β' και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Οι θέσεις διευθυντών και  
επιμελητών Α' και Β' συνιστώνται κατά ειδικότητα.

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. 1 του άρθρου 24 του  
νόμου αυτού και σε όλα λειτουργούν ως υπηρεσίες Ν.Π.Δ.Δ.  
ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών και των ανόπλων δυ-  
νάμεων, υπηρετούν αποκλειστικά γιατροί του κλάδου γιατρών  
Ε.Σ.Υ., που προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του  
νόμου αυτού και ειδικευόμενοι. Πρόσληψη γιατρών ή παροχή  
υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε άλλη σχέση απαγο-  
ρεύεται.

Άρθρο 26.

Προσόντα.

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ.  
απαιτούνται τα παρακάτω τοπικά προσόντα:

- α) Ελληνική υπηκοότητα
  - β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
  - γ) Τίτλος αντίστοιχης με τη θέση ειδικότητας
  - δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2.
- Το όριο ηλικίας ισχύει για τον πρώτο διορισμό σε οποιαδή-  
ποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

- α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β' απαιτείται η  
κιοχή του τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι 45 ετών.
- β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α' απαιτείται η  
άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέ-  
χρι 50 ετών και
- γ) για την κατάληψη θέσης διευθυντή απαιτείται η άσκη-  
ση της ειδικότητας για 7 τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέ-  
χρι 55 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από οδοντογιατρούς απαιτείται:

- α) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος και  
ηλικία μέχρι 35 ετών.

- β) Για θέση επιμελητή Β' η άσκηση του επαγγέλματος  
για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών.
- γ) Για θέση επιμελητή Α' η άσκηση του επαγγέλματος  
για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και

δ) Για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος για  
12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, σε κάθε νοσο-  
κομείο δεν ισχύουν τα όρια ηλικίας της προηγούμενης παραγρά-  
φου, αλλά αρκεί για όλες τις θέσεις οι υποψήφιοι να μην  
έχουν υπερβεί τα εξήντα τρία (63) χρόνια. Για τις θέσεις  
γιατρών κέντρων υγείας το όριο ηλικίας των 63 ετών ισχύει  
έως πέντε (5) χρόνια από την έγκριση της απόφασης σύστασης  
του κέντρου υγείας.

Ελληνες γιατροί, που κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυ-  
τού εργάζονται σε νοσοκομεία ή επιστημονικά κέντρα της αλ-  
λεοπείας, μέσα σε ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου αυ-  
τού μπορούν να προσλαμβάνονται σε θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ.  
ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον κατά την προκή-  
ρυξη της θέσης δεν υπερβαίνουν τα εξήντα τρία (63) χρό-  
νια.

4. Σε θέσεις επιμελητή Β' γιατρών των κέντρων υγείας  
που για την κατάληψή τους απαιτείται ειδικότητα γενικής  
ιατρικής, μπορούν να διορίζονται και γιατροί χωρίς ειδικό-  
τητα εφόσον πλαιών τη γενική ιατρική πέντε (5) τουλάχισ-  
το χρόνια. Οι γιατροί αυτοί, μετά το διορισμό τους, υπο-  
χρεούνται σε εξάμηνη ειδική μεταπαιδείση σε νοσοκομείο,



... ειδικότητα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Μετά τη συμπλήρωση της εξάμηνης μεταπτυχιακής οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας γενικής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση το πιστοποιητικό άσκησης και απόφασης που χορηγείται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μεταπτυχιάστηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές έχουν υπηρετήσει ως χρόνος ή με θητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και κλινικών ιατρείων, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι σκόπευαν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά το μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα έντα χρόνια.

5. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής από γιατρούς που απέκτησαν ειδικότητα και αναγνωρίζεται τους γιατρούς πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Γιατροί που εργάστηκαν ως ειδικό σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για ένα χρόνο προκύπτει από τον συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αραιωτικά ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Σε γιατρούς που σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110) έχουν προϋπηρεσία απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεκριμένου τις προσποθίσε κτήσης τίτλου σύμφωνα με το ν. 2/71α αυτό.

6. Γιατροί που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικούνται διορισμένοι με τη διαδικασία των διατάξεων που έχουν κρινούνται, πέρυ πάρουν τον τίτλο της ειδικότητας, για την κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν είναι πάνω από εξήντα τριών (63) ετών.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν κατά υποψήφιοι μετά δύο έτη συνεχώς προκηρξίσεις για κατάληψη θέσης, μπορεί να γίνεται μείωση του απαιτούμενου όριου άσκησης της ειδικότητας. Η δεύτερη από τις συνεχείς προκηρξίσεις πρέπει να γίνει μέσα σε ένα (6) μήνες από την πρώτη.

Άρθρο 27.

Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρού Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξη τους, με επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομεία, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Υ. εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκαταστήσει.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρξύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τις (3) μόνο θέσεις του ίδιου ή και άλλων νοσοκομείων.

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρινούνται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κρίση και συγκεκριμένη αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

α) Η ιατρική προπαιδεία (σε νοσοκομεία, στρατιωτικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτής ή εκπαιδευόμενος).

δ) Η εξειδικευμένη κοινωνική προσφορά και δράση.

ε) Οι ενδείξεις των επιστημών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παραγράφου 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρού συνιστούν κριτήριο επιλογής κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα επίσημα επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημες επιστημονικές εφορίες στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διαρισμό στον κλάδο γιατρού Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται οι κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα προτάσσεται κατά σειρά α, εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρού Ε.Σ.Υ. β) εκείνος που στο πρόσωπό του συντρέχει περίπτωση συνυποτέκτης συζύγου και γ) εκείνος που διαμένει στο νομό που κρίνεται το νοσοκομείο ή το σύστημα χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολόγησης ή ο επόμενος, εφόσον ο προκηρξόμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του. Δε διορίζεται ο γιατρός που α) δεν είναι κλημένος στα κληρώα αρρένων ή για γυναίκες των γενικών κληρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγεί, γ) είναι τυποκρίτης ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει σταθωθεί σε πολιτικά τα δικαιοώματα, για ένα χρόνο διαρκεί η στέρεση, ε) έχει καταδικασθεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή κατακήρυξη, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από προτάσεις των ιατρικών ταξμάτων των Α.Ε.Ι. της χώρας και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να κατατάσσονται και να αξιολογούνται μερικήτα τα στοιχεία συγκεκριμένης αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρού, όπως: οι επιστημονικοί τίτλοι, οι επιστημονικές εργασίες και δημοσιεύσεις σε ξένη και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, η μεταπτυχιακή στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος προπαιδείας σε νοσοκομεία και άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος υπηρεσίας στην άπαιθε, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που κρίνονται στην παράγραφο 4 του άρθρου αυτού.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Πρωθυπουργού της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παθήσεις και άλλες της υγείας, που εμποδίζουν το διορισμό γιατρού, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και αρτιότητας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., κρίνονται τα δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίζει ο γιατρός για το διορισμό του.

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

8. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής τους.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξης των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψήφιους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982 και των επιτηρητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Έπιπλέον κατά της απόφασης του συμβουλίου επιλογής στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής του άρθρου 7 του Ν. 1278/1982 δεν αναστέλλει το διορισμό.

10. Περιοχές, όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικονομικές συνθήκες συνιστούν αποδεδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τα 24ωρης ετοιμότητας περιφερειακά ιατρεία τους, μπορεί με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διάταξης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό του είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας.

Οι άγονες και προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α και Β κατηγορίες. Κατηγορία Α είναι οι περιοχές όπου συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα εξαιρετικά. Η διάκριση γίνεται με το π. δ/γμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο π. δ/γμα, μπορεί να θεωρούνται ειδικά οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση γιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές.

11. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτούνται επιτροπές αξιολόγησης οι οποίες κρίνουν όλους τους γιατρούς που υπηρετούν στο νοσοκομείο και τα κέντρα υγείας, αξιολογούν το ιατρικό, παιδαγωγικό και ερευνητικό έργο και τη γενικότερη υπηρεσιακή επίδοσή και απόδοσή τους. Τα ειδικότερα κριτήρια στην αξιολόγηση, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η απόφαση κρίνει για τους δοκίμους και επιμελητές Β' και Γ' κατηγορίας και για τους διευθυντές κάθε τμήματος. Η αξιολόγηση γίνεται από επιτροπή η οποία αποτελείται :

- α) για τους διευθυντές, από τους διευθυντές των τμημάτων νοσοκομείου, με πρόεδρο το διευθυντή του τμήματος στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος. Όταν κρίνεται ο διευθυντής του νοσοκομείου, η επιτροπή προεδρεύεται από τον αρχαιότερο διευθυντή.
- β) για τους δοκίμους και τους επιμελητές Α' και Β' από : α) το διευθυντή του τμήματος στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος, με πρόεδρό τους, β) το διευθυντή του τμήματος στο οποίο υπηρετεί ο γιατρός, με πρόεδρο τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους διευθυντές του τμήματος του νοσοκομείου και γ) δύο γιατρούς ίδιου βαθμού με τον κρινόμενο που εκλέγονται από τους οικισθέντους γιατρούς του τμήματος. Οι γιατροί αυτοί πρέπει να είναι αρχαιότεροι από τον κρινόμενο. Η επιτροπή προεδρεύεται με πρόεδρο τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους γιατρούς του τμήματος χωρίς αυτούς.

Κάθε θέση γιατρού Ε.Σ.Υ. επαναπροκηρύσσεται, όταν ο γιατρός που την κατέχει συμπληρώσει 5' αυτή υπηρεσιακή (9) χρόνων αν προλαβαί για θέσεις δοκίμου και επιμελητή Β' ή Α' και έξι (6) χρόνων αν προλαβαί για θέσεις διευθυντή. Για την κατάληψη της θέσης αυτής μπορούν υποψηφιστούν γιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο γιατρών που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται :

- 1. Ο γιατρός που έχει υποβάλει αίτηση για την κατάληψη της θέσης που επαναπροκηρύσσεται, με απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ., και γνώμη του συμβουλίου των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982, που αναστέλλει το διορισμό του γιατρού που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται, έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επαναπροσέταξή του στην ίδια θέση. Αν το κριτήριο επιλογής προκύπτει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσης, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε οικισθέντα κενή θέση νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή κέντρου υγείας ή κέντρου υγείας ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει τις υπηρεσίες του τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας.
- 2. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του συμβουλίου των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982.
- 3. Ο κριτής των υπεράριθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβεί το δύο τοις εκατό (2%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.
- 4. Για πέντε (5) χρόνια από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μετακαλούνται από το εφευρετικό Έλληνες γιατροί, αναγνωρισμένης επιστημονικής αξίας και κύρους με αποδεδειγμένο κλινικό ή ερευνητικό ή ερευνητικό έργο και με αποδεδειγμένη από επίσημους επιστημονικούς τίτλους προϋπηρεσία σε υπεύθυνη θέση αναγνωρισμένου νοσηλευτικού, ερευνητικού ή εκπαιδευτικού κέντρου της αλλοδαπής και να προσλαμβάνονται σε θέσεις διευθυντών τμημάτων νοσοκομείων με σύμφωνη αρχαιότητα ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που μπορεί να ανανεώνεται. Οι επιστημονικοί τίτλοι και τα αποδεικτικά στοιχεία του επιστημονικού έργου κρίνονται και αξιολογούνται από ειδική επιστημονική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ., που συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982. Οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν το σύνολο των αποδοχών της θέσης που διορίζονται και επί πλέον ποσοστό πενήντα τοις εκατό (50%) στο έκτακτο μισθό της θέσης για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Πάτρας και Ηρακλείου και εκατό τοις εκατό (100%) για τα νοσοκομεία των άλλων πόλεων. Οι γιατροί αυτοί στη διάρκεια που υπηρετούν στις θέσεις αυτές υπόκεινται σε όλους τους περιορισμούς και τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται με το νόμο αυτόν για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ.
- 5. Οι θέσεις που καταλαμβάνονται κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής σε κάθε νοσοκομείο δεν μπορεί να υπερβούν το δύο τοις εκατό (10%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού, σε κάθε όμως περίπτωση, το λιγότερο θα είναι μία.

12. Ο γιατρός που έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επαναπροσέταξή του στην ίδια θέση, αν το κριτήριο επιλογής προκύπτει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσης, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε οικισθέντα κενή θέση νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει τις υπηρεσίες του τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας.

13. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του συμβουλίου των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982.

14. Ο κριτής των υπεράριθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβεί το δύο τοις εκατό (2%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

15. Ο γιατρός Ε.Σ.Υ. μπορεί να υποβάλει αίτηση για κατάληψη άλλης οικισθέντα θέσης.

Άρθρο 28.

Εξέλιξη στον κλάδο.

- 1. Η βαθμολογική εξέλιξη των γιατρών και οδοντογιατρών γίνεται με την κατάληψη κενής θέσης χιτώσεως ανώτερου βαθμού από αυτόν που έχουν μετά από προκήρυξη της θέσης και κρίση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.
- 2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό κατά την προηγούμενη παράγραφο γίνεται μετά τη συμπλήρωση τριών ετών στον κατεχόμενο βαθμό. Μετά την πάροδο δώδεκα (12) χρόνων ο γιατρός, που δεν θα κριθεί ικανός για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού, μένει στάσιμος βαθμολογικά. Στην περίπτωση αυτή, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο γιατρός τοποθετείται με τη διαδικασία της παραγράφου 12 του προηγούμενου άρθρου σε οποιαδήποτε οικισθέντα κενή θέση γιατρού ή ως υπεράριθμος σε οποιαδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τους γιατρούς που έχουν το βαθμό του διευθυντή.
- 3. Οι οδοντογιατροί που έχουν το βαθμό του δοκίμου για να εξελιχθούν βαθμολογικά σε θέση επιμελητή Β' πρέπει :



έργον συμπληρωθεί σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια κλάσης του επαγγελματία.

γ) Ο κλάσος των υπαρκτών κλασών της παραγράφου α), κλάσος κατόπιν δεν μπορεί να υπερβεί το όρισμα της παρ. 2) του άρθρου του κλάσους έκθεσης κατά ειδικότητα.

Άρθρο 29.

Κλάσος εργαζίας.

Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συναγές πρώτου εκτάκτου κλάσης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρώτο ωράριο ετήσια εντός για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, σύμφωνα με τις ιδιαιτερές συνθήκες κάθε περιφέρειας. Τα Ε.Σ.Υ., εφόσον έχουν συγκαταστήσει, μπορούν, ύστερα από έγκριση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη της ομοσπονδίας των γιατρών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας που υπάγονται σ' αυτό, να εργάζονται, για τα νοσοκομεία της περιφέρειάς τους, την τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή τον ορισμό διακεκομμένου ωραρίου.

Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. όλων των βαθμών, πέρα από το κανικό ωράριο εργαζίας, υποχρεούνται και σε ενεργό εργασία μέσα στο νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας και σε ετήσια απομείωση. Οι γιατροί εργαζίας απομείωσας και πέρα από το νοσοκομείο από το γιατρό ενεργού εργαζίας σε ανάλογη περίπτωση. Στους γιατρούς ενεργού εργαζίας αξιολογείται απομείωση για υπερωριακή απασχόληση, καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για καθορισμό της υπερωριακής απομείωσης. Οι γιατροί εργαζίας απομείωσας παίρνουν απομείωση για υπερωριακή απασχόληση, μόνο για το χρόνο που κλιούνται και εφόσον τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, με εξίτησή την εργαζία απομείωσας των οικογενών γιατρών και των γενικών γιατρών περιφερειακών ελαφρών ελαφρών απομείωσας, για την οποία καθορίζεται απομείωση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Η απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζει οι λεπτομέρειες εφαρμογής των διατάξεων της παρ. 1) αυτής.

Οι γιατροί όλων των βαθμών και ειδικοτήτων υποχρεούνται σε υπερωριακή απασχόληση στα εξωτερικά ιατρεία στην αντιμετώπιση αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (επιχειρηματικών εξωτερικών κρούσεων), εφόσον στο κανονικό ωράριο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων δεν καλύπτονται άμεσα αυτές ή ειδικές περιπτώσεις κρούσεων επιδημικών εξιτητήτων και παρακολούθησή τους σε χρόνο διά από κλείσιμο της κανονικής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων.

Ανάγκη για την παραπάνω υπερωριακή απασχόληση των γιατρών κρίνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του άρθρου 12 του νόμου αυτού που με απόφασή του ορίζει τις λεπτομέρειες και τις ημέρες υπερωριακής απασχόλησης γιατρού.

Άρθρο 30.

Μισθολόγιο.

Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους από ως εξής :

Βαθμός	Χρόνια υπηρεσίας		
	0 — 3	3 — 6	6 — 9
Κλάσης	35.000	40.000	45.000
ελαφρώς Β'	60.000	65.000	70.000
ελαφρώς Α'	75.000	80.000	85.000
ενδοκρινής	95.000	110.000	130.000

Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. χορηγούνται οι ακόλουθες μηνιαίες απομειώσεις και επιδόματα :

α) στους βαθμούς 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διδασκαλίας, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγελματία και για την απομείωση έκτακτων εργασιών.

β) στους ειδικούς Β' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διδασκαλίας και 15.000 δραχμές απομείωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγελματία και για την απομείωση κλάσης των γιατρών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

γ) για τους ειδικούς Α' 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διδασκαλίας και 20.000 δραχμές απομείωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών του επαγγελματία και την απομείωση κλάσης των γιατρών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο και :

δ) για τους διευθυντές 12.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διδασκαλίας και 25.000 δραχμές απομείωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγελματία, την απομείωση για την κλάση των γιατρών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

Οι απομειώσεις της παραγράφου αυτής μπορούν να αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι διατάξεις της παρ. 6 του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παραγράφων 1, 4 και 5 του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 3 του άρθρου αυτού.

4. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καταργούνται όλα τα επίδομα επίδομα των οικογενειακών. Επίσης καταργείται η διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 3 του Ν.Δ. 3623/1956, (ΦΕΚ 271). Στους γενικούς γιατρούς των κέντρων υγείας με απομείωση και τους οικογενειακούς των κέντρων υγείας κεντρικών περιοχών, καταβάλλονται ετήσια έκδομα για τις οικογενειακές τους περιβάλλουσες κλάσεις στο σπίτι, εκτός της έδρας του κέντρου υγείας ή του περιφερειακού ιατρείου ελαφρών απομείωσας, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους.

5. Για τις κλαίρες των γιατρών εφαρμόζεται η αυτοάσκηση παραρτηματική αναπροσαρμογή.

6. Για κάθε πέντε (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής ειδικότητας και για μέχρι πέντε (5) πενταετίες, χορηγείται σε όσους διαμένουν στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. κατά την πρώτη πλήρωσή τους μετά την εφαρμογή του νόμου αυτού προσαύξηση πέντε τοις εκατό (5%) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο μισθού κάθε βαθμού.

7. Στους βαθμούς και ειδικότητες Β' και Α', που συμπληρώνουν εντός (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και δεν εξιτίζονται στον κλάση επόμενο, χορηγείται επίδομα πολυετούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμένη τριετία μετά την εντός χρόνια και έως επτά (7) τριετίες, που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο κάθε βαθμού (0—3).

8. Στους μόνιμους γιατρούς των κέντρων υγείας μη απομείωσας και των περιφερειακών ιατρείων ελαφρών απομείωσας που έχουν την έδρα τους σε προβληματικές περιοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 27 του νόμου αυτού, χορηγείται προσαύξηση επί του ετήσιου τους μισθού, ως εξής :

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α' κατηγορίας :

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου υπηρεσίας, δαπάνες τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλα τα χρόνια.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου αίχου πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά για όλα τα δεύτερα χρόνια.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου, εφάπαξ τοις εκατό (40%) αναδρομικά για όλα τα τρίτα χρόνια και :

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο μετά τα τρία χρόνια, πνήτητα τοις εκατό (50%) αναδρομικά.

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Β' κατηγορίας :

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου εκτός τοις εκατό (8%) αναδρομικά για όλα τα χρόνια.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου δύνανται είναι τους εκατό (100) αναδρομικά για όλο το χρόνο.  
 Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου είναι τους εκατό (100) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και  
 Για κάθε ένα πενταετή χρόνο μετά τα τρία χρόνια είναι πέντε τους εκατό (50%) αναδρομικά.

Άρθρο 31.

Κατασκευή γυμνασίων.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαιδευτικής και μεταεκπαιδευτικής γυμνασίων. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής:

α) Επισημαίνει τον καθιερωμένο, διαχωριστικό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και εδωνιαστικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γυμνασίων που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καταρτίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των ενδιαφερόμενων γυμνασίων και καθορίζει τα κριτήρια για τον αριθμό των κενών, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων τ' αυτό γυμνασίου.

δ) Καταρτίζει επίσης πρόγραμμα συνεχόμενης εκπαίδευσης των γυμνασίων, των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επιχειρηματίων υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου θ του άρθρου 4 του νόμου αυτού και ολοκληρείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και αρχίζει, επεκτείνει, τονώνει και κλείνει την εκπαίδευση και απόκτησή τους.

2. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εφίρονται οι προποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος, εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Άρθρο 32.

Άδειες.

1. Στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 29 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικοκυλομένης απουσίας από την εργασία. Εφόσον το ζητήσουν οι γιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιανουαρίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό τμήμα του νοσοκομείου, μετά από γνώμη του διευθυντή του τμήμα, στον οποίο ανήκουν οι γιατροί. Οι γιατροί με ειδικότητα αποκλειστικών διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές, σε κάθε βαθμό, για μεταεκπαιδευτική ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών σεμιναρίων και μεταεκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα ή το εξωτερικό. Η μεταεκπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. Για

τη χορηγηση εκπαιδευτικής άδειας για το εξωτερικό απαιτείται η αποδεδειγμένη άριστη γνώση από το γλωσσικό της ξένης χώρας όπου μεταβάνει.

2. Γιατροί, που πείρουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές, υποχρεούνται να υπηρετήσουν στον κλάδο γυμνασίων Ε.Σ.Υ. μετά τη λήξη της εκπαιδευτικής άδειας διπλάσιο χρόνο. Σε αντίθετη περίπτωση υποχρεούνται να επιστρέψουν στο διπλάσιο το ποσό των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο της άδειας. Η απόφαση γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την εισπραξη των δημόσιων εσόδων.

3. Στους γιατρούς των νοσηλευτικών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας μη κτινών περιοχών και των περιφερειακών κέντρων τους 24ωρης εφημερίας χορηγείται, ύστερα από αίτησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και σύμφωνα γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου του άρθρου 12 του νόμου αυτού εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε τριετία για παρακολούθηση μεταεκπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απασχόληση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, πέρα από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού και με εξαίρεση από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορηγηση των εκπαιδευτικών κενών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Στους γιατρούς χορηγούνται αναρωτικές άδειες και επιπλέον στις γυναίκες άδειες κύησης και λοχείας σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζεται η διαδικασία και οι προϋποθέσεις λήψης άδειας γυμνασίων για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων.

Άρθρο 33.

Απόσπαση — μετακίνηση.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε γιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο φορές σε κάθε βαθμό και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτή εξαιρούνται οι γιατροί — μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκεντρωθεί, αν πρόκειται για απόσπαση στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και του ΚΕ.Σ.Υ., αν πρόκειται για απόσπαση σε άλλη υγειονομική περιφέρεια.

Σε έκτακτες ανάγκες η απόσπαση γίνεται και πριν από τη γνωμοδότηση του Π.Ε.Σ.Υ. και του ΚΕ.Σ.Υ. αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή η γνώμη τους διατυπώνεται στην πρώτη μετά την απόσπαση συνεδρίαση. Αν η γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. ή ΚΕ.Σ.Υ. είναι αρνητική, η απόσπαση ανακαλείται.

2. Ο χρονικός περιορισμός της προηγούμενης παραγράφου δεν ισχύει όταν πρόκειται για απόσπαση των υπεράριθμων γυμνασίων των παραγράφων 12 του άρθρου 27 και 2 του άρθρου 28 του νόμου αυτού.

3. Στους γιατρούς που μετακινούνται εκτός της έδρας τους καταβάλλεται προσαύξηση επί του βασικού μισθού τους πενήντα τοις εκατό (50%).

Άρθρο 34.

Παιθραρχική δικαιοδοσία.

1. Παιθραρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. εκτός από τα παιθραρχικά συμβούλια των ιατρικών τμημάτων ασκούν μόνο:

- α) Το διοικητικό τμήμα του νοσοκομείου, εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ.
- β) Το περιφερειακό παιθραρχικό συμβούλιο.
- γ) Το κεντρικό παιθραρχικό συμβούλιο.

ματρός Ε.Σ.Υ. που προέρχουν υπηρεσίες τα νοσοκομεία  
Π.Δ. παραπέμπονται για παιδιατρικό έλεγχο στο περι-  
φερικό παιδιατρικό συμβούλιο.

Στην έδρα κάθε γεωγραφικής περιφέρειας συνιστάται  
έξ περιφερειακό παιδιατρικό συμβούλιο γυναικών Ε.Σ.Υ.  
σταλείται από:

Τον πρόεδρο του κεντρικού (ΚΕ.Σ.Υ.) με αναπληρωτή  
ν αντιπρόεδρο.

Εναν (1) από τους προέδρους των παιδιατρικών συμβου-  
λιών ιατρικών συλλόγων της γεωγραφικής περιφέρειας.  
σπεινεται με τον αναπληρωτή του από τον πινελλήνιο  
έ σύλλογο και

Έναν (1) πρόεδρο πρωτοδικών που ορίζεται με τον  
αρχηγό του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης, ως πρόεδρο.  
συγκροτήση των περιφερειακών παιδιατρικών συμβουλίων  
με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Κά-  
θε γραμματέα εκτελεί υπάλληλος του ΠΕ.Σ.Υ.

Αρτηρία των μελών είναι τριετής. Μέχρι να ορισθούν οι  
μικρές περιφέρειες και συγκροτηθούν τα ΠΕ.Σ.Υ., ο  
και η περιφέρεια των παιδιατρικών συμβουλίων ορίζονται  
απόφαση συγκροτήσεώς τους.

Τον ίδιο κέρκωσθ ορίζεται από τον πρόεδρο του ΠΕ.  
και του αναπληρωτή του γυναικός—μέλος ιατρικού συλ-  
λής περιφέρειας του παιδιατρικού συμβουλίου που προ-  
ει με τον αναπληρωτή του από το ΚΕ.Σ.Υ.

Διορίζεται με έδρα την Αθήνα πανεπιστημιακό κεντρικό  
παιδιατρικό συμβούλιο γυναικών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:  
Τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον πρ-  
εδρο.

Τον πρόεδρο του κέντρικου παιδιατρικού συμβουλίου, τον  
αρχηγό ιατρικού συλλόγου με τον αναπληρωτή του.

Έναν (1) πρώτο δικαιοδικών δικαστηρίου, που ορίζε-  
ται αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης.

Έναν (1) πρώτο της πολιτικής δικαιοσύνης που ορί-  
ται αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης

Έναν (1) μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που ορίζεται με τον αρχ-  
ηγό του μετά από απόφαση της ολομέλειάς του. Πρόεδ-  
ρος κεντρικού παιδιατρικού συμβουλίου είναι ο αρχαιό-  
κατά το διορισμό του οσέτης.

Αρτηρία των μελών του συμβουλίου είναι τριετής. Η συμ-  
η του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και  
και.

Αρτηρία του συμβουλίου ορίζεται με την απόφαση συμ-  
η του ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας  
πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγεται στην υπηρεσία του.

Τα τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περι-  
ικών παιδιατρικών συμβουλίων γυναικών Ε.Σ.Υ., τη δικ-  
λήψη αποφάσεων, τα καθήκοντα και τις υποχρεώ-  
των μελών τους και την αντικατάστασή τους, εφαρμό-  
νάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα παιδιατρικά συμ-  
των δικαστικών υπαλλήλων. Στα μέλη των παιδιατρ-  
συμβουλίων καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρια-  
κα καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονο-  
μίας και Υγείας και Πρόνοιας.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε  
βάθμω. Τα περιφερειακά παιδιατρικά συμβούλια δικά-  
σε πρώτο βαθμω τα παιδιατρικά αδικήματα που μπορούν  
πρόεδρου ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος  
ν υποβολή υποψηφιότητας κατάληψη θέσης ανώτερου  
από ένα (1) έως πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο  
βάθμω από έφωσθ κατά αποφάσεων του διοικητικού  
λιου του νοσοκομείου .

Κεντρικό παιδιατρικό συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθ-  
παιδιατρικά αδικήματα, που μπορεί να επιφέρουν την  
την ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος και  
επιτηρητής πώσης και σε δεύτερο βαθμω, ύστερα από έφω-  
κά αποφάσεων των περιφερειακών παιδιατρικών συμβου-  
Το συμβούλιο της επιτηρησίας κρίνει προσφυγές κατά

των αποφάσεων του κεντρικού παιδιατρικού συμβουλίου και  
των περιφερειακών παιδιατρικών συμβουλίων.

Άρθρο 35.

Παιδιατρικά αδικήματα και παιδιατρικές ποινές.

1. Παιδιατρικά αδικήματα των γυναικών Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Η άδικη ελευθερία ή άλλοσ επαγγέλματος ή η κα-  
ταχή άλλοσ θέσης κατά παράβαση των διατάξεων του άρθρου  
24 του νόμου αυτού.

β) Η λήψη κρισίως για οποιαδήποτε μορφή παροχή ια-  
τρικών υπηρεσιών.

γ) Η δωροληψία.

δ) Η απόδοχή οποιαδήποτε χρηματικής περιουσιακής πα-  
ροχής και αν έαν συνιστά δωροληψία, από πρόσωπα της οποίας  
προέρχουν ιατρικές υπηρεσίες.

ε) Η συνεργασία με γυναικός, που κέρκωσθ ελευθερία επαγ-  
γέλματι ή με ιδιωτικές κλινικά, καθώς και η παράβαση της  
διατάξης του άρθρου 24 παρ. 2, άρθρο προτελευταίο,  
της οποίας μοναδική κύρωση αποτελεί η παιδιατρική εφώνη  
του γυναικός Ε.Σ.Υ., εφόσον οι αναφερόμενες δραστηριότητες  
των γυναικινών του προσώπων καθύπτουν νοσηριακά δική  
του επαγγελματική δραστηριότητα ή συνεργασία.

στ) Η χρησιμοποίηση της θέσης για εφωπρότερη συμπε-  
ριών δικών τους ή τρίτων.

ζ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

η) Η κατάληξ και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκώ-  
των τους.

θ) Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθη-  
κόντων, η άρνηση ή η παράλειψη καθύπτερος παροχής  
υπηρεσίας.

ι) Η άδικη μεταχείριση των κέρκωσθ στην παροχή ιατρι-  
κών υπηρεσιών ή η απεινή συμπεριφορά προς αυτούσ.

ια) Η μη επίκαιρη συμπεριφορά τους προς τους πολίτες,  
τους προϊσταμένους και λοιπούσ υπαλλήλους.

ιβ) Η μη έγκαιρη κατάρτιση ενδέσσει, ως και η σύντα-  
ξη ενδέσσει νοσηριακών προσόντων από προϊσταμένο κρισίθ,  
χωρίς την επίβλεψη και κριτική και αντικειμενικότητα.

ιγ) Η παράβαση της επιβλεπόμενης αρχαιότητας.

ιδ) Η χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίσ έχουν από  
την υπηρεσία τους, για να αποκριστούν όφωλα οι ίδιοι ή τρίτοι.

ιε) Η εφωρά λόγου κρικής χρησιμοποίησης, η υπακλήσι-  
ση, η παράβαση χρησιμοποίησης πρόγραμματος, που κριθεί στο  
Δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ.

ισσ) Η παράβαση καθηκόντων κατά τον ποινικό νόμο και

ισθ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των  
νόμων που διέπουν το νοσηριακό.

2. Παιδιατρικές ποινές είναι:

α) Έγγραφο επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών τριών μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιό-  
τητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμω από ένα (1)  
μέχρι πάντα (5) χρόνια.

δ) Οριστική πώση και

ε) Αρχίωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρι-  
νά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότη-  
τας, για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμω μπορεί να επιβλη-  
θεί για τα αδικήματα δ' έως ιε' της παραγράφου 1 του άρ-  
θρου αυτού.

4. Η ποινή της αρχίωσης της άδειας άσκησης επαγγέλ-  
ματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα με στοι-  
χεία α', β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

5. Η ποινή της οριστικής πώσης επιβάλλεται υποχρεωτι-  
κά για το αδίκημα με στοιχεία α' της παραγράφου 1 του άρ-  
θρου αυτού και μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β' έως  
ε' της ίδιας παραγράφου.

6. Κάθε παιδιατρικό όφωσθ μπορεί να επιβάλλει τις εφής  
ποινές:

2) Το διοικητικό τμήμα του νοσοκομείου—Ν.Π.Δ.Δ. άρχισαν επίσημα και πρότερον μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών.

3) Το περιφερειακό παιδαγωγικό τμήμα τις ποινές με επιείκη ε' έως γ' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

γ) Το κεντρικό παιδαγωγικό τμήμα τις ποινές με επιείκη δ' και ε' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

7. Παιδαγωγικές διατάξεις που φέρουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική θεωσιολογία εξαιρουμένων να ισχύουν.

8. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του παιδαγωγικού δικαίου των δημόσιων σχολείων.

Άρθρο 36.

Λύση υπηρεσιακής σχέσης.

1. Η υπηρεσιακή σχέση των γιατρών Ε.Σ.Υ. λύεται με το θάνατο, την έκπτωση, την αποδοχή παραίτησης ή την απόλυτή τους.

2. Έκπτωση γίνεται αυτοδίκαια σε περίπτωση αυτεπάγγελτης καταδίκης του γιατρού για κινδύνισμα ή πληρωτέημα από κατά που αναφέρονται στο άρθρο 27 του νόμου αυτού ή σε στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων. Η απόλυση της ελληνικής ιατρικής συνεπάγεται έκπτωση του γιατρού, αφού διεκδικήσει από την αρμόδια αρχή. Η έκπτωση σε κάθε περίπτωση διαπιστώνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι γιατροί έχουν δικαίωμα υπεβολής παραίτησης. Η παράτηση υπβάλλεται γραπτά στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και η λύση της υπηρεσιακής σχέσης επέρχεται με την αποδοχή της παραίτησης. Αν παρέλθει άπρακτο διάστημα δύο μηνών, η παραίτηση θεωρείται ότι έγινε κλειστή και λύνεται αυτοδίκαια η υπηρεσιακή σχέση.

4. Οι γιατροί αποκτούν: μόνο:

α) Με την επιβολή της ποινής της οριστικής πύσης ή της οριστικής κλεισίσεως της άδειας.

β) Για τωματική ή πνευματική ανικανότητα που διαπιστώνεται με τη διαδικασία και τα όργανα της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

γ) Με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους ή σε κάθε περίπτωση με τη συμπλήρωση 35 χρόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

5. Η αποδοχή παραίτησης και η απόλυση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 37.

Κατάργηση θέσεων.

1. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται όλες οι θέσεις ιατρικού προσωπικού, πλην των ειδικευμένων, οργανικές ή μη, μόνιμες ή με θητεία, με σύμβαση οποιαδήποτε μορφής, των νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και των νοσοκομείων υπηρεσιών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Θέση κατά την έννοια της διάταξης αυτής λογίζεται και η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε μορφή συνεργασία στα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται από το δημόσιο.

2. Οι γιατροί, που υπηρετούν στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων των γιατρών Ε.Σ.Υ. και για χρονική περίοδο μέχρι έξη (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται για ένα ακόμη εξάμηνο. Η προεκτεταμένη αποχώρησης ορίζεται με διαπιστωτική πράξη του διοικητικού τμήματος του νοσοκομείου. Στους γιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως απόλυση το σύνολο των αποδοχών της θέσης που καταίχον.

Άρθρο 38.

Ειδικευόμενοι.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να συνιστώνται στα νοσοκομεία θέσεις ειδικευομένων ή να καταργούνται ή να μεταφέρονται σε άλλη ειδικότητα του νοσοκομείου ή να μεταφέρονται σε άλλη νοσοκομεία στην ίδια ή σε άλλη ειδικότητα.

2. Τοποθέτηση γιατρού για ειδικευτή, πέρα από τις θέσεις που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο, απαγορεύεται. Εξαιρούνται οι μόνιμοι γιατροί των ενόπλων δυνάμεων, που με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι άμισθοι. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Η τοποθέτηση των ειδικευομένων γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υπεβολής των αιτήσεων.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 20 του νόμου αυτού ισχύουν και για τους ειδικευομένους.

4. Οι ειδικευόμενοι απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με τυχερά παιχνίδια ή καλλιτεχνική δημιουργία. Επίσης απαγορεύεται να κολύβουν οποιαδήποτε δημόσια ή ιδιωτική θέση.

5. Στους ειδικευομένους καταβάλλεται το σύνολο των αποδοχών της θέσης των ξεχωριστών οδοντογιατρών.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χαρακτηρίζονται ως άγονες οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες δεν απασχολείται ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών σύμφωνα με τις ανάγκες που εκτιμώνται κατά τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού.

Στους γιατρούς που ειδικεύονται σε άγονες ειδικότητες μπορεί με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. να χορηγείται προσκύβηση μέχρι και είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) στο βασικό μισθό τους.

7. Γιατροί που υπηρετούν σε θέσεις επιμελητή Β' μπορεί ύστερα από αίτησή τους να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι, για ειδικευτή σε ειδικότητα που εντάσσεται στον προγραμματισμό του ΚΕ.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού, διατηρώντας τη θέση και τις αποδοχές της. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

8. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χορηγείται υποτροφία σε αλλοδαπούς γιατρούς για ειδικευτή τους στα νοσοκομεία της χώρας. Με την ίδια ή άλλη απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υποτροφιών κατά ειδικότητα και το ύψος της υποτροφίας. Οι γιατροί αυτοί τοποθετούνται ως υπεράριθμοι.

Άρθρο 39.

Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που απολύονται λόγω συνταξιοδότησης απαγορεύεται να ασκούν το επάγγελμα με οποιαδήποτε μορφή.

2. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους γιατρούς που έχουν συμπληρώσει το 70ο έτος της ηλικίας τους.

3. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους πανεπιστημιακούς γιατρούς καθώς και στους γιατρούς πολιτικούς δημόσιους υπαλλήλους και τμήματιούχους με το δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται από το δημόσιο.

Άρθρο 40.

Απαχόληση εκτός θέσης.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες στο δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση ή Ν.Π.Δ.Δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο που μπορεί να ανανεώνεται.

2. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. η μερική αποχή από τα καθήκοντά τους για μερική παροχή παρόμοιων υπηρεσιών ή για εκπλήρωση υποχρεώσεων ως αριστών μελών δι- ή τριμελούς αναγνωρισμένου επιστημονικού σφραγίσματος και για ορισμένους κρίσιμους περιόδους κατά εβδομάδα που δεν μπορούν να υπερβούν τις τρεις (3).

3. Υπηρεσία του γιατρού Ε.Σ.Υ. που προλέπεται από τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου αυτού θεωρείται πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική κατάταξη και τη συνταξιοδότησή του.

4. Οι γιατροί και οι οδοντογιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν έχουν το κώλυμα ή το αποκλειστικό του άρθρου 36 του Ν. 1065/1980, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1270/1982.

Άρθρο 41.

Μετεκπαιδευση γιατρών.

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) έτη εργάσιμα (80) ωρών παρακολούθησης μεταεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμά τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης — μετεκπαιδευσης του άρθρου του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μεταεκπαιδευτικών προγραμμάτων επί της του γιατρού ή οδοντογιατρού.

Κάθε γιατρός και οδοντογιατρός υποχρεούται να προσκομίσει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μεταεκπαιδευτικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας αναλείπεται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντογιατρό που δεν προσκομίσει την παραπάνω βεβαίωση, μετεκπαιδευσης.

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναγορηγείται όταν κληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κατ'ελάχιστον η λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική προώθηση από γιατρούς και οδοντογιατρούς που ασκούν την ιατρική ή οδοντιατρική επάγγελμα οποιουδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Η παράβαση της διάταξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκληση της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 42.

Βεβαίωση νοσοκομείων και κέντρων υγείας.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ανακηρύσσονται κάθε χρόνο, με βάση το επιστημονικό και νοσηλευτικό τους έργο, λειτουργική πληρότητα και την παραγωγική απόδοσή τους ως εξής, τα καλλίτερα:

- α) Έννέα (9) νοσοκομεία της χώρας και συγκεκριμένα:
  - αα) Δύο (2) της Αθήνας.
  - ββ) Ένα (1) της Θεσσαλονίκης.
  - γγ) Ένα (1) του Παιερικά ή της Πάτρας ή του Ηρακλείου ή των Ιωαννίνων ή της Αλεξανδρούπολης.
  - δδ) Τέσσερα (4) από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας και:
  - εε) Ένα (1) ψυχιατρικό από όλη τη χώρα.
- β) Ένδεκα (11) κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και συγκεκριμένα:
  - αα) Ένα (1) της Θράκης.
  - ββ) Δύο (2) της Μκεδονίας.
  - γγ) Ένα (1) της Ηπείρου.
  - δδ) Ένα (1) της Θεσσαλίας.
  - εε) Δύο (2) της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας.
  - στ) Δύο (2) της Πελοποννήσου.
  - ζζ) Ένα (1) της Κρήτης και:
  - ηη) Ένα (1) των άλλων νησιών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα τα κριτήρια για την επιλογή και συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων και κέντρων υγείας για την ανακήρυξη των καλλίτερων καθώς και η διαδικασία, ο τρόπος και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

3. Σε όλο το προσωπικό των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, που ανακηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως καλλίτερα, καταβάλλεται ως ειδική κριτική χρηματικό ποσό ίσο με το μισό του βασικού μισθού κάθε υπαλλήλου.

Άρθρο 43.

Μεταδρακτικές διατάξεις.

1. Οι μόνιμοι γιατροί κορυφαίων οργανισμών και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, των οποίων οι θέσεις καταργούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 16, 2 του άρθρου 20 και 1 του άρθρου 37 του νόμου αυτού, εντάσσονται σε οργανικές θέσεις των κέντρων υγείας της περιφέρειας του ιατρικού συλλόγου που υπηρετούσαν κατά την κατάργηση της θέσεως που κατείχαν.

2. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνωστοποίηση των θέσεων, υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων και κρίση από τα συμβούλια επιλογής και κρίσης γιατρών του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

3. Η απεργασμένη άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος, που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 39 του νόμου αυτού, ισχύει από την έκδοσή των π. δ/των που προβλέπονται με την παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού. Η απεργασμένη για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύει από την έκδοσή του π. δ/τος που προβλέπεται από το Ν. 1268/1982.

4. Η απεργασμένη της παραγράφου 2 του άρθρου 39 του νόμου αυτού ισχύει από την 1.1.1989.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., συγκροτείται επιτροπή εκτίμησης και αξιολόγησης του εξοπλισμού εργαστηρίων εργαστηριακών γιατρών και ιατρείων οδοντογιατρών που θα διορίζονται ως γιατροί Ε.Σ.Υ.

6. Συμβάσεις έργου μεταξύ του δημοσίου ή ασφαλιστικών οργανισμών και γιατρών για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν. 1256/1982 μέχρι την έκδοσή των προεδρικών διαταγμάτων, που προβλέπονται στην παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού.

## Άρθρο 44.

Ο Ν. 1316/1983 για την «ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις» τροποποιείται κατά τις ακόλουθες διατάξεις ως εξής:

1. Η παράγραφος δ' του άρθρου 5B αντικαθίσταται ως εξής:

«δ. Ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. μπορούν να ανατεθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκεκριμένα καθήκοντα ή έργα σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού. Η αποζημίωση των μελών αυτών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. με κοινή απόφαση των Υπουργών των Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. είναι δυνατό να συσταθούν γνωμοδοτικές επιτροπές από μέλη του Δ.Σ. Οι επιτροπές αυτές, που μπορούν να συμβουλευούνται εμπειρογνώμονες, επεξεργάζονται ειδικά θέματα και υποβάλλουν την εισήγησή τους στο Δ.Σ. που εγκρίνει ή απορρίπτει τη σχετική εισήγηση. Οι γνωμοδοτικές επιτροπές συγκαλούνται σε συνεδρίαση με πρόκληση του Προέδρου ή του αναπληρωτή του, οι εισηγήσεις τους δε υποβάλλονται κατά το δυνατό στην επόμενη συνεδρίαση του Δ.Σ. Ο Πρόεδρος μπορεί δώσει τον εισηγήσεων των γνωμοδοτικών επιτροπών να λαμβάνει έκτακτα μέτρα στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους. Η αποζημίωση των μελών του Δ.Σ. για τη συμμετοχή τους στις γνωμοδοτικές επιτροπές και των εμπειρογνομόνων καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας».

2. Η παράγραφος 1 του άρθρου 6 II αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Προεδρεύει της Ολομέλειας του Διοικητικού Συμβουλίου».

3. Στο άρθρο 6 II προστίθεται η παρ. 13 με το εξής περιεχόμενο:

«13. Ο Πρόεδρος του Ε.Ο.Φ. μπορεί να αναθέτει εριπόμενες από τις αρμοδιότητές του σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. καθώς επίσης στους Διευθυντές, τους ταγματάρχες και τους υπαλλήλους του Οργανισμού».

4. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 6 III αντικαθίστανται ως εξής:

«III. Οι αντιπρόεδροι ασκούν τις αρμοδιότητες που τους χωρούνται ή τους ανατίθενται με απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ.».

5. Μετά το άρθρο 17 προστίθεται νέο άρθρο 17α με το εξής περιεχόμενο:

## Άρθρο 17α.

1. Η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη Επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας».

6. Τα άρθρα 18, 19 και 21 καταργούνται.

7. Το άρθρο 25 αντικαθίσταται ως εξής:

## Άρθρο 25.

1. Η Κρατική Φαρμακαποθήκη είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Κρατικής Φαρμακαποθήκης».

3. Οι διατάξεις του νόμου αυτού για την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία εφαρμόζονται ανάλογα και στην Κρατική Φαρμακαποθήκη».

8. Στο άρθρο 14 προστίθενται πάντα νέες παράγραφοι (6 — 10), ως εξής:

«6. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να αγοράζει ακίνητα και να συστήνει κάθε είδους εμπράγματα δικαιώματα ή να ενισχύει και κίνητρα για την εξυπηρέτηση των αναγκών των υπηρεσιών του ή των επιχειρήσεων που ιδρύει και ελέγχει».

7. Για την αγορά ακινήτων από κρατικούς φορείς, όπως προσδιορίζονται στα άρθρα 9 παρ. 1 του Ν. 1232/1982 και στο άρθρο 1 παρ. 6 του Ν. 1256/1982, εφαρμόζεται για τον Ε.Ο.Φ. η διαδικασία που προβλέπει το άρθρο 50 παρ. 3 του Π.Δ. 715/1979.

8. Ο Ε.Ο.Φ. απαλλάσσεται στις περιπτώσεις των παραγράφων 6 και 7 από κάθε φόρο μεταβίβασης, εισφορά υπέρ του δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή τρίτων και απολύτως όλων των προνομίων που προβλέπονται για την αγορά ακινήτων εκ μέρους του δημοσίου».

9. Ο Ε.Ο.Φ., με απόφαση του Προέδρου του που εγκρίνεται από το Δ.Σ., συμμετέχει σε δημοσίου αναγκαστικούς πλειστηριασμούς, από οποιουδήποτε και αν επισπύδονται, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες που αναφέρονται στην παράγραφο 6. Για τη συμμετοχή στον πλειστηριασμό δεν απαιτείται η κατάθεση εγγύησης στον υπάλληλο επί του πλειστηριασμού. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. καθορίζει για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση το ύψος του ποσοστού στην τιμή πρώτης προσφοράς, με το οποίο ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να υπερθεματίσει».

10. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να τυνάπτει δάνεια, με υποθήκη ή ενέχυρο της περιουσίας του ή με εγκώρηση των προσόδων του, από εγχώρια ή ξένα τραπεζικά πιστωτικά ιδρύματα ή άλλους ειδικούς οργανισμούς».

Οι συμβάσεις αυτές απαλλάσσονται από κάθε εισφορά υπέρ του δημοσίου και των νομικών προσώπων που εξομοιώνονται με αυτό ή υπέρ τρίτων».

## Άρθρο 45.

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, άσχετα από το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μέρους προϋπολογισμών οικοδομικών εργασιών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία μεταξύ κονοπρακτούντων εργολάβων οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών έργων, που έχουν πτυχία πιαλόγους δυναμικότητας προς τους επί μέρους προϋπολογισμούς των οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών εργασιών. Στην περίπτωση αυτή δεν έχουν εφαρμογή οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 4 του Ν.Δ. 271/1969 «περί εργοληπτιών ηλεκτρομηχανολογικών δημοσίων έργων», που αναφέρονται στην ενιαία ή χωριστή δημοπρατηση των έργων και στις προϋποθέσεις συμμετοχής των κοινοπραξιών εργοληπτιών στη δημοπρασία».

2. Οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Ν. 641/1977 (ΦΕΚ 200) ισχύουν και για έργα επισκευών, διαρρυθμίσεων και επεκτάσεων κτιρίων και εγκαταστάσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/1953.

Οι σχετικοί ειδικοί κανονισμοί εκδίδονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δημοσίων Έργων και Υγείας και Πρόνοιας».

## Άρθρο 46.

## Τελικές διατάξεις.

1. Η κοινωνικοποίηση στις υπηρεσίες υγείας ενεργείται κατά τους όρους του νόμου αυτού. Οι διαδικασίες του άρθρου 2 του Ν. 1365/1983 (ΦΕΚ 80) δεν έχουν εφαρμογή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εφαρμόζονται, όμως, οι υπόλοιπες διατάξεις του Ν. 1365/1983.

2. Μέχρι να συγκροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ. οι αρμοδιότητες τους ασκούνται από το Κ.Ε.Σ.Υ., εφόσον δεν ορίζεται διαφορετικά από τις επιμέρους διατάξεις του νόμου αυτού.

3. Όπου κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού για την έκδοση π. δ/των ή άλλων πράξεων της Διοίκησης απαιτείται και γνώμη απλή ή σύμφωνη φροσών ή συλλογικών οργάνων, εάν η γνώμη δεν υποβληθεί μέσα σε προθεσμία τριών μηνών, εφόσον από τις επιμέρους διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά, επί την σχετική πρόσκληση του αρμόδιου Υπουργού, τα π. δ/τα και οι άλλες διοικητικές πράξεις εκδίδονται χωρίς αυτή.

4. Κατεξίτηση των διατάξεων της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του νόμου αυτού επιτρέπεται η μεταβίβαση νομισματικο-οικονομικών μετοχών και μεριδίων ΕΠΕ λόγω κληρονομικής διαδοχής ή εν ζωή σε ήδη μετόχους της ανωνύμου εταιρείας ή της Ε.Π.Ε.

5. Κάθε διάταξη που αντίζειται στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού καταργείται.

#### Άρθρο 47.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επιμέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομαι να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεσθεί ως νόμος του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ	ΕΣΤΕΡΙΚΩΝ
<b>ΓΕΩΡΓ. - ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ</b>	<b>ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ</b>
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ	ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
<b>ΑΠ. ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ</b>	<b>ΓΕΩΡΓ. - ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ</b>
ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
<b>ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ</b>	<b>ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΑΚΗΣ</b>
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
<b>ΠΑΡ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ</b>	<b>ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΞΕΡΥΒΑΚΗΣ</b>

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ  
**ΓΕΩΡΓ. ΚΑΤΣΙΦΑΡΑΣ**

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΓΕΩΡΓΙΟΣ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ**



I

(Πράξεις για την ισχύ των οποίων απαιτείται δημοσίευση)

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΟΚ) αριθ. 315/84 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

της 26ης Μαρτίου 1984

για τη έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας στον κοινωνικό τομέα

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ,

χρησιμεύοντας υπόψη:

τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 235,

την πρόταση της Επιτροπής (1),

τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2),

τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής (3),

Εκτιμώντας:

ότι οι ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας τόσο όσον αφορά το βαθμό ανάπτυξης της όσο και τις δομές της καθιστούν αναγκαία τη χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Κοινότητα, ειδικά στον κοινωνικό τομέα·

ότι πρέπει να εξασφαλιστεί οικονομική ενίσχυση στην Ελληνική Δημοκρατία για την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης ανδρών και κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αργότερου·

τι, όσον αφορά τα κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης, οικονομική ενίσχυση πρέπει να περιορίζεται στις αστικές περιοχές με τη μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) όπου το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης δεν μπορεί να παρέμβει·

κι, για να εξασφαλισθεί ένα συνεκτικός σχεδιασμός και να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων, πρέπει τα σχέδια τα οποία θα ληφθεί να ενισχύσει η Κοινότητα να εντάσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων·

την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και ο κατάλληλος εξοπλισμός των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης ανδρών και των κέντρων αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με σκοπό την επαγγελματική τους αποκατάσταση αργότερου· συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των στόχων της Κοινότητας στον κοινωνικό τομέα και

στη βελτίωση των όρων πρόσδεσης της Ελληνικής Δημοκρατίας στη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου·

ότι η συνθήκη δεν προβλέπει τις ειδικές εξουσίες δράσης για την έκδοση του παρόντος κανονισμού,

ΕΞΕΔΩΣΕ ΤΟΝ ΠΑΡΟΝΤΑ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ:

Άρθρο 1

Ο παρών κανονισμός προβλέπει για τη χρονική περίοδο από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1983 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την πρόδοση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για:

- α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης·
- β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση·

Άρθρο 2

Στα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1 διευκρινίζεται:

- α) ο αριθμός και η τοποθεσία των κέντρων που θα ιδρυθούν και θα διαρρυθμιστούν·
- β) η δυνατότητα κάθε κέντρου εκφραζόμενη σε αριθμό θέσεων:
  - κατάρτισης και στέγασης ή
  - αποκατάστασης και στέγασης·
- γ) ο προορισμός κάθε κέντρου όσον αφορά τις δραστηριότητές του στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης ή της αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς και ο ρόλος κάθε κέντρου στα πλαίσια της πολιτικής επαγγελματικής κατάρτισης ή αποκατάστασης·
- δ) το κόστος κάθε κέντρου και ο τρόπος χρηματοδότησής του·
- ε) για κάθε κέντρο, ο χρόνος που απαιτείται για την ανέγερση ή τη διαρρύθμιση·

EE αριθ. C 232 της 30. 8. 1983, σ. 3.  
EE αριθ. C 342 της 17. 12. 83, σ. 131.  
EE αριθ. C 23 της 30. 1. 1983, σ. 24.



- στ) ο απαραίτητος εξοπλισμός για κάθε κέντρο·  
 θ) οι ανάγκες σε προσωπικό κάθε κέντρου, οι απαιτούμενες ειδικότητες και η απαιτούμενη κατάρτιση.

**Άρθρο 3**

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984, η Ελληνική Δημοκρατία ανακοινώνει στην Επιτροπή τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1.

2. Πριν από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, και για πρώτη φορά το 1985, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή για την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην εκτέλεση των προγραμμάτων αυτών, καθώς και για τις τροποποιήσεις που έχουν γίνει σ' αυτά.

3. Η Επιτροπή μπορεί να διατυπώσει συστάσεις προς την Ελληνική Δημοκρατία όσον αφορά τα εν λόγω προγράμματα.

**Άρθρο 4**

1. Το ποσό που κρίνεται απαραίτητο για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων που αναφέρονται στο άρθρο 1 ανέρχεται σε 120 εκατομμύρια ECU για πέντε χρόνια.

2. Στα πλαίσια των πιστώσεων που εγκρίνονται κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό στο γενικό προϋπολογισμό των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, μπορεί να παρασχεθεί οικονομική ενίσχυση με τη μορφή επιδότησης για τα σχέδια ανέγερσης, διαρρύθμισης ή εξοπλισμού κέντρων που εντάσσονται στα πλαίσια ενός από τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, λαμβάνοντας υπόψη τις τυχόν συστάσεις που διατυπώνει η Επιτροπή. Πάντως, όσον αφορά το πρόγραμμα που αναφέρεται στο άρθρο 1 στοιχείο α) από αυτή τη συνδρομή μπορούν να επωφεληθούν μόνον τα σχέδια που εκτελούνται στις ζώνες στις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέμβαση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης.

**Άρθρο 5**

1. Οικονομική ενίσχυση μπορεί να χορηγηθεί μόνον για τις δαπάνες που προορίζονται να καλύψουν:

- την ανέγερση νέων κέντρων καθώς και την επέκταση και τη διαρρύθμιση κτιρίων που υπάρχουν ήδη, συμπεριλαμβανομένων και των αμοιβών αρχιτεκτόνων και μηχανικών, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο·
- τον εξοπλισμό των κέντρων·
- τα προγράμματα δοκιμαστικής εφαρμογής που σκοπό έχουν να αναδείξουν τις πλέον αποδοσιακές μεθόδους για την εκτέλεση του προγράμματος του άρθρου 1 στοιχείο δ)·
- τις πρακτικές εφαρμογές για την ειδική κατάρτιση των ιατρών, νοσοκόμων, βοηθών ιατρικών επαγγελματιών και κληνικών λειτουργών.

2. Για τα σχέδια τα σχετικά με τα προγράμματα που αναφέρονται στο άρθρο 1, η οικονομική ενίσχυση της Κοινότητας χορηγείται ποσοστό 55% των επιλέξιμων δαπανών.

3. Κατά την εγκριση των σχεδίων πρέπει να καταβάλ-  
 λεται ποσολάβεια ώστε η κανονική οικονομική ενίσχυση να αφορά περιορισμένο αριθμό κέντρων που θα αξίζει ιδιαίτερα να προωθηθούν.

**Άρθρο 6**

1. Πριν από την 1η Ιουνίου 1984 και, στη συνέχεια, που από την 1η Απριλίου κάθε χρόνου, η Ελληνική Δημοκρατία υποβάλλει στην Επιτροπή τις αιτήσεις της για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι αιτήσεις αυτές περιέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να διαπιστώνεται αν τα σχέδια για τα οποία ζητείται ενίσχυση συμβιβάζονται με τον παρόντα κανονισμό και με τους στόχους της κοινοτικής πολιτικής, στην οποία εντάσσονται, καθώς και τις προβλέψεις των δαπανών και το χρονοδιάγραμμα των αντίστοιχων εργασιών και πληρωμών.

2. Η Επιτροπή μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία είναι απαραίτητη για την εξέταση των σχεδίων για τα οποία ζητείται οικονομική ενίσχυση, μπορεί δε να διατυπώσει συστάσεις για τα σχέδια αυτά.

**Άρθρο 7**

1. Η Επιτροπή αποφασίζει για τις αιτήσεις οικονομικής ενίσχυσης σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 11.

2. Οι αποφάσεις σύμφωνα με τις οποίες χορηγείται οικονομική ενίσχυση δημοσιεύονται στην *Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*.

**Άρθρο 8**

1. Ποσό ίσο με το 60% της χορηγούμενης οικονομικής ενίσχυσης προκαταβάλλεται άμεσα μόλις η Ελληνική Δημοκρατία δεσμεύσει ότι αρχίζει η εκτέλεση του σχεδίου.

2. Η Επιτροπή καταβάλλει το υπόλοιπο της οικονομικής ενίσχυσης μετά από αίτηση την οποία υποβάλλει η Ελληνική Δημοκρατία μέσα σε δώδεκα μήνες από την περάτωση του σχεδίου. Η αίτηση αυτή περιλαμβάνει γενική κατάσταση των δαπανών συνοδευόμενη από δεδαιώση της Ελληνικής Δημοκρατίας σχετικά με την ακρίβεια των γεγονότων και των στατιστικών στοιχείων της γενικής αυτής κατάστασης. Κατά την κατάβολή του υπόλοιπου, η Επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην επίσημη έκθεση που αναφέρεται στο άρθρο 3 παράγραφος 2.

## Άρθρο 9

1. Η Επιτροπή εξακριβώνει αν κάθε σχέδιο εκτελείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού και με τις διατάξεις που έχουν θεσπισθεί δυνάμει του άρθρου 209 της συνθήκης. Για το σκοπό αυτό η Ελληνική Δημοκρατία θέτει στη διάθεση της Επιτροπής όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και λαμβάνει, όσον αφορά τα σχέδια για τα οποία χορηγείται οικονομική ενίσχυση, κάθε μέτρο για να διευκολύνει τους αναγκαίους ελέγχους συμπροσχεδιαζομένων και ελέγχων στον τόπο των έργων. Η Ελληνική Δημοκρατία τηρεί στη διάθεση της Επιτροπής, κατά τη διάρκεια χρονικής περιόδου λόντε στον μετά την καταβολή του υλολείπου που αναφέρεται στο άρθρο 8 παράγραφος 2, όλα τα δικαιολογητικά έγγραφα των δαπανών.

2. Αν ένα σχέδιο δεν εκτελεσθεί σύμφωνα με τον παρόντα κανονισμό ή αν η οικονομική ενίσχυση δεν χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους που ορίζονται στην εγκριτική απόφαση, η Ελληνική Δημοκρατία είναι υποχρεωμένη να επιστρέψει τα αχρεωστήτως καταβληθέντα ποσά.

## Άρθρο 10

1. Συγκροτείται επιτροπή αποτελούμενη από εκπροσώπους των κρατών μελών της οποίας πρόεδρος ορίζεται ο πρόεδρος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

2. Στα πλαίσια της επιτροπής αυτής, οι ψήφοι των κρατών μελών σταθμίζονται όπως προβλέπεται στο άρθρο 148 παράγραφος 2 της συνθήκης. Ο πρόεδρος δεν συμμετέχει στην ψηφοφορία.

Ο παρών κανονισμός είναι δεσμευτικός ως προς όλα τα μέρη του και ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος.

Βρυξέλλες, 26 Μαρτίου 1984.

## Άρθρο 11

1. Στην περίπτωση που γίνεται αναφορά στη διαδικασία του παρόντος άρθρου, η επιτροπή συγκλείεται από τον πρόεδρό της είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με αίτηση εκπροσώπου ενός κράτους μέλους.

2. Ο εκπρόσωπος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων υποβάλλει τα σχέδια αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν. Η επιτροπή διατυπώνει τη γνώμη της για τα σχέδια αυτά μέσα σε προθεσμία που ορίζεται από τον πρόεδρο σε συνάρτηση με τον επείγοντα χαρακτήρα των θεμάτων που εξετάζονται. Αποφασίζει με πλειοψηφία 45 ψήφων.

3. Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων λαμβάνει αποφάσεις άμεσου ισχύος. Αν όμως δεν είναι σύμφωνες με τη γνώμη της επιτροπής οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται αμέσως από την Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο. Στην περίπτωση αυτή, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αναβάλλει την εφαρμογή των αποφάσεων που έλαβε για δύο το πολύ μήνες από τη γνωστοποίηση. Το Συμβούλιο μπορεί, με ειδική πλειοψηφία, να λάβει διαφορετική απόφαση εντός προθεσμίας δύο μηνών.

## Άρθρο 12

Το αργότερο μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1992, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων θα υποβάλει στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έκθεση σχετικά με την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού.

## Άρθρο 13

Ο παρών κανονισμός αρχίζει να ισχύει την επομένη της δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Για το Συμβούλιο,

Ο Πρόεδρος

M. ROCARD



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
26 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1988

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
777

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

#### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής	1
Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αγ. Αναργύρων	2
Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Χαλανδρίου Ν. Αττικής	3
Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Περιστερίου Ν. Αττικής	4
Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Βόλου Ν. Μακεδονίας	5
Πρόσβαση γιατρού στο II' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών	6
Πρόσβαση προσωπικού στο Γ' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών	7
Αναγκαιότητα προσωπικού για πρόληψη στη Στέγη Υγειονομικών	8
Προσαρμογή και καθορισμός της μηνιαίας απόζημίωσης των μελών Εποπτικού Συμβουλίου του Σώματος Ορκωτών Λογιστών	9

Άρθρο 2

Σκοπός

Σκοπός του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 1397/83, είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα ή συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφύλαξη, η πρόληψη ή η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Άρθρο 3

Διάρθρωση

1. Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση.
2. Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από:
  - α) Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.
  - β) Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).
  - γ) Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας.
  - δ) Γραφείο Γραμματείας.

Άρθρο 4

Σύσταση θέσεων

1. Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. συνιστώνται οι παρακάτω κατά κατηγορία και κλάδο θέσεις προσωπικού:

2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ  
Τέσσερις (4) θέσεις.
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ  
Μία (1) θέση.
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ  
Μία (1) θέση.
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ  
Μία (1) θέση.

3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
Τέσσερις (4) θέσεις.
  - ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Τρεις (3) θέσεις.
  - ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
Μία (1) θέση.
  - ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ  
Μία (1) θέση.
- Η θέση αυτή πληρώνεται μόνο σε περίπτωση Ωλλείφης υποψηφίων για την αντιστοίχη θέση του Κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

4. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ  
Δύο (2) θέσεις.

5. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ  
Μία (1) θέση.

- ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ  
Μία (1) θέση.

#### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Α3α/ακ.15199

(1)

Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Εχοντας υπόψη:

τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Ψυχικής Υγείας» (ΦΕΚ 143/83 τ.Α').

τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «ρυθμίσεις για την πρόληψη και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 217/85 τ.Α').

την αριθ. ΔΙΟΔ/Φ.4811/8220/19.9.88 απόφαση του Υπουργού Υγείας της Κυβέρνησης.

την αριθ. 6474/88 και την απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών (ΦΕΚ 451/30.6.88 τ.Β').

τις αριθ. 9 της 44ης Ολομ./29.1.87, 14 της 49ης Ολομ./17-18/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Σύσταση

σταθεί Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Αθηναίων Ν. Αττικής, αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Ν.Ν.Θ.Α., που θα καλύπτει τις περιοχές Κυψέλης και Γαλατοπού.

## Άρθρο 2

### Εκσός

Ο εκσός του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 21 Ν. 1397/83, είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρίμ- στην κοινότητα και η διαφύλαξη, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμ- στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

## Άρθρο 3

### Διάρθρωση

Το Κ.Ψ.Υ. αποτελεί αυτοτελή Διεύθυνση.  
Η υπηρεσία του Κ.Ψ.Υ. απαρτίζεται από:  
Ιατρεία Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής.  
Μονάδα μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).  
Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας.  
Γραφείο Γραμματείας.

## Άρθρο 4

### Σύσταση θέσεων

Για τις ανάγκες του Κ.Ψ.Υ. συνιστώνται οι παρακάτω κατά κατηγο- και κλάδο θέσεις προσωπικού:

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

##### ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

έξι (6) θέσεις.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

μία (1) θέση.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΔΑΓΩΓΩΝ

μία (1) θέση.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

μία (1) θέση.

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

##### ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

έξι (6) θέσεις.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

τρεις (3) θέσεις.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

μία (1) θέση.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

μία (1) θέση.

Η θέση αυτή κληρονομήται μόνο σε περίπτωση έλλειψης υποψηφίων για την απαιτούμενη θέση του Κλάδου ΠΕ Λογοθεραπευτών.

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

##### ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

δύο (2) θέσεις.

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

##### ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ

μία (1) θέση.

##### ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

μία (1) θέση.

## Άρθρο 5

### Προσόντα διορισμού

1. Οι προσόντα διορισμού στις θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. ορίζο- αυτά και κάθε φορά καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις.

2. Για τους λοιπούς κλάδους προσόντα διορισμού κατά κατηγορία, κλάδο ειδικότητα ορίζονται αυτά που καθορίζονται με τον οργανισμό του οι- νοσοκομείου.

3. Προκειμένου για τους κλάδους ΠΕ Παιδαγωγών και ΠΕ Εκπαιδευτι- (κατηχητές, συμβούλων) προσόν διορισμού ορίζεται πτυχίο ή δίπλωμα τμήματος Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Επιστημών ή του τμήματος Φι- ορίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας ή του τμήματος Ψυχολογίας

Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισοτιμο αντίστοιχης ειδικότητας σχολής της αλλο- τής, με εξειδίκευση ή εμπειρία σε άτομα με νοητική καθυστέρηση και φυ- τικά. Ειδικότερα για τον κλάδο ΠΕ Εκπαιδευτικών (επαγγ. συμβούλων)

απαιτείται και μετακλιμάκωση σε θέματα Επαγγελματικού Προσανατολι- ού.

## Άρθρο 6

### Πλασίωση

1. Τα Ιατρεία του Κ.Ψ.Υ. κλεισιώνονται από:

φωνα με όσα καθε φορά ισχύουν.

γ) Ψυχολόγους, Λογοθεραπευτές, ειδικούς Παιδαγωγούς και προσω- πικό άλλων συναφών κλάδων.

2) Το Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, κλεισιώνεται από το προσωπικό των κλάδων κοινωνικής εργασίας, επισκεπτών τριών υγείας και άλλων συ- ναφών ειδικοτήτων.

3. Το Γραφείο Γραμματείας κλεισιώνεται από το προσωπικό των λοι- πών κλάδων του Κ.Ψ.Υ.

4. Το Προσωπικό πήραν από τα κατά κλάδο και κατηγορία καθήκοντα του μετέχει και στις «Ψυχιατρικές Ομάδες» που σύγκροτούνται κάθε φορά από το Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ.

## Άρθρο 7

### Προϊστάμενοι

1. Στο Κ.Ψ.Υ. προϊστάται:

α) Στη Δ/νση, γιατρός με βαθμό Δ/ντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλι- γεται από τους γιατρούς του Κ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 18 του Ν. 1397/83 και ο οποίος ασκεί τα καθήκοντα του προϊ- σταμένου, παράλληλα με τα λοιπά καθήκοντά του.

Αν δεν υπηρετεί γιατρός με βαθμό Δ/ντή, καθήκοντα προϊσταμένου ασκεί ο ανώτερος σε βαθμό γιατρός απ' αυτούς που υπηρετούν στο Κ.Ψ.Υ. και σε περίπτωση ομοβαθμίων, ο αρχαιότερος στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

β) Στο Γραφείο Κοινωνικής Φροντίδας, υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Κοινωνικής εργασίας ή του Κλάδου ΤΕ επισκεπτών τριών υγείας.

γ) Στο Γραφείο Γραμματείας υπάλληλος της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ή του κλάδου ΔΕ Διοικητι- κού - Λογιστικού.

2. Οι υπάλληλοι που προϊστανται στα Γραφεία Κοινωνικής Φροντίδας και Γραμματείας, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 «βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/86 τ.Α').

## Άρθρο 8

### Αρμοδιότητες

Οι αρμοδιότητες του Δ/ντή του Κ.Ψ.Υ. καθώς και των Ιατρείων και Γραφείων του, ορίζονται ως ακολούθως:

1. Ο Δ/ντής ασκεί τα καθήκοντα του προϊσταμένου της Δ/νσης και είναι υπεύθυνος για το συντονισμό και λειτουργία των Ιατρείων και Γραφείων του Κ.Ψ.Υ.

2. Αρμοδιότητες των Ιατρείων του Κ.Ψ.Υ. είναι η ευθύνη για την πα- ροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83.

3. Αρμοδιότητες του Γραφείου Κοινωνικής Φροντίδας είναι η ευθύνη για την οργάνωση παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στον πληθυσμό καθώς και η εφαρμογή και η υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων στα πλαίσια του σκοπού του Κ.Ψ.Υ.

4. Αρμοδιότητες του Γραφείου Γραμματείας είναι:

α) Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμ- ματειακής στήριξης του Κ.Ψ.Υ., την υπηρεσιακή κατάσταση και προσωπι- κού του, την τήρηση των αρχείων και βιβλίων κίνησης των ιατρείων του Κ.Ψ.Υ., την τήρηση του Γενικού Πρωτοκόλλου, τη διακίνηση της αλληλο- γραφίας καθώς και τη χορήγηση πιστοποιητικών στους αρρώστους, όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

β) Η φροντίδα για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Κ.Ψ.Υ., την εποπτεία των γενικών εργασιών και τη φύλαξη και διανομή των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για τη λειτουργία του.

5. Οι αρμοδιότητες του Κ.Ψ.Υ. ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και μέχρι να εκδοθεί ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου που υπάγεται στο Κ.Ψ.Υ. και τις γενικότερες κατευθύν- σεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 17 Οκτωβρίου 1988

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ  
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΗΛΙΑΣ ΠΑΠΑΝΗΛΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΑΓΑΠΗΤΡΩΝ

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/83 τ.Α').
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 217/85 τ.Α').
3. Την αριθ. ΔΙΟΔ/Φ.4811/8220/19.9.88 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης.
4. Την αριθ. 6474/88 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών» (ΦΕΚ 451/30.6.88 τ.Β').
5. Τις αριθ. 9 της 44ης Ολομ./29.1.87, 14 της 49ης Ολομ./17-18/9/87 αποφάσεις καθώς και την από 16.6.88 γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Σύσταση

Συνιστάται Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) στο Δήμο Χαλανδρίου Αττικής, ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας.

Λογίων, για την κατάρτιση μικροεργασίων και μικροεργαστηρίων... μετ' ανάπτυξης της Δ.Τ.Υ. με προτεραιότητα στην εισαγωγή... Τεχνολογίας, την προμήθεια σύγχρονων εργαλείων, υδράυλων...

12. Η ισχύς της παρούσης, πλην του άρθρου 8, αρχίζει από 1ης Ιανουαρίου 1989 και καλύπτει το διάστημα μέχρι της 31ης Δεκεμβρίου 1989. Κατά τα λοιπά εξαιρούνται να ισχύουν οι διατάξεις των προηγούμενων Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας, του ΚΕΠΟΑ και των Πρακτικών Συμφωνίας, στο μέρος που δεν τροποποιούνται ή δεν αφορούν θέματα ρυθμιζόμενα δια της παρούσης.

Η παρούσα Σ.Σ.Ε. να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 20 Απριλίου 1989

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ Π. ΜΟΡΑΛΗΣ

Αριθ. ΑΔα/ακ. 6957

Συμπλήρωση της απ. ΑΔα/ακ. 15198/17.10.88... (5)

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

- 1. Τις διατάξεις του άρθρου 21 του Ν. 1897/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΦΕΚ 143/τ.Α/83)».
2. Τις διατάξεις του άρθρου 12 του Ν. 1579/85 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/τ.Α/85).
3. Την απ. ΔΙΟΑ/Φ4811/2217, 2623, 170/17.2.89 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως.
4. Την απ. 18 της 5ης Ολομ./6.10.88 απόφασης του ΚΕ.Σ.Υ., αποφασίζουμε:

Άρθρο μόνο

Συμπληρώνοντας την απ. ΑΔα/ακ. 15198/17.10.88 κοινή απόφαση (ΦΕΚ 777/τ.Β/88) ανατίθενται οι παρακάτω θέσεις Προσωπικού κατά κατηγορία και κλάδο που προστίθενται στις θέσεις που ήδη έχουν ανατεθεί με το άρθρο 4 «Διοίκηση θέσεων» της παραπάνω απόφασης:

- Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ Μία (1) θέση ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ Μία (1) θέση
Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Τρεις (3) θέσεις ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Τρεις (3) θέσεις ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ Τρεις (3) θέσεις
Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ Μία (1) θέση
Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ Τρεις (3) θέσεις

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 20 Απριλίου 1989

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΑΝ. ΠΕΠΟΝΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ Δ. ΤΣΟΒΟΛΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝ. & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

ΑΔα/Φ.15/5357

Αύξηση τιμολογίων νοσηλίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου καθώς και των ιδιωτικών κλινικών της χώρας.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

- 1. Τις διατάξεις: 1.1. Του άρθρου 16 του Ν. 1579/1985 ΦΕΚ 217/85 τ.Α «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Σ.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις». 1.2. Του Π.Δ/τος 234/80 ΦΕΚ 66/80 τ.Α και του Π.Δ/τος 187/85 ΦΕΚ 75/85 τ.Α «Καθορισμός τιμολογίων νοσηλίων νοσηλίων ιδρυμάτων και ιδιωτικών κλινικών εν γένει» όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα. 2. Την απ. 1067/2.2.89 απόφαση της Επιτροπής Τιμών και Εισοδημάτων. 3. Την απ. 1 απόφαση της 61ης ολομέλειας/23.3.89 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, αποφασίζουμε:

- 1. Το ημερήσιο νοσήλιο των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου και των ιδιωτικών κλινικών της χώρας, όπως έχει καθορισθεί με τις διατάξεις των Π.Δ/των 234/80 και 187/85 αντίστοιχα και αυξήθηκε για τελευταία φορά με τις ΑΔα/Φ.15/2646/7.4.88 ΦΕΚ 240/88 τ.Β και ΑΔα/Φ.15/1854/88 ΦΕΚ 240/88 τ.Β αντίστοιχα αποφάσεις, αυξάνεται κατά ποσοστό 15%. 2. Τα ποσά του ημερήσιου νοσηλίου που διαμορφώνονται μετά την αύξηση της προηγούμενης παραγράφου στοργηγολοποιούνται στην επόμενη διεκδία εφόσον μετά την προσαύξηση προκύπτουν μονάδες. 3. Η ισχύς της απόφασης αυτής αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 18 Απριλίου 1989

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΗΜ. ΤΣΟΒΟΛΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝ. & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΑΠ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

Αριθ. Γ6α/836

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγελματίως Κοινωνικού Λειτουργού στη Βαρβαρά Μαρία του Κων/νου. (7)

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Γ6α/836/19.4.89 ίχει χορηγηθεί στη Βαρβαρά Μαρία του Κων/νου άδεια άσκησης επαγγελματίως Κοινωνικού Λειτουργού.

Αθήνα, 19 Απριλίου 1989

Με εντολή Υπουργού Ο Διευθυντής Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. Γ6α/828

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγελματίως Κοινωνικού Λειτουργού στη Δέλλα Χρυσούλα του Γεωργίου. (8)

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Γ6α/828/19.4.89 ίχει χορηγηθεί στη Δέλλα Χρυσούλα του Γεωργίου άδεια άσκησης επαγγελματίως Κοινωνικού Λειτουργού.

Αθήνα, 19 Απριλίου 1989

Με εντολή Υπουργού Ο Διευθυντής Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ



345

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 26 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1989	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 23
-----------------------------	--------------	----------------------

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

#### ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

49. Τροποποίηση του κροδερικού διατάγματος 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39). . . . . 1
50. Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των κεινομένων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. . . . . 2
- \* ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ
- Έγκριση Προτοκόλλου της 6ης Συνόδου της Ελληνο-Ουγγρικής Μικτής Επιτροπής για την οικονομική βιομηχανική και αγροτική συνεργασία (Αθήνα, 22.6.1988). . . . . 3
- Ανακοίνωση για την καταγγελία από τη Χώρα μας της δι-θυσίας Συμβάσεως των Βρυξελλών της 15.12.1950 περί αναμετοχής για την κατάταξη των μικροεπιμέ-των στα τελωνιακά δασμολόγια. . . . . 4
- Ανακοίνωση για την ένεση ισχύος της Συμφωνίας Ελλάδας - Ουγγαρίας για τη συνεργασία σε θέματα δημόσιας υγείας (Βουδαπέστη, 22.4.1986). . . . . 5

#### ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 49 (1)

Τροποποίηση του κροδερικού διατάγματος 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39).

#### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

- Τη διατύπωση των άρθρων 25, 26 και 27 του Ν. 1558/1985 «Κοινοποίηση και Καταργησιμότητα Όργανων» (ΦΕΚ 137).
- Τη γραμμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με αριθμό 619/1988 με πρόταση του Πρωθυπουργού και του

Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφαίζουμε:

#### Άρθρο 1

Η παράγραφος 2β του άρθρου 1 του Π.Δ. 68/1987 «Σύσταση Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 39) αντικαθίσταται ως εξής:

β. Οι αρμοδιότητες των κατατιθέμενων διευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως αυτές καθορίζονται στα άρθρα 23 μέχρι και 29 του Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» (ΦΕΚ 178).

- 1) Δημόσιας Αντιλήψης
- 2) Παιδικής Προστασίας
- 3) Προστασίας Υπερήλικων
- 4) Ανεκτήρων
- 5) Στήθους και
- 6) Κοινων. Εργασίας

#### Άρθρο 2

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει με τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 19 Ιανουαρίου 1989

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΝΔΡΕΑΣ Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

## ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ)

## ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 50

(2) Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Γυλιών και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

8) Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ενταξιακού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα σε ασφαλισμένα άτομα ή και στις οικογένειές τους, μέσα από τους αρμόδιους ασφαλιστικούς φορείς π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., κ.λπ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του εδ. γ) της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1404/83 (ΦΕΚ 173).

2. Την από 8/2.9.87 γνωμοδότηση του Συμβουλίου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

3. Την αρ. 668/1988 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εργασίας, Γυλιών, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας, αποφασίζουμε:

## Άρθρο 1

## Επαγγελματικά Δικαιώματα

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος κοινωνικής εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Γυλιών και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, Κοινωνικοί Λειτουργοί, με βάση τις ειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις - θεωρητικές και εφαρμοσμένες - απολαμβάνουν, είτε αυτοδύναμα, είτε σε συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς, σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και συνδυασμού από τους παρακάτω στόχους:

α) Πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων.

β) Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

2. Οι παραπάνω πτυχιούχοι έχουν δικαίωμα απασχόλησης, ως στελέχη στον ιδιωτικό και ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά, με τα παραπάνω αντικείμενα:

α) Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

β) Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτώνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίζονται.

γ) Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργιών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

3. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν τις παραπάνω δραστηριότητες κατά τομέα απασχόλησης, ως εξής:

α) Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας: Προγράμματα παιδικής προστασίας, υπηρεσιών, αναστήριξης και γενικά ατόμων και οικογενειών με κοινωνικές ανάγκες.

β) Τομέας Γυλιών: Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τους οικείους του, σε νοσηλευτικά ιδρύματα, αναρρωτήρια, θεραπευτικούς κέντρα, ιατροκοινωνικά κέντρα, μονάδες οικονομικού προγραμματισμού κ.λπ.

γ) Τομέας Ψυχικής Γυλιών: Παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία διατρέχονται σε κοινότητα Κέντρα Ψυχικής Γυλιών, Ψυχολογικά Ψυχικών Παθήσεων, Συμβουλευτικούς Σταθμούς κ.λπ.

1) Τομέας επαγγελματικού προσανατολισμού - εργασίας. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των φορέων επαγγελματικού προσανατολισμού, επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης, όπως Κέντρα Επαγγελματικού Προσανατολισμού, Σχολές Μεθόδευσης, Κέντρα Εργασιομένης Νδιότητας, βιομηχανικές μονάδες, επιχειρήσεις κ.λπ.

α) Τομέας εκπαίδευσης. Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

β) Τομέας πρόληψης και καταπολέμησης της ροής προς παραβάσεις ανηλικών και εργαλειακότητας. Παροχή ειδικών υπηρεσιών ενταξιακού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα, μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως Δικαστήρια Ανηλικών, Υπηρεσίες Εκμάλτητων Ανηλικών, Εταιρείες Προστασίας Ανηλικών, Ιδρύματα Αγώνα Ανηλικών, Ψυχολογικά Καταστήματα, Φυλακές, Εταιρεία Προστασίας Ανηλικών, Εταιρείες Προστασίας Αποφυλακισθέντων, Ιδρύματα και υπηρεσίες για άτομα με παρεκκλινόμενα κοινωνική συμπεριφορά.

γ) Τομέας Κοινωνικής Οργάνωσης και Ανάπτυξης. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την υποβοήθηση αναπτυξιακών δραστηριοτήτων σε όλες τις βαθμίδες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Λαϊκής Εκμύθωσης, Κέντρων Νδιότητας, Πολιτιστικών Κέντρων κ.λπ.

δ) Τομέας Κοινωνικών Υπηρεσιών για τις Ήσπλες Δυνάμεις και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης.

4. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν κάθε άλλη δραστηριότητα σε επαγγελματικά αντικείμενα που δεν αναφέρονται παραπάνω και προκύπτουν από την εξέλιξη της επιστήμης, στην ειδικότητα της κοινωνικής εργασίας, και καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας των Υπηρεσιών που υπηρετούν.

5. Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος, απασχολούνται, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης και κατάρτησης σε θέματα κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.

Επίσης μπορούν να απασχοληθούν με την έρευνα θεμάτων της ειδικότητάς τους.

6. Οι πτυχιούχοι του τμήματος ασκούν το επάγγελμα στα πλαίσια των αναφερομένων επαγγελματικών τους δικαιωμάτων, μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τις αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Γυλιών, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

## Άρθρο 2

1. Η ισχύς αυτού του Προεδρικού Διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

