

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα «Ο Στιγματισμός των Σχιζοφρενών»

Εισηγήτρια Καθηγήτρια: Νομικού Αντωνία

**Σπουδάστριες: Κωστοπούλου Αθανασία
Παπαθεοφίλου Αικατερίνη**



Πάτρα,

Οκτώβριος 2005

Έπαιζε με τον πέπλο της φιλώντας το κορμί της
τ' αγέρι του βραδιού.
Τ' ανάβλεμμα της χάιδεμα της νιότης" η φωνή της
ρυθμός του τραγουδιού.

Και ντροπαλή και πρόσχαρη και θαρρεμένη" η χάρη
της κερασιάς που ανθεί,
του χωραφιού στεφάνωμα και του μαγιού καμάρι,
προτού να τρυγηθή.

Σαν ήρθε, γιατί έφυγε? και ποιός θα σε χωρίση
του αποσπερίτη φως
από το βράδυ που φωτάς? Και είχε τα ρόδα η δύση
τα γιούλια ο Υμηττός.

Ποιό χέρι μου την άρπαξε? Θεός την είχε στείλει?
Δεν έφταιξα. Πονώ.
Δίψα το στόμα μου έγκαιγε. Μου δρόσισε τα χείλη
μιάς θείας πηγής νερό.

Τ' αχνάρια από τα πόδια της, φωτίσματα καινούργια,
πίσω της τρέχω, εκεί
τρέχω, όλο τρέχω, ξέσκισα τη σάρκα στα παλιούρια
και μάτωσα τη γή.

Πέστε μου, πού είμαι? στο βουνό? στην πολιτεία? στον κάμπο?
Τρελός δεν είμαι εγώ.
Καλοί μου άνθρωποι, ακούστε με. Σπίτι άνοιξε μου, νάμπω,
κήπε, σε λαχταρώ.

Το ξέρω, να το σπίτι, να! μπήκε απ' εκεί την είδα.
μα η πόρτα του κλειστή.
Τόφερα γύρω ολονυχτίς το σπίτι, ψεύτρα ελπίδα,
και μ' ήυρε εδώ κ' η αυγή.

Σκυλιά, και με δαγκώσανε, γειτόνοι, και με πήραν
για κλέφτη για φονιά"
και βάρδιες και ξυπνήσανε" και δούλοι, και με δείραν.
Θεέ μου! τι απονιά!

Κλέφτης δεν είμαι ούτε φονιάς. Καλοί μου άνθρωποι ελάτε.
Σιγά, να σας τα πω.
Μια μοίρα με κατέτρεξε" μη με πετροβολάτε.
τον ορφανό! Πονώ.

Το φράχτη σύντριψα. στον κήπο μπήκα. τα πουλιά της
Τα ξάφνιασα, κ' εκεί
φίλησα τ' άνθη στη βραγιά, στη γη το πάτημά της.
Κρίμα είν' αυτό, κριτή?

Ήρθα να ιδώ τον ίσκιο της από το παραθύρι
πριν σβήσει το κερί,
τον ίσκιο απ' το κεφάλι της την ώρα που θα γύρη
να γλυκοκοιμηθή.

Πετροβολάτε με άνθρωποι, βασάνισε με, Αράπη,
στη μαύρη φυλακή.
Το φως μου ειν' αβασίλευτο. Γνώρισα την Αγάπη,
σ' έζησα πα, ζωή!

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τα άτομα που μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Ευχαριστούμε τη καθηγήτρια της σχολής Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας και εισηγήτρια της πτυχιακής εργασίας μας Κα Νομικού Αντωνία για τη βοήθεια και συμπαράσταση της.

Επίσης τη Κα Σκόκου Μαρία, ψυχίατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, τη Κα Κουρμπέτη Μαρία, κοινωνική λειτουργό του ΚΑΑΚΥ ΑΜΕΑ Καστοριάς καθώς και το σπουδαστή και φίλο Μασμανίδη Γεώργιο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη μελέτη αυτή παρουσιάζεται η σχιζοφρένεια, ως μία από τις πιο βασικές μορφές της ψυχικής ασθένειας, όπου απόρροια αυτής είναι και ο κοινωνικός αποκλεισμός και στιγματισμός. Στόχο έχει αυτή η πτυχιακή εργασία να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει κάθε ενδιαφερόμενο σπουδαστή ή επαγγελματία, ώστε η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων να αποτελεί καθημερινή υποχρέωσή τους, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.

Στο κεφάλαιο 1, δίδονται οι ορισμοί των όρων που μελετώνται εκτενέστερα στην εργασία αυτή.

Ακολουθεί η ιστορική ανασκόπηση της ψυχασθένειας από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Επίσης πώς και πότε δημιουργήθηκε η ελληνική ψυχιατρική, αλλά και η εξέλιξη των ασύλων- «θηριοτροφείων», σε ανθρώπινα θεραπευτήρια. Τέλος, παρουσιάζονται τα μεγαλύτερα ψυχιατρεία που λειτουργούν στη χώρα μας.

Στο κεφάλαιο 3 γίνεται η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών και συγκεκριμένα αναλύονται οι νευρώσεις και οι ψυχώσεις. Στις ψυχώσεις ανήκει και η σχιζοφρένεια.

Στο κεφάλαιο 4 περιγράφεται η ασθένεια της σχιζοφρένειας. Επίσης αναφέρεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου σχιζοφρένεια. Παράλληλα παρουσιάζεται ο επιπολασμός = επιδημιολογία της ασθένειας, η διαφορική της διάγνωση, τα αίτια που οδηγούν σε αυτήν, τα συμπτώματα, η πρόληψη και η κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών καθώς και οι μορφές θεραπείας.

Στο κεφάλαιο 5 αναλύεται η νομοθεσία που αφορά τους ψυχικά ασθενείς. Στο κεφάλαιο 6 γίνεται περιγραφή των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων.

Το κεφάλαιο 7 περιγράφει τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών και

πιο συγκεκριμένα η θεωρία της ετικετοποίησης και της κοινωνικής αντίδρασης, τα αίτια και οι συνέπειες του στίγματος καθώς και η μεθοδολογία ανάπτυξης τρόπων αντιμετώπισής του. Στο κεφάλαιο 8 παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και ως επαγγελματίας στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Τέλος, αναφέρονται συμπεράσματα και προτάσεις για την αντιμετώπιση του στίγματος και τη βελτίωση της θέσης στην κοινωνία των ατόμων με σχιζοφρένεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή είναι προφανές ότι η ψυχική υγεία των ανθρώπων αποτελεί αγαθό υψίστης σημασίας και αξίας τόσο για τη σωματική υγεία των ατόμων, όσο και για την 'υγεία' των κοινωνικών ομάδων. Αποτελεί οικουμενικό θέμα όλων των ανθρώπων.

Ο λόγος για τον οποίο σήμερα έχει αναγνωριστεί η σημασία και η σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας, είναι ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ψυχικά πασχόντων, γεγονός που επιφέρει δυσμενείς κοινωνικές επιπτώσεις και σημαντική οικονομική επιβάρυνση στον οικονομικό προϋπολογισμό κάθε χώρας. Σύμφωνα με την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, έτους 2001, περίπου 450.000.000 άνθρωποι υποφέρουν από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή, αριθμός που είναι πολύ πιθανόν να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβάνοντας υπ' όψιν την αύξηση του πληθυσμού που γηράσκει, των κοινωνικών προβλημάτων και αναταραχών που επιδεινώνονται.

Η ανησυχία που έχει προκληθεί από την αύξηση των ψυχικών διαταραχών σε παγκόσμιο επίπεδο, ανάγκασε τις κυβερνήσεις πολλών χωρών να προβληματιστούν και να αναζητήσουν τρόπους αντιμετώπισης των πολλαπλών προβλημάτων που προκύπτουν από τις ψυχικές διαταραχές.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ενημέρωση του αναγνώστη για τη σχιζοφρένεια, η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Επιπρόσθετα, η βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια και στις οικογένειές τους.

Χρησιμοποιήθηκε κυρίως βιβλιογραφική μελέτη κι αναζήτηση πηγών μέσω του διαδικτύου.

Κοινή διαπίστωση της μελέτης αυτής είναι η επικράτηση της άγνοιας όσον αφορά τις ψυχικές ασθένειες και το αναπόφευκτο κομμάτι αυτής, το κοινωνικό στίγμα.

Στη πραγματικότητα, οι μύθοι είναι εκείνοι που αντικαθιστούν τα πραγματικά δεδομένα και πνίγουν την αλήθεια, αλλά ικανοποιούν την άγνοια και τροφοδοτούν τις προκαταλήψεις. Δεν δυσκολεύουν απλώς την κατάσταση. Επιπλέον, οι μύθοι δύσκολα διαλύονται, διότι η μυθολογία συχνά δίνει μία ελκυστική και εύκολη εξήγηση για πράγματα που μπορεί να είναι πολύπλοκα ή πολύ δύσκολα να γίνουν αντιληπτά.

Αναμφίβολα η άγνοια διατηρεί το μυστήριο και το μυστήριο δημιουργεί το μύθο και ο μύθος συγκαλύπτει τα δεδομένα και δημιουργεί το στίγμα και τα ταμπού, τα οποία με τη σειρά τους ενθαρρύνουν την άγνοια και συνεχίζεται αυτός ο φαύλος κύκλος. Κρίνεται αναγκαίο και θα ήταν σκόπιμο η μελέτη αυτή να αποτελέσει έναυσμα για οργανωμένες προσπάθειες σε όλους τους τομείς των κοινωνικών δραστηριοτήτων από επαγγελματίες και στελέχη ψυχικής υγείας, με σκοπό την μείωση ή και τον αποστιγματισμό των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελίδα/

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	II
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	III

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	1
2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	5
2.1 Η ΨΥΧΑΣΘΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ.....	5
2.2 Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	10
2.3 ΑΠΟ ΑΣΥΛΟ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ.....	12
2.4 ΤΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ.....	15
3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	20
3.1 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ.....	20
3.2 ΨΥΧΩΣΕΙΣ.....	22
4 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	24
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ.....	24
4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	36
4.3 ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	38
4.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	45
4.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	47
4.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	61
4.7 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	62
4.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	75
5 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	88
5.1 ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ.....	89
5.2 ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	90
5.3 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ	

ΑΣΘΕΝΩΝ.....	93
5.4 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	94
6 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	103
7 Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ –	
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ.....	116
7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	116
7.2 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ	
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	119
7.3 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ.....	126
7.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ	
ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.....	128
7.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	130
7.6 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	132
7.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	146
8 Η ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	166
8.1 ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	166
8.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ	
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	178
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	183
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	185

ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Θεραπευτική απομόνωση ή κοινωνική διάκριση ?

ΤΟ ΤΡΑΓΟΥΔΙ ΤΟΥ ΤΡΕΛΟΥ ΚΩΣΤΗΣ ΠΑΛΑΜΑΣ

Καλοί μου άνθρωποι ,ακούστε με .κακός δεν είμαι .ελάτε ,
σιγά , να σας τα πω.
Μια μοίρα με κατάτρεξε" μη με πετροβολάτε"
δεν έφταιξα, πονώ.

Στο σταυροδρόμι είχα σταθεί. στην πέτρα είχα καθήσει
για να ξεκουραστώ.
Μετα οπαλλένια χέρια της έσπερνε γιούλα η δύση
Κατά τον Υμηττό.

Τα παλληκάρια, οι λιγερές, αδιάκοπα μπροστά μου
Περάσματα. Γιορτή.
Και το βιολί μου φάνταζε παρατημένο χάμου
σαν άρρωστη ψυχή.

Κ' εγώ είμουν ο παράξενος, ο λαλητής ο πλάνος,
και σαν εμέ, κανείς.
Για τούτους είμουν ο τρελλός, για κείνους ο ζητιάνος,
για σας ο αδικητής.

Κ' οι γνωριμίες μου αφρόντιστα και αγνώριστα γύριζαν
και όλοι , όλοι βιαστικά"
χαμογελούσαν οι όμορφες εκεί που μ' αντίκρυζαν,
καταφρονετικά.

Συρμένη από τη θύμηση του μουσικού βιολιού μου
κι αν κάποτε καμιά
γύρευε σάμπως να σταθή τ' άγριου θολού ματιῶῦ μου
την έδιωχνε η φωτιά.

Κάτι έκρυβα στο λογισμό, στην όψη έδειχνα κάτι
που μάκραινε γοργούς
τον νιο τον ανοιχτόκαρδο, την κόρη την όροσύτη
και ξένους και δικούς.

Και πέρασε. Με πλευρώσε και σα σε δέηση στάθη
και σαν γονατιστή"
κ' ήρθε σα ναθελε από με να μάθει και να πάθη,
και σαν ανατολή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα, η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από μία ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκφράζεται με σειρά διαταραχών από τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, τη βούληση και τη συμπεριφορά. (Ραμπαβίλλας, Χριστοδούλου, 2002, σελ.263)

Η σχιζοφρένεια είναι μια παραδειγματική ασθένεια της ψυχιατρικής. Είναι μια κλινική συνδρομή ευμετάβλητη, αλλά βαθιά διασπαστική της ψυχοπαθολογίας, η οποία εμπεριέχει την σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, την κίνηση και την συμπεριφορά. Η εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων διαφέρει με την ηλικία και τους ασθενείς, αλλά το αθροιστικό αποτέλεσμα της ασθένειας είναι πάντα σοβαρό και μακροχρόνιο. (Karlan and Sadock, 2000, σελ.1096)

Σήμερα θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο ~~άπαντά~~ απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας—ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας— παρουσιάζεται με διαταραχές—συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στη ψυχοκινητικότητα. (Μάνος, 1997, σελ.132)

Αξίζει να αναφερθεί η άποψη της Φωτεινής Τσαλικογλου (1989), ότι δεν υπάρχει ένας σαφής, καθολικά αποδεκτός, ορισμός της σχιζοφρένειας. «Η πολυμαρφία είναι συνυφασμένη με την ίδια την έννοια της

σχιζοφρένειας. Διαφορετικές μεταξύ τους θεωρήσεις την ανάγουν άλλοτε σε νοσολογική οντότητα, άλλοτε σε σύνδρομο και άλλοτε σε μια μορφή αντίδρασης-έκφραση κοινωνικών αντιφάσεων. Μέσα στα πλαίσια μιας τέτοιας πολυμορφίας γίνεται ιδιαίτερα δύσκολο να ενσωματωθούν/ οι διάφορες όψεις τις σχιζοφρένειας (βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές) σε ένα σαφή και επακριβή ορισμό. Η ποικιλία των ψυχικών της διαταραχών, δεν έχει συνδεθεί με έναν συγκεκριμένο και σταθερό αιτιολογικό παράγοντα. Ο Ey, συμπορευόμενος με τις απόψεις του M. Bleuler, υποστηρίζει σχετικά ότι δεν θα πρέπει να μιλάμε για «μια σχιζοφρένεια» αλλά για «ομάδα σχιζοφρενείων» ή για «σχιζοφρενικές διαταραχές». (Τσαλίκου, 1989, σελ.58)

Στίγμα

Σε ιατρικούς όρους, το στίγμα μιας νόσου είναι ένα πολύ ορατό σημάδι της. Τέτοια στίγματα είναι για παράδειγμα τα σπυράκια που συνοδεύουν την ιλαρά ή την ανεμοβλογιά. Εδώ όμως, δεν πρόκειται για αυτό το είδος του στίγματος. Είναι το στίγμα που κάνει τους ανθρώπους να αποφεύγουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και οποιαδήποτε αναφορά στην ψυχική ασθένεια. Η λέξη προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη στίζω, που σημαίνει πιέζω ένα αιχμηρό αντικείμενο στο δέρμα (μια καρφίτσα για παράδειγμα). Αυτό συνήθως αφήνει σημάδι. Αυτή είναι και η έννοια της λέξης σήμερα - ένα σημάδι σαν αυτό που αφήνει το σίδηρο που μαρκάρει τα ζώα. Και επειδή τα σημάδια αυτά χρησιμοποιούνται κυρίως ως τιμωρία ή για να ξεχωρίζουν οι ανεπιθύμητοι, η λέξη έχει πλέον μία πολύ αρνητική έννοια. (www.depnet.gr).

Το στίγμα είναι μία ανεπιθύμητη δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση. Το στίγμα τη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (για παράδειγμα φυματίωση, καρκίνος, ψυχικές

ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τη συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Τα στερεότυπα, προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. (www.msu.gr)

Στίγμα: αρχαία ελληνική λέξη, δερματική κηλίδα ή σωματική δυσπλασία. Μεταφορικά: κοινωνικό ελάττωμα ή παραβατική συμπεριφορά. (Παπαδοπούλου . 2003, σελ.1)

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μία διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα - με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανίκανα ή ανάπηρα από μία ψυχική διαταραχή-να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των δυνατοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντολογικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, η που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να έχει παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να προσφέρει το καλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας των ατόμων και των κοινωνιών και στην ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και των μειονεξιών, επηρεάζοντας τις επιλογές των ατόμων για το πώς θα ζουν επιτυχώς στην κοινότητα. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1996).

Ο Maxwell Jones ορίζει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση σαν μία προσπάθεια παροχής του καλύτερου δυνατού κοινωνικού ρόλου, που θα καταστήσει ικανό τον άρρωστο να διασφαλίσει το μεγαλύτερο εύρος δραστηριότητας συμβατό με την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Η αποκατάσταση του ψυχικά αρρώστου σύμφωνα με αυτό

τον ορισμό δεν έχει στόχο την παλιά αναλυτική προσέγγιση για την αναδόμηση της προσωπικότητας ούτε επικεντρώνεται στην εξερεύνηση των υποσυνείδητων παραγόντων της συμπεριφοράς του αρρώστου. (Σ.Κ.Λ.Ε. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 25, 1992, σελ.11)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Η ΨΥΧΑΣΘ'ΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΤΙΣ Μ'ΕΡΕΣ ΜΑΣ

α. Πρωτόγονη Εποχή

Τρυπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου υποβάλλουν την ιδέα μίας χειρουργικής επέμβασης που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες – την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες, όπως για παράδειγμα η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα, η σχιζοτυπική κρίση του μητροκτόνου Ορέστη. Επικρατεί παντού η ίδια περίπου άποψη, ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα, που στην αρχαία ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 29).

Σε πρωτόγονες κοινωνίες, ο χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπου που ασχολείται με τους ψυχικά αρρώστους είναι ο σαμάνος. Πρόκειται για ένα άτομο προικισμένο να πέφτει σε μία κατάσταση εκστάσεως, κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνεί με τα παθολόνα πνεύματα και με κάποιο τελετουργικό τρόπο τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα (στην ουσία την ταυτότητα) του αρρώστου.

β. Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα, τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπιεία. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών άρρωστοι, αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί, παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Κλασσικό παράδειγμα η υστερία, ψυχική διαταραχή που δυσκολεύεται κανείς να τη ξεχωρίσει από παθήσεις που οφείλονται σε οργανικές αιτίες. Η αποτελεσματικότερη μέθοδος θεραπείας ήταν η ερμηνεία των ονείρων.

Σημαντικά ερευνητικά πνεύματα της εποχής εκείνης υπήρξαν ο Αλκμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα, που επιδόθηκε στην ανατομική του ανθρώπινου σώματος, και ιδιαίτερα ο βολβός του ματιού από την οποία έβγαλε το συμπέρασμα ότι η έδρα των αισθήσεων είναι ο εγκέφαλος. Ένας άλλος ερευνητής γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης. Κατά τη παράδοση απόγονος του ίδιου του θεού Ασκληπιού, μαθήτευσε στο Ασκληπιό της Κω τον 4^ο αιώνα π.Χ. πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία «την ιερή νόσο της ανθρωπότητας», οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενής επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Γι' αυτό θεωρείται και ως ο «πατέρας» της ιατρικής. Ο Ιπποκράτης περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές – τις λεγόμενες φρενίτιδες – δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα σε ολόκληρο το κόσμο όπως υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια, παράνοια. Προκειμένου για την υστερία, την οποία θεώρησε ως οργανική μάλλον παρά ως ψυχολογική πάθηση και αναγνώρισε αποκλειστικά στις γυναίκες, ο Ιπποκράτης επισήμανε τον σεξουαλικό της χαρακτήρα, αποδίδοντας τον σε μία υπερκινητικότητα της μήτρας (υστέρας) και συνιστώντας ως θεραπεία το γάμο.

Παρόμοιες υλιστικές ιδέες για την προέλευση των διαταραχών είχαν και άλλοι εκτός από τον Ιπποκράτη, συγκεκριμένα σημαντικοί φιλόσοφοι

όπως ο Δημόκριτος και ο Πλάτωνας. Κατά το Πλάτων οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι παρά ειδικές μα αναπόφευκτες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχής που δεν έχουν ανάγκη από εξωτερικές αιτίες ή επιδράσεις για να υπάρχουν. Τόσο ο Πλάτων στην αρχαιότητα όσο και Freud στην εποχή μας κατέληξαν σε μία παρόμοια θεωρία. Αξίζει να αναφερθεί ο μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης, ο οποίος είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές λειτουργίες με τρόπο αναλυτικό ως σκέψη, θυμικό και βούληση.

γ. Ελληνορωμαϊκή Εποχή

Η ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δεν σημείωσε καμία πρόοδο, ούτε στη ψυχολογία ούτε στη ψυχιατρική. Τουναντίον, κυριάρχησαν μυστικιστικές, μαγικοθρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στο Ευαγγέλιο και το χριστιανισμό. Μία από τις φωτεινές εξαιρέσεις ήταν ο Ασκληπιάδης, ο οποίος ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις, ξεχωρίζοντας τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις οργανικές διαταραχές που οφείλονται στο πυρετό.

Μαθητής του Ασκληπιάδη, ο γνωστός Ρωμαίος ρήτορας και στωικός φιλόσοφος Κικέρων έδωσε μία λεπτομερή περιγραφή των συναισθημάτων ή παθών, από τα οποία ξεχώρισε και το πιο ισχυρό την σεξουαλική επιθυμία, που την ονόμασε λίμπιντο, ο πρώτος που μεταχειρίστηκε τον όρο με τη ψυχολογική του σημασία (Χαρτοκόλλης, 19991, σελ. 35).

Ονομαστός επίσης στην αρχαιότητα ήταν ο Αρειταίος από την Καππαδοκία. Ήταν προικισμένος με έξοχη κλινική παρατηρητικότητα και περισσότερο από όλους τους προγενέστερους του, έδωσε προσοχή στο πως σκέπτεται και αισθάνεται ο άρρωστος. Όπως όλοι οι γιατροί της εποχής του, ο Αρίσταιος ασχολήθηκε και με την υστερία, για την οποία όμως σε αντίθεση με την επικρατούσα αντίληψη, υποστήριξε πως μπορούσε να υπάρξει και στους άντρες. Ο παραδοσιακός όρος υστερία, με την αναφορά του στη μήτρα ως το βασικό αιτιολογικό παράγοντα στη πανάρχαια αυτή πάθηση, εξηγεί ως ένα σημείο την αντοχή της ιδέας. Αλλά ένας βαθύτερος λόγος είναι η υποτιμητική αντίληψη που υπήρχε πάντα στο πολιτισμό μας

για τη γυναικεία φύση.

Πάνω-κάτω τον ίδιο καιρό διέπρεψε ο Σκρανός από την Έφεσο. γνωστός ανάμεσα στους συγχρόνους του ως ο «πρίγκιπας των ιατρών». Ο Σκρανός τόνισε την ατομικότητα του αρρώστου και γενικά χρησιμοποίησε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, αποφεύγοντας όσο μπορούσε τη χρήση φαρμάκων και καταπιεστικών μέσων.

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με το Γαληνό γύρω στα 200 μ.Χ., επτά αιώνες ύστερα από τον Ιπποκράτη. Ο Γαληνός έδωσε μεγάλη προσοχή στο κεντρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας και γενικά ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών. Υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την αρμονική σχέση τριών λειτουργιών του εγκεφάλου του λογικού, του παραλόγου και του αισθησιακού. Ο Γαληνός υπογράμμισε τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία των σωματικών διαταραχών, έτσι που να μπορεί να θεωρηθεί ως πρόγονος της ψυχοσωματικής ιατρικής.

δ. Μεσαίωνας

Η πίστη σε δαίμονες ή σε δαιμόνια ως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών, ύστερα από μία σχετική έφεση που έφερε η επίδραση του Ιπποκράτη, επικράτησε και πάλι κατά την ελληνοιστική περίοδο για να περάσει τελικά στη χριστιανική θρησκεία. Για κάμποσο καιρό ωστόσο, η εκκλησία είχε τις αμφιβολίες τις για το τι συνιστούσε μία ψυχιατρική διαταραχή, θέτοντας συχνά το ερώτημα αν ο τρελός ήταν «άγιος» ή οπαδός του διαβόλου. Τέλος, γύρω στον 6^ο - 7^ο αιώνα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχική αρρώστια, σε όλες τις εκφράσεις της ήταν έργο του διαβόλου. Στην εξέλιξη αυτή, αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του Μεγάλου Πατέρα της Δυτικής Εκκλησίας, αγίου Αυγουστίνου.

Η ψυχιατρική αρρώστια έπαψε να αποτελεί θέμα της ιατρικής επιστήμης, περνώντας στη δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού, που την αντιμετώπιζαν με εξορκισμό ή καταδίωξη (Χαρτοκόλληης, 1991, σελ. 38).

ε. Αναγέννηση

Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα, μέσα στο κλίμα της δημιουργικότητας και του ενθουσιασμού για τη ζωή, τη μάθηση και την αρχαία Ελλάδα που χαρακτηρίζουν την εποχή της Αναγέννησης στην Ευρώπη, τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές κατηγορούνταν ακόμη ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου.

Υπήρξαν ωστόσο αντιδράσεις και κινήματα κατά της δαιμονολογίας, κυρίως από γιατρούς όπως π.χ. ο Κορνήλιος Αγρίππας, ο οποίος ήρθε γρήγορα σε σύγκρουση με την Ιερά Εξέταση και τις κοσμικές αρχές. Μαθητής του Αγρίππα, ο Βέγερ, ο οποίος είναι ο πρώτος γιατρός στη ιστορία που ασχολήθηκε αποκλειστικά με τη σπουδή και την θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών, ο πρώτος με άλλα λόγια ψυχίατρος. Είναι επίσης ο πρώτος που πρότεινε μια συστηματική ψυχολογική θεραπεία, περιγράφοντας αυτό που στο 19^ο αιώνα ονομάστηκε από τους Γάλλους ψυχίατρους ηθική θεραπεία, από τους Γερμανούς ψυχολογικά μέσα βοήθειας και στον αιώνα μας, ψυχοθεραπεία (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 41).

στ. Νεότερη εποχή

Αναζητώντας την έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα, που ήταν πια φανερό πως εξαρτάται από τον εγκέφαλο, ανατόμοι και φυσιολόγοι μίας πιο πρόσφατης εποχής, έλπιζαν πως θα ανακάλυπταν κάποια απτή, οργανική αιτιολογία της ψυχικής αρρώστιας. έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία, ως ένας ιδιαίτερος κλάδος της ιατρικής, που περιελάμβανε την ψυχιατρική σαν μία άλλη έκφραση ή άποψη της.

Το αίνιγμα της υστερίας άρχισε σιγά σιγά να λύνεται με βασικό πυρήνα την επίδραση των συναισθημάτων και του εγκεφάλου που τα κατευθύνει, γενικά η υστερία πλέον είναι μία ψυχοσωματική και όχι αποκλειστικά σωματική διαταραχή, όπως πρέσβευε η ιπποκρατική ιατρική.

Το ενδιαφέρον για τη φύση της υστερίας, που ξεκίνησε ως αντίδραση

κατά της δαιμονολογίας μέσα στο επιστημονικό πνεύμα της αναγέννησης, με το καιρό διευρύνθηκε έτσι ώστε που να περιλαμβάνει όλο το πεδίο της ψυχιατρικής. Οι ερευνητικές προσπάθειες δε περιορίζονται μόνο στην αναζήτηση της αιτιολογίας των ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά επεκτείνονται και στη θεραπεία τους. Τέλος, η ανάγκη για μία ανθρώπινη ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου αρχίζει και πάλι να αναγνωρίζεται. Η ψυχολογική αυτή αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας θα οδηγήσει τελικά στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών ασύλων και την ανάπτυξη της θεραπείας περιβάλλοντος, τόσο στην Ευρώπη όσο και στη Αμερική, μέσα στο 19^ο αιώνα (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 45).

2.2. Η δημιουργία της Ελληνικής Ψυχιατρικής

Πολλά νήματα της ελληνικής ζωής που έχουν υφανθεί μαζί - άλλα σκόπιμα και άλλα όχι - έχουν συμβάλει στην κατασκευή της επίσημης ελληνικής ψυχιατρικής. Η συγκεκριμένη βιο-ιατρική ειδικότητα - ο τομέας των υπηρεσιών της, η παραγωγή γνώσεων και η πρακτική της, αντιμετωπίζεται ως μοναδικό ιστορικό και πολιτισμικό μόρφωμα. Η ελληνική ψυχιατρική δεν είναι ανεξάρτητη από το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό της πλούσιο, αλλά αποτελεί εξ ορισμού αντανάκλαση και έκφρασή του. Η πολιτική, η γραφειοκρατία, η οικονομία και οι δημογραφικές ανακατατάξεις - πλευρές της κοινωνίας που συνήθως θεωρούνται ανεξάρτητες από τον πολιτισμό - αντιμετωπίζονται ως στοιχεία εγγενώς πολιτισμικοί, τα οποία συμβάλλουν στη δημιουργία και την ανάπτυξη της ελληνικής ψυχιατρικής (Μπλου, Εξάντας, 1999, σελ. 298).

Οι υπάρχουσες πολιτισμικές αντιλήψεις περί υγείας και ασθένειας, καθώς και οι όροι που χρησιμοποιούνται για να εκφραστούν τα ψυχολογικά και τα διάφορα συναισθήματα, έχουν διαμορφώσει τη πρακτική αυτή της ειδικότητας, οι δε πολιτισμικές αντιλήψεις περί εαυτού καθοδηγούν σιωπηρά τη ψυχιατρική θεραπεία.

Εδώ και 100 χρόνια, η ιδεολογία άλλων πολιτισμών άρχισε να στρέφεται προς τη πίστη στη δυνατότητα βελτίωσης των συνθηκών της ανθρώπινης διαβίωσης, με το συστηματικό χειρισμό κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων (Scull, 1981) και με αλλαγές στο ψυχικό κόσμο και στον εσωτέρο εαυτό. Αντίθετα, η ελληνική πολιτισμική ιδεολογία επιμένει στο αμετάβλητο της ανθρώπινης φύσης. Η ψυχασθένεια δεν είναι κάτι που ελέγχεται και μεταμορφώνεται από παράλογο σε λογικό, είναι κάτι που τίθεται υπό περιορισμό – αν ενοχλεί – ή αγνοείται – αν δεν βλάπτει. Πάνω σε αυτή ακριβώς τη βάση εγκαινιάστηκε η ελληνική ψυχιατρική, πάνω σε αυτή βρίσκεται αγκυροβολημένη η άσκηση της, και τέλος, πάνω σε αυτή ταξίδεψαν τα πλοία που πήγαιναν τους ασθενείς στη Λέρο (Μπλου, Εξάντας, 1999, σελ. 298).

Η ιστορία της ελληνικής ψυχιατρικής συνοψίζεται ουσιαστικά στο ιστορικό της ίδρυσης των δημοσίων ψυχιατρείων στη Ελλάδα, τα οποία αφενός εκπροσωπούν την ελληνική ψυχιατρική πραγματικότητα και αφετέρου αποτελούν πρότυπα γι' αυτήν. Η εισαγωγή ξένων ψυχιατρικών προτύπων φαίνεται καθαρά μέσα στην ιστορία αυτή: η κτιριακή δομή των πρώτων ιδρυμάτων ήταν βασισμένη σε ευρωπαϊκά πρότυπα, είχε υιοθετηθεί η ευρωπαϊκή ψυχιατρική νομοθεσία, ακολουθούσαν ψυχιατρικές απόψεις και φιλοσοφικές έννοιες που επικρατούσαν στην Ευρώπη το 19^ο και 20^ο αιώνα και η διάγνωση βασιζόταν σε ευρωπαϊκές νοσολογίες.

Εξαιτίας του ότι αρχικά υιοθετήθηκαν από τους γιατρούς ξένα ψυχιατρικά πρότυπα, η επίσημη ελληνική ψυχιατρική εδραιώθηκε έχοντας έναν ετερόκλητο βίο-ιατρικό χαρακτήρα. Η ελληνική ψυχιατρική είναι μόρφωμα από πολλά βίο-ιατρικά πρότυπα, τα οποία ορίζουν και τον θεωρητικό της προσανατολισμό και συγχρόνως, αυτός ο εισαγόμενος χαρακτήρας αυτής της ιατρικής ειδικότητας, έχει διαμορφώσει σε σημαντικό βαθμό και τη φύση της παραγωγής της (Μπλου, Εξάντας, 1999, σελ. 81).

Οι πλευρές της ελληνικής κοινωνίας, δηλαδή οι δυναμικές στον πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό-δημογραφικό τομέα, αποτέλεσαν, το

πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργήθηκε το δίκτυο των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Οι πολιτικές καταστάσεις, τόσο οι διεθνείς όσο και οι εσωτερικές, είχαν ριζική επίδραση στην εξέλιξη αυτού του δικτύου. Μία πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθούν κάποιες δημόσιες εγκαταστάσεις/για ψυχοπαθείς διακόπηκε από πολιτικά γεγονότα στο εσωτερικό. Το πρώτο ψυχιατρείο της χώρας ήταν κληρονομιά και συνέπεια του γεγονότος ότι μία ξένη δύναμη ακολούθησε τότε νέες πολιτικές συμμαχίες. Ορισμένα ψυχιατρεία που προστέθηκαν αργότερα (της Σούδας και κατόπιν της Θεσσαλονίκης) καθώς και το ψυχιατρείο που ιδρύθηκε τελικά στη Λέρο, ανήκαν σε περιοχές που προσαρτήθηκαν στη Ελλάδα μετά από πολέμους – τέλος τα ψυχιατρεία που χρησιμοποιήθηκαν για αλλότριους σκοπούς σε εποχές πολιτικού χάους.

Τα οικονομικά του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα έπαιξαν επίσης ρόλο στη δημιουργία των ιδρυμάτων. Η αδυναμία της ελληνικής κυβέρνησης να οικοδομήσει ένα κτίριο για την στέγαση των ψυχασθενών της χώρας είχε άμεση σχέση με οικονομικά ζητήματα.

Διάφορα κοινωνικό-δημογραφικά γεγονότα συντέλεσαν στη δημιουργία των πρώτων ιδρυμάτων. Καθώς τα όρια της χώρας επεκτείνονταν με τη προσάρτηση ελληνικών εδαφών και η ζωή έπαιρνε περισσότερο αστική μορφή στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, παρουσιάστηκε η ανάγκη μιας καλύτερης λύσης για τους ψυχασθενείς της πόλης, η οποία τελικά βρέθηκε με το Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας, στο Δαφνί τη δεκαετία το '30 (Μπλου, Εξάντας, 1999, σελ. 82).

2.3. Από άσυλο σε Θεραπευτήριο

Τόσο στην αρχαία εποχή όσο και αργότερα, η ψυχιατρική αρρώστια αντιμετωπίστηκε γενικά με πολλή λίγη κατανόηση ή φροντίδα.

Από τις αρχές του Μεσαίωνα ως το τέλος των σταυροφοριών, στα περίχωρα των πόλεων κυριαρχούσαν τα λεπροκομεία – οι χώροι των

«ζωντανών νεκρών». Αλλά μετά τον 15^ο αιώνα όλα αδειάζουν καθώς η λέπρα εξαφανίζεται από τη Δυτική Ευρώπη. Τελικά το ρόλο των λεπρών στη συνείδηση του κόσμου ως κοινωνικών απόβλητων, ακάθαρτων και αμαρτωλών, θα πάρουν οι τρελοί. Το «πλοίο των τρελών» που αρμενίζει ακυβέρνητο στους ποταμούς της Ευρώπης γίνεται κοινό θέμα της τέχνης στην Αναγέννηση. Σε κάποια στιγμή ωστόσο το πλοίο των τρελών εξαφανίζεται για να πάρει τη θέση του το «νοσοκομείο των τρελών». (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 52).

Το πρώτο γενικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στο Παρίσι το 1586, και ανάλογα ιδρύματα ιδρύθηκαν σε λίγο σε ολόκληρη την Ευρώπη. Τα ιδρύματα αυτά, στη καλύτερη τους έκφραση, λειτουργούν ως αναμορφωτήρια, ενώ στη χειρότερη και πιο συνηθισμένη τους μορφή δεν ήταν παρά απομονωτήρια ή κάτεργα για τους άνεργους φτωχούς, αλήτες, ζητιάνους και γενικά τους απροσάρμοστους της κοινωνίας.

Νοσοκομεία ειδικά για ψυχιατρικούς αρρώστους οργανώθηκαν στην Ισπανία κατά πρότυπα των αραβικών της Περσίας και της Αιγύπτου από τις αρχές του 15^{ου} αιώνα ή και νωρίτερα. Αλλά το πρώτο, κατά τα φαινόμενα, ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το νοσοκομείο Βηθλεέμ στο Λονδίνο. Γνωστό καλύτερα ως Μπέντλαμ, ιδρύθηκε το 1247 και άρχισε να δέχεται ψυχιατρικά αρρώστους το 1377. Διατηρήθηκε για πολλούς αιώνες και, αν δεν ήταν από την αρχή, κατόντησε να γίνει κακόφημο άσυλο, όπου επικρατούσε η εκμετάλλευση και η κακομεταχείριση των ψυχιατρικά αρρώστων, τους οποίους η διεύθυνση επιδεικνύει με εισιτήριο τις Κυριακές σαν περίεργα ζώα σε θηριοτροφεία.

Η μεταχείριση των αρρώστων μέσα και έξω από τα γενικά νοσοκομεία και τα ψυχιατρικά άσυλα είναι φυσικό να αντανακλά τις προκαταλήψεις και γενικά την αντίληψη που έχει η κοινωνία για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η έλλειψη ουσιαστικής θεραπείας, ο περιορισμένος χώρος σε σχέση με το συγκριτικά μεγάλο αριθμό αρρώστων και ο μικρός σχετικά αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργούσαν ανέκαθεν – όπως συμβαίνει συχνά και σήμερα – συνθήκες

εξαθλίωσης και καταπίεσης, επιδεινώνοντας τη κατάσταση των αρρώστων που κλείνονταν στα διάφορα άσυλα, έτσι που στο τέλος τα άτομα αυτά να χάσουν κάθε ανθρωπιά και ελπίδα επιστροφής στην ανοιχτή κοινωνία (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 54).

Γύρω στα τέλη του 18^{ου} αιώνα και αρχές του 19^{ου}, κάτω από την επίδραση που είχαν στην ευρωπαϊκή κοινωνία η βιομηχανική εξέλιξη και η γαλλική επανάσταση, εμφανίστηκαν μια σειρά από μεταρρυθμιστές, όπως ο Πινέλ στη Γαλλία, ο Γουίλιαμ Ντιουκ στη Αγγλία που κατόρθωσαν να βελτιώσουν σημαντικά τις συνθήκες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο Πινέλ που ελευθέρωσε από τις αλυσίδες τους αρρώστους, πρόσφερε επίσης ένα είδος υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που έγινε γνωστή ως ηθική θεραπεία και εξελίχθηκε στη σύγχρονη ψυχοθεραπεία. Το μεταρρυθμιστικό κίνημα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πήρε διαστάσεις εκστρατείας κάθε βίας στη μεταχείριση των ψυχικά αρρώστων. Στην Αγγλία, προπάντων, αλλά και στη βόρεια Αμερική, εφαρμόστηκε με ενθουσιασμό και συνέπεια ένα σύστημα νοσοκομειακής θεραπείας με βάση τη κατανόηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου για ασφάλεια. Το σύστημα αυτό προνοούσε την οργάνωση ομάδων απασχόλησης με δημιουργική εργασία, ψυχαγωγία και προσωπική καθοδήγηση. Το άσυλο διαμορφώνεται έτσι σε χώρο ιατρικό και ιδιαίτερα ψυχιατρικό. Η αντιμετώπιση των αρρώστων στα αναμορφωμένα αυτά ιδρύματα δεν ήταν απλώς μία φιλανθρωπική υπόθεση, αλλά μια ψυχοθεραπευτική προσπάθεια, που στη νοοτροπία της τουλάχιστον δε διέφερε από μία σύγχρονη θεραπεία περιβάλλοντος.

Για λόγους περίπλοκους, το κίνημα στο τέλος εκφυλλίστηκε και τα περισσότερα νοσοκομεία που συνεργάστηκαν στην εφαρμογή της ηθικής θεραπείας κατόρθωσαν να ξαναγίνουν άσυλα με όλη τη δυσάρεστη σημασία της λέξης. Βασικά, η αποτυχία του πειράματος μπορεί να αποδοθεί στην πολιτική σκοπιμότητα, που επέτρεψε και πάλι, ή μάλλον επιδίωξε να εξυπηρετηθούν άλλο ανάγκες, οικονομικά και κοινωνικά πιο επείγουσες, όπως η στέγαση άπορων πολιτών και ανήμπορων μεταναστών μέσα στο κτίριο και στις κοινωνίες των ψυχικά άρρωστων.

Μια καινούργια προσπάθεια να αναμορφωθούν τα ψυχικά ιδρύματα έγινε στις αρχές του αιώνα μας στην Αμερική. Άλλες προσπάθειες ξεκίνησαν σε ιδιωτικά ιδρύματα όπου μαθητές του Φρόιντ είχαν πού μικρότερη επίδραση στη λειτουργία των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρικών ιδρυμάτων τόσο στην Ευρώπη όσο και την Αμερική, που παραμένουν ουσιαστικά στον τύπο του παραδοσιακού ασύλου, ενός χώρου όπου κλείνονταν ψυχωτικοί άρρωστοι για χρόνια, περισσότερο για την προφύλαξη και ευκολία της κοινωνίας παρά για τη θεραπεία της αρρώστιας τους. Εκείνο που έφερε τη μεγάλη αλλαγή ήταν η ανακάλυψη και εφαρμογή των ψυχοφαρμάκων στις αρχές της δεκαετίας του 1950, που επέτρεψε το ξεκλείδωμα των ψυχιατρικών νοσοκομείων, την έξοδο ή μάλλον την απόλυση ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων αρρώστων, τη δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την εγκαθίδρυση ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία. (Χαρτοκόλλης 1991, σελ.56).

2.4 ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

- Το ψυχιατρείο της Κέρκυρας ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι στην περιοχή της Κέρκυρας. Ουσιαστικά κάλυπτε τις ανάγκες τότε όλης της ελληνικής επικράτειας. Οι Σιμάτη και Σουέρεφ (1989) αναφέρουν χαρακτηριστικά: «εκεί οι άρρωστοι διέμεναν σε άθλιες συνθήκες αναμειγμένοι μεταξύ τους».

- Το «Δρομοκαΐτειο» Θεραπευτήριο ιδρύθηκε το 1887 μετά από δωρεά (1880) του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805-1880) με την επωνυμία «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου» και λειτούργησε ως Κοινωφελές και φιλανθρωπικό Ν.Π.Ι.Δ. Το 1986 μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», Ν.Π.Δ.Δ. Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαΐτειού άρχισε από το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες και κάθε περιοριστικός δεσμός στην Γ' κλινική από τον καθηγητή Λυκέτσο, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της

κλινικής και έγιναν χωροταξικές διευθετήσεις. Τον Ιούνιο του 2001 μάλιστα, καταργήθηκε το κλειστό τμήμα «Αγία Μαρκέλλα», άνοιξαν οι σιδερένιες πόρτες και έτσι πλέον οι «επικίνδυνοι» ασθενείς δε νοσηλεύονται απομονωμένοι, αλλά συνυπάρχουν στα ανοικτά τμήματα με τους υπόλοιπους ασθενείς.

- Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο στο οποίο στεγάζεται η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, ιδρύθηκε το 1905 με πρωτοβουλία του πρώτου καθηγητή Κατσαρά, μαθητή του J. M. Charcot, χάρη στο κληροδότημα του Διονυσίου και της Ελένης Αιγινήτου (Βασιλικό διάταγμα 19/7/1905). Στέγασε από την ίδρυση του την έδρα της νευρολογικής-ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας και εξακολουθεί μέχρι και σήμερα μετά το διαχωρισμό των δύο εδρών (1963) να στεγάζει και τις δύο έδρες. Υπήρξε πρωτοπόρος στην εισαγωγή νέων ψυχιατρικών θεραπευτικών μεθόδων στην Ελλάδα. Λειτουργούν εκτός από τα ενδονοσοκομειακά τμήματα νοσηλείας και εξωνοσοκομειακές μονάδες περίθαλψης, καθώς και υπηρεσίες που καλύπτουν ανάγκες και έξω από τα γεωγραφικά όρια του Αιγινήτειου. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το έργο του Αιγινήτειου σε εκπαιδευτικό επίπεδο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθώς προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης.

- Το 1925 απαλλοτριώθηκαν τα πρώτα 50 στρέμματα για την ίδρυση του πρώτου κρατικού ψυχιατρείου στην Αττική, βόρεια της περιοχής της Μονής του Δαφνιού γνωστού και ως παλαιού χώρου «θεραπείας» ψυχασθενών. Το 1937 δημοσιεύτηκε ο νόμος 965/37 «περί οργάνωσης των Δημόσιων και Υγειονομικών Ιδρυμάτων» που ενίσχυε τη νομική μορφή του Δαφνιού. Χαρακτηριστική είναι η συχνή αλλαγή της ονομασίας του ψυχιατρείου. Έτσι από Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών μετονομάστηκε σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1955, σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών και σχετικά πρόσφατα σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής του Ε.Σ.Υ.

- Μετά το τέλος της δεκαετίας του '40 τα τότε υπάρχοντα ψυχιατρεία βρέθηκαν υπερπλήρη από νοσηλευόμενους σε άθλιες συνθήκες. Χρειαζόταν κατά συνέπεια αποσυμφόρηση και έτσι το 1957 διατυπώθηκε η ιδέα από κρατικούς ψυχιάτρους να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόληση τους σε γεωργικές ασχολίες.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57 και δέχτηκε τους 300 πρώτους αρρώστους στις 2-1-1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953. Η πρώτη ονομασία του ψυχιατρείου ήταν «Αποικία ψυχοπαθών Λέρου».

Ο χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην επόμενη σελίδα παρουσιάζει όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα στον ελλαδικό χώρο.

Κλείνοντας και συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ιστορική πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας ήταν παρόμοια με αυτήν της υπόλοιπης Ευρώπης με μόνη διαφορά την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων.

Χρονολογικός Πίνακας Ίδρυσης Ψυχιατρικών Ίδρυμάτων

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών(12 χλμ.)	1887
Αιγινήτειο	Εξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Θεσσαλονίκης Νοσοκομείο	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Νέα Κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ο Χαρτοκόλλης (1986) αναφέρει τις τρεις ακόλουθες κατηγορίες ψυχιατρικών διαταραχών: νευρώσεις, ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας ή συμπεριφοράς.

3. 1 ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Πρόκειται για ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές. Ο νευρωσικός άρρωστος έχει επίγνωση της κατάστασης του και δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα (όπως συμβαίνει με τα ψυχωσικά άτομα). Ένα κοινό χαρακτηριστικό των νευρώσεων είναι το άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία. Το άγχος του νευρωσικού, σε αντίθεση με το φόβο που νιώθει κάποιος όταν απειλείται από εξωτερικό υπαρκτό κίνδυνο, έχει τις ρίζες του στις κρυφές επιθυμίες ή ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με τη συνείδησή του. Το άτομο δε γνωρίζει αυτές τις ανάγκες και γι' αυτό του προκαλούν φόβο. Το άγχος του νευρωσικού έχει την προέλευση του σε μια παιδική νευρώση που δεν ξεπεράστηκε, αλλά απωθήθηκε στο ασύνειδο. Το άγχος συνοδεύεται από νευροφυτικές διαταραχές, δηλαδή ταχυπαλμία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρέμουλο, συχνουρία, διάρροια, βάρος στο στήθος ή στο στομάχι κ.ά. (Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 84).

Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι:

α) Αγχώδης νευρώση. Εμφανίζεται σε δύο κλινικές εικόνες: ως μια διαταραχή πανικού με δύσπνοια, ταχυπαλμία, στηθάγχη, ζάλη, εφίδρωση,

είτε ως μια γενικευμένη αγχώδης διαταραχή με σωματικούς πόνους και μια υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος,

β) Φοβική νεύρωση. Χαρακτηρίζεται από έναν έντονο, επίμονο και παράλογο φόβο για κάποιο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση. Αν το άτομο έρθει σε επαφή με αυτό που του προκαλεί φόβο, κυριεύεται από άγχος που συνοδεύεται από νευροφυτικά συμπτώματα και μπορεί να καταλήξει σε πανικό. Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές : κλειστοφοβία, ακροφοβία, μυσοφοβία, αγοραφοβία.

γ) Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση. «Χαρακτηρίζεται από κάποια ψυχαναγκαστική ιδέα, την ιδεοληψία, που πολύ συχνά συνοδεύεται από μιαν εξίσου ψυχαναγκαστική συμπεριφορά». Ο όρος «ιδεοληψία» μπορεί να αναφέρεται σε μια έμμονη σκέψη ή στην έμμονη απασχόληση με κάποιο θέμα, προσωπικό ή αφηρημένο φιλοσοφικό πρόβλημα. Μια ιδεοληψία συνοδεύεται από ενοχές, τις οποίες ο άρρωστος προσπαθεί να απομακρύνει με αντίθετες σκέψεις ή με τελετουργική επανάληψη στερεοτυπικών ενεργειών.

δ) Υστερική νεύρωση. Η διαταραχή αυτή διακρίνεται σε δύο τύπους, τον μετατρέπτικό και τον αποσυνδετικό. Ο μετατρέπτικός τύπος υστερίας χαρακτηρίζεται από ακούσια απώλεια κάποιας σωματικής ή αισθητήριας λειτουργίας. Ο αποσυνδετικός τύπος υστερίας αφορά κάποια διαταραχή στη συνείδηση του εαυτού ή την ταυτότητα του ατόμου.

ε) Σωματοποιητική διαταραχή. Το άτομο παραπονιέται για σωματικές ενοχλήσεις, χωρίς όμως να διαπιστώνεται οργανική βλάβη. Όταν σε μια σωματοποιητική διαταραχή υπάρχει πόνος, εντάσσεται στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

στ) Υποχονδριακή νεύρωση. Χαρακτηρίζεται από μια διαρκή ανησυχία του ατόμου για θέματα υγείας. Ο άρρωστος εκλαμβάνει οποιαδήποτε σωματική ενόχληση ως σύμπτωμα κάποιας σοβαρής ασθένειας και δεν μπορεί να μεταπειστεί για το αντίθετο ούτε με τη διαβεβαίωση του γιατρού.

3. 2. ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών και βρίσκονται πιο κοντά σ' αυτό που ο κοινός άνθρωπος αποκαλεί «τρέλα». Το άτομο που νοσεί δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα και δεν έχει επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασης του. Οι σκέψεις, το συναίσθημα και η συμπεριφορά του ακολουθούν μια εξωπραγματική λογική. Αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις επαγγελματικές και κοινωνικές του υποχρεώσεις, ενώ επειδή συχνά είναι επικίνδυνος τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. (Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 18).

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε οργανικές, οι οποίες έχουν διαγνωσμένο οργανικό αίτιο και σε λειτουργικές που αποδίδονται σε ψυχοκοινωνικά αίτια.

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι:

α) Σχιζοφρένεια. Σύμφωνα με το Χαρτοκόλλη (1986) χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη σκέψη, ανάρμοστο συναίσθημα και ασυνεπή συμπεριφορά.

Οι διαταραχές στη σκέψη συνίστανται σε μεταβολή του τρόπου σχηματισμού των εννοιών και των κρίσεων που οδηγούν σε παρερμηνείες της πραγματικότητας και σε παραγωγή ψευδαισθήσεων παραληρηματικών ιδεών. Οι διαταραχές στο συναίσθημα περιλαμβάνουν αμφιθυμικές καταστάσεις, υποτονικό θυμικό και απρόσμενες συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι διαταραχές στη συμπεριφορά περιλαμβάνουν αδράνεια, εσωστρέφεια, απόσυρση, παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα συμπεριφοράς και παραδοξότητα (ο άρρωστος υιοθετεί ασυνήθιστες και άβολες στάσεις του σώματος). (Παρασκευόπουλος, 1986, σελ. 18).

β) Παράνοια. Κύριο χαρακτηριστικό του παρανοϊκού είναι οι ιδεοληψίες και οι παραληρηματικές ιδέες, π.χ. ιδέες μεγαλείου, καταδίωξης, ζηλοτυπίας κ.α. Οι παραληρηματικές ιδέες είναι ένα σύστημα

καλά μελετημένο για τον άρρωστο, χωρίς κενά και ασυνέπειες. Ο παρανοϊκός προσλαμβάνει και ερμηνεύει τα γεγονότα επιλεκτικά προκειμένου να τεκμηριώσει τις ιδέες του αυτές.

γ) Μανία - Μελαγχολία. «Πρόκειται για μείζονες διαταραχές του συναισθήματος. Χαρακτηρίζονται από περιοδική εμφάνιση ακραίων συναισθηματικών καταστάσεων, αφενός καταθλιπτικής κατάπτωσης - φάση μελαγχολίας - και αφετέρου πλεονάζουσας συναισθηματικής έξαρσης - φάση μανίας. Οι δύο φάσεις, η μανία και η μελαγχολία, μπορεί να διαδέχονται περιοδικά η μία την άλλη (συνήθως ενδιάμεσα μεσολαβεί ένα διάστημα ηρεμίας, όπου ο ασθενής νιώθει και συμπεριφέρεται σχεδόν φυσιολογικά), οπότε έχουμε τη λεγόμενη μανιοκαταθλιπτική (ή διπολική - κυκλική) ψύχωση. Μπορεί όμως να επαναλαμβάνεται περιοδικά μια μόνο φάση, πάντοτε η ίδια, οπότε έχουμε τη λεγόμενη μονοφασική (ή μονοπολική) ψύχωση (επικρατεί μόνο ο ένας πόλος της μανιοκατάθλιψης). Ανάλογα με τη φάση που επικρατεί, έχουμε τη διαλείπουσα μανία ή τη διαλείπουσα μελαγχολία».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

Ο όρος σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια (démence précoce-dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σε όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για «άνοια» («που άρχιζε νωρίς») και ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσσιμο του μυαλού», από όπου και ο όρος σχιζοφρένεια.

Στα χρόνια που πέρασαν, παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειές μας, δεν μάθαμε πολλά πράγματα για τη μάστιγα αυτή της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πως να τη θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πως να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από την σχιζοφρένεια. Και αυτό γιατί τα αίτια της ακόμα μας διαφεύγουν. (Μάνος, 1997, σελ.132)

Έτσι, λοιπόν, σήμερα θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της προσωπικότητας-ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας- παρουσιάζεται με διαταραχές- συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. (Μάνος, 1997, σελ.132)

Τέλος ο Ν. Μάνος (1997), αναφέρει ότι η σχιζοφρένεια καλύπτει μια

ποικιλία κλινικών καταστάσεων, που διαφέρουν στην συμπτωματολογία, στην κλινική πορεία, κτλ. Έχουν προταθεί, έτσι, διάφορες κλινικές υποκατηγορίες, που διαφέρουν ανάλογα με τα συστήματα ταξινόμησης που κανείς ακολουθεί. Οι τύποι που προτείνονται από το DSM-IV /και αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή είναι οι εξής:

- α) Παρανοϊκός τύπος
- β) Αποδιοργανωμένος τύπος
- γ) Κατατονικός τύπος
- δ) Αδιαφοροποίητος τύπος και
- ε) Υπολειμματικός τύπος.

Ως προς την ιδιομορφία της σκέψης ο Χαρτοκόλλης (1991) επισημαίνει ότι πολύ συχνά ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται ο σχιζοφρενής εμφανίζει μια ιδιαίτερη ανωμαλία που μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρήματος, ψευδαισθήσεων ή κάποιας χαρακτηριστικής ιδιομορφίας στον τρόπο σκέψης. Η πιο συχνή παθολογική μορφή μιας τέτοιας διαταραχής είναι η χάλαση των συνειρμών, δηλαδή οι ιδέες διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς φανερό λογική σχέση ή με μία σύνδεση εντελώς συμπτωματική, χωρίς το άτομο να έχει συναίσθηση της ασυναρτησίας του.

Αναφορικά με το περιεχόμενο της σχιζοφρενικής σκέψης, η πιο χαρακτηριστική διαταραχή είναι το παραλήρημα. Πρόκειται για μια προσωπική φαντασίωση, που εκείνος που την κάνει την πιστεύει για αληθινή, μόλο που είναι φανερό ή αποδειγμένο ότι δεν συμβαίνει στη πραγματικότητα και δεν υπάρχει ως κοινή, λίγο-πολύ αναγνωρισμένη από το περιβάλλον του δοξασία. Τέτοιες ανυπόστατες πεποιθήσεις αναφέρονται, συνήθως, στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι μας έχουν επισημάνει και μας ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές (παραλήρημα καταδιώξεως), στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιοι, συχνά μέσα από το

ραδιόφωνο ή από την τηλεόραση, προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας ή τις ενέργειές μας. (παραλήρημα ελέγχου). Επίσης στην ιδέα ότι είμαστε προικισμένοι με κάποια μοναδική ιδιότητα ή ότι ενσαρκώνουμε κάποια ιστορική προσωπικότητα (παραλήρημα μεγαλείου), στην ιδέα ότι συμβαίνει κάτι ανεξήγητό ή καταστροφικό στο σώμα μας (σωματικό παραλήρημα) και άλλες παρόμοια απίθανες ιδέες. Οι έμμονες αυτές ιδέες ή φαντασιώσεις μπορεί να είναι οργανωμένες ή ανοργάνωτες, απλές, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές, κυριολεκτικά εξωφρενικές, χωρίς καμία απολύτως σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.169).

Η ύπαρξη του παραληρήματος υποδηλώνει μία ανασφάλεια του εγώ, ένα άτομο που αισθάνεται ότι κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι, και την αμυντική πρόθεση να αποφευχθεί κίνδυνος ή να ενισχυθεί η συνοχή του εγώ. Χαρακτηριστικά και αντίθετα με τις έμμονες ιδέες του ψυχαναγκαστικού αρρώστου, το παραλήρημα εμπλέκει περιβάλλον με έναν τρόπο ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό ή υποτιμητικό για τον άρρωστο, σπανιότερα και εμμέσως υποστηρικτικό. Σε ελαφρότερες περιπτώσεις, ή προτού ακόμα το σύμπτωμα εξελιχθεί σε παραλήρημα καταδιώξεως, ο άρρωστος μπορεί απλώς να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιου κύκλου ανθρώπων, που τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται, ή τον οικτρίζουν, μάλλον, παρά σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Τέτοιες ιδέες αναφοράς, όπως και ιδέες καταδιώξεως, χαρακτηρίζονται από καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας.

Από τις πιο εντυπωσιακές διαταραχές της σκέψης ή πιο συγκεκριμένα, της αντιλήψεως, η ψευδαίσθηση δημιουργείται χωρίς να υπάρχει αντικειμενικό, εξωτερικό ερέθισμα. Πρόκειται για μια πιο ολοκληρωμένη, ακραία μορφή παραληρήματος. Όταν η παραληρητική φαντασίωση γίνεται ιδιαίτερα έντονη, χάνει την διανοητική της μορφή και μετατρέπεται σε εμπειρία, παίρνοντας μία ή περισσότερες από τις αισθητήριες διαστάσεις- ακουστική, οπτική, απτική, οσφρητική ή την

κιναισθητική. Ο άρρωστος δεν νομίζει απλώς ότι τον καταδιώκουν, αλλά ακούει λόγια απειλητικά, τις δικές του σκέψεις σαν να προέρχονται από το περιβάλλον, εξωτερικευμένες. Φαντάζεται πως βλέπει όντα που τον απειλούν ή που τον επευφημούν, καθώς απευθύνεται σε φανταστικά πλήθη, παρασταίνοντας τον εαυτό του ως Μεγάλο Ναπολέοντα ή Χριστό. Αισθάνεται στο σώμα του τον ηλεκτρικό ερεθισμό μηχανών που ενεργούν από μακριά και που μπορεί να τις περιγράψει με κάθε λεπτομέρεια. Αισθάνεται την γεύση του φαρμάκου που φαντάζεται πως του έχουν ρίξει στο φαγητό του για να τον δηλητηριάσουν. Αισθάνεται την οσμή ενός δηλητηριώδους αερίου ή του δικού του κορμιού και φοβάται ότι έχει αρχίσει να σαπίζει. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.171)

Η επιλογή της αισθήσεως που συνιστά την εμπειρία του συμπτώματος εξαρτάται από το ποια προσφέρεται καλύτερα την έκφραση του ψυχολογικού προβλήματος που απασχολεί το υποκείμενο. Συναισθήματα ενοχής εκφράζονται πιο εύκολα με την ομιλία γι αυτό ο ψυχωτικός άρρωστος ακούει φωνές που τον ψέγουν ή τον κατηγορούν ότι είναι ομοφυλόφιλος, ερωτομανής και ανήθικος- φωνές που αντανακλούν τα λόγια των γονέων του όπως έχουν καταγραφεί στο υπερεγώ του, επικρίνοντάς τον για απαράδεκτες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προδίδουν μία σύγχυση ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο του ατόμου, που οφείλεται στην αποσύνθεση του υπερεγώ. Απαγορευτικές, επιτακτικές και απειλητικές φωνές είναι σαν να έρχονται από έξω, όπως κάποτε η φωνή των γονέων, προτού αποπροσωποποιηθεί μέσα στη φωνή της συνειδήσεως- του υπερεγώ. Το φαινόμενο είναι ένα παράδειγμα της τάσης που υπάρχει στη σχιζοφρένεια για ψυχολογικά σχήματα που δεν έχουν αφομοιωθεί καλά να διασπώνται και να εξωτερικεύονται και πάλι.

Πολύ λιγότερο συχνές από τις ακουστικές, προκειμένου για μη οργανικές ψυχώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις αντιπροσωπεύουν επικίνδυνες τάσεις της προσωπικότητας του αρρώστου. Γι' αυτό και προκαλούν μεγαλύτερο φόβο από τις ακουστικές.

Τόσο το παραλήρημα όσο και η ψευδαίσθηση διακινούνται από την πρόθεση να αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα που έχει διακοπεί με την ψυχωτική διαταραχή. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 172)

Αναμφισβήτητα είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τη σκέψη από το συναίσθημα ή το θυμικό. Και όσο παράδοξο κι αν ακούγεται, δεν ξέρει κανένας ποιο έρχεται πρώτο, η σκέψη ή το συναίσθημα. Κατά την κλασική θεωρία Τζαϊήμς-Λάνγκσλεη, όταν ακούσουμε ότι πέθανε ένα αγαπητό μας πρόσωπο κλαίμε πρώτα και ύστερα λυπόμαστε, στη θέα μιας άγριας αρκούδας το βάζουμε στα πόδια ή ετοιμαζόμαστε να αμυνθούμε κι έπειτα αισθανόμαστε φόβο. Με άλλα λόγια, η εμπειρία του συναισθήματος βασίζεται σε ορισμένες νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού, που είναι αντανακλαστικές μάλλον παρά αποτέλεσμα σκέψης και πιο συγκεκριμένα διανοητικής εκτιμήσεως των συνθηκών, στις οποίες ανταποκρίνεται το οποιοδήποτε συναίσθημα.

Στη σχιζοφρένεια, η σχέση συναισθήματος και σκέψης είναι κατά κανόνα παράδοξη, λογικά ασυνεπής. Πολύ συχνά ο άρρωστος δίνει την εντύπωση ότι δεν αισθάνεται τίποτα, καθώς η μορφή του παραμένει ανέκφραστη ή καθρεφτίζει κάτι το ουδέτερο, το αινιγματικό, το απροσπέλαστο. Ο ίδιος συχνά παραπονιέται ότι έχει χάσει την ικανότητα να αισθάνεται, ότι δεν του κάνει τίποτα εντύπωση, ότι δεν αισθάνεται ούτε χαρά ούτε λύπη. Άλλες φορές φαίνεται σαν να αισθάνεται το αντίθετο από εκείνο που λέει πως αισθάνεται ή που θα έπρεπε να αισθάνεται σύμφωνα μ' αυτά που λέει, όπως για παράδειγμα όταν παραπονιέται ότι μυστηριώδεις δυνάμεις τον καταδιώκουν και την ίδια στιγμή γελάει χαρούμενα, ξένοιαστα. Άλλες φορές από ήρεμος που είναι, ξαφνικά, χωρίς φανερή αιτία, γίνεται ανήσυχος, φωνάζοντας οργισμένα ή τρομαγμένα. Παραδόξως, τα αντιψυχωτικά φάρμακα, ενώ έχουν μια ευεργετική επίδραση πάνω στη σκέψη και αντίληψη του ασθενή, τείνουν να ισοπεδώνουν τα συναισθήματα και την εκφραστική τους ικανότητα. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.173)

Σε μια πιο προχωρημένη φάση της αρρώστιας, που βασικά εκφράζει

τη λεγόμενη διαδικαστική ή χρόνια μορφή της, παρατηρείται μια απουσία ή φτώχεια συναισθήματος, που συνοδεύεται συνήθως από μια ανάλογη διαταραχή στο συναίσθημα του χρόνου.

Κάτι που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά, αλλά που κυριαρχεί στην υποκειμενική ζωή του αρρώστου σε σημείο που να τον φέρνει σε απόγνωση, είναι μια βαθιά διαταραχή του συναισθήματος ταυτότητας, της ικανότητας να διακρίνει τον εαυτό του από τους άλλους σαν μία οντότητα δική του, με κάποια προσωπική ιστορία, με κάποια ιδιαίτερη κατεύθυνση στη ζωή του. Καθώς το συναίσθημα ταυτότητας αδυνατίζει, ο άρρωστος αρχίζει να νιώθει σαν να χάνει τον εαυτό του, σαν τα όρια του εαυτού του να θρυμματίζονται, σαν το ίδιο το σώμα του να διαμελίζεται, να αποσυντίθεται. Η ζωή χάνει κάθε νόημα, κάθε σκοπό ή ανθρώπινο όριο, γίνεται αιωνιότητα αρνητική, χωρίς καμία επιθυμία, παρηγοριά ή ελπίδα. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.173)

Φυσικό επακόλουθο της συναισθηματικής άμβλυνσης που φέρνει χρόνια σχιζοφρένεια έχει αντίκτυπο στην ικανότητα του ανθρώπου να δείχνει πρωτοβουλία και ενδιαφέρον σε οτιδήποτε πέρα από τον εαυτό του με συνέπεια και αποτελεσματικότητα. Σιγά-σιγά τον κυριεύει μια μεγάλη αμφιθυμία, που στο τέλος παραλύει τη θέλησή του και την ικανότητα να πάρει οποιαδήποτε απόφαση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αρχικές εκδηλώσεις της κακοήθους σχιζοφρένειας είναι μία προϊούσα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά κανόνα, οι σχέσεις του αρρώστου με τους άλλους δεν είναι ποτέ καλές. Καθώς η επαφή του με την πραγματικότητα χειροτερεύει, συνήθως σιγά σιγά, ανεπαίσθητα, προοδευτικά, αν και καμιά φορά εντελώς ξαφνικά. Εμφανίζεται μία νευρικότητα, μια υπερκινητικότητα ή υποκινητικότητα. Εμφανίζεται μια αδιαφορία ως προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια έλλειψη προσοχής προς τις υποδείξεις ή ανάγκες των άλλων, μια βαθμιαία κοινωνική απομόνωση, που πολλές φορές συνοδεύεται από αδέξιες προσβλητικές ή επιθετικές εκφράσεις, στερεότυπους μορφασμούς και κινήσεις, αδικαιολόγητα γέλια ή

κλάματα και γενικά μίαν αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά.

Οι σχέσεις του σχιζοφρενικού αρρώστου με τους συνανθρώπους του, τα διάφορα μέλη της οικογενείας του, τους φίλους του, του συμμαθητές του ή τους συνεργάτες του γίνονται δύσκολες, προβληματικές και από μια στιγμή και έπειτα μπορούν να διακοπούν εντελώς. Το τελευταίο αυτό στάδιο αναφέρεται ως αυτισμός. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του ζώντας με την φαντασία του, μη δίνοντας πια καμία προσοχή στον κόσμο της πραγματικότητας, αγνοώντας τους πάντες και τα πάντα γύρω του. Σε αυτή την κατάσταση, ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να χάσει κάθε συναίσθημα ευθύνης ή ντροπής, αυνανιζόμενος και γενικά ικανοποιώντας τις σωματικές του ανάγκες δημόσια, χωρίς κανένα ενδοιασμό, σε σημείο που να αποπατεί στο πάτωμα και να τρώει τα ίδια τα απορρίμματά του. Στην εποχή μας, με την συστηματική χρήση των ψυχοφαρμάκων, το έσχατο αυτό στάδιο του αυτισμού έχει γίνει σπάνιο. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.174)

Πίνακας Διαγνωστικό κριτήριο Σχιζοφρένειας

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, το καθένα από το οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς):

1. παραληρητικές ιδέες
2. ψευδαισθήσεις
3. αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. αρνητικά συμπτώματα, π.χ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία

Σημείωση: Απαιτείται μόνον ένα σύμπτωμα του κριτηρίου Α αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους.

Β. Κοινωνική / επαγγελματική δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό τμήμα του χρόνου από τη στιγμή της έναρξης της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα είναι καταφανώς κάτω από το επίπεδο που είχε επιτευχθεί πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία, αποτυχία να επιτευχθεί το αναμενόμενο επίπεδα διαπροσωπικών, σχολικών ή επαγγελματικών επιτευγμάτων).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εάν αντιμετωπιστούν επιτυχώς), τα οποία πληρούν το κριτήριο Α (δηλαδή ενεργός φάση των συμπτωμάτων) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, της πρόδρομης ή της υπολειμματικής, τα σημεία της διαταραχής μπορούν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή είναι παρόντα σε πιο εξασθενημένη μορφή δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο Α (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αισθητηριακά βιώματα).

Δ. Αποκλεισμός της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχής της διάθεσης: Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία έχουν αποκλειστεί επειδή είτε (1) δεν υπήρχε παρουσία μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού ή μικτού επεισοδίου ταυτόχρονα με την ενεργό φάση των συμπτωμάτων, ή (2) αν υπήρχε παρουσία επεισοδίων της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης των συμπτωμάτων, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση

με τη διάρκεια της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου.

Ε. Αποκλεισμός ουσιών / γενικής σωματικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης.

ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό αυτιστικής διαταραχής ή άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνον αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστούν επιτυχώς).

Ταξινόμηση της μακροχρόνιας πορείας (εφαρμόζεται μόνον αφού έχει μεσολαβήσει τουλάχιστον ένας χρόνος από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης):

- Επεισοδιακή με υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων (τα επεισόδια ορίζονται από την επανεμφάνιση προεξάρχοντων ψυχωτικών συμπτωμάτων) · επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα
- Επεισοδιακή χωρίς υπολειμματικά συμπτώματα μεταξύ των επεισοδίων
- Συνεχής (προεξάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης) · επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα

Μοναδικό επεισόδιο σε μερική ύφεση · επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα.

Μοναδικό επεισόδιο σε πλήρη ύφεση · επίσης καθορίστε αν: με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα.

Άλλος ή απροσδιόριστος τύπος.

Πίνακας από το DNM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders, ed 4.

(Kaplan, Sadock & Grebb, 2000. σελ. 690)

Πίνακας Αρνητικά και θετικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια.

Αρνητικά συμπτώματα	Θετικά συμπτώματα
Συναισθηματική επιπέδωση	Ψευδαισθήσεις
Μη μεταβαλλόμενη έκφραση προσώπου	Ακουστικές (σχολιασμοί και συνομιλίες μεταξύ «φωνών»
Μείωση αυθόρμητων κινήσεων	Σωματο-αισθητηριακές
Έλλειψη εκφραστικών χειρονομιών	Οπτικές και γευστικές
Μείωση βλεμματικής επαφής	
Μείωση συναισθηματικής αντίδρασης	Παραληρητικές ιδέες
Απροσφορότητα συναισθηματική	Διωκτικές
Έλλειψη χρωματισμού της φωνής	Ζηλοτυπικές
Διαταραχές ομιλίας	Μεγαλείου/θρησκευτικές
Πτωχεία λόγου	Αυτοαναφοράς/επίδρασης
Πτωχεία περιεχομένου	Υποκλοπής σκέψεων
Ανακοπή του λόγου	Παρεμβολής ξένων σκέψεων

Καθυστέρηση της απάντησης	Απώλειας / απόσυρσης σκέψεων
Διαταραχές βούλησης	/
Παραμελημένη εμφάνιση	Παράδοξη συμπεριφορά
Απουσίες από την εργασία	Στερεοτυπίες
Απραγμοσύνη /οκνηρία	Εμφάνιση/ένδυση/καθαριότητα
Ανηδονία/ έλλειψη κοινωνικότητας	Επιθετικότητα
Μείωση ψυχαγωγίας και ενδιαφερόντων	Κοινωνική / σεξουαλική
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας	Διαταραχή δομής / κατοχής της σκέψης
Μείωση κοινωνικών σχέσεων	Εκτροχιασμός και πλατυασμός λόγου
Έλλειψη οικειότητας στις σχέσεις	Ασυναρτησία
Διαταραχές προσοχής	Παραλογία / ασχετολογία
Απροσεξία κοινωνικού περιγυρου	«Κατ' επαπτομένη» λόγος
Απροσεξία κατά την εξέταση	Ηχηρές σκέψεις
	Εξαγγελία σκέψεων

(Χριστοδούλου & Συνεργάτες. 2000. σελ. 282)

Πίνακας Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση της Σχιζοφρένειας.

Καλή Πρόγνωση	Κακή Πρόγνωση	/
Καλή προνοσηρή προσαρμογή	Προνοσηρή απομόνωση	απόσυρση/
Οξεία έναρξη	Ύπουλη έναρξη	
Όψιμη έναρξη	Έναρξη νωρίς	
Γυναίκα	Άντρας	
Εκλυτικά γεγονότα	Απουσία γεγονότων	εκλυτικών
Συνυπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης	Μη συνυπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης	
Βραχεία διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης	Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων ενεργού φάσης	
Καλή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια	Φτωχή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια	
Ελάχιστα υπολειμματικά συμπτώματα	Πολλά υπολειμματικά συμπτώματα	
Απουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο	Παρουσία δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο	
Απουσία νευρολογικών σημείων	Παρουσία «μαλακών» νευρολογικών σημείων	
Οικογενειακό ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης	Απουσία οικογενειακού ιστορικού Διαταραχής της Διάθεσης	

Απουσία ιστορικού Σχιζοφρένειας	οικογενειακού Σχιζοφρένειας	Οικογενειακό Σχιζοφρένειας	Ιστορικό
Παρουσία σύγχυσης		Απουσία σύγχυσης	/
(ΜΑΝΟΣ, 1997, σελ. 141)			

4.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Μια στοιχειώδης ιστορική αναδρομή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ορισμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα, που σήμερα θα μπορούσαν να ενταχθούν στο νοσολογικό πλαίσιο της σχιζοφρένειας, αναδύονται αποσπασματικά μέσα από κείμενα εδώ και πάνω από 3000 χρόνια. Περιγραφές τέτοιων συμπτωμάτων ανευρίσκονται στις ινδουϊστικές Βέδες (1400 π.Χ.), ενώ στην Ιπποκράτους Συλλογή (5^{ος} αιώνας π.Χ.) περιγράφεται η «παράνοια» (όχι ίσως με τη σημερινή της διάσταση, αλλά ως μια προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών). Κατά το 2^ο μ.Χ. αιώνα ο Γαληνός περιέγραψε την «παραφροσύνη», ο Αρεταίος ο Καππαδόκης διαχώρισε τα «μανιακά» συμπτώματα από αυτά που σήμερα κατηγοριοποιούνται ως σχιζοφρενικά και περιέγραψε περιπτώσεις παραληρήματος, ενώ ο Σωρανός ο Εφέσιος ανέφερε ορισμένες κατατονικές και παραληρητικές καταστάσεις. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2002, σελ.264)

Κατά τα επόμενα 1000 χρόνια, η νόσος, μαζί φυσικά με τις άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ενεπλάκη στις θεοκρατικές αντιλήψεις που στη χειρότερή τους έκφραση, κατά το Μεσαίωνα, τη θεώρησαν ως δείγμα δαιμονοκατοχής, με αποτέλεσμα την «δια της πυράς» αντιμετώπισής της (αφού προηγουμένως είχε ολοκληρωθεί η μέσω βασανιστηρίων σχετική διαγνωστική διαδικασία). Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιγράφονται στο *Malleus Maleficarum* των δομινικανών μοναχών Kramer και Spenger (1486). Κατά την αναγέννηση, η κατάσταση αυτή έδωσε προοδευτικά τη

θέση της σε πλέον ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, μαζί με την επανάκαμψη των ξεχασμένων Ιπποκρατικών αντιλήψεων.

Στις αρχές του 18^{ου} αιώνα άρχισαν να παρουσιάζονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τη νόσο. Αργότερα, οι Arnold (1780), Pinel (1801) και Haslam (1809) έδωσαν εξαιρετικές περιγραφές μερικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, ενώ ο Morel (1857) εισήγαγε τον όρο «πρώιμη άνοια», περιγραφικό της προοδευτικής ψυχονοητικής έκπτωσης που χαρακτηρίζει τη νόσο.

Οι πρώτες προσπάθειες νοσολογικής ένταξης διαφόρων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες (π.χ. η «παραφρένεια της εφηβείας» από τον Kahlbaum το 1863, η « ηβηφρένεια» από τον Hecker το 1871, διάφορες παρανοειδείς καταστάσεις από τους Sander το 1868 και Lasegue το 1870 κ.ά.) δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες οριοθέτησης της νόσου, η οποία βρήκε τον κύριο εκφραστή της στο πρόσωπο του Kraepelin. Πράγματι, το 1896 ο Kraepelin καθιέρωσε την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών (κατατονία, ηβηφρένεια, παρανοειδής άνοια), τις οποίες ενέταξε σε μια ενιαία νοσολογική οντότητα δύο χρόνια αργότερα. Παράλληλα, ο Diem (1904) πρόσθεσε στα παραπάνω και την «απλή» μορφή της νόσου. Ο Jung (1903) περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου, ο Meyer (1905) έβαλε τις βάσεις της ψυχοβιολογικής προσέγγισής της (Χριστοδούλου και Συνεργάτες, 2002, σελ.264) και τέλος ο Bleuler εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια» και περιέγραψε τα πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου, δηλαδή την ασυναρτησία, τη συναισθηματική απάθεια- ακαμψία- απροσφορότητα, την αμφιθυμία- αμφισβουλησία και τον αυτισμό, που είναι γνωστά ως «4 άλφα» στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία. Ο Freud, μετά από μια πρώιμη περιγραφή (1881) μιας περίπτωσης παρανοειδούς παραληρήματος (περίπτωση Schreber), επανέρχεται το 1915 με τη δημοσίευση των δοκιμίων του για την «προβολή» και το «ναρκισσισμό», δομικών στοιχείων στην ψυχαναλυτική ερμηνεία της παραπάνω περίπτωσης. Στη δεκαετία του 1920, ο Pavlov, στα πλαίσια της θεωρίας του για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, επισήμανε την επικράτηση της αναστολής του κεντρικού

νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και τη συνθήκη χρόνιας ύπνωσης ως αιτιολογικού μηχανισμού, αντιλήψεων που υιοθετήθηκαν από το σύνολο των ψυχιάτρων της ανατολικής Ευρώπης (και όχι μόνο) κατά την τελευταία πενήκονταετία. Ο Sakel (1933) και οι Cerletti και Bini (1938) και ο Moniz τη σπασμοθεραπεία με χημικά μέσα και την ψυχοχειρουργική αντιμετώπιση, αντίστοιχα. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2002, σελ.265) Ο Langfeldt (1939) διαχώρισε τον «πυρηνικό» από τον «αντιδραστικό» τύπο της νόσου και ο Schneider (1942) περιέγραψε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (πρώτης και δεύτερης τάξης), που αποτέλεσαν σταθμό στη διαγνωστική διαδικασία. Το 1952, οι Delay και Deniker εισήγαγαν στη θεραπευτική τις φαινοθειαζίνες και σηματοδότησαν την εκκίνηση της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας, ενώ το 1959 ο Leonhard περιέγραψε τα « άτυπα σχιζοφρενικά σύνδρομα» ως διακριτές κλινικές οντότητες.

Τέλος, το 1980 δημοσιεύθηκε η τρίτη έκδοση του Εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (D S M -IV), στην οποία οριοθετούνται πιο συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (προϊόν εκτεταμένης κλινικής έρευνας) για τη νόσο και τις μορφές της, μαζί με στοιχεία για την πορεία, τις κλινικές συσχετίσεις και την πρόγνυσή της. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2002, σελ.266).

4.3. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Χωρίς αμφιβολία, η σχιζοφρένεια αποτελεί το πιο δύσκολο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ψυχιατρική, και αυτό από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Η δυσκολία αρχίζει από τη διάγνωση της διαταραχής, δυσκολία που οφείλεται κυρίως στο μυστήριο της αιτιολογίας της και περνάει στην εκτίμηση της εκτάσεως του προβλήματος – την επιδημιολογία του – για να καταλήξει στη δυσκολία να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και

κοινωνικά. Ειδικότερα, το ερώτημα για την έκταση του προβλήματος αναφέρεται στον προσδιορισμό της συχνότητας της διαταραχής. Θα βοηθούσε αν ξέραμε την επίπτωσή της, δηλαδή την αναλογία των σχιζοφρενικών περιπτώσεων μέσα στον γενικό πληθυσμό, και τον επιπολασμό της, την αναλογία των περιπτώσεων μέσα σε ορισμένα χρονικά, γεωγραφικά, εποχικά ή άλλα όρια.

Ως μάλλον πρόσφατα επικρατούσε η εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια είναι αρρώστια του πολιτισμού. Και αυτή είναι ακόμα, βασικά, η λεγόμενη αντιψυχιατρική άποψη του Κούπερ, του Λενγκ και του Φουσκό. Αλλά, κατά τα φαινόμενα, η σχιζοφρένεια υπάρχει σε όλα τα μέρη του κόσμου, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό επίπεδο, τη βιομηχανική ανάπτυξη ή το πολίτευμα της χώρας όπου ζει ο άρρωστος. Από την άλλη μεριά είναι αλήθεια ότι η έκφρασή της ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία και σε μερικές κοινωνίες είναι ίσως δύσκολο να αναγνωριστεί ως σχιζοφρένεια.

Η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας είναι προβληματική όχι μόνο γιατί η διάγνωσή της είναι δύσκολο να γίνει με αντικειμενικότητα και επομένως να συγκριθούν αποτελέσματα από διάφορες μελέτες, αλλά γιατί πρέπει να υπολογιστεί και το γεγονός ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, για πρώτη ή για πολλοστή φορά και ο άρρωστος να νοσηλεύεται ή όχι κατά την περίοδο που ερευνά μια μελέτη, ή να μην έχει νοσηλευτεί ποτέ. Ας σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσοκομειακών κρεβατιών σε όλο τον κόσμο, σε οποιαδήποτε ώρα, αφορά σχιζοφρενικούς αρρώστους. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ. 175)

Ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας στις Η.Π.Α αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1 - 1.5 %. Σε συμφωνία με αυτή τη διακύμανση, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης (E C A) που επιχορηγείται από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας , αναφέρει επιπολασμό της τάξης του 1,3 %. Περίπου το 0,025 έως 0,05 % του συνολικό πληθυσμού ανά έτος, υπόκεινται σε θεραπεία για σχιζοφρένεια. Αν και τα 2/3 των υπό θεραπεία σχιζοφρενών χρειάζονται νοσηλεία, μόνο οι μισοί από τους σχιζοφρενείς αντιμετωπίζονται, παρά τη βαρύτητα της

διαταραχής.(Karlan&Sadock, 2000, σελ.673)

Ηλικία και φύλο

Η σχιζοφρένεια έχει τον ίδιο επιπολασμό, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Εντούτοις, τα δύο φύλα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Στους άνδρες εμφανίζεται νωρίτερα απ' ότι στις γυναίκες. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες σχιζοφρενείς, αλλά μόνο το 1/3 των γυναικών, υπόκεινται για πρώτη φορά σε ψυχιατρική νοσηλεία πριν από τα 25 τους χρόνια. Η κορυφή της ηλικίας έναρξης είναι στους μεν άνδρες μεταξύ 15-25, στις δε γυναίκες μεταξύ 25-35 ετών. Η έναρξη της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 έτη είναι εξαιρετικά σπάνια. Περίπου το 90% των υπό θεραπεία ασθενών είναι 15-55 ετών. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να εμφανίσουν αρνητικά συμπτώματα και ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα απ' τους άνδρες. Γενικά, η έκβαση της νόσου στις γυναίκες θεωρείται καλύτερη από ότι στους άνδρες.

Εποχή γέννησης

Ένα σταθερό εύρημα της έρευνας της σχιζοφρένειας είναι ότι, άτομα που θα εμφανίσουν τη νόσο, είναι πιο πιθανό να έχουν γεννηθεί προς το τέλος της άνοιξης και το καλοκαίρι. Ειδικά στο βόρειο ημισφαίριο, περιλαμβανομένων και των Η.Π.Α., οι σχιζοφρενείς γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου. Στο νότιο ημισφαίριο, οι σχιζοφρενείς γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιουλίου και τέλους Σεπτεμβρίου. Για την ερμηνεία αυτής της παρατήρησης έχουν προταθεί ποικίλες υποθέσεις. Σύμφωνα με μια υπόθεση, επενεργεί κάποιος εποχιακός παράγοντας υψηλού κινδύνου, που μπορεί να είναι κάποιος ιός ή κάποια εποχιακή αλλαγή στη διατροφή, ενώ μία άλλη αναφέρει ότι άτομα με γενετική προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια έχουν ένα αυξημένο βιολογικό πλεονέκτημα να επιβιώνουν σε ειδικά εποχιακά πλήγματα.(Karlan&Sadock,2000)

Γεωγραφική κατανομή

Η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται γεωγραφικά εξίσου σε όλες τις περιοχές των Η.Π.Α ή και σε όλο τον κόσμο. Από παλαιά, ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές, αν και τελευταία αυτή η ανισοκατανομή έχει μειωθεί. Παρ' όλα αυτά, κάποιες γεωγραφικές περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν έναν ασυνήθιστα υψηλό επιπολασμό της νόσου. Ορισμένοι έχουν ερμηνεύσει την ύπαρξη αυτών των περιοχών ως υποστηρικτική της υπόθεσης της ύπαρξης ενός λοιμώδους παράγοντα (π. χ. ιού), ως αιτίας της νόσου.

Δείκτες αναπαραγωγής

Η χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, οι πολιτικές των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, η αποασυλοποίηση, η έμφαση στην αποκατάσταση και στη φροντίδα των ψυχιατρικών αρρώστων μέσα στην κοινότητα, είναι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση των γάμων και του δείκτη γονιμότητας μεταξύ ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι ότι ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από σχιζοφρενείς γονείς έχει διπλασιαστεί μεταξύ 1935 και 1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενών στις μέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη στο γενικό πληθυσμό. (Kaplan&Sadock, σελ.675.2000)

Σωματικά νοσήματα

Ατομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ατυχήματα και φυσικά αίτια από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Η αυξημένη θνησιμότητα δεν ερμηνεύεται από μεταβλητές που σχετίζονται με τον ιδρυματισμό ή τη θεραπεία. Πιθανόν ο υψηλότερος δείκτης σχετίζεται με το γεγονός ότι η διάγνωση και η θεραπεία παθολογικών και χειρουργικών καταστάσεων στους σχιζοφρενείς

προσक्रύει σε προβλήματα κλινικής πρακτικής. Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι μέχρι και 80 % των σχιζοφρενών πάσχει και από κάποια σημαντική σωματική νόσο, καθώς και ότι μέχρι στο 50 % από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγιγνώσκεται.

Αυτοκτονία

Στους σχιζοφρενείς, η αυτοκτονία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου, εν μέρει γιατί οι γιατροί εξακολουθούν να τη συνοδεύουν περισσότερο με διαταραχές της διάθεσης και λιγότερο με ψυχωτικές καταστάσεις. Περίπου το 50 % των σχιζοφρενών προβαίνει σε τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκαταστροφής κατά τη διάρκεια της ζωής, ενώ το 10 - 15 % αυτοκτονεί στη διάρκεια μιας περιόδου παρακολούθησης 20 ετών. Τόσο οι άντρες, όσο και οι γυναίκες σχιζοφρενείς έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν. Οι κύριοι παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονία είναι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η νεαρή ηλικία και τα υψηλά επίπεδα προνοσηρής λειτουργικότητας (ειδικότερα μόρφωση πανεπιστημιακού επιπέδου). Οι ασθενείς της τελευταίας ομάδας συνειδητοποιούν την εξοντωτική επίδραση της νόσου τους περισσότερο από ό,τι άλλες ομάδες σχιζοφρενών και έτσι μπορεί να θεωρήσουν την αυτοκτονία, κάποια στιγμή, ως λογική εναλλακτική λύση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία των συμπτωμάτων κατάθλιψης, συζήτηση των θεμάτων απώλειας κατά την ψυχοθεραπεία και χρήση ομάδων υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, με στόχο τη διοχέτευση των φιλοδοξιών του ασθενούς προς στόχους που μπορεί να επιτύχει. (Kaplan&Sadock,2000)

Χρήση και Κατάχρηση ουσιών

Κάπνισμα. Στις περισσότερες ανασκοπήσεις αναφέρεται ότι περισσότεροι από τα 3 /4 των σχιζοφρενών είναι καπνιστές, σε σχέση με τους υπόλοιπους ψυχιατρικούς ασθενείς, που είναι καπνιστές σε αναλογία μικρότερη του 50 % . Το κάπνισμα στους σχιζοφρενείς, επιπλέον των γνωστών κινδύνων για την υγεία, επηρεάζει και άλλους τομείς της θεραπείας τους. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι αυτό συνδέεται με τη

χρήση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικών φαρμάκων, πιθανόν διότι αυξάνει το ρυθμό μεταβολισμού τους. Εντούτοις, το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης φαρμακευτικού παρκινσονισμού, ίσως γιατί ενεργοποιούνται εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη ντοπαμινεργικοί νευρώνες.

Κατάχρηση ουσιών. Η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεομένων με χρήση ουσιών είναι συχνό πρόβλημα, αν και οι ίδιες οι επιπτώσεις από τη χρήση ουσιών στη σχιζοφρένεια δεν σαφείς. Περίπου το 30 - 50 % των σχιζοφρενών πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό. Δύο άλλες πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι η κάνναβη (15 - 20 % περίπου) και η κοκαΐνη (5 - 10 % περίπου). Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν ότι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών προκειμένου να πάρουν ευχαρίστηση και να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος. Γενικά, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεομένων με ουσίες δείχνει κακή πρόγνωση.

Πληθυσμιακή πυκνότητα

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο του 1.000.000. Αυτή η συσχέτιση είναι ασθενέστερη σε πόλεις με πληθυσμό από 1000.000 έως 500.000 κατοίκους, ενώ δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Η επίδραση της πληθυσμιακής πυκνότητας συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά από ένα ή και δύο σχιζοφρενείς γονείς είναι διπλάσια στις πόλεις από ό,τι στις αγροτικές περιοχές. Αυτές οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας, σε αστικές περιοχές, μπορεί να επιδρούν κοινωνικοί παράγοντες στρες σε άτομα υψηλού κινδύνου. (Kaplan&Sadock,2000)

Πολιτισμικές και Κοινωνικοοικονομικές θεωρήσεις

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Στις βιομηχανικές χώρες

ένας δυσανάλογα μεγαλύτερος αριθμός σχιζοφρενών προέρχεται από τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτή η παρατήρηση έχει ερμηνευτεί με την υπόθεση της κατολίσθησης, η οποία υποστηρίζει ότι τα προσβεβλημένα άτομα είτε ολισθαίνουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα, είτε αδυνατούν να ανέλθουν σε υψηλότερη, λόγω της νόσου. Εναλλακτική ερμηνεία αποτελεί η υπόθεση της κοινωνικής αιτιολογίας, η οποία προτείνει ότι τα μέλη των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων βιώνουν καταστάσεις στρες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας.

Πέρα από τις υποθέσεις για αιτιολογική συσχέτιση του στρες της εκβιομηχάνισης με την σχιζοφρένεια, μερικοί ερευνητές έχουν παρουσιάσει ενδεικτικά στοιχεία ότι το στρες της μετανάστευσης μπορεί να οδηγήσει σε σχιζοφρενικόμορφες καταστάσεις. Σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί υψηλός επιπολασμός της νόσου των πρόσφατα μεταναστευσάντων, και αυτό έρχεται να τονίσει τη συμβολή της απότομης πολιτισμικής αλλαγής ως έναν από τους παράγοντες πίεσης που ενέχονται στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Πιθανότατα σύμφωνη και με τις δυο υποθέσεις είναι η παρατήρηση ότι ο επιπολασμός της νόσου εμφανίζει αύξηση στις χώρες του τρίτου κόσμου, παράλληλη με την επίδραση που ασκείται από τις τεχνολογικά προηγμένες κοινωνίες.

Έλλειψη στέγης. Το πρόβλημα των αστέγων στις μεγαλουπόλεις μπορεί να έχει σχέση με την αποασυλοποίηση των σχιζοφρενών, οι οποίοι δεν έχουν επαρκή κοινωνική φροντίδα. Αν και είναι δύσκολο να ξέρουμε την ακριβή αναλογία των σχιζοφρενών μεταξύ των αστέγων, εκτιμάται ότι το 1 / 3 ως τα 2 / 3 των αστέγων έχουν πιθανότητα προσβληθεί από τη σχιζοφρένεια.

Οικονομικό κόστος για την κοινωνία. Ο υπολογισμός του κόστους για την κοινωνία μιας ασθένειας αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετη εργασία. Ωστόσο, έχει αναγνωρισθεί από όλους ότι το οικονομικό κόστος της σχιζοφρένειας για τις Η . Π . Α είναι τεράστιο. Περίπου το 1 % του εθνικού εισοδήματος των Η . Π . Α. Προορίζεται για τη θεραπεία της ψυχικής

ασθένειας (χωρίς να υπολογίζονται οι συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές). Αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε σε περίπου 40 δισεκατομμύρια δολάρια το 1985. Αν προστεθούν και οι έμμεσες δαπάνες της κοινωνίας (η χαμένη παραγωγή και η θνησιμότητα), το κόστος ανέρχεται στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού αφορά στις άμεσες και έμμεσες δαπάνες για τη σχιζοφρένεια.

Κλίνες των ψυχιατρείων

Τόσο η ανάπτυξη αποτελεσματικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, όσο και η αλλαγή της στάσης πολιτικών και κοινού απέναντι στη θεραπεία του ψυχικού αρρώστου, έχουν συμβάλλει στη δραματική μεταβολή των ενδείξεων εισαγωγής στο ψυχιατρείο των σχιζοφρενών, στη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών. Η πιθανότητα επανεισαγωγής εντός 2 ετών μετά την τελευταία νοσηλεία είναι περίπου 40 – 60 %. Σχιζοφρενείς καταλαμβάνουν το 50 % περίπου των κλινών των ψυχιατρείων και αποτελούν το 16 % περίπου όλων των ψυχιατρικών ασθενών που υπόκεινται σε κάποια θεραπεία. (Kaplan & Sadock, 2000,σελ. 678)

4.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσής της, οπότε η σύγχυσή της με άλλες καλοηθέστερες διαταραχές για παράδειγμα Διπολική Διαταραχή, μπορεί να οδηγήσει σε λαθεμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειάς του με οδυνηρές συνέπειες. Επιπλέον, όμως, η ακριβής διάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια του κλινικό για την αποτελεσματική άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τη Σχιζοφρένεια. Αναφέρουμε τις κυριότητες :

α. Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια

β. Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες, Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες και γενικότερα Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

γ. Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία και Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.

δ. Διαταραχή της Διάθεσης Με Κατατονικά Στοιχεία

ε. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή.

ζ. Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή.

στ. Παραληρητική Διαταραχή.

η. Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

θ. Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης

ι. Σχιζίτυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

Η Σχιζοφρένεια θα πρέπει ακόμη να διαχωριστεί από την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (οι ιδέες είναι δυστονικές προς το εγώ και όχι παραληρητικού επιπέδου δηλ. διατηρείται ο έλεγχος της πραγματικότητας μπορεί, όμως, να συνυπάρξουν οι δύο διαταραχές, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο) από την Υποχονδρίαση (οι ιδέες δεν είναι παραληρητικού επιπέδου), από τη Διαταραχή Αποπροσωποποίησης (ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει φυσιολογικός) ή την Ακατανόητα Προσποιητή Διαταραχή (τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι σκόπιμα) (Μάνος, 1997, σελ. 144)

Επίσης η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας θα πρέπει να γίνει πέρα από τις ψυχιατρικές διαταραχές και από διάφορα σωματικά νοσήματα που συνοδεύονται από σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα.

1. Φλεγμονές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (για παράδειγμα ερπητική εγκεφαλίτιδα, σύφιλη, AIDS κ.α.)

2. Όγκοι του ΚΝΣ και τραύματα
3. Διάφορα νοσήματα του ΚΝΣ (Parkinson, άνοιες διαφόρου τύπου, κατά πλάκας σκλήρυνση, κροταφική επιληψία κ.ά.)
4. Ενδοκρινικές διαταραχές (Addison, θυρεοτοξίκωση κ.ά.)
5. Κολλαγονώσεις (ερυθηματώδης λύκος)
6. Πορφυρία
7. Πελλάγρα και κακοήθης αναιμία
8. Δηλητηριάσεις με CO και μόλυβδο κ.α.
9. Ουσιοεξαρτήσεις (κοκαΐνη, LSD, μεσκαλίνη, «αγγελόσκονη», αμφεταμίνη κ.α.) (Χριστοδούλου, 2002)

4.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια αποτελεί πιθανότατα ομάδα διαταραχών με ετερογενή αιτιολογία και οπωσδήποτε περιλαμβάνει ασθενείς που η κλινική τους εικόνα, η ανταπόκρισή τους στη θεραπεία και η πορεία της νόσου τους ποικίλουν.

α. Γενετική Υπόθεση

Με βάση στατιστικές μελέτες ατόμων που έχουν στενή συγγένεια αίματος με σχιζοφρενικούς αρρώστους, συνήθως γονέων και αδελφών, υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας κληρονομικός παράγοντας που, χωρίς να είναι ούτε ο μόνος ούτε ο πιο σημαντικός, προδιαθέτει στην εμφάνιση της σχιζοφρενικής διαταραχής.

Αξιοσημείωτη ως μέθοδος για τη διερεύνηση της γενετικής υποθέσεως είναι η μελέτη μονοζυγωτικών διδύμων, που εφαρμόστηκε από τον Κάλμαν στη Γερμανία. Ακόμα πιο αξιόπιστη είναι η μελέτη βιολογικών

και θετών συγγενών σχιζοφρενικών αρρώστων που υιοθετήθηκαν σε βρεφική ηλικία και μεγάλωσαν μακριά από τους βιολογικούς γονείς τους. όπως εφαρμόστηκε πιο πρόσφατα από τους Αμερικανούς ερευνητές Κέτυ, Ρόζενθαλ και Ουέντερ στη Δανία. Με βάση ληξιαρχικά έγγραφα /που επιτρέπουν τον έλεγχο της τυχόν παθογόνου επιδράσεως ανατροφής και γενικά του περιβάλλοντος, η έρευνα αυτή έδειξε ότι εκείνο που μεταδίδεται δεν είναι η σχιζοφρένεια, αλλά ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας, που αρχίζει από τη σχιζοφρένεια και καλύπτει μια σειρά οριακών διαταραχών ως τον αλκοολισμό.

Εντελώς πρόσφατα, μια διεθνής ομάδα ερευνητών ανακοίνωσε την πρώτη συγκεκριμένη ένδειξη για μια γενετική βάση στη σχιζοφρένεια, υποστηρίζοντας ότι υπάρχει ένα λειτουργικά ανώμαλο γονίδιο ή συστάδα γονιδίων σε μια περιοχή του χρωμοσώματος 5 . Από την άλλη μεριά, μια δεύτερη ομάδα ερευνητών, μελετώντας το ίδιο χρωμόσωμα, κατέληξε σε αρνητικά αποτελέσματα. Καθώς οι δύο ομάδες μελέτησαν οικογένειες σχιζοφρενών σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, τα ευρήματά τους δεν θα έπρεπε να θεωρηθούν ως αντιφατικά. Και κατά την επικρατούσα άποψη, η σχιζοφρένεια δεν είναι μια συγκεκριμένη διαταραχή, αλλά διάφορες διαταραχές ή τύποι διαταραχών με κοινά χαρακτηριστικά και διαφορετική αιτιολογία. (Μάνος, 1997)

β. Οργανικές ή Παθοφυσιολογικές Υποθέσεις

Η ιδέα ότι η σχιζοφρένεια είναι μια σωματική αρρώστια στην αιτιολογία της υποστηρίχτηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη και παρά τη μακράιωνη επικράτηση της δαιμονολογίας, διατηρήθηκε στην ιατρική συνείδηση, κυριαρχώντας σχεδόν απόλυτα στην ευρωπαϊκή ψυχιατρική του περασμένου αιώνα μας με την επίδραση του Φρόιντ και του Μέγερ, προπάντων στην Αμερική. Αλλά πρόσφατα, η εντυπωσιακή ανάπτυξη της βιοχημείας και της νευροφυσιολογίας την ξανάφερε στο προσκήνιο.

Υπάρχουν διάφορες παθοφυσιολογικές υποθέσεις, περισσότερο ή λιγότερο λογικοφανείς, που ζητούν να εξηγήσουν το φαινόμενο της σχιζοφρένειας ως εκδήλωση κάποιας μορφολογικής ή λειτουργικής

ανωμαλίας οργάνου ή οργανικού συστήματος του ατόμου. Ιστοπαθολογικές και ηλεκροεγκεφαλογραφικές έρευνες αποσκοπούν στην αναγνώριση κάποιας λοιμώξεως (πιθανόν κατά την ενδομήτρια ή περιγεννητική περίοδο από ιό με επώαση μακράς διάρκειας), ή στη διαπίστωση κάποιας τραυματικής, κυκλοφοριακής ή εκφυλιστικής αλλοιώσεως του εγκεφάλου. Από την μεριά, βιοχημικές αναλύσεις ζητούν να εντοπίσουν τα αίτια της σχιζοφρενικής δυσλειτουργίας σε κάποια ποσοτική ή ποιοτική διακύμανση ενζυματικών, ορμονικών ή άλλων ανάλογων ουσιών, που επιδρούν επάνω στους νευροποδοχείς και γενικά στο μηχανισμό της συναπτικής μεταβίβασης.

Το γεγονός ότι ορισμένες ψυχωτικομιμητικές ουσίες, όπως η μεσκαλίνη, είναι μεθυλιωμένα χημικά παραγωγα των βιογενών μονοαμινών (κατεχολαμινών η ινδολαμινών), ουσιών που εκκρίνονται στις νευρωτικές συνάψεις και είναι υπεύθυνες για τη μεταβίβαση πληροφοριών, και ότι μεθυλδότεριες ουσίες, όπως η μεθειονίνη, δυναμώνουν τα ψυχωτικά συμπτώματα, δημιούργησε την εντύπωση ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε κάποια ανωμαλία μεθυλίωσης κατεχολαμινών, που προκαλεί το σχηματισμό ενδογενών ψυχωτικογενών ουσιών, συγγενικών χημικά με τη μεσκαλίνη. Η υπόθεση της διαμεθυλίωσης, που προτάθηκε από τον Χάρλεη - Μέισον στις αρχές της δεκαετίας του 1950, αργότερα διευρύνθηκε έτσι ώστε να περιλαμβάνει μεθυλιωμένες ινδολαμίνες, που κι αυτές έχουν ψυχωτικομιμητικές ιδιότητες. Αλλά παρ' όλη τη λογικοφάνειά της, δεν έχει αποδειχτεί πειραματικά. (Μάνος, 1997)

Πιο πρόσφατα, υποστηρίζεται περισσότερο η ντοπαμινική υπόθεση, που αποδίδει μερικές τουλάχιστον μορφές της σχιζοφρένειας σε μια συσσώρευση ντοπαμίνης, μονοαμινικού προδρόμου της νοραδρεναλίνης, στους νευροποδοχείς του εγκεφάλου. Η υπόθεση αυτή, που αναπτύχθηκε βασικά από τον Αμερικάνο Σνάιντερ, στηρίζεται στο γεγονός ότι η αμφεταμίνη και η φενσυκλιδίνη, μπορούν να προκαλέσουν μια αύξηση της ντοπαμίνης και της νευρωνικής υπερδραστηριότητας την οποία μια τέτοια αύξηση συνεπάγεται, ενώ αντιψυχωτικές ουσίες, όπως οι φαινοθειαζίνες και άλλα νευροληπτικά, καταστέλλουν μια τέτοια ενέργεια.

Άλλες, λιγότερο επεξεργασμένες βιολογικές υποθέσεις αναφέρονται σε ενζυματικές ανωμαλίες ή στην παραγωγή κάποιας σχιζοφρενογόνου πρωτεΐνης, στη δράση των ενδορφινών ή σε κάποια αυτοανοσιολογική ανεπάρκεια.

Υποστηρίζεται επίσης ότι η σχιζοφρένεια οφείλεται σε νευροψυχολογικές ανωμαλίες ή ιδιομορφίες, που αντανakλούν στην ικανότητα για συγκέντρωση της προσοχής και γενικά στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.(Μάνος,σελ.132,1997)

Ψυχαναλυτικές θεωρίες: Ο Sigmund Freud θεώρησε ότι η σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα κατά την ανάπτυξη, οι οποίες συμβαίνουν νωρίτερα από εκείνες που έχουν ως συνέπεια τη δημιουργία των νευρώσεων. Επίσης, αναφέρθηκε στην παρουσία ενός ελλείμματος του Εγώ που συμβάλλει στη δημιουργία συμπτωμάτων. Η αποδόμηση του Εγώ είναι επιστροφή σε ένα χρόνο, όπου το Εγώ δεν είχε ακόμα σχηματισθεί ή είχε μόλις αρχίσει να σχηματίζεται. Έτσι, η ενδοψυχική σύγκρουση, αποτελεσμάτων πρώιμων καθηλώσεων, και το έλλειμμα του εγώ, που πιθανόν προκύπτει από κακές πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις, πυροδοτούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Κεντρική θέση στη θεωρία του Freud για τη σχιζοφρένεια έχουν η αποκάθεξη των αντικειμένων και η παλινδρόμηση, ως απάντηση στη ματαίωση και στη σύγκρουση με τους άλλους. Πολλές όμως από τις θεωρίες του Freud για τη σχιζοφρένεια "χρωματίζονται" από την έλλειψη προσωπικής του ενασχόλησης με σχιζοφρενείς. Αντίθετα, ο Harry Stack Sullivan εργάστηκε ψυχαναλυτικά με σχιζοφρενείς και συμπέρανε ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα πρώιμων διαπροσωπικών δυσκολιών, ιδιαίτερα αυτών που σχετίζονται με αυτό που ονόμασε λανθασμένη, υπεραγχωτική, μητρική φροντίδα.(Scheff,σελ.66, 1966)

Η ψυχαναλυτική άποψη για τη σχιζοφρένεια, γενικά, υποθέτει ότι το έλλειμμα του Εγώ επιδρά στην ερμηνεία της πραγματικότητας και στον έλεγχο των ενορμήσεων, όπως του σεξ και της επιθετικότητας. Οι διαταραχές συμβαίνουν ως επακόλουθο των παραμορφώσεων της δυαδικής

σχέσης μάνας - βρέφους. Όπως περιέγραψε η MARGARET MAHLER, το παιδί δεν μπορεί να αποχωρισθεί και να ωριμάσει, πέρα από την στενή επαφή και πλήρη εξάρτηση που χαρακτηρίζει τη σχέση μητέρας - παιδιού, κατά το στοματικό στάδιο της. Το σχιζοφρενικό άτομο δεν επιτυγχάνει /την σταθερότητα των αντικειμένων η οποία χαρακτηρίζεται από αίσθηση ασφαλούς ταυτότητας, και είναι το αποτέλεσμα έντονης προσκόλλησης με τη μητέρα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Ο Paul Federn συμπεραίνει ότι η θεμελιακή διαταραχή στη σχιζοφρένεια είναι η πρώιμη αδυναμία του ασθενούς να επιτύχει τον διαχωρισμό εαυτός - αντικείμενο. Μερικοί ψυχαναλυτές υποθέτουν ότι η βλάβη στις βασικές λειτουργίες του Εγώ, επιτρέπει στην έντονη εχθρική και επιθετικότητα να παραμορφώνουν τη σχέση μητέρας παιδιού, με αποτέλεσμα τη δόμηση προσωπικότητας που είναι ευάλωτη στο στρες. Η έναρξη των συμπτωμάτων κατά την εφηβεία, συμβαίνει τη χρονική στιγμή που το άτομο είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα ισχυρό Εγώ, ώστε να αντιμετωπίσει την ανάγκη της ανεξάρτητης λειτουργίας, του αποχωρισμού από τους γονείς, του εντοπισμού στόχων, του ελέγχου των αυξημένων ενορμήσεων και της αντιμετώπισης των έντονων εξωτερικών ερεθισμάτων.

Η ψυχαναλυτική θεωρία ισχυρίζεται επιπλέον ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν συμβολική σημασία για το άτομο. Για παράδειγμα, φαντασιώσεις γύρω από το επερχόμενο τέλος του κόσμου, πιθανόν καταδεικνύουν μία αντίληψη ότι ο εσωτερικός κόσμος του ατόμου έχει σφρασθεί σε ερείπια. Ιδέες και αισθήματα μεγαλείου μπορεί να αντανακλούν μία επανενεργοποίηση του ναρκισσισμού, χάρη στον οποίο τα άτομα πιστεύουν ότι είναι παντοδύναμα. Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι υποκατάστατα της αδυναμίας του ατόμου να αντιμετωπίσει την αντικειμενική πραγματικότητα και πιθανόν αντιπροσωπεύουν εσώτερες επιθυμίες ή φόβους. Οι παραληρητικές ιδέες, όπως και οι ψευδαισθήσεις, είναι προσπάθειες παλινδρόμησης και αποκατάστασης για τη δημιουργία νέας πραγματικότητας ή για την έκφραση απόκρυφων φόβων ή παρορμήσεων (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, σελ. 688).

Ψυχοδυναμικές θεωρίες: Οι γενετικές μελέτες υποδεικνύουν σαφώς

ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος με βιολογικό υπόστρωμα. Εντούτοις, μελέτες σε μονοζυγωτικούς διδύμους επισημαίνουν ότι για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας έχουν σημασία περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, αφού πολλοί δίδυμοι είναι ασύμφωνοι ως προς τη νόσo. Ο Freud θεωρούσε τη σχιζοφρένεια παλινδρομική απάντηση του ατόμου: σε μία συντριπτική ματαίωση και σύγκρουση με άτομα του περιβάλλοντος. Αυτή η παλινδρόμηση συνίσταται στην απόσυρση των συναισθηματικών επενδύσεων ή της καθεξής, τόσο απ' τις εσωτερικές αντιπροσωπεύσεις των αντικειμένων, όσο και από τα άτομα του περιβάλλοντος, και επιστροφή σ' ένα αυτοερωτικό στάδιο της ανάπτυξης. Η κάθεξη του ασθενούς επανεπενδύεται στον εαυτό, δίνοντας έτσι την εικόνα της αυτιστικής απόσυρσης. Αργότερα, ο Freud πρόσθεσε ότι, ενώ η νεύρωση αφορά τη σύγκρουση ανάμεσα στο Εγώ και στο Εκείνο, η ψύχωση μπορεί να θεωρηθεί ως σύγκρουση μεταξύ του Εγώ και του εξωτερικού κόσμου, όπου η πραγματικότητα έχει απορριφθεί και στη συνέχεια έχει λάβει νέο σχήμα.

Κατοπινές ψυχοδυναμικές απόψεις για τη σχιζοφρένεια αποκλίνουν από το πολύπλοκο μοντέλο του Freud. Οι απόψεις αυτές τείνουν να θεωρούν τη βασισμένη στην ιδιοσυστασία υπερευαισθησία. Πράγματι, αρκετές ερευνητικές εργασίες έχουν δείξει ότι οι σχιζοφρενείς έχουν δυσκολία να αποκλείσουν διάφορα ερεθίσματα και να εστιάσουν σε δεδομένη κατάσταση τη δεδομένη χρονική στιγμή. Αυτός ο ανεπαρκής φραγμός των ερεθισμάτων προκαλεί δυσκολίες σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης στην παιδική ηλικία και δημιουργεί ιδιαίτερο στρες στις διαπροσωπικές σχέσεις, θεωρείται, συχνά εσφαλμένως, ότι οι ψυχοδυναμικές απόψεις της σχιζοφρένειας, μέμφονται τους γονείς, ενώ στην πραγματικότητα εστιάζουν σε ψυχολογικές και νευροφυσιολογικές δυσκολίες που δημιουργούν προβλήματα στους περισσότερους ανθρώπους που έχουν στενές σχέσεις με το σχιζοφρενή (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, σελ. 688).

Ανεξάρτητα από το πιο θεωρητικό μοντέλο προτιμάται, όλες οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις λειτουργούν με βάση την αρχή ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα έχουν ένα νόημα για το σχιζοφρενή. Για

παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να εμφανίσει ιδέες μεγαλείου, όταν δεχθεί ένα πλήγμα στην αυτοεκτίμησή του. Κατά τον ίδιο τρόπο, όλες οι ψυχοδυναμικές θεωρίες αναγνωρίζουν ότι η προσπάθεια δημιουργίας σχέσεων είναι μία τρομακτική εμπειρία για το σχιζοφρενή. Αν και η έρευνα για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας στη σχιζοφρένεια έχει δώσει συγκεκριμένα αποτελέσματα, ακρογωνιαίος λίθος σε κάθε θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να θεωρείται η στάση του θεραπευτή που με ενδιαφέρον και ανθρώπινη συμπόνια προσφέρει ένα ιερό καταφύγιο από τον κόσμο της σύγχυσης. Σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που απομονώνουν τα ψυχωτικά τους επεισόδια, μάλλον δεν ωφελούνται από τη διερευνητική ψυχοθεραπεία, ενώ αυτοί που μπορούν να συνθέσουν την ψυχωτική εμπειρία με την καθημερινή τους ζωή, ωφελούνται από προσεγγίσεις.

Ψυχογενετικές απόψεις

1. Ψυχαναλυτική προσέγγιση. Βασικός κορμός της προσέγγισης αυτής είναι η θεώρηση της νόσου ως προϊόντος μίας, μη επιλυθείσας τελικά, πρώιμης ενδοψυχικής διαπάλης και σύγκρουσης, η καταβολή της οποία τοποθετείται στα αρχικά στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Η διαπάλη αυτή έγκειται σε προσπάθειες του «Εγώ», το οποίο την περίοδο αυτή δεν έχει προλάβει να ολοκληρωθεί να αντιρροπήσει και να συντονίσει τις ποικίλες ενορμήσεις (σεξουαλικές / επιθετικές) που εκπορεύονται από την αέναη πίεση των ενστίκτων (του «Εκείνου»), με αυτές, κυρίως απαγορευτικές, που επιβάλλονται από τις ηθικές αναστολές (το «Υπερεγώ»). Όλα αυτά μέσα στο πλαίσιο που επιτάσσει η εξωτερική πραγματικότητα.

Στον σχιζοφρενή η διαπάλη αυτή καταλήγει στην αποργάνωση του Εγώ και των λειτουργιών του, πράγμα που αναγκάζει το άτομο να ξαναγυρίσει σε πρωιμότερα στάδια της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης, προκειμένου να προσπαθήσει να ξαναβάλει κάποια σειρά εσωτερικής οργάνωσης. Το ξαναγύρισμα αυτό («επαναγωγή») προϋποθέτει και μία γενικότερη αναδιευθέτηση των συγκινησιακών επενδύσεων (λιβιδινικών)

και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ατόμου. Είναι, με άλλα λόγια, σαν να ξαναγυρίζει κανείς πίσω στην Ιστορία. Αμυντικοί μηχανισμοί που κάποτε εξυπηρετούσαν την προσαρμοστικότητα, δεν την εξυπηρετούν πλέον. Παρά ταύτα όμως και λόγω της επαναγωγής, επανεμφανίζονται/επιστηνής και υιοθετούνται από το άτομο. Το «τότε» και οι μηχανισμοί αυτοί, παρωχημένοι και αναποτελεσματικοί πλέον, οδηγούν σε μία νέα (παθολογική κάτω από αυτές τις συνθήκες) αντίληψη της πραγματικότητας.

Στα πλαίσια αυτής της παθολογικής αντίληψης της πραγματικότητας παράγονται και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, διαταραχές του συναισθήματος και της ψυχοκινητικότητας). Τα συμπτώματα αυτά έχουν κάποιο συμβολικό χαρακτήρα. Οι ψευδαισθήσεις αντικατοπτρίζουν την αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τη νέα πραγματικότητα, στην οποία προβάλλονται επιθυμίες και φόβοι. Οι παραληρητικές ιδέες, επίσης, υποδηλώνουν αποκαταστασιακές προσπάθειες δημιουργίας της νέας πραγματικότητας.

Η υιοθέτηση από το άτομο των παραπάνω πρώιμων μηχανισμών άμυνας, ως συνέπεια της επαναγωγής, οδηγούν προοδευτικά σε πηγές ικανοποίησης των αναγκών ολοένα και πρωιμότερες. Το άτομο αποσύρει τις συναισθηματικές επενδύσεις, που έχει κάνει σε εσωτερικευμένα αντικείμενα αγάπης αλλά και σε υπαρκτά πρόσωπα του περιβάλλοντος, και τις επανατοποθετεί στον ίδιο πλέον τον εαυτό του. Έτσι αποσύρεται από τον έξω κόσμο (αυτιστική συμπεριφορά) (Holloway, 1991, σελ. 273).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση υπέστη τροποποιήσεις κατά τα χρόνια που ακολούθησαν την πρώτη της διάτυπωση από το Freud. Υπάρχουν διάφορες μεταφροϋδικές προσθήκες και μεταθέσεις του αιτιολογικού βάρους ορισμένων από τους παραπάνω παράγοντες.

Άλλοι δίνουν έμφαση σε μια εγγενή αδυναμία του Εγώ να αδρανοποιήσει τις προεγωτικές επιθετικές σεξουαλικές ενορμήσεις, ενώ άλλοι επισημαίνουν το βασικό ρόλο που παίζουν οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις του βρέφους με τη μητέρα του (παθογόνος μητρομέριμνα).

Οι απόψεις της διαταραγμένης ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Κοινό τους χαρακτηριστικό είναι η υιοθέτηση των βασικών αρχών της θεωρίας της επικοινωνίας. Οι βασικότερες είναι οι ακόλουθες:

α) Η άποψη του διπλού δεσμού (Bateson). Βασικό στοιχείο της υπόθεσης αυτής είναι ότι εάν μεταξύ ενός παιδιού και της μητέρα του υφίσταται επικοινωνιακή σχέση χαρακτηριζόμενη από αντιφατικότητα και λογική ασυμβατότητα, τότε η επικοινωνία είναι παθογόνος (σχιζοφρενικογόνος). Π.χ., εάν η μητέρα (αμφιθυμική, αβέβαιη, αμφίβουλη και αντιφατική η ίδια) λέει στο παιδί «μην παίζεις», ενώ παράλληλα του δίνει τα παιχνίδια του, ή το επιδοκιμάζει για κάτι που έκανε και ταυτόχρονα είναι εξωλεκτικά απορριπτική, τότε το παιδί δεν ξέρει τι να κάνει και προκειμένου να αποφύγει την άλυτη σύγχυση που του προκαλούν τέτοια «διπλά» μηνύματα, συνήθως αποσύρεται. Η συνεχής έκθεση του παιδιού σε παρόμοιες αμφίσημες καταστάσεις (συναισθηματικές, συμπεριφορικές, προτιμήσεων κ.ά.) το οδηγούν προοδευτικά σε εφωλογικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς, που επιδεινώνονται όταν αργότερα, εκτιθέμενο στα κοινωνικά ερεθίσματα, αδυνατεί να συμβιώσει με τους άλλους. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000, σελ. 274)

β) Η άποψη των διασυζυγικών σχέσεων (Lidz) Πρόκειται για την επικοινωνιακή εκείνη προσέγγιση, η οποία θεωρεί ότι βασικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας παίζουν οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, δύο είναι οι πλέον παθογόνες μορφές διασυζυγικών σχέσεων.

- **Το «σχισμικό ζεύγος»**

Χαρακτηρίζεται από συναισθηματική διάσταση των γονέων, στην οποία κυριαρχούν η δυσπιστία, η εχθρικότητα και η αλληλοϋπονόμευση. Το παιδί γίνεται το μέσο με το οποίο ο κάθε γονέας προσπαθεί να κυριαρχήσει και να εξουδετερώσει τον άλλον. Έτσι, είτε κάποιος από τους δύο τελικά κυριαρχεί και υποκαθιστά τον άλλον στον ρόλο του παραμερίζοντας τον ή δεν κυριαρχεί κανένας από τους δύο, οπότε η οικογένεια μεταβάλλεται σε παλαίστρα συνεχούς, ανοιχτού και

αποδιοργανωτικού αμοιβαίου αγώνα, στον οποίον επιτρέπονται όλα ουσιαστικά τα χτυπήματα.

• **Το «έκτροπο ζεύγος»**

Στην περίπτωση αυτή απουσιάζει μεν η ανοιχτή σύγκρουση υπάρχει όμως η ολοκληρωτική (δεσποτική) επικυριαρχία κάποιου από τους γονείς – και η συνακόλουθη αλλοτρίωση της προσωπικότητας του άλλου.

γ) Η άποψη της ψευδοαμοιβαιότητας (Wynne και Signer). Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ενδοοικογενειακή επικοινωνία είναι αποστειρωμένη συναισθηματικά και χαρακτηρίζεται από την πλαστή, λεκτική κυρίως, αμοιβαία προσπάθεια να μην εκφράζεται το συναίσθημα και να μην συζητείται τίποτα ανοιχτά από αυτά που θα μπορούσαν ενδεχομένως να διασαλεύσουν την ισορροπία της οικογένειας. Κυριαρχούν γενικά η επιφυλακτικότητα και η «παραχαραγμένη» συναίνεση.

δ) Η άποψη της έντονης συναισθηματικής έκφρασης και διαπλοκής (expressed emotion). Έχει διαπιστωθεί ότι αρκετά συχνά το οικογενειακό περιβάλλον των σχιζοφρενών ασκεί έντονη κριτική, εκφράζει εχθρικότητα και παρεμβαίνει συνεχώς σε καθετί με το οποίο ασχολείται το νοσούν μέλος της οικογένειας. Έχει επίσης βρεθεί ότι ο σχιζοφρενείς που ζουν κάτω από παρόμοιες συνθήκες έχουν μεγάλη πιθανότητα να υποτροπιάσουν (Χριστοδούλου, Κονταξάκης & Οικονόμου, 2000, σελ.274).

Πράγματι, έχει υπολογιστεί ότι το 53% των αρρώστων που ζουν με οικογένειες στις οποίες υπάρχει έντονη συναισθηματική έκφραση υποτροπιάζουν, σε σύγκριση με το 23% των αρρώστων που ζουν κάτω από ενδοοικογενειακές συνθήκες χαμηλής και ήπιας συναισθηματικής έκφρασης.

3) Συμπεριφορική προσέγγιση. Είχε υποστηριχθεί από τους πρώτους ανταντακλασιολόγους (Pavlov) η άποψη της γενικευμένης αναστολής του ΚΝΣ (που εκφράζεται ως κατάσταση χρόνιας ύπνωση), η οποία είναι

αποτέλεσμα υπερβολικού ερεθισμού στους σχιζοφρενείς. Εάν το ΚΝΣ έχει ήδη εξασθενήσει, από κληρονομικού ή επίκτητους παράγοντες, ο ουδός ανοχής του χαμηλώνει, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παράδοξων εκδηλώσεων, οι οποίες συνιστούν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Οι πλέον πρόσφατες θεωρίες για τη μάθηση αποδίδουν τη νόσο:

α) σε μη προσαρμόσιμες συμπεριφορές που εμποδώθηκαν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία μέσα από ένα σύστημα λανθασμένων ενισχύσεων και στη συνέχεια γενικεύθηκαν, με αποτέλεσμα την εμπλοκή των ανώτερων λειτουργιών (αντίληψης, σκέψης), οι οποίες έτσι έχασαν τη διακριτική τους ικανότητα σε σχέση με τα εξωτερικά ερεθίσματα, και β) σε πρώιμη παθολογική μίμηση διαταραγμένων προτύπων (π.χ. γονέων) (Liberman, 1988, σελ. 275).

Αξίζει να αναφερθεί ότι έχουν διατυπωθεί διάφορες κοινωνικογενετικές υποθέσεις ως προς την αιτιολογική προσέγγιση της σχιζοφρένειας. Πολλές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας προκαλούν ορισμένα «σχιζοειδικά» γνωρίσματα που στοιχειοθετούν τη φυσιογνωμία του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού, όπως η απόσυρση, η επιφυλακτικότητα, η υπερδραστηριότητα, ο παιδομορφισμός κ.ά.

Ο Devereux υποστηρίζει ότι η θέση αυτή κατοχυρώνεται από το γεγονός ότι δεν παρατηρείται ποτέ σχιζοφρένεια στις κοινωνίες που παρέμειναν αυθεντικά πρωτόγονες, ενώ αντίθετα αυτή αναπτύσσεται μόλις οι κοινωνίες αυτές υπαχθούν σε μία βίαιη διαδικασία πολιτισμικοποίησης.

Ενώ όμως οι απόψεις δίστανται ως προς την πολιτισμική αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας, μία γενική σύμπτωση απόψεων επικρατεί ως προς τον αναμφισβήτητο ρόλο που ασκούν οι πολιτισμικοί παράγοντες στη διαφοροποίηση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων μεταξύ τους. Από ένα σημαντικό αριθμό ερευνών που πραγματοποιήθηκαν διατυπώνεται ότι η συχνότητα της σχιζοφρένειας είναι τόσο πιο υψηλή όσο πιο χαμηλή είναι η κοινωνικοοικονομική τάξη του ατόμου, απόρροια καταπιέσεων, συγκρούσεων, αυτοστερήσεων. Από την άλλη πλευρά όμως

είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί μία σχέση αίτιου αιτιατού ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και τη σχιζοφρένεια, όπως υποδηλώνει το γεγονός ότι ένα σχετικό μικρό ποσοστό ατόμων που ζουν κάτω από τις ίδιες δυσμενείς συνθήκες γίνονται σχιζοφρενείς.

Το ερώτημα που γεννιέται είναι: πως επιδρούν οι συνθήκες αυτές πάνω στο άτομο; Πιστεύουμε ότι πρωταρχική σημασία δεν έχουν από μόνοι τους οι δυσμενείς κοινωνικοί όροι διαβίωσης όσο η αντίληψη που αυτοί έχουν στο ψυχισμό του ατόμου είναι όπως αυτός διαπλάθεται σε σχέση με το περιβάλλον του. Ο άνθρωπος, το ψυχικό φαινόμενο, η κοινωνία και το κοινωνικό φαινόμενο συνυπάρχουν αλληλοδιαμορφώνονται βρίσκονται σε μία συνεχή διαλεκτική σχέση μεταξύ τους. Από την άποψη αυτή καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι το κάθε κοινωνικό φαινόμενο εμπεριέχει πάντα και ψυχολογικές παραμέτρους (Τσακίρογλου, 1989, σελ. 37).

Αντιψυχιατρικές απόψεις: Δεν συνιστούν ένα ενιαίο θεωρητικό πρότυπο, αλλά αποσπασματικές προσπάθειες αμφισβήτησης της σχιζοφρένειας ως νόσου. Σε γενικές γραμμές:

α) Θεωρούν ότι η σχιζοφρένεια, ως όρος, χρησιμοποιείται προσχηματικά από την κοινωνία (και τους «υπηρέτες» της), προκειμένου να χαρακτηριστούν τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν ανεπιθύμητες και επικίνδυνες για τα κοινωνικά ειωθότα συμπεριφορές και έτσι να μπορεί να τα εξοβελίσει από το σύστημα (εγκλεισμός σε ψυχιατρεία κ.λ.π.).

β) Υποστηρίζουν ότι η νόσος χρησιμοποιείται από τους ψυχιάτρους για ταξικούς, οικονομικούς και εξουσιαστικούς λόγους.

γ) Θεωρούν ότι η αφόρητη κοινωνική και οικογενειακή πίεση οδηγούν ορισμένα άτομα σε «επανάσταση» ή «φυγή», έκφραση των οποίων είναι τα συμπτώματα της νόσου.

δ) Ταξινομούν τη σχιζοφρένεια στις ομάδες εκείνες του περιθωρίου (ηλικιωμένους, φτωχούς, μειονότητες κ. ά.) που, ακριβώς επειδή αποτελούν αποδείξεις μίας αλλοτριωτικής τάξης πραγμάτων, θα πρέπει να

βρίσκονται υπό έλεγχο και απομόνωση.

Αλληλεπιδραστικές απόψεις: Για τους λόγους που αναφέρθηκαν και προηγουμένως, κατά τα τελευταία χρόνια αυξάνουν οι υποστηρικτές του λεγόμενου προτύπου «προδιάθεση/stress». Οι περισσότεροι συγκλίνουν στην άποψη της «ευαλωτότητας» ως προδιαθεσικού παράγοντα (γενετικής κατά βάση αρχής, μορφοποιούμενης αργότερα από επιγενείς επιδράσεις, όπως π.χ. ουσιοεξαρτήσεις, ψυχοπίεση κ. ά. Επί του προδιαθεσικού αυτού παράγοντα επιδρούν, σε άλλη άλλοτε αναλογία και βαθμό, όλοι οι παράγοντες που αναφέρονται στην αιτιολογία της νόσου (βιολογικοί, ψυχογενείς και κοινωνικοί). Φυσικά οι τελευταίοι αυτοί μπορούν να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους εν σειρά, παράλληλα ή και με διαφορετική ιεράρχηση (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2000, σελ. 275).

Παρόλα αυτά οι συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, ο πολιτισμός ενός έθνους ή μιας κοινωνικής ομάδας επηρεάζουν δίχως άλλο τον χρόνο, τον τρόπο εμφάνισης και τη μορφή της ψυχικής ασθένειας, καθώς φυσικά και την προσπάθεια αντιμετώπισης της.

Ενδεικτικά μόνο θα αναφερθούν ορισμένοι κοινωνικοί παράγοντες που αλληλεπηρεάζουν την εμφάνιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων στον δυτικό πολιτισμό που πρακτικά μας αφορά.

1. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις απ' ότι στις άλλες (ενώ για παράδειγμα οι συναισθηματικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις).

Γι' αυτό όμως υπάρχουν και ορισμένες ερμηνείες: Όσο περισσότερο απομονώνεται ο σχιζοφρενής στον εαυτό του, τόσο απομακρύνεται και από την πραγματικότητα και ημέρα με την ημέρα αδυνατεί όλο και περισσότερο να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές του υποχρεώσεις.

Έτσι η ψυχική του παλινδρόμηση συμπορεύεται με μια κοινωνική οπισθοδρόμηση. Στον ίδιο βαθμό χάνει σταδιακά τις συναισθηματικές του

επενδύσεις προς τα έξω, πράγμα που αποτελεί ένα από τα κυριότερα προβλήματα στην προσπάθεια της ψυχοθεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ακόμα, οι αποτυχίες στο σχολείο, στην επαγγελματική εκπαίδευση ή στις σπουδές, αποτέλεσμα της προψυχωτικής προσωπικότητας του σχιζοφρενή εμποδίζει την αναρρίχηση ή την παραμονή σε κάποια «ανώτερη» κοινωνική τάξη. Έτσι οι σχιζοφρενείς απ' όλες τις κοινωνικές τάξεις, οπισθοχωρούν σταδιακά στη χαμηλότερη στάθμη.

2. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συχνότερα σε ελεύθερα παρά σε παντρεμένα άτομα, πράγμα που ισχύει ακόμα περισσότερο για τους άνδρες σχιζοφρενείς. (Παπαγεωργίου, 1991, σελ. 214).

Αυτό θα μπορούσε κανείς να το ερμηνεύσει ποικιλότροπα. Για παράδειγμα, η κοινωνική απομόνωση του ανύπαντρου ατόμου προκαλεί ευκολότερα τη δημιουργία συμπτωμάτων ή ότι η συντροφικότητα του γάμου προστατεύει το άτομο από την εμφάνιση τέτοιων διαταραχών. Περισσότερο φαίνεται όμως να ισχύει η ερμηνεία ότι οι προψυχωτικές προσωπικότητες των σχιζοφρενών είναι δύσκολες στις διανθρώπινες σχέσεις, απομονωμένες γι' αυτό και παντρεύονται δυσκολότερα.

3. Η σχιζοφρένεια είναι πιο συχνή σε άτομα που προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες που έχουν απωλέσει πρόωρα συναισθηματικά έντονα επενδυμένα αντικείμενα όπως και σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα στην κοινωνική τους ένταξη.

Οι παράγοντες αυτοί και ιδιαίτερα η «διαλυμένη οικογένεια» καθώς και η πρόωρη απώλεια συναισθηματικά έντονα επενδεδυμένων αντικειμένων θα αναφερθούν εκτενέστερα στις θεωρίες για την αιτιοπαθογένεια των σχιζοφρενιών.

4) Τέλος ο σχιζοφρενικές ψυχώσεις εμφανίζονται συχνότερα στα κέντρα μεγαλουπόλεων παρά στην επαρχία. Παρόλο που νεώτερες έρευνες δεν συμφωνούν απόλυτα με αυτό τα κέντρα των μεγαλουπόλεων φαίνεται ότι προσφέρουν καλύτερες συνθήκες και μεγαλύτερη ανεκτικότητα στην έκφραση των συμπτωμάτων από ότι η μικρή κοινωνία της επαρχίας.

Φυσικά θα μπορούσαν να αναφερθούν και ένα πλήθος κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων. Κάτι τέτοιο θα ξέφευγε όμως του σκοπού του κεφαλαίου που στόχο έχει μόνο την ευαισθητοποίηση και όχι την κοινωνική ανάλυση/της νόσου (Παπαγεωργίου, 1991, σελ.215).

4.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ποια προβλέπουμε πως θα είναι η εξέλιξη μιας παθολογικής καταστάσεως σαν τη σχιζοφρένεια μέσα στη ζωή ενός ανθρώπου; Θα γίνει αυτός ο άνθρωπος ποτέ καλά, θα καλυτερέψει, θα χειροτερέψει και πότε; Τι θα μπορούσε να επιδράσει ευνοϊκά ή το αντίθετο, αρνητικά στην πιθανή εξέλιξη της αρρώστιας του; Τα ερωτήματα αυτά, προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, είναι δύσκολο να απαντηθούν όχι μόνο επειδή αφορούν κάτι μελλοντικό, αλλά γιατί θα πρέπει να βασιστούν σε στατιστικούς υπολογισμούς που αφορούν πολλές παραμέτρους. Και προκειμένου για τη σχιζοφρένεια, έχουμε το πρόσθετο πρόβλημα μιας άγνωστης και προφανώς πολλαπλής αιτιολογίας.

Με όλες αυτές τις επιφυλάξεις, μελέτες από όλο τον κόσμο επιτρέπουν τις ακόλουθες προγνωστικές παρατηρήσεις :πέντε χρόνια ύστερα από την εμφάνιση μιας σχιζοφρένειας, περίπου 40 % των αρρώστων έχουν ξαναβρεί την ισορροπία τους. Οι μισοί περίπου είναι ψυχωτικοί, αλλά ικανοί να συντηρηθούν στα σπίτια τους ή σε ανοιχτούς θαλάμους ειδικών νοσοκομείων και 10 % χρειάζονται διαρκώς εντατική νοσηλεία. Ύστερα από 20 χρόνια, περισσότεροι από 20 % έχουν συνέλθει τελείως` κάπου 33 % έχουν καλυτερέψει σημαντικά, αλλά κινδυνεύουν να έχουν καινούργια ψυχωτικά επεισόδια` 33 % παραμένουν σε μια χρόνια αλλά μέτρια ψυχωτική κατάσταση` και 10 % βρίσκονται σε μια χρόνια βαριά ψυχωτική κατάσταση.

Η εξέλιξη της διαταραχής είναι διαφορετική από περίπτωση σε περίπτωση. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις σχιζοφρενών ακολουθούν μια πορεία με ψυχωτικές και ισορροπημένες φάσεις, ενώ σε

ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η κατάσταση γίνεται χρόνια, με λίγες πιθανότητες για μια έστω και προσωρινή βελτίωση. Το πιο αποφασιστικό στοιχείο για την πρόγνωση είναι ο τρόπος με τον οποίο πρωτοεμφανίζεται η διαταραχή. Όταν αρχίζει απότομα, με οξεία, παραγωγικά συμπτώματα, έχει καλύτερη πρόγνωση από μια περίπτωση που η αρχή της είναι αργή, ύπουλη. Πλημμελής νοσοκομειακή φροντίδα και απομόνωση έχουν δυσμενή επίδραση στο μέλλον του αρρώστου, ενώ αντιθέτως ένα καλό περιβάλλον, και ιδίως μέσα σε μια οικογένεια που μπορεί να παραδέχεται τον άρρωστο χωρίς υπερβολικό άγχος, ευνοεί την πρόγνωση. Αλλά καμιά στατιστική πρόγνωση δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να καλυτερέψει ο άρρωστος απρόσμενα ή και να ξαναβρεί τελείως την ισορροπία του. (Χαρτοκόλλης, 1991, σελ.184)

4.7. Πρόληψη

Η Ψυχιατρική Πρόληψη διακρίνεται σε:

- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών. Αποβλέπει, επομένως στον περιορισμό της επίπτωσης. Δηλαδή, τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρώιμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης, με την ανίχνευση περιπτώσεων, την έγκαιρη παραπομπή, τη διάγνωση και τη θεραπεία περιπτώσεων. Αποβλέπει, επομένως, στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού.

Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποδιοργάνωσης που συνοδεύουν μία ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα αποιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης.

Αποκατάσταση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένας ασθενής βοηθείται να προσαρμοστεί στους περιορισμούς που συνεπάγεται η δυσλειτουργία του (σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική), έχει δε ως στόχο να προσεγγίσει το άτομο το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και αυτονομίας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης αποσκοπούν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς μέσω της λειτουργίας περιβαλλοντικών υποστηρικτικών συστημάτων για τον ασθενή.

Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης ακολουθεί μια ιεραρχημένη διαδικασία σε τρεις βασικά τομείς: εργασία, στέγαση και κοινωνικές δραστηριότητες.

Ο χρόνιος ασθενής

Ο όρος «χρόνιος ασθενής» αναφέρεται σε ένα φάσμα χαρακτηριστικών του ασθενούς που προσδιορίζεται από τρία επίπεδα: τη μακρά διάρκεια της νόσου, τη σοβαρότητα της νόσου (συχνά πάσχει από σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή) και την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία του.

(Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 836)

Ιδρυματοποίηση και αποϊδρυματοποίηση

Ιδρυματοποίηση είναι η κατάσταση που προκύπτει από τη μακρά παραμονή του ασθενούς σε κλειστό ίδρυμα και η οποία τελικά οδηγεί σε μείωση των δεξιοτήτων του (αυτοφροντίδα, επαφή με κοινοτικές υπηρεσίες ή πρόσωπα κ.ά.) και σε κοινωνική απομόνωση του. Η συμπτωματολογία του «συνδρόμου ιδρυματοποίησης» φαίνεται στον πίνακα 4, ενώ οι

αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με το σύνδρομο αναφέρονται στον πίνακα 5. Ας σημειωθεί ότι τα δυσμενή αποτελέσματα της ιδρυματοποίησης επιτείνουν τις αρνητικές συνέπειες της διαδρομής της ψυχικής νόσου οδηγώντας σε κοινωνικολειτουργική έκπτωση του ασθενούς.

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα (μετά από κατάλληλη προετοιμασία) και η τοποθέτηση τους στην κοινότητα. Η συρρίκνωση ή το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (ασύλων) μετά την έξοδο των χρόνιων ασθενών, οδηγεί σε εναλλακτικούς τύπους παροχής φροντίδας για τους ασθενείς σύμφωνα με τα μοντέλα της «διασποράς» ή του «κέντρου». (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 837).

Πίνακας 4. Συμπτωματολογία του συνδρόμου ιδρυματοποίησης

Απάθεια

Έλλειψη πρωτοβουλίας

Απώλεια ενδιαφερόντων

Παθητικότητα

Αδυναμία συναισθηματικής έκφρασης

Απώλεια της ατομικότητας

Απώλεια των προσωπικών συνηθειών και δεξιοτήτων

Πίνακας 5. Αιτιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με το σύνδρομο της ιδρυματοποίησης.

Απώλεια των επαφών

Απώλεια φίλων, προσωπικών γεγονότων, επετείων

«Ατμόσφαιρα» του ψυχιατρικού ιδρύματος

«Αυταρχικότητα» του προσωπικού του ιδρύματος

Αεργία

Απώλεια προοπτικών έξω από το ίδρυμα

Φάρμακα

Σύμφωνα με το μοντέλο της «διασποράς», η παροχή φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς γίνεται με την τοποθέτηση τους σε μικρές μονάδες - κατοικίες διασπαρμένες στην κοινότητα, οι οποίες παράλληλα βρίσκονται σε στενή σχέση με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες ή νοσοκομεία.

Το μοντέλο του «κέντρου» βασίζεται στη σμίκρυνση και μετατροπή πτέρυγας του ψυχιατρικού νοσοκομείου σε μονάδα με τη μορφή «κατοικίας», με παράλληλη ανάπτυξη δομών κοινωνικής - εργασιακής αποκατάστασης (μαγαζιά, βιβλιοθήκες κ.ά.).

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των παραπάνω μοντέλων φαίνονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6. Αποϊδρυματοποίηση χρόνιων ασθενών: πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μοντέλων της «διασποράς» ή του «κέντρου».

Μοντέλο της «διασποράς»

Πλεονεκτήματα

- Ενίσχυση της ατομικότητας των ασθενών (κοινωνικών δεξιοτήτων)
- Μειωμένος κίνδυνος ιδρυματοποιητικών πρακτικών
- Αυξημένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα (κοινοτικές δεξιότητες)
- Μείωση του «στίγματος»

Μειονεκτήματα

- Μεγάλο οικονομικό κόστος
- Αντίσταση - αντίρρηση της κοινότητας
- Ψυχιατρικά «γκέτος» σε φτηνές περιοχές
- Προβλήματα εκπαίδευσης προσωπικού

Μοντέλο του «κέντρου»

Πλεονεκτήματα

- Χαμηλό κόστος
- Χρησιμοποίηση του έμπειρου προσωπικού (μετά από μετεκπαίδευση)
- Αποδοχή της κοινότητας

Μειονεκτήματα

- Διαιώνιση του «στίγματος»
 - Μείωση της ατομικότητας των ασθενών
 - Διαιώνιση των πρακτικών του ιδρύματος
 - Μειωμένη πρόσβαση των ασθενών στην κοινότητα
-

Απαραίτητες, βέβαια, προϋποθέσεις επιτυχίας των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων είναι η σωστή επιλογή των ασθενών (απουσία επιθετικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ύπαρξη κάποιου βαθμού κοινών δυσλειτουργικών δεξιοτήτων) και η λειτουργία πλέγματος υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στην κοινότητα.

Τα προγράμματα αποϊδρυματοποίησης πρέπει να λειτουργούν παράλληλα και να συνοδεύουν τις ευρύτερες προσπάθειες αλλαγής στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών (αποστιγματισμός, αποδοχή από την κοινότητα) με έμφαση στην ανάπτυξη της κοινωνικής - κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας (Χριστοδούλου & Συνεργάτες 2002, σελ. 838).

Αρχές λειτουργίας προγραμμάτων αποκατάστασης

Αρχές λειτουργίας ενός προγράμματος αποκατάστασης είναι οι παρακάτω:

α. Στοχεύει στο χρόνιο ψυχωσικό άρρωστο.

β. Το πρόγραμμα (εξατομικευμένο) πρέπει να καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών αναγκών του ασθενούς (κοινωνική αποκατάσταση, επαγγελματική αποκατάσταση, φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κ. λ. π.) στα πλαίσια ρεαλιστικών δυνατοτήτων του.

γ. Το πρόγραμμα πρέπει να ταιριάζει στην κοινωνικοπολιτισμική κατάσταση του ασθενούς και να προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινότητας.

δ. Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να είναι εξειδικευμένο (εκμάθηση δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές τεχνικές κ.ά.) και ευαισθητοποιημένο στις δυσκολίες υλοποίησης προγραμμάτων τέτοιου τύπου.

ε. Πρέπει να υπάρχει διασύνδεση του προγράμματος με άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε κοινοτικό πλαίσιο (συμβουλευτική υπηρεσία,

κέντρο ημέρας, μονάδα παρέμβασης σε «κρίση» κ.ά.) και με ψυχιατρικά ή γενικά νοσοκομεία (κάλυψη ανάγκης επανεισαγωγής του ασθενούς).

στ. Επιβάλλεται η συστηματική και αντικειμενική αξιολόγηση των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης (απεμπλοκή από την ιδεολογικοποίηση του προβλήματος) (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 838).

Υλοποίηση προγραμμάτων αποκατάστασης

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχιατρικός νοσηλευτής, εργοθεραπευτής κ.λ.π.). Κάποιος αναλαμβάνει, το ρόλο του επικεφαλής. Συχνά ο επικεφαλής είναι ψυχίατρος, αν και σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να είναι επαγγελματίας άλλης ειδικότητας (ειδικότερα στις περιπτώσεις τελικής φάσης αυτονομίας και κοινωνικής επανένταξης του ασθενούς).

Αναπόφευκτες είναι οι αλληλοεπικαλύψεις και οι «διαφωνίες» των μελών κατά τη λειτουργία της ομάδας, που πρέπει όμως να ξεπερνιούνται και να παίρνουν εποικοδομητικό χαρακτήρα. Οι θεραπευτικές ομάδες «χτίζονται», δεν «γεννιούνται». Μια καλά «χτισμένη» ομάδα ξεπερνά ευκολότερα «την ψυχική κόπωση» των μελών της, που είναι ιδιαίτερα συχνή σε ομάδες τέτοιου τύπου. Να σημειωθεί ότι τα μέλη της ομάδας πρέπει να χαρακτηρίζονται από ενθουσιασμό, εργατικότητα, ειδικές γνώσεις αλλά και ρεαλισμό (σε σχέση με τις δυνατότητες και τις προοπτικές των ασθενών).

Η ομάδα δουλεύει με τον ασθενή (πληροφόρηση, συμβουλευτική, εκπαίδευση, παρέμβαση σε «κρίση») αλλά και, το περιβάλλον του (κυρίως την οικογένεια). Οι κατευθύνσεις παρεμβάσεων προς τον ασθενή και την οικογένεια (περιβάλλον) φαίνονται στους πίνακες 6 και 7.

Πίνακας 7. Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης προς τον ασθενή.

- Να μάθει να «ξαναζει» με την οικογένεια και το περιβάλλον
 - Να μην επικαλείται το ρόλο του «εύθραυστου»
 - Να συνεργάζεται στο επίπεδο της θεραπείας (θεραπευτική «συμμόρφωση»)
 - Να αποδέχεται και να συνεργάζεται με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες (θεραπευτική «συμμαχία»)
 - Να παροτρύνεται στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων
-

Πίνακας 8. Κατευθύνσεις παρεμβάσεων αποκατάστασης προς την οικογένεια.

- Να μάθει να «ξαναζει» με το άρρωστο μέλος της
 - Να αποφεύγονται λανθασμένες συμπεριφορές (υπερπροστασία, απόρριψη, άρνηση της νόσου)
 - Να μάθει να «συναλλάσσεται» και να αντεπεξέρχεται προς τη νόσο (θετική συμβολή στη θεραπευτική «συμμόρφωση» και στη «θεραπευτική συμμαχία»)
 - Να μην υπάρχουν λανθασμένες συμπεριφορές προς την κοινότητα («πέπλο σιωπής» για τη νόσο, απομόνωση του ασθενούς κ.λ.π.)
 - Να μην υπάρχει έντονη «έκφραση συναισθημάτων» μέσα στην οικογένεια
 - Να γίνεται προσπάθεια για τη μείωση του «βάρους» της οικογένειας
-

Το πρόγραμμα αποκατάστασης (εξατομικευμένο) υλοποιείται σταδιακά (σε φάσεις), όπως φαίνεται παρακάτω:

α. Σε πρώτη φάση ακούμε και καταγράφουμε προσεκτικά πλεγρές της ζωής του αρρώστου και μελετούμε τις παραμέτρους που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις καθημερινές του επαφές και δραστηριότητες (δομή και λειτουργία οικογένειας, εργασιακές δυνατότητες, σχέσεις κ.ά.).

β. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη «θεραπευτικής σχέσης», «συνεργασιμότητας» και «συμμαχίας» σε σχέση με την επίτευξη του τελικού στόχου.

γ. Σχεδιάζουμε για τον κάθε ασθενή το «δικό του» πρόγραμμα αποκατάστασης.

δ. Ακολουθούμε πρόγραμμα ελαττωμένης προοδευτικής εξάρτησης από πρόσωπα που καλύπτουν «ανάγκες» του ασθενούς (υλικές, συναισθηματικές κ. λ. π.). Τα πρώτα βήματα είναι σημαντικά ίσως και καθοριστικά — για την επιτυχία του προγράμματος.

ε. Τα βήματα προόδου (ανάπτυξη κοινωνικών - κοινοτικών δεξιοτήτων) πρέπει να είναι προσεκτικά και μικρά.

Ένας χρόνιος ιδρυματικός άρρωστος, σε αρκετές περιπτώσεις, χρειάζεται να καταβάλει μεγάλη προσπάθεια για να μάθει απλές δεξιότητες που έχει χάσει (π.χ. να τρώει με κουτάλι και πιρούνι), έχοντας πάντα την υποστήριξη και κατανόηση του θεραπευτή του (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 839).

Εναλλακτικές κοινοτικές δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης

Η επιτυχία των προγραμμάτων αποκατάστασης εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό, από τη λειτουργία εναλλακτικών (προς το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα) δομών στην κοινότητα και υπηρεσιών αποκατάστασης (πίνακας 8).

Η συμβουλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την ψυχιατρική παρακολούθηση (φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία) του ασθενούς και ακόμη την ευαισθητοποίηση και τροποποίηση των αρνητικών στάσεων της κοινότητας.

Ανάλογη υπηρεσία (ιατροπαιδαγωγική) απευθύνεται σε παιδιά με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειες τους.

Το κέντρο ημέρας ή νύκτας καλύπτει θεραπευτικά τον ασθενή κάποιες ώρες την ημέρα ή νύκτα, ώστε να μη χάσει την επαφή με την οικογένεια ή και την εργασία του. Οι κοινωνικές λέσχες έχουν κοινωνικοψυχαγωγικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην κοινωνικοποίηση των αρρώστων (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 839).

Πίνακας 9. Εναλλακτικές κοινοτικές δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης

Μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες ενηλίκων
- Ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες
- Κέντρα ημέρας ή νύκτας
- Κοινωνικές λέσχες
- Υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας
- Ανοκτές μονάδες με ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ
- Ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες

Μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης

- Προεπαγγελματικά εργαστήρια εκπαίδευσης
- Εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης
- Προστατευόμενα παραγωγικά εργαστήρια

- Συνεργατικές
- Κοινωνικές επιχειρήσεις
- Ειδικά παραγωγικά κέντρα

Μονάδες στεγαστικής αποκατάστασης

- Ξενώνες
 - Οικοτροφεία
 - Προστατευόμενα διαμερίσματα
 - Ανάδοχες οικογένειες
 - Ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου
-

Οι υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (επείγουσα τηλεφωνική βοήθεια, κινητή μονάδα παρέμβασης σε «κρίση» κ.ά.) στοχεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση σε καταστάσεις «κρίσης» (εκτροπή της συμπεριφοράς με επιθετικές ή αυτοκαταστροφικές ενέργειες, κρίσεις έντονου άγχους κ.ά.) προλαμβάνοντας και ενδεχομένως αποτρέποντας τη νοσηλεία του ασθενούς.

Οι μονάδες για άτομα εξαρτημένα από ουσίες ή αλκοόλ λειτουργούν ως «ανοικτές» θεραπευτικές κοινότητες, συνεισφέροντας ακόμη σημαντικά στην ενημέρωση αλλά και στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρηστών.

Οι ψυχογηριατρικές κοινοτικές μονάδες (κέντρο ημέρας, υπηρεσίες μερικής ή μακροχρόνιας περίθαλψης, ξενώνες, λέσχες) στοχεύουν στην παραμονή των ηλικιωμένων ασθενών στην κοινότητα αποφεύγοντας τον εγκλεισμό τους σε ιδρύματα.

Οι μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης (προεπαγγελματικά ή επαγγελματικά εργαστήρια εκπαίδευσης) εκπαιδεύουν ή επανεκπαιδεύουν ασθενείς που είναι ανειδίκευτοι ή λόγω της νόσου τους αδυνατούν να ανταποκριθούν στις προηγούμενες επαγγελματικές υποχρεώσεις τους λόγω

λειτουργικής έκπτωσης.

Η ψυχιατρική μονάδα του γενικού νοσοκομείου αποτελεί σημαντικότατο κρίκο στην αλυσίδα των εναλλακτικών δομών περίθαλψης σε κοινοτικό πλαίσιο. Καλύπτει ευρύτατο φάσμα βραχύχρονων νοσηλείων ασθενών (απόπειρες αυτοκαταστροφής, καταθλιπτικές καταστάσεις, κρίσεις πανικού κ. ά.) χωρίς μάλιστα να συνοδεύει τον άρρωστο ο «στιγματισμός» της εισόδου σε ψυχιατρικό ίδρυμα (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 840).

Επαγγελματική αποκατάσταση

Η επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση του χρόνιου ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα και προϋπόθεση επιτυχούς κοινωνικής ένταξης και αυτόνομης διαβίωσής του. Βέβαια, η εργασιακή αποκατάσταση δεν αποτελεί μόνο στόχο οικονομικής αυτοδυναμίας και επαγγελματικής κατοχύρωσης του ασθενούς, αλλά και μέρος ευρύτερης θεραπευτικής διαδικασίας, που έχει ως τελικό στόχο την κοινωνική του επανένταξη.

Η επαγγελματική εκπαίδευση καλύπτει διάφορους τομείς, όπως εκπαίδευση σε βασικές προϋποθέσεις - συνθήκες εργασίας - (τήρηση ωραρίου, χειρισμός χρημάτων κ. ά.), εκμάθηση βασικών τεχνικών δεξιοτήτων, εκμάθηση ειδικών δεξιοτήτων, εκπαίδευση σε κοινωνικές και κοινοτικές δεξιότητες, πληροφόρηση και εκπαίδευση στις διαδικασίες αναζήτησης θέσεων εργασίας.

Τα στάδια επαγγελματικής εκπαίδευσης φαίνονται στον πίνακα 10.

Η επαγγελματική εκπαίδευση του ασθενούς, για να έχει αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας, πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις δυνατότητες και ικανότητες του, αλλά και να καλύπτει τις ανάγκες της κοινότητας-αγοράς, στην οποία θα επιχειρήσουν να εργαστούν οι εκπαιδευόμενοι (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2002, σελ. 841).

Πίνακας 10. Στάδια επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.

Αξιολόγηση των επαγγελματικών και ψυχοκοινωνικών δυνατοτήτων του ασθενούς

Ένταξη σε πρόγραμμα επαγγελματικής προεργασίας

Ένταξη σε πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης

Ένταξη σε πρόγραμμα προστατευμένης παραγωγικής εργασίας (συνεργατική, προστατευμένο εργαστήριο κ. ά.)

Ένταξη στην ελεύθερη αγορά εργασίας

Μετά-θεραπευτική παρακολούθηση - αξιολόγηση

Συμμετοχή σε κοινωνικές - πολιτιστικές δραστηριότητες (κοινωνικές λέσχες ασθενών κ. ά.)

Χειρισμός περιπτώσεων

Η ανάγκη διασύνδεσης πολλών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο και η πολυπλοκότητα — πολλές φορές — των προγραμμάτων αποκατάστασης οδήγησε στη λειτουργία του θεσμού του «χειριστή περίπτωσης» (case manager). Ο «χειριστής περίπτωσης» είναι το άτομο που έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση ενός προγράμματος αποκατάστασης για το συγκεκριμένο ασθενή, ο δε ρόλος του είναι ανάλογος με αυτόν του γενικού ιατρού στη σωματική Ιατρική.

Το σύστημα «χειρισμού περιπτώσεων» (ΧΠ) στην κοινότητα είναι, ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών, μέσω του οποίου παρέχεται πλήρης ψυχιατρική και υποστηρικτική - κοινωνική φροντίδα για το χρόνιο ψυχιατρικό άρρωστο. Ο ΧΠ παρακάμπτει την αναποτελεσματική - αποσπασματική λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα και ευνοεί τη λειτουργία του «συνεχούς της παροχής υπηρεσιών» (continuity of care) για τον άρρωστο. Ο θεσμός του ΧΠ δημιουργήθηκε για να διευκολύνει την προσπάθεια αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικής επανένταξης χρόνιων ασθενών.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι ΧΠ: ο διασυνδεδετικός (service - brokerage), ο κλινικός (clinical), ο υποστηρικτικός (assertive) και ο εντατικός (intensive).

α. Ο διασυνδεδετικός τύπος ΧΠ έχει ως στόχο να αξιολογήσει τις υπάρχουσες υπηρεσίες (σε σχέση με τις ανάγκες του αρρώστου) και να παράσχει φροντίδες στον ασθενή μέσω των υπηρεσιών αυτών. Ο ΧΠ διασυνδεδετικού τύπου δεν είναι απαραίτητο να παρέχει άμεση φροντίδα στον ασθενή.

β. Ο κλινικός τύπος ΧΠ στοχεύει στην παροχή άμεσης φροντίδας στον ασθενή μέσω του προσωπικού του προγράμματος και δευτερευόντως στην παροχή υπηρεσιών διασυνδεδετικού τύπου.

γ. Ο υποστηρικτικός τύπος ΧΠ στοχεύει στην παροχή υποστηρικτικού τύπου, πέραν των διασυνδεδετικού και κλινικού τύπου υπηρεσιών. Τα μέλη του προγράμματος πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, ενώ παράλληλα ασχολούνται με την εκπαίδευση του σε κοινωνικές - κοινοτικές δεξιότητες (Χριστοδούλου & Συνεργάτες 2002. σελ. 841).

δ. Ο εντατικός τύπος ΧΠ έχει ως στόχο την εντατική υποστηρικτικού τύπου φροντίδα του ασθενούς. Μέλη της θεραπευτικής ομάδας πραγματοποιούν σχεδόν καθημερινές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς, αναπτύσσεται δε στενή σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα.

Η διαδικασία αποκατάστασης του ψυχικά ασθενούς (κυρίως του σχιζοφρενούς), αν και πρέπει να ξεκινά με την πρώτη νοσηλεία και την έξοδο του από το νοσοκομείο, εντούτοις, στην πράξη, είναι στενά συνδεδεμένη με την αποϊδρυματοποίηση.

Η αποϊδρυματοποίηση και αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών είναι μια μακρόχρονη και δαπανηρή διαδικασία, που εντάσσεται στα πλαίσια ενός ευρύτερου σχεδιασμού αλλαγής των ψυχιατρικών δομών (ψυχιατρική

μεταρρύθμιση).

Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης είναι η εξεύρεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων, ο μακρόπνοος σχεδιασμός, η εκπαίδευση και μετεκπαίδευση προσωπικού, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας και η τροποποίηση των αρνητικών στάσεων απέναντι στον ψυχικά ασθενή.

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής του χρόνιου ασθενούς πρέπει να είναι ο τελικός στόχος των προσπαθειών αποκατάστασης, που όμως πρέπει πάντα να χαρακτηρίζονται από μεθοδικότητα και ρεαλισμό.

4.8. Θεραπεία

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δύο κυρίως προσεγγίσεις: τη βιολογική και τη ψυχοκοινωνική. Οι προσεγγίσεις αυτές αλληλοδιαπλέκονται καθ' ολη τη διάρκεια της θεραπείας, με ορισμένες μεταβολές ως προς την προτεραιότητα εφαρμογής καθεμίας από αυτές κατά τις διάφορες φάσεις εξέλιξης της νόσου, με τη βιολογική να έχει κατά κανόνα τον πρώτο ρόλο.

Στις βασικές αρχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται:

α) Η από την πρώτη στιγμή προσπάθεια εγκατάστασης επαφής με τον άρρωστο και καλής επικοινωνίας με την οικογένειά του.

β) Η λεπτομερής μελέτη της προσωπικότητας, του οικογενειακού και του κοινωνικού τουρισμού.

γ) Η εξονυχιστική αναζήτηση των συμπτωμάτων, η χρονολογική τους οριοθέτηση και η ιεράρχηση ως προς την έντασή τους.

δ) Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του αρρώστου στο σύνολό της.

ε) Η εξατομίκευση κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (θεραπεία του συγκεκριμένου αρρώστου και όχι της νόσου γενικώς) (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000, σελ. 290).

Σωματικές θεραπείες

Αντιψυχωτικά φάρμακα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της Σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα. Αν και δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, δηλ. τα θετικά συμπτώματα. Με εξαίρεση, ίσως, κάποια νεότερα αντιψυχωτικά, δεν μπορούν, όμως, να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία κτλ. δηλ. τα αρνητικά συμπτώματα.

Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο, ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν έξι εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 10%-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Και φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Για άτομα που δεν είμαστε σίγουροι ότι ακολουθούν πιστά τις εντολές για λήψη του φαρμάκου από το στόμα σε εξωνοσοκομειακή βάση μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θεραπεία συντήρησης με δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή δεκανοϊκή αλοπεριδόλη κάθε 10 - 30 ημέρες. Μολονότι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση

αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι' αυτό και συνιστάται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για 12 μήνες ή περισσότερο/κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει (πολύ προσεκτικά!) να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας.

Σήμερα, προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου).

Ακόμη περισσότερο, αν είναι δυνατόν, προσπαθούμε ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει πόσο φάρμακο χρειάζεται. Αυτό, έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει κοινωνικών ή διαπροσωπικών απαιτήσεων, όπως σαββατοκύριακο, σεξουαλικές σχέσεις κτλ., όπου προσωρινή-ελάττωση ή διακοπή του φαρμάκου μπορεί να συνοδεύεται από βελτιωμένη λειτουργικότητα (Μάνος, 1997, σελ. 152).

Σε διεγερμένους ασθενείς μπορεί να χρειασθεί «ταχεία χορήγηση νευροληπτικών» για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων τους. Σε τέτοιους ασθενείς ακόμη καλύτερα είναι αν η αντιψυχωτική αγωγή συνδυασθεί με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, που δρουν κατασταλτικά έως ότου η δράση των αντιψυχωτικών εγκατασταθεί ικανοποιητικά.

Λίθιο. Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της Σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο, παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία

προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση/έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του Κατατονικού Τύπου Σχιζοφρένειας).

Αντικαταθλιπτικά. Όπως, ήδη, αναφέρθηκε οι σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη. Φυσικά, θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικό φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του.

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά/ερώτευεται, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπιστικό ιδεώδες, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους - στην κοινότητα - είναι πρωταρχική, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων).

Έτσι, η παλιά άποψη της μακράς ή ασυλικής νοσηλείας με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων και παλινδρομημένων - ιδρυματοποιημένων - ασθενών έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις

περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα - κοινωνία, από προσπάθειες δηλαδή αποϊδρυματοποίησης. Βέβαια, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων για λόγους οικονομικούς ή κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών ν' αποκατασταθούν δεν είναι γενικευμένη, οπότε και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν στις περισσότερες χώρες σαν αναγκαίοι χώροι περίθαλψης, όταν η αποκατάσταση στην κοινότητα δεν μπορεί να επιτύχει. Και πάλι, όμως, γίνεται ειδική προσπάθεια συρρίκνωσης τους και μέγιστης βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και απασχόλησης των ασθενών. Κυρίως, όμως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας (και αν χρειασθεί νοσηλεία κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων), στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια τους κ. τ. λ.

Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και έξω νοσοκομειακές σ' ένα συνεχές, όμως, που έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα που έχει σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.ά. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (που μπορεί φυσικά να αρχίσει και ενδονοσοκομειακά), η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά. Παρακάτω θ' αναφερθούμε σύντομα στις θεραπείες αυτές με βάση τη φιλοσοφία της εξωνοσοκομειακής κατεύθυνσης, που διαμορφώνει τις εξής μορφές ψυχοκοινωνικής παρέμβασης: θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία, ψυχοθεραπεία, αποκατάσταση, μετανοσοκομειακή φροντίδα.

Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, κατ' αρχήν γίνεται ειδική προσπάθεια ν' αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά. Έτσι, μεγάλη σημασία έχει η ικανότητα άμεσης παρέμβασης στο σπίτι που μένει ο σχιζοφρενής με την οικογένεια του, στον ξενώνα, στο οικοτροφείο κτλ., που βασίζεται στη στενή παρακολούθηση του από ψυχιατρικές νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά. Η άμεση παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει τη νοσηλεία στο νοσοκομείο (μπορεί να γίνει έτσι ουσιαστικά ολιγοήμερη νοσηλεία - με τη συμμετοχή πια και του ψυχιάτρου - στο σπίτι, στο οικοτροφείο ή στον ξενώνα ή ακόμα και στο κέντρο ψυχικής υγείας). Παρόλα αυτά η νοσηλεία μερικές φορές είναι αναπόφευκτη. Ενδείξεις νοσηλείας είναι η ύπαρξη κινδύνου να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του ή τους άλλους, η αδυναμία του ασθενή να φροντίσει τον εαυτό του, η απώλεια ή έλλειψη υποστηρικτών συστημάτων (οικογένεια, φίλοι, θεραπευτές, εργασία) στο περιβάλλον του ασθενή.

Όσο πιο έντονα ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Οποσδήποτε, χρησιμοποιούμε ένα συνδυασμό καθυσύχασης, τοποθέτησης ορίων λεκτικά και ελάττωσης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (δωμάτιο απομόνωσης), στην αρχή. Αν αυτά δεν είναι αρκετά για να ηρεμήσουν τον ασθενή και να ελέγξουν τις βίαιες παρορμήσεις του, τότε μπορεί να χρειασθεί φυσική καθήλωση σε συνδυασμό με/ή χημική καθήλωση

Καθώς, όμως, τα οξέα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν, ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε ν' αποτελεί θεραπευτική κοινότητα. Η θεραπευτική κοινότητα που περιλαμβάνει τους ασθενείς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους γιατρούς και κάθε άτομο που εργάζεται στην κλινική δίνει έμφαση σε κάθε διεργασία που προάγει τη λειτουργικότητα και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι σχέσεις όλων αυτών

των ατόμων μεταξύ τους, οι θεραπευτικές δραστηριότητες, ο τρόπος λήψης αποφάσεων κ.τ.λ., σχεδιάζονται έτσι ώστε να προάγουν τη φυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί όταν οι ασθενείς βγουν έξω.

Ευρύτερη έννοια, που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας, είναι η θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy), που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία, η θεραπευτική κοινότητα η ίδια. Το όλο δηλαδή νοσοκομειακό περιβάλλον (milieu) - χώροι, διαρρύθμιση, δομημένες ημερήσιες δραστηριότητες διαβίωσης, θεραπείες, διαπροσωπικές σχέσεις, είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για έξω νοσοκομειακή αποκατάσταση. Το περιβάλλον δηλαδή σχεδιάζεται έτσι ώστε να είναι θεραπευτικό.

Η θεραπεία περιβάλλοντος είναι ο συνεκτικός ιστός της αποτελεσματικής ενδονοσοκομειακής θεραπείας, η θετική συνισταμένη των αρμονικών σχέσεων της θεραπευτικής ομάδας, η άνετη εφαρμογή μιας ξεκάθαρης και συμφωνημένης θεραπευτικής φιλοσοφίας που επικοινωνεί ταυτόχρονα όρια και δόμηση αλλά και ελευθερία και αυτονομία (Μάνος, 1997, σελ. 155).

Θεραπεία Συμπεριφοράς

Ο σχεδιασμός της θεραπείας της σχιζοφρένειας πρέπει να στοχεύει τόσο στις δυνατότητες, όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενούς. Οι συμπεριφεριολογικές τεχνικές χρησιμοποιούν ανταμοιβή με μάρκες και εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων για να βελτιώσουν τις κοινωνικές δυνατότητες, την προσωπική επάρκεια, τις πρακτικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ενισχύονται οι προσαρμοστικές συμπεριφορές με τον έπαινο ή με ανταμοιβή με μάρκες που μπορεί να αντισταθμίζουν. Με επιθυμητά οφέλη, όπως προνόμια εντός του νοσοκομείου και άδειες εξόδου. Κατά συνέπεια, μπορεί να μειωθεί η συχνότητα των

δυσπροσαρμοστικών ή αποκλινουσών συμπεριφορών, όπως οι φωνασκίες, η κατά μονάς ομιλία δημόσια και οι παράξενες στάσεις.

Εκπαίδευση των συμπεριρολογικών δεξιοτήτων. Μερικές φορές η εκπαίδευση των συμπεριρολογικών δεξιοτήτων ονομάζεται και θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ανεξάρτητα από το όνομα, η θεραπεία μπορεί να είναι άμεσα υποστηρικτική και χρήσιμη στον ασθενή, συμπληρώνοντας τη φαρμακοθεραπεία. Εκτός από τα προσωπικά έντονα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αφορούν τις σχέσεις του με τους άλλους, όπως είναι η φτωχή βλεμματική επικοινωνία, η ασυνήθης καθυστέρηση στις απαντήσεις, οι παράξενες εκφράσεις του προσώπου, η έλλειψη αυθορμητισμού σε κοινωνικές καταστάσεις και η ανακριβής πρόσληψη ή έλλειψη πρόσληψης των συναισθημάτων των άλλων. Αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν το στόχο της εκπαίδευσης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Κατά την εκπαίδευση χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες άλλων και του ασθενούς, παίξιμο ρόλων κατά τη θεραπεία και ανάθεση εργασίας στο σπίτι για πρακτική άσκηση των δεξιοτήτων.

Οικογενειακές Θεραπείες. Μια ποικιλία οικογενειακών θεραπειών είναι χρήσιμη στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Επειδή οι σχιζοφρενείς εξέρχονται τις περισσότερες φορές από το νοσοκομείο σε κατάσταση ατελούς ύφεσης, η οικογένεια τους, στην οποία αναμένεται να επανέλθουν, θα ωφεληθεί από μία βραχεία και εντατική (συνήθως καθημερινή) οικογενειακή θεραπεία. Ο εστιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι τα άμεσα προβλήματα, συμπεριλαμβάνοντας την εντόπιση και αποφυγή δυνητικά ενοχλητικών καταστάσεων. Όταν αναφύονται προβλήματα με τον ασθενή στην οικογένεια, η εστίαση πρέπει να κατευθύνεται στην ταχύτερη επίλυση του προβλήματος.

Ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπίσει η οικογενειακή θεραπεία, την περίοδο αμέσως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, είναι η διαδικασία ανάνηψης και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της. Πολύ συχνά, οι συγγενείς ενθαρρύνουν, με την καλή έννοια, τον ασθενή τους να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες πολύ

γρήγορα. Αυτή η υπερβολικά αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από άγνοια της φύσης της σχιζοφρένειας, όσο και από άρνηση της σοβαρότητας της. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή να κατανοήσουν τη νόσο, χωρίς να είναι υπερβολικά αποθαρρυντικός. Πρέπει επίσης να συζητήσει για το ψυχωτικό επεισόδιο και τα συμβάντα που οδήγησαν σε αυτό. Η συνήθης πρακτική παράκαμψης του ψυχωτικού επεισοδίου, συχνά προσθέτει στη ντροπή που συνδέεται με αυτό και δεν χρησιμοποιείται εποικοδομητικά όταν συμβαίνει, ως στόχος συζήτησης, εκπαίδευσης και κατανόησης. Τα μέλη της οικογένειας πολύ συχνά τρομάζουν με τα ψυχωτικά συμπτώματα και η ελεύθερη συζήτηση ανάμεσα στον ψυχίατρο και τους συγγενείς μπορεί να αποβεί χρήσιμη σε όλους. Περαιτέρω οικογενειακή θεραπεία μπορεί να κατευθυνθεί προς την εφαρμογή τεχνικών μείωσης του στρες και ενίσχυσης μηχανισμών άμυνας, καθώς και προς την προοδευτική επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς.

Σε κάθε συνεδρία οικογενειακής θεραπείας, ο θεραπευτής θα πρέπει να ελέγχει τη συναισθηματική ένταση που επικρατεί. Η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι βλαπτική στην πορεία ανάνηψης του σχιζοφρενούς και να υποσκάπτει την πιθανότητα επιτυχίας των επόμενων συνεδριών. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών. Το μειονέκτημα είναι ότι σε κάθε μία απ' αυτές τις μελέτες έχει χρησιμοποιηθεί διαφορετική μορφή οικογενειακής θεραπείας. Σε ελεγμένες μελέτες έχει βρεθεί θεαματική μείωση του δείκτη υποτροπής όταν παράλληλα χρησιμοποιείται και οικογενειακή θεραπεία (5-10%), σε σύγκριση με ποσοστά υποτροπής 20-50% όταν αυτό δεν συμβαίνει.

NAMI. Η Εθνική Συμμαχία για τον Ψυχικά Ασθενή (NAMI) και παρόμοιες ομάδες, είναι ομάδες στήριξης για τις οικογένειες και τους φίλους ψυχικά πασχόντων ατόμων, όπως και για τους ίδιους τους ασθενείς. Τέτοιοι οργανισμοί προσφέρουν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη και συμβουλές για τον τρόπο αναζήτησης φροντίδας σε ένα υπερβολικά πολύπλοκο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η NAMI είναι συχνά μια

ομάδα υποστήριξης, όπου απευθύνονται μέλη οικογενειών. Η ΝΑΜΙ έχει επίσης διενεργήσει εκστρατείες για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου και για την ενημέρωση των κυβερνήσεων σε σχέση με τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους.

Ομαδική θεραπεία. Η ομαδική θεραπεία των σχιζοφρενών εστιάζεται, συνήθως, σε σχέδια καθημερινής ζωής, προβλήματα και σχέσεις. Οι ομάδες μπορεί να είναι συμπεριφεριολογικού, ευαίσθητου ή υποστηρικτικού τύπου. Διατυπώνονται αμφιβολίες στο κατά πόσο οι δυναμικές ερμηνείες και η εναισθητική θεραπεία έχουν κάποια αξία για τον τυπικό σχιζοφρενή. Η ομαδική θεραπεία, όμως, είναι αποτελεσματική στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνοντας την αίσθηση της συνεκτικότητας και βελτιώνοντας τον έλεγχο της πραγματικότητας των ασθενών. Ομάδες που καθοδηγούνται από ένα υποστηρικτικό μοντέλο, φαίνεται ότι είναι πιο υποβοηθητικές από αυτές που ακολουθούν ένα ερμηνευτικό μοντέλο.

Ατομική Ψυχοθεραπεία. Οι καλύτερα ελεγμένες μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της ατομικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, έχουν δείξει ότι η θεραπεία αυτή βοηθά τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Δύο τύποι θεραπειών έχουν μελετηθεί: η υποστηρικτική και η εναισθητική ψυχοθεραπεία. Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, την οποία ο ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Η επιτυχία αυτού του στόχου εξαρτάται από την αξιοπιστία του θεραπευτή, από τη συναισθηματική απόσταση θεραπευτή και ασθενούς και από την αυθεντία του θεραπευτή, όπως τον βλέπει ο ασθενής. Άπειροι θεραπευτές, συχνά προχωρούν πολύ γρήγορα σε ερμηνείες με τους ασθενείς τους. Θα πρέπει να αντιληφθούμε ότι η ψυχοθεραπεία των σχιζοφρενών μπορεί να διαρκέσει 10ετίες και όχι λίγες συνεδρίες, μήνες ή και χρόνια. Αυτή η πραγματικότητα, δυστυχώς, δεν επιτρέπει στους ειδικευόμενους στην ψυχιατρική, με τα υπάρχοντα προγράμματα ψυχιατρικής εκπαίδευσης, να ασχολούνται με ένα σχιζοφρενή για πολλά χρόνια.

Ορισμένοι κλινικοί και ερευνητές υποστηρίζουν με έμφαση ότι η δυνατότητα ενός σχιζοφρενούς να δομήσει θεραπευτική σχέση με ένα θεραπευτή, προδικάζει την έκβαση της νόσου του. Τουλάχιστον σε μία μελέτη βρέθηκε ότι σχιζοφρενείς που ήσαν σε θέση να παγιώσουν καλή θεραπευτική συμμαχία, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσουν την ψυχοθεραπεία, να συμμορφώνονται με τη φάρμακο θεραπεία και να έχουν καλή έκβαση σε μία συνεχή παρακολούθηση επί 2 έτη. (Karlan, Sadock, Grebb, ΑΘΗΝΑ 2000, σελ. 709)

Η σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και στον ασθενή είναι διαφορετική από αυτήν στη θεραπεία μη ψυχωτικών ασθενών. Η επίτευξη της σχέσης είναι συχνά ένα πολύ δύσκολο ζήτημα. Ο σχιζοφρενής είναι απελπιστικά μόνος, αλλά και αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης, οπότε είναι πολύ πιθανόν να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος, εχθρότητα ή και παλινδρόμηση. Η ευσυνείδητη παρατήρηση των αποστάσεων και της ιδωματικότητας, η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες, είναι πολύ προτιμότερες από την πρόωρη οικειότητα και την καταδεχτική χρήση των μικρών ονομάτων. Υπερβολική οικειότητα και φιλικότητα είναι εκτός τόπου και πιθανότατα εκλαμβάνονται σαν προσπάθειες δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης.

Εντούτοις, πάντα βέβαια μέσα στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης, η ευελιξία μπορεί να είναι ουσιαστική για την εγκαθίδρυση ενεργού συμμαχίας με τον ασθενή. Ο θεραπευτής μπορεί να συντρώγει με τον ασθενή, να πηγαίνει μαζί του σε περιπάτους, στο εστιατόριο, να ανταλλάσσει μαζί του δώρα, να παίζει τένις, να θυμάται την ημέρα των γενεθλίων του ή να κάθονται μαζί και να είναι σιωπηλοί. Ο στόχος είναι να μεταφέρει στον ασθενή την ιδέα ότι μπορεί να τον εμπιστευτεί, ότι θέλει να τον καταλάβει και ότι έχει πίστη στις δυνατότητες του, ανεξάρτητα αν αυτός είναι διαταραγμένος, εχθρικός ή αλλόκοτος στην παρούσα φάση. Ο Manfred Bleuler έχει πει ότι η σωστή θεραπευτική στάση απέναντι στο σχιζοφρενή είναι η αποδοχή του, και όχι η αντιμετώπισή του ως ατόμου που είναι ακατανόητο και διαφορετικό από τον θεραπευτή (Karlan, Sadock, Grebb, 2000, σελ. 710).

Αποκατάσταση

Καθώς η Σχιζοφρένεια προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών - κοινωνική, επαγγελματική κτλ. - πάντα χρειάζεται συγκεκριμένη παρέμβαση για να βοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό τη λειτουργικότητα του. Η όλη διεργασία αποκατάστασης αρχίζει από το νοσοκομείο με ομαδική ψυχοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, δόμηση της ημέρας, απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.τ.λ. και συνεχίζεται ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά με εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση, εκπαίδευση στη φροντίδα του σπιτιού, τη μαγειρική, ανεύρεση τόπου διαμονής και εργασίας κ.τ.λ. Όσο περισσότερο χρόνο ο ασθενής έχει παραμείνει στο νοσοκομείο, τόσο πιο συστηματική, έντονη και επίμονη η προσπάθεια αποκατάστασης.

Μετανοσοκομειακή Φροντίδα

Ο βαθμός της απαιτούμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας για ένα συγκεκριμένο σχιζοφρενικό ασθενή ποικίλλει σημαντικά. Άλλοι ασθενείς μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα κι άλλοι χρειάζονται επίβλεψη και υποστήριξη στις βασικές τους λειτουργίες π. χ. αγορά και παρασκευή φαγητού, διαχείριση χρημάτων κ.τ.λ. Άλλοι ζουν με τις οικογένειες τους με μικρότερη ή μεγαλύτερη ατομική και οικογενειακή υποστήριξη από μια υπηρεσία μετανοσοκομειακής φροντίδας, άλλοι ζουν συνεργατικά σε νοικιασμένα από αυτούς ή από νοσοκομεία διαμερίσματα, άλλοι σε ξενώνες, οικοτροφεία κτλ.

Μεγάλη σημασία έχουν μονάδες μερικής νοσηλείας που αναπτύσσονται είτε σε νοσοκομεία είτε σε κέντρα ψυχικής υγείας (νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ημέρας) με σκοπό είτε την αποφυγή εισαγωγών στο νοσοκομείο είτε την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο των ασθενών και γενικότερα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην κοινότητα. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν δομημένες δραστηριότητες που παρακολουθούν οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας (ημερήσια περίθαλψη) (Μάνος, 1997, σελ. 156).

Κεφάλαιο 5

Ψυχιατρική Νομοθεσία

Η ΨΥΧΙΚΗ υγεία διέπεται από το Νόμο 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», του οποίου το έκτο (ΣΤ') από τα 9 κεφάλαια αφορά στην ψυχική υγεία, και από τον ξεχωριστό Νόμο 2716/1999 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις». Οι παραπάνω νόμοι αντικατέστησαν το Νομοθετικό Διάταγμα 104/1973 «Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικά πασχόντων» και τα κατάλοιπα του Νόμου ΨΜΒ/1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων». Η νέα νομοθεσία υπαγορεύθηκε από την ανάγκη μετατροπής της ασυλιακής Ψυχιατρικής στη νέα πραγματικότητα και στηρίχθηκε στις αρχές της κοινοτικής Ψυχιατρικής, της απασυλοποίησης, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της τομεοποίησης, της έμφασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης και στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

Ο Νόμος 2071/92 καθορίζει τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά ασθενών, με μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων, ενώ ο Νόμος 2716/99 δίνει περισσότερο έμφαση στην κοινωνική αποκατάσταση και επαγγελματική επανένταξη, με πρόβλεψη δημιουργίας ειδικών κέντρων κοινωνικής επανένταξης, κοινωνικών συνεταιρισμών κ.ά.

Οι νόμοι θέτουν κάτω από τη μέριμνα του κράτους την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποσκοπούν στην πρόληψη, την περίθαλψη και την κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Με τη νέα νομοθεσία προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η

προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές διαμέσου δικτύου υπηρεσιών που ανταποκρίνεται στις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών. Δίνεται έμφαση στην πρόληψη με ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, στην έγκαιρη νοσηλεία και θεραπεία, στην παροχή ψυχιατρικής φροντίδας εκτός νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη κ.ά. (Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 2716/99). Η πραγμάτωση πολλών από τις επαγγελίες της νέας νομοθεσίας αφήνονται σε υπουργικές αποφάσεις, που αναμένεται να εκδοθούν (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 885).

5.1. Τομεοποίηση

Προβλέπεται η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς και ο αριθμός τους ορίζεται από τις υγειονομικές ανάγκες και τις κοινωνικές συνθήκες της περιοχής. Λαμβάνονται υπόψη η διοικητική διαίρεση σε νομούς, οι υπάρχουσες μονάδες ψυχικής υγείας, οι συγκοινωνιακές, οι κοινωνικές και άλλες συνθήκες, ώστε να παρέχονται κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αποφεύγεται η αποξένωση των ασθενών από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι υγειονομικές περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ), στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ). Σε κάθε νομό συστήνεται Τομέας Ψυχικής Υγείας, με εξαίρεση τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης και ενδεχομένως και άλλους νομούς, όταν οι συνθήκες το απαιτούν, στους οποίους μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς, καθώς και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Τομείς Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορούν να υπαχθούν σε άλλους γειτονικούς ή όχι τομείς της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας.

Κάθε ασθενής δέχεται τις υπηρεσίες από τις μονάδες ψυχικής υγείας του τομέα της περιοχής στην οποία διαμένει. Εξαίρεση μπορούν να

αποτελέσουν (α) περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης και (β) περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ανάλογη Μονάδα Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η μονάδα του άλλου τομέα υποχρεώνεται να ενημερώσει τη μονάδα του τομέα κατοικίας / του ασθενούς, όπου και τον αναπέμπει μετά το πέρας της φροντίδας του.

Με την τομεοποίηση, κάθε άτομο με ψυχική διαταραχή απολαμβάνει την ψυχιατρική φροντίδα κοντά στον τόπο κατοικίας ή διαμονής του, ενώ προβλέπεται δυνατότητα παραπομπής του σε άλλο Τομέα Ψυχικής Υγείας για αρτιότερη περίθαλψη (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 885).

5.2. Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Ως Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) ορίζονται τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Νόμος 1716/99, άρθρο 4). Οι επωνυμίες των ανωτέρω μονάδων αφορούν αποκλειστικά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το δημόσιο.

Η ποικιλία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας παρέχει έμμεσα την εικόνα της σύγχρονης ψυχιατρικής περίθαλψης, δηλαδή τη μετατόπιση της από την ασυλιακή Ψυχιατρική προς την εξωνοσοκομειακή και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική επανένταξη. Εκτός των παραπάνω μονάδων, ο Νόμος παρέχει τη δυνατότητα να ορίζονται και άλλες μορφές Μονάδων Ψυχικής Υγείας για την καταλληλότερη περίθαλψη.

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινές υπουργικές αποφάσεις μετά από πρόταση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας και γνώμη του ΚΕΣΥ, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων. Ανάλογες μονάδες μπορούν να συστήσουν και τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- Στις περιοχές όπου δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα.
- Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν ψυχιατρική φροντίδα (νοσηλεία, ειδική φροντίδα, πρόληψη) στην οικία του ασθενούς, στον Τομέα Ψυχικής Υγείας όπου ανήκει, αλλά μπορούν να εξυπηρετήσουν και ανάλογες ανάγκες άλλων τομέων.
- Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης μπορεί να είναι Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Ημέρας ή Κέντρα Παρέμβασης στην κρίση για ενήλικες, παιδιά και εφήβους. Ως τέτοια κέντρα μπορεί να λειτουργούν τμήματα, μονάδες ή υπηρεσίες των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, Ινστιτούτων και Μονάδων, ενώ μπορεί να μετατρέπονται σε τέτοια κέντρα τμήματα ή υπηρεσίες νοσοκομείων.
- Οι Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. Αποσκοπούν στην τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση των ασθενών με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα στους αντίστοιχους χώρους όπου διαμένουν και τους παρέχεται θεραπεία και υποστήριξη για βραχύ ή μακρό διάστημα. Οι ανωτέρω μονάδες και τρόποι διαβίωσης ασθενών που δεν διαθέτουν στέγη ή δεκτικό οικογενειακό περιβάλλον, διευκολύνουν την αποασυλοποίηση των ασθενών και εξασφαλίζουν συνθήκες διαβίωσης στην κοινότητα. Προϋπόθεση

για την τοποθέτηση τους σε αυτές τις μονάδες είναι να το ζητήσουν οι ίδιοι με αίτηση τους και να συμφωνεί ο θεράπων ψυχίατρος ή η θεραπευτική ψυχιατρική ομάδα (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 886).

- Τα οικοτροφεία και οι ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επιδίδονται σε πολιτιστικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες μαζί με άλλα νομικά πρόσωπα στον Τομέα. Επίσης, αναπτύσσουν δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
- Στα προστατευμένα διαμερίσματα εγκαθίστανται λίγα (μέχρι 6) άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία δέχονται περιορισμένη εποπτεία και υπηρεσίες ψυχικής υγείας από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, στις οποίες υπάγονται (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Μονάδες, Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας) ή από τα ίδια τα άτομα που συνοικούν.
- Οι φιλοξενούσες οικογένειες (δεν πρέπει να τελούν σε βαθμό συγγένειας α' βαθμού με τον ασθενή) παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαμέσου των ψυχιατρικών νοσοκομείων και άλλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Τα καθήκοντα της φιλοξενούσας οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.
- Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης για ενήλικες, παιδιά και εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επανένταξης για ενήλικες και εφήβους (Νόμος 1716/99, άρθρο 10). Τέτοια είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία ή τους παραχωρούνται δωρεάν γι' αυτή τη χρήση. Οι υπηρεσίες που παρέχουν, αποσκοπούν σε απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα

άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, από κατάλληλο προσωπικό, με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτηση τους στην αγορά εργασίας (ελεύθερη ή προστατευμένη), σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή αλλού.

- ➔ Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Τομέα μπορούν να ιδρύνουν και να λειτουργούν Κέντρα Ημέρας, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να ιδρύνονται μόνο από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι μονάδες αυτές εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

- ➔ Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα. Αποσκοπούν στην κοινωνικό-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Μπορούν να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, βιοτεχνική, κτηνοτροφική, ξενοδοχειακή κ.ά.), να ιδρύνουν καταστήματα πώλησης, να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, π.χ. κοινοπραξίες, εταιρίες, δημοτικές επιχειρήσεις κ.ά., και να συνεργάζονται με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ή εταιρίες οποιουδήποτε τύπου (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 887).

5.3. Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών

Για την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών, ο Νόμος 2716/99 προβλέπει τη σύσταση Γραφείου Επιτροπής Προστασίας

των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Η επιτροπή είναι επταμελής και η θητεία της πενταετής. Αποτελείται από έναν ψυχίατρο, έναν παιδοψυχίατρο, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και δύο νομικούς. Έχει ως αποστολή να εποπτεύει και να ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του και το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης (άρθρο 2). Η επιτροπή (α) δέχεται παράπονα, καταγγελίες ή αναφορές από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε επιτροπή ή αρχή, (β) επισκέπτεται κατά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (γ) πραγματοποιεί έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, (δ) ενημερώνει τους πολίτες με κάθε πρόσφορο μέσο (ενημερωτικά φυλλάδια, τύπο, τηλεόραση) για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, (ε) δέχεται και διερευνά τις ετήσιες εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών, (στ) υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, (ζ) υποβάλλει έκθεση στον πρόεδρο της παραπάνω επιτροπής, όταν διαπιστώνει παράβαση των δικαιωμάτων, (η) προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για πειθαρχική ή ποινική δίωξη, όταν διαπιστώνει παράβαση των δικαιωμάτων των ασθενών και (θ) εξασφαλίζει, με τους τοπικούς δικηγορικούς συλλόγους, εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 888).

5.4. Νοσηλεία των ψυχικά ασθενών

Η νοσηλεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή διέπεται από το Νόμο 2071/92 (άρθρα 94-100) και διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια νοσηλεία.

→ Εκούσια νοσηλεία

Είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προϋποθέτει την ικανότητα του να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και να συμφωνεί για την ανάγκη θεραπείας ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του.

Στη διάρκεια της νοσηλείας, ο ασθενής έχει τα ίδια δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής. Η εκούσια νοσηλεία περατώνεται οποτεδήποτε το ζητήσει ο ασθενής ή κρίνει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

Για να αποφευχθεί καταχρηστική παράταση της εκούσιας νοσηλείας με τη μορφή ακούσιας μετά από δήθεν αίτηση του ασθενούς, ο νόμος απαιτεί να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους ή, επί αδυναμίας εξεύρεσης δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν παθολόγο, η ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή παθολόγος δεν πρέπει να ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αποστέλλεται αμέσως στον αρμόδιο εισαγγελέα.

→ Ακούσια νοσηλεία

Ο νόμος έχει θέσει αυστηρές προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία, επειδή συνεπάγεται στέρηση του υπέρτατου αγαθού, της προσωπικής ελευθερίας, με σκοπό να εξασφαλίζει επαρκώς τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών. Ο Νόμος 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία αντικατέστησε το ΝΔ 104/73 και την Υπουργική Απόφαση Γ2δ 5345/85.

Ακούσια νοσηλεία ορίζεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Διακρίνεται από τη «φύλαξη» των ασθενών, που διέπεται από το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, ενώ η αντιμετώπιση των τοξικομάνων διέπεται από ειδική νομοθεσία.

Προϋποθέσεις. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι τουλάχιστον μία από τις παρακάτω:

1. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή και να μην είναι σε θέση να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του ή να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.

2. Η νοσηλεία του ασθενούς που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων.

Ακολούθως, επισημαίνεται ότι «η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθαυτή ψυχική διαταραχή» (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 889).

Διαδικασία εισαγωγής. Την ακούσια νοσηλεία μπορούν να ζητήσουν ο/η σύζυγος ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό (αδελφός) ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του ευρισκόμενου σε δικαστική απαγόρευση. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα παραπάνω πρόσωπα και σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενούς.

Σύμφωνα με τον προηγούμενο νόμο (ΝΔ 104/ 73), την ακούσια νοσηλεία μπορούσε να ζητήσει και «πας τρίτος», καθώς και η Αστυνομική Αρχή και τούτο άφηνε περιθώρια κατάχρησης. Με τον ισχύοντα νόμο, σε επείγουσες περιπτώσεις, π.χ. διεγερτικών ασθενών ή ατόμων που

δημιουργούν προβλήματα σε τρίτους, π.χ. συνοίκους σε πολυκατοικία, αυτοί απευθύνονται στον εισαγγελέα ή στην Αστυνομική Αρχή, η οποία καταφεύγει με τη σειρά της στον εισαγγελέα, ο οποίος μπορεί να κινήσει αυτεπάγγελτα τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Ο Νόμος βασίστηκε κυρίως στη R(83)2 Πρόταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Η αίτηση απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του φερομένου ως ασθενούς και η περαιτέρω διαδικασία διαμορφώνεται ως ακολούθως:

Περίπτωση 1^η: Ο ασθενής δέχεται να εξεταστεί. Η αίτηση συνοδεύεται από αιτιολογημένες γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων ή, επί αδυναμίας εξεύρεσης δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας (δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγένειας με τον αιτούντα ή το φερόμενο ως πάσχοντα), ότι πληρούνται ή όχι οι προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία. Οι ψυχίατροι ή οι παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι ιατρικοί σύλλογοι.

Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει ότι τηρήθηκαν οι τυπικές προϋποθέσεις και εφόσον οι δύο γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενούς δια της Αστυνομικής Αρχής σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του τομέα ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενούς, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, χωρίς να διατάζει τη μεταφορά του φερομένου ως ασθενούς, εισάγει την αίτηση στο Πρωτοδικείο για να εκδικαστεί, όπως εκτίθεται παρακάτω.

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο αρμόδιο πρόσωπο, για τα δικαιώματά του και ιδίως για το δικαίωμα του να ασκήσει έφεση και ανακοπή. Η ενημέρωση πιστοποιείται με πρακτικό που υπογράφεται από το πρόσωπο που ενημερώνει και από το συνοδό του

ασθενούς.

Περίπτωση 2^η: Αδύνατη η εξέταση ή τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας (στην αίτηση πρέπει να αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση λόγω άρνησης του ασθενούς να εξεταστεί). Σε αυτή την περίπτωση, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενούς για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά γίνεται με συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενούς, ο οποίος, αν χρειαστεί, μπορεί να παραμείνει στην κλινική για τις αναγκαίες εξετάσεις και τη σύνταξη των γνωματεύσεων μέχρι 48 ώρες. Αν δεν κριθεί απαραίτητη η προσωρινή παραμονή για τις αναγκαίες εξετάσεις και εφόσον οι γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, ο ασθενής εισάγεται, μερίμνης της Αστυνομικής Αρχής, σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, δημόσια ή ιδιωτική, της επιλογής του ίδιου ή των οικείων του. Οι γνωματεύσεις θα πρέπει να είναι αιτιολογημένες, να αναφέρονται στις εκδηλώσεις της νόσου και σε τυχόν πράξεις βίας, σε προηγούμενες νοσηλείες του και στην αιτιολόγηση τους, καθώς και στους λόγους που καθιστούν αναγκαία την ακούσια νοσηλεία και αδύνατη την εκτός νοσοκομείου θεραπεία, μπορούν δε να συντάσσονται σε ξεχωριστό ή σε κοινό έντυπο (504/2 εγκύκλιος του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου).

Σε κάθε περίπτωση, σε τρεις ημέρες από τότε που διατάχθηκε η μεταφορά του ασθενούς σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, ο εισαγγελέας, με αίτηση του, ζητεί να επιληφθεί το Πρωτοδικείο, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατευτεί η ιδιωτική ζωή του ασθενούς. Στη συνεδρίαση καλείται και ο ασθενής, ειδοποιημένος 48 ώρες πριν, ο οποίος δικαιούται να παρευρεθεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο.

Το δικαστήριο, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής της κλινικής, στην οποία έχει εισαχθεί, διατυπώσει αντίθετη γνώμη,

διατάσσει την εξέταση του ασθενούς και από άλλο ψυχίατρο, κατά προτίμηση Επίκουρο, τουλάχιστον, Καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 890).

Η απόφαση του Πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής έχει εισαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική και η αίτηση για ακούσια νοσηλεία γίνει δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος του. Στο διάστημα που μεσολαβεί από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την έκδοση δικαστικής απόφασης, τη θεραπευτική ευθύνη φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας, ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, όταν το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Ένδικο μέσα. Κατά της απόφασης του δικαστηρίου μπορεί να ασκηθεί εντός δύο μηνών έφεση και ανακοπή, την οποία μπορεί να ασκήσει, εκτός από τον ασθενή, και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής. Η έφεση δικάζεται από το Τριμελές Εφετείο «κεκλεισμένων των θυρών» μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεση της.

Συνθήκες νοσηλείας. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι κ.ά.

Σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς. Οι περιορισμοί της ατομικής ελευθερίας του προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν παύσουν να ισχύουν οι λόγοι που την επέβαλαν. Στην

περίπτωση αυτή, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής οφείλει να χορηγήσει εξιτήριο και να κοινοποιήσει συγχρόνως σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες. Μετά την πάροδο τριών μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Ο εισαγγελέας μπορεί να διαβιβάσει την έκθεση στο Πρωτοδικείο της περιφέρειας του με το ερώτημα να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

Ο ασθενής ή οι συγγενείς του, που δικαιούνται να ζητήσουν με αίτηση τους την ακούσια νοσηλεία, δικαιούνται επίσης με αίτηση τους προς τον εισαγγελέα να ζητήσουν τη διακοπή της. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το Πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις μήνες.

Σε πολύ εξαιρετικές περιπτώσεις, στις οποίες απαιτείται παράταση της νοσηλείας και πέραν των έξι μηνών, αυτή είναι δυνατή μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής από τρεις ψυχιάτρους, από τους οποίους ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι άλλοι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 891).

Σε περίπτωση υποτροπής, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του ασθενούς σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας.

Η Ψυχιατρική είναι ο μόνος κλάδος της Ιατρικής στον οποίο εφαρμόζεται ακούσια νοσηλεία και θεραπεία, διότι η ικανότητα του ψυχικά ασθενούς να αποφασίζει και να δέχεται με τη θέληση του τη νοσηλεία και τη θεραπεία είναι σοβαρά διαταραγμένη. Οι ψυχίατροι θεωρούν ότι η ακούσια νοσηλεία υπαγορεύεται από την ανάγκη θεραπείας και ακολουθεί την ωφελιμιστική αρχή «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Οι υπέρμαχοι των ατομικών ελευθεριών υποστηρίζουν ότι ακούσια νοσηλεία δικαιολογείται μόνον όταν η συμπεριφορά του ασθενούς τον καθιστά επικίνδυνο για τον

εαυτό του ή τρίτους. Με αυξημένο το ενδιαφέρον για τα ατομικά δικαιώματα, από τη δεκαετία του '70, οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία έγιναν προοδευτικά δυσκολότερες, με καθορισμό νομικών κριτηρίων για την πραγματοποίησή τους. Οι ψυχίατροι διαμαρτυρήθηκαν ότι η ποινικοποίηση της ακούσιας νοσηλείας βλάπτει τις παραδοσιακές σχέσεις γιατρού-αρρώστου και αποστερεί τη θεραπεία από πολλούς ασθενείς, στους οποίους είναι απαραίτητη.

Σε απάντηση της κριτικής για το κριτήριο της επικινδυνότητας για την ακούσια νοσηλεία, αναγνωρίστηκε προοδευτικά ως λόγος ακούσιας νοσηλείας η σοβαρή ψυχική διαταραχή, όταν αυτή καθιστά τον ασθενή ανίκανο να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας θα έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας του, είτε τη στέρηση της θεραπείας του (Χριστοδούλου, 2002, σελ. 892).

Αξίζει να αναφερθεί ακόμη ότι στην κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν ερωτήματα σχετικά με την κοινωνική πραγματικότητα, σχετικά με τη φύση του ανθρώπου και τις κατάλληλες μεθόδους στη κοινωνιολογία. Το άρθρο του Gove (1970) αξιολογεί μερικά αποδεικτικά στοιχεία επάνω σε αυτό το ζήτημα και αποτελεί ένα καλό σημείο εκκίνησης για τη συζήτηση επάνω στα θεμελιώδη προβλήματα της κοινωνιολογίας της ψυχικής υγείας. Ο Gove πρώτα εξετάζει τα στοιχεία εισαγωγών σε νοσοκομεία, ξεκινώντας με τις εθελοντικές εισαγωγές. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής αντίδρασης, η εθελοντική εισαγωγή δεν θα έπρεπε να είναι σημαντικό θέμα αφού, στη περίπτωση αυτή, οι ασθενείς αποδέχονται το χαρακτηρισμό μόνοι τους. Ωστόσο, μία μεγάλη μερίδα των σημερινών εισαγωγών σε νοσοκομεία είναι εθελοντικές (με δέσμευση του ασθενούς) και πέρα από αυτό, μόνο μία μειοψηφία ανθρώπων που προσπαθούν να εισαχθούν γίνονται δεκτοί. Φαίνεται λοιπόν πως ο στιγματισμός δεν είναι μια τυχαία διαδικασία, αλλά σχετίζεται με συγκεκριμένα κριτήρια. Στοιχεία από μη εθελούσιες εισαγωγές δείχνουν προς την ίδια κατεύθυνση. Είναι αλήθεια ότι πολλές διαδικασίες δέσμευσης είναι αρκετά βιαστικές: σε μερικά μέρη ποσοστά δέσμευσης πάνω από 90% δείχνουν ότι δεν πάρθηκε καμία σοβαρή απόφαση

βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία σε αυτές τις ακροάσεις (Kurt W. Back. Πανεπιστήμιο Duke).

Ωστόσο, μία λεπτομερή εξέταση από ψυχίατρο προηγείται αυτή των ακροάσεων. Αν δεν υπάρχει προκαταρκτική ψυχιατρική εξέταση, τα ποσοστά δέσμευσης είναι πολύ χαμηλότερα. Έτσι, γίνεται μία σαφής προσπάθεια να βρεθούν μερικά αντικειμενικά κριτήρια υγείας. Γι παράδειγμα, στη πρωτοποριακή μελέτη των Clausen και Yarrow (1955) σχετικά με τους τρόπους εισαγωγής σε ψυχιατρικά ιδρύματα, οι συμπεριφορές που περιγράφονται δεν είναι κοινές παραβατικές συμπεριφορές αλλά μία σειρά από υπερβολικά παράξενες και επικίνδυνες πράξεις, όπως η απειλή φόνου του/της συζύγου. Μόνο αφού έχουν συμβεί τέτοιου είδους πράξεις και οι άνθρωποι που συνδέονται με αυτό το άτομο δεν μπορούν να ανεχτούν τη συμπεριφορά του, ξεκινούν οι διαδικασίες εισαγωγής. Ακόμα και τότε οι άλλοι άνθρωποι, αποφεύγουν να χαρακτηρίζουν τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, αποφεύγοντας έτσι να καταλογίσουν παραφροσύνη σε άτομο του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Kurt W. Back. Πανεπιστήμιο Duke).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να προάγει τα πρωταρχικής αξίας δικαιώματα των ασθενών όπως η ισότητα και η εξάλειψη διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, η αυτονομία, η σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, η ανεξιθρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι και της ελεύθερης κίνησης. Τα συγκεκριμένα δικαιώματα πολλές φορές αγνοούνται, δεν εφαρμόζονται και συχνά παραβιάζονται, με την υιοθέτηση στερεοτυπικών στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες δεν απαντώνται μόνο στο γενικό πληθυσμό, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, διαπερνούν τις γραμμές των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των σχεδιαστών αντίστοιχων μέτρων πολιτικής. Οι στερεοτυπικές στάσεις αποτυπώνονται με διάφορους τρόπους:

- Κατηγοριοποίηση: τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας γίνονται αντιληπτά σαν να ήταν «όλα ίδια» με συνέπεια να αντιμετωπίζονται τα ατομικά τους χαρακτηριστικά κατά τρόπο εξισωτικό.
- Αποπροσωποποίηση: τα άτομα με ψυχικές διαταραχές γίνονται αντιληπτά σαν να μην έχουν χαρακτηριστικά όπως η σκέψη, η συγκίνηση, η επιθυμία, η προσωπικότητα, τα δικαιώματα
- Υποβάθμιση: οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται ως «κατώτεροι», στάση αμυντική προκειμένου να παρασχεθεί λογική αιτιολόγηση για τον αποκλεισμό
- Επικινδυνότητα: οι ψυχικά ασθενείς εκλαμβάνονται στο σύνολο τους ως άτομα επικίνδυνα για τους "άλλους" και τον εαυτό τους, άλλος ένας λόγος για τον αποκλεισμό τους

Οι παραπάνω στερεοτυπικές στάσεις δημιουργούν τις συνθήκες για την ανάπτυξη φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού, ο οποίος εμφανίζεται με τις ακόλουθες μορφές:

- Απορριπτικός, στην περίπτωση κατά την οποία υποδεικνύεται η απομάκρυνση μιας ομάδας και η επιτήρηση της, εφόσον αποκλίνει από τα «κοινώς αποδεκτά» κοινωνικά μέτρα με τρόπο που προκαλεί φόβο ή είναι ανεπιθύμητη

"Καλοπροαίρετος", στην περίπτωση κατά την οποία η απομάκρυνση μιας ομάδας υποδεικνύεται ως αναγκαία «για το δικό της όφελος».

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, αλλά και οι ταυτόχρονες υποχρεώσεις του Κράτους, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και τοπ' επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφέρονται σε τίτλους και σε ενότητες, με την έννοια ότι κάθε τίτλος από τους παρακάτω ενσωματώνει σειρά επιμέρους δικαιωμάτων υποχρεώσεων, ως ακολούθως :

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).
2. Το δικαίωμα στην ισότητα.
3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.
4. Το δικαίωμα στην προστασία προσωπικών δεδομένων.
5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.
6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.
7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση αξιώσεων.

Ειδικότερα, αναλύοντας κάθε μία από τις παραπάνω ενότητες δικαιωμάτων παρατηρούμε:

1. Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια).

Το δικαίωμα αυτό συνίσταται στη δυνατότητα κάθε προσώπου για το οποίο γίνεται διάγνωση ψυχικής νόσου, να προσεγγίσει τους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ανθρώπινες συνθήκες και να λάβει υπηρεσίες που με βάση τα επιστημονικά και ιατρικά δεδομένα/ και παραδοχές είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.

Η περίθαλψη ως δικαίωμα ενός ασθενούς στην υγεία σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μονάδες ψυχικής υγείας συγκεντρωτικές, γραφειοκρατικές, απρόσωπες και αποστασιοποιημένες από τον ασθενή, αλλά από αποκεντρωμένες μονάδες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα που αντιμετωπίζουν τον ασθενή εξατομικευμένα ως μοναδική προσωπικότητα και φορέα αξιοπρέπειας και όχι ως απρόσωπη μονάδα μεταξύ πολλών ομοίων.

Κατά συνέπεια, αποτελεί καθήκον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας να είναι προσιτές στους πολίτες που τις έχουν ανάγκη. Η προσιτότητα αφορά στο χώρο (εγγύτητα στον τόπο διαμονής - τομεοποίηση), το χρόνο (ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών που εξυπηρετεί τους δυνητικούς αποδέκτες), την κουλτούρα («πολιτισμική» προσβασιμότητα, υπό την έννοια της καταπολέμησης των προκαταλήψεων και του στίγματος που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας).

Η περίθαλψη διακρίνεται σε εκούσια (όταν η αναγκαιότητα προσφυγής σε φορείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας κρίνεται καταρχήν από τον ίδιο τον πάσχοντα συνειδητά ή με γνώση του προβλήματος και παρότρυνση) και σε ακούσια (όταν για την περίθαλψη δεν προηγείται αναγκαία η συναίνεση του πάσχοντα).

Ειδική κατηγορία ακούσιας περίθαλψης αποτελεί και ο εγκλεισμός σε θεραπευτικό κατάστημα ποινικών παραβατών σύμφωνα με τα άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα, η οποία νομικά λειτουργεί κατά τρόπο συγκαλυμμένο ως κύρωση στερητική της ελευθερίας του ποινικού παραβάτη.

Στην περίπτωση τόσο της εκούσιας όσο και της ακούσιας νοσηλείας

ο πάσχων δικαιούται ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε συνθήκες κατάλληλης διαμονής και αποτελεσματικής διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης. Περαιτέρω, ο πάσχων δικαιούται αναγνωρισμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων, φαρμακευτικών αγωγών και άλλων (Ψήφισμα 46/119. Γενική Σύνοδος Ο.Η.Ε., 1991)

Το δικαίωμα στην κατάλληλη και πλέον σύγχρονη φροντίδα θέτει τους επαγγελματίες απέναντι στο καθήκον της δικής τους συνεχούς ενημέρωσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης, ώστε να είναι σε θέση να κατέχουν και να παρέχουν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες.

Αν απαιτείται ειδική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλεία, αποτελεί βασικό δικαίωμα η αναγνώριση στον ψυχικά πάσχοντα του δικαιώματος στην επιλογή της θεραπείας και την έκφραση της συναίνεσης του σε αυτή.

Άλλο επιμέρους δικαίωμα του ψυχικά πάσχοντα, και περιττό να αναφερθεί ταυτόχρονη υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αποτελεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του ψυχικά πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την ένταση της νόσου, είναι επιβεβλημένη η αποφυγή θεραπευτικών μεθόδων που απομακρύνουν τον ασθενή από το κοινωνικό περιβάλλον και τον τόπο διαμονής του και η εφαρμογή μεθόδων βίαιων μηχανικών περιορισμών που διαρκούν επί μακρόν και επιφέρουν κακώσεις και βλάβες της σωματικής του υγείας, η νοσηλεία σε συνθήκες κακής σωματικής ή χωρικής υγιεινής, διατήρησης, ένδυσης και υπόδησης. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ), οι οικογένειες των ασθενών και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, οφείλουν να εντάξουν στις όποιες δικές τους διεκδικήσεις και τη διεκδίκηση και προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενούντων, των δικών τους ανθρώπων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητας.

Οι παραπάνω αναφορές ισχύουν καταρχήν και για την ακούσια

νοσηλεία. Όμως, χρειάζεται να επισημανθεί ότι η ακούσια ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία αποτελούν εξαιρετικές διαδικασίες που επιφέρουν ρωγή τόσο στην αρχή ότι ουδείς στερείται την ελευθερία του παρά μόνο εφόσον έχει τελέσει κάποιο έγκλημα, όσο και στην αρχή ότι ουδείς υποβάλλεται σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του και εκ του λόγου αυτού διακυβεύονται τα σημαντικά αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ακριβώς για το λόγο αυτό έχουν καθιερωθεί συγκεκριμένοι κανόνες, ρυθμίσεις και νομικές διαδικασίες, οι οποίες προβλέπονται στα άρθρα 95-100 του Ν. 2071/1992 ως ελάχιστη δικαστική προστασία, η τήρηση των οποίων είναι υποχρεωτική τόσο για τη δικαιοσύνη και τους λειτουργούς της όσο και για την Πολιτεία και τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή δημόσιους φορείς, ενόψει μάλιστα ότι οι εισαγόμενοι σε ακούσια νοσηλεία στερούνται της δυνατότητας άμεσης διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους.

2. Το δικαίωμα στην ισότητα.

Η εφαρμογή της αρχής της ισότητας με την εκδήλωση της ως απουσία διακρίσεων με βάση ειδικότερα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρώμα, θρησκεία, ιδεολογία κλπ) αποτελεί κατάκτηση του σύγχρονου πολιτισμού. Η αρχή της ισότητας επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που τελούν υπό ουσιωδώς όμοιες συνθήκες, όπως επίσης, επιβάλλει την ίση μεταχείριση προσώπων που για λόγους υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις πολλαπλώς αποκλεισμών από τις κοινωνικές δομές.

Απόρροια της αρχής της ισότητας είναι η ρητή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να συμπεριφέρονται σε όλους τους ασθενείς που προστρέχουν εκούσια ή ακούσια στην υποστήριξη τους με ισότιμο τρόπο και κατ' εφαρμογή των αναγνωρισμένων μεθόδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανεξάρτητα από τα ειδικότερα χαρακτηριστικά τους, όπως η οικονομική κατάσταση, η φυλετική καταγωγή, η θρησκευτική πίστη, το μορφωτικό επίπεδο και η εν γένει η κοινωνική τους θέση.

Είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό σύστημα κάποιοι θεωρούνται «περισσότερο ίσοι» από κάποιους άλλους. Η αντίληψη αυτή επιβάλλεται

όχι μόνο ηθικά αλλά και νομικά να κρατηθεί έξω από το χώρο του συστήματος της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα της ψυχικής υγείας. Έτσι, μολονότι ανάγεται στη σφαίρα του αυτονόητου, είναι επιβεβλημένο να επισημανθεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας όχι μόνο έχει υποχρέωση να τηρεί τις αρχές της ίσης μεταχείρισης αλλά θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια (πολλές φορές και με προσωπικό κόστος) για τη γενικευμένη εφαρμογή της.

Η παραβίαση της αρχής της ισότητας πλήττει ευθέως το δικαίωμα της προσωπικότητας και γεννά υποχρέωση προς αποζημίωση, αφού από την νομολογία των Δικαστηρίων μας θεωρείται ως αδικοπραξία (Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, 1948).

3. Το δικαίωμα στην ενημέρωση.

Σε κάθε περίπτωση εξέτασης ή νοσηλείας (εκούσιας ή ακούσιας) ο ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στην αναλυτική ενημέρωση του για την κατάσταση της υγείας του, η οποία πρέπει να γίνεται κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στο μορφωτικό του επίπεδο και την εν γένει αντίληψη του κατά τρόπο σαφή και μη επιδεχόμενο μεταγενέστερων αμφισβητήσεων. Η χορήγησή γραπτών αναλυτικών γνωματεύσεων και οδηγιών αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτού. Στις περιπτώσεις που κρίνεται ως αναγκαίο και για το συμφέρον του ασθενή η μη ενημέρωση του, αυτή θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικά και με τον ίδιο αναλυτικό τρόπο στο άμεσα συγγενικό του περιβάλλον και σε αυτούς που επιφορτίζονται την καθημερινή αποκαταστασιακή του μέριμνα και φροντίδα.

Ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, η ενημέρωση και μάλιστα γραπτά του ψυχικά πάσχοντα και των συγγενών του αναφορικά με τα δικαιώματα του αποτελούν αναγκαίο πρωτογενή όρο για την επιτυχή έκβαση του θεσμού.

Σε περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται η λήψη φαρμάκων αυτή θα πρέπει να γνωστοποιείται, όχι με τη μορφή απειλής, αλλά κατά τρόπο που να προάγεται η ενεργή συνεργασία του ασθενούς στη θεραπεία του.

Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της συγκατάθεσης τους στην θεραπεία. Από την άποψη αυτή είναι υποχρέωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να απαντά σε συγκεκριμένα ερωτήματα που γεννώνται από την ενημέρωση του προς τον ασθενή και την οικογένεια του και φυσικά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να τους αποθαρρύνει από την διατύπωση ερωτημάτων με υπεκφυγές και ασάφειες (Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, 1948).

4. Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Το εξεταζόμενο στην ενότητα αυτή δικαίωμα στον χώρο της υγείας δεν είναι κάτι το νέο, αφού ήδη αναφέρεται στον Ιπποκράτειο Κώδικα.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή και οι δυνατότητες επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων («τράπεζες» επεξεργασίας και εμπορίας προσωπικών δεδομένων, μηχανογραφική, τήρηση ιατρικών φακέλων κλπ), έχουν καταστήσει πλέον τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν την υγεία κάθε προσώπου, τα οποία υπάγονται στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, ως ιδιαίτερη νομική υποχρέωση τόσο του ιατρικού κόσμου όσο και, ιδιαίτερα για το χώρο της ψυχικής υγείας, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως αυτοί ειδικότερα κατηγοριοποιούνται (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ).

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων του ψυχικά ασθενούς αποτελεί ρητή νομική επιταγή, προασπίζεται από θεσμοθετημένα όργανα και αποτελεί βασική υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Επιστημονική δημόσια χρήση ψυχιατρικών περιστατικών είναι επιτρεπτή υπό την αναγκαία προϋπόθεση της μη αποκάλυψης της ταυτότητας του ασθενούς και για ερευνητικούς αποκλειστικά και μόνο σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει η συγκατάθεση του προς ανακοίνωση των προσωπικών του δεδομένων προσώπου με την έννοια της ελεύθερης, ρητής και ειδικής δήλωσης βούλησης, η οποία εκφράζεται

με τρόπο σαφή και σε πλήρη επίγνωση, μετά από προηγούμενη ενημέρωση του, ο οποίος βεβαίως διατηρεί πάντοτε το δικαίωμα της ανάκλησης οποτεδήποτε της συγκατάθεσης του.

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται κατ' εξαίρεση η άρση του ιατρικού απορρήτου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή τη ζωή άλλων, γεγονός που κρίνει μόνο ο επαγγελματίας ιατρός. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές ο επαγγελματίας οφείλει να έχει ενημερώσει πρωτίστως τον ασθενή για τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσει (ΕΣΑΔ, 1948, Σύμβαση Συμβουλίου Ευρώπης, 1982)

5. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.

Όπως επισημαίνεται στην Συναινετική Διακήρυξη για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) είναι μια διαδικασία η οποία ενισχύει τις ευκαιρίες στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας να επιτύχουν ένα όσο το δυνατό καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων όσο και την εισαγωγή αλλαγών στο ευρύτερο περιβάλλον, ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια ποιοτική ζωή για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχική διαταραχή. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να συνεισφέρει στην ανάπτυξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας των ατόμων, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, και στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που προέρχονται είτε από την ψυχική νόσο είτε από τον κοινωνικό περίγυρο, συμβάλλοντας με θετικό τρόπο στην επιλογή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ενταχθούν επιτυχώς στην κοινότητα.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής, πολύπλοκη και φιλόδοξη διαδικασία, επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι τους χώρους διαβίωσης και εργασίας. Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση συμπεριλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών συντελεστών. Με δεδομένη την πολυπλοκότητα αυτή, οι δυνατότητες και τα μέσα για την παροχή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλουν, ανάλογα με τα γεωγραφικά, πολιτισμικά, οικονομικά, πολιτικά, κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά των χώρων όπου αυτή αναπτύσσεται.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει ως στόχο τη μείωση του στίγματος και την προαγωγή της ισότητας και των ευκαιριών. Για το λόγο αυτό, οι λειτουργοί της συμμετέχουν σε προσπάθειες οργανωτικού, νομοθετικού, επαγγελματικού χαρακτήρα, σε προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας της ζωής, σε συλλογικούς φορείς των χρηστών των υπηρεσιών και συλλογικά μορφώματα στήριξης, αυτοβοήθειας και συμμετοχής, σε εκπαιδευτικές προσπάθειες και σε προσπάθειες προαγωγής και ενίσχυσης των υπηρεσιών, ανάπτυξης της έρευνας και βελτίωσης των συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Ως τέτοια, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στοχεύει στο να βοηθά τα άτομα να απολαμβάνουν πλήρως το σύνολο των δικαιωμάτων τους, όπως αυτά εκφράζονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και της εθνικής νομοθεσίας (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» 12/2004)

Στη χώρα μας, μία έμπρακτη εφαρμογή των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και βασικό μηχανισμό επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, ρητά προβλεπόμενο και ρυθμιζόμενο από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 12 του Ν. 2716/1999 για την ψυχική υγεία), αποτελούν οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), οι οποίοι λειτουργούν υπό διττό χαρακτήρα (ως Μονάδα Ψυχικής Υγείας και ως κοινωνική επιχείρηση ταυτόχρονα).

Στους Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να απασχολούνται με καθεστώς εξαρτημένης εργασίας ή με συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ψυχικά πάσχοντα άτομα, τα οποία, υποστηριζόμενα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συμμετέχοντας στις εσωτερικές διαδικασίες του Συνεταιρισμού (Γενική Συνέλευση, Διοικητικό Συμβούλιο, εργασιακές

επιτροπές) αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες και εργασιακή εμπειρία μέσα από την παραγωγική απασχόληση και την συμμετοχή στις συλλογικές δραστηριότητες του Συνεταιρισμού και αυτονομούνται στην καθημερινή τους ζωή.

Είναι σαφές ότι η πρωτοβουλία σύστασης Κοι.Σ.Π.Ε. και η άσκηση του δικαιώματος του ψυχικά ασθενούς για συμμετοχή σε αυτόν προϋποθέτει ειδική ενθάρρυνση και πρωτοβουλία από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τον υποστηρίζουν. Η υποστήριξη όμως αυτή δεν θα πρέπει να είναι μηχανιστική, υπό την έννοια ότι αφού προετοιμαστούν τα πάντα (καταστατικό, επιχειρησιακό σχέδιο κλπ) απλώς καλούμε τον ασθενή να υπογράψει ή να συμμετέχει σε κάποια συνέλευση. Για την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος αυτού απαιτείται από πλευράς του ψυχικά ασθενούς η συμμετοχή του σε ομάδες πρωτοβουλίας για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., η ενημέρωση του και για τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και ωφέλειες που θα προκύψουν όσο και για τα προβλήματα του εγχειρήματος. Απαιτείται, επιπρόσθετα, η ενημέρωση του ως προς την εργασιακή θέση που θα κληθεί να καλύψει, τις απαιτήσεις της, όπως επίσης και τις αναμενόμενες οικονομικές απολαβές του.

Το δικαίωμα αυτό δεν θα πρέπει να τελεί σε κατάσταση διαρκούς υποστήριξης και «εξωτερικής προστασίας». Στο μέτρο που ο ψυχικά ασθενής μέσα από την άσκηση του δικαιώματος του στην επαγγελματική αποκατάσταση αυτονομείται, είναι αναγκαίο να ενισχύεται και η άσκηση των δικαιωμάτων που σχετίζονται με τις εργασιακές διεκδικήσεις, τη συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις έτσι ώστε η εργασιακή του αποκατάσταση σε συνδυασμό με το αμέσως πιο κάτω εξεταζόμενο δικαίωμα να καθίσταται κατά το δυνατόν πλήρης (Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, 1961)

6. Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα.

Το δικαίωμα αυτό εντάσσεται και αποτελεί εξειδικευμένη μορφή του γενικότερου κοινωνικού δικαιώματος για την εφαρμογή πολιτικών αποασυλοποίησης - αποϊδρυματισμού και καταπολέμησης του στίγματος.

Με βάση τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1991) ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματισμός ορίζεται η κατάργηση των παραδοσιακών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών και η προοδευτική εκκένωση των χώρων αυτών από τα άτομα που ήδη νοσηλεύονται εκεί. η ταυτόχρονη ανάπτυξη δομών στην κοινότητα με στόχο τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και την αποφυγή της μακροχρόνιας νοσηλείας ατόμων σε χώρους / δομές που μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση φαινομένων ιδρυματισμού.

Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα σημαίνει ότι ο ψυχικά ασθενής μπορεί να μένει σε ένα σπίτι όπως όλοι οι άνθρωποι. Στην περίπτωση έλλειψης αυτής της δυνατότητας, ο ψυχικά ασθενής μπορεί να κάνει χρήση στεγαστικών δομών και παράλληλης υποστήριξης στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών καθημερινής ζωής. Στεγαστικές δομές στην κοινότητα είναι οι ξενώνες (βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής), τα οικοτροφεία και τα προστατευόμενα διαμερίσματα (Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, 1961)

Η άσκηση του παραπάνω δικαιώματος, το οποίο σαφώς αναγνωρίζεται επιστημονικά και νομοθετικά, συνδέεται με την ταυτόχρονη διεκδίκηση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων εκ μέρους του Κράτους που έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Με αυτό εννοούμε ότι το Κράτος - που έχει τη γενική ευθύνη για την ενθάρρυνση και υποστήριξη της εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνεται και η λειτουργία στεγαστικών δομών στο ευρύτερο οικιστικό περιβάλλον της κοινότητας, όπου οι ένοικοι διαμορφώνουν τον κύκλο των καθημερινών δραστηριοτήτων τους με επίκεντρο το οίκημα που στεγάζει τη δομή και την ευρύτερη περιοχή στην οποία εντάσσεται, έχει ρητή υποχρέωση υποστήριξης των δομών αυτών και της ανασχεσης των αντιστάσεων που προβάλλονται στις δομές αυτές από κατοίκους, φορείς ή και την Τοπική Αυτοδιοίκηση μερικές φορές, αντιστάσεων που έχουν τις ρίζες τους στο στίγμα και τις προκαταλήψεις.

Είναι αλήθεια ότι οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στηρίζονται σε αντιεπιστημονικές θεωρήσεις περί «ανιάτου» των ψυχικά ασθενών και επικινδυνότητας, βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των προσώπων που έχουν ανάγκη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τις περισσότερες φορές υποκρύπτουν τα ιδιοτελή συμφέροντα της μικροϊδιοκτησίας και της με κάθε τρόπο αξιοποίησης της (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» 12/2004).

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών.

Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές αντιμετωπίζονται ιδιαίτερες δυσκολίες για την εξεύρεση κατάλληλων οικημάτων, ιδιαίτερα διαμερισμάτων σε πολυκατοικίες, εξ αιτίας αντιδράσεων από πλευράς συνιδιοκτητών, γειτόνων κλπ. οι οποίοι κινούμενοι σε μια λογική αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών από το δικαίωμα τους της ζωής στην κοινότητα επικαλούνται και προστρέχουν σε παρωχημένους ως προς τον χρόνο κατάρτισης τους κανονισμούς πολυκατοικιών. Πρόσφατα ο Συνήγορος του Πολίτη (6 Δεκεμβρίου 2004) τοποθετήθηκε επί του θέματος και με έγγραφο του προσπαθεί να συμβάλει στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενούν εκθέτοντας τις νομικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος.

7. Το δικαίωμα στη διεκδίκηση-αξιώσεων.

Τα επιμέρους δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων προστατεύονται από τις διατάξεις του Συντάγματος 1975/1986/2001 και απορρέουν από τη διάταξη του άρθρου 5 του Συντάγματος όπου ορίζεται ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Θα πρέπει λοιπόν οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειες τους να ενθαρρύνονται στη διεκδίκηση μέτρων πολιτικής που συμβάλουν στη παγίωση και ενίσχυση των δικαιωμάτων τους. Τα δικαιώματα των ψυχικά

πασχόντων και η άσκηση τους κατά τρόπο ουσιαστικό και αποτελεσματικό είναι μια δυναμική διαδικασία που περικλείει αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΩΝ.

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχική νόσος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου, αλλά και στην επικοινωνία του με τον συνάνθρωπο. Η ψυχική νόσος μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια. Η ψυχική νόσος και ειδικά η σοβαρή και χρόνια όπως η σχιζοφρένεια μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες ήταν συνώνυμη με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανιάτο. Βαθμιαία τα πράγματα άλλαξαν και αυτό χάρη στην ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας που προσέφερε τη δυνατότητα ελέγχου και αντιμετώπισης των βασικών συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου. Το σκηνικό της ψυχικής ασθένειας και η εικόνα του ψυχικά αρρώστου άλλαξε ακόμα πιο σημαντικά τα τελευταία χρόνια με την ακόμη μεγαλύτερη πρόοδο της ψυχοφαρμακολογίας, την παράλληλη χρήση πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα.

Παρ' όλα αυτά η ψυχική νόσος παραμένει ακόμη κατά πολύ ανεξιχνίαστη και αινιγματική. ένα πεδίο ανεξερεύνητο για τους περισσότερους ανθρώπους που καλύπτεται από πλήθος λαθεμένες απόψεις, προκαταλήψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν το χαρακτήρα του μύθου και το στοιχείο του στίγματος. Το στίγμα είναι μια

ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει, όταν είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. Το στίγμα στη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. φυματίωση, καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. Τα στερεότυπα ορίζονται ως αρνητικές κυρίως κοινωνικές γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά μας (για παράδειγμα, η αρνητική πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα). Οι προκαταλήψεις είναι οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ενστερνίζεται τα αρνητικά στερεότυπα (για παράδειγμα, αποδέχομαι την πεποίθηση ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα και τα φοβάμαι). Οι προκαταλήψεις είναι καταστάσεις που αποκαλύπτουν την ετοιμότητα του ανθρώπου να ενεργήσει αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάσει αν μια τέτοια συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη. Διάκριση είναι η συμπεριφορά που ακολουθεί την προκατάληψη (για παράδειγμα, πιστεύω ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι επικίνδυνα, τα φοβάμαι και αποφεύγω να δουλέψω μαζί τους). Οι διακρίσεις επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθεια τους να επανακτήσουν τη κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Στην «κοινή γνώμη» αναπτύσσονται ποικίλες απόψεις γι' αυτούς που είναι διαφορετικοί. Ο πολιτισμός και τα ήθη προφανώς επηρεάζουν τον τύπο των απόψεων που αναπτύσσονται. Όταν υιοθετούνται αρνητικές απόψεις ακολουθούν και αρνητικές συμπεριφορές. Οι διακρίσεις που είναι έκφραση των αρνητικών απόψεων είναι πολύμορφες και έχουν κυρίως

αρνητικές συνέπειες στην πορεία της ψυχικής νόσου και την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των ψυχικά ασθενών. Τέτοιες συνέπειες αφορούν στη μείωση των πόρων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, τη διαθεσιμότητα των χώρων στέγασης, τον περιορισμό των ευκαιριών για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές, δημιουργώντας επιπλέον προβλήματα που στη συνέχεια ανεφοδιάζουν ακόμα περισσότερο το στίγμα δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο στον οποίο σχεδόν «υποχρεωτικά» κινείται ο ψυχικά ασθενής.

Αξίζει να αναφερθούν οι απόψεις ορισμένων σημαντικών επιστημόνων σχετικά με το στίγμα.

«Σε περιόδους κρίσης, ψυχικά ασθενείς μπορεί να φτάσουν σε ακραία και επικίνδυνη συμπεριφορά προς τον εαυτό τους (αυτοκτονία) και τους άλλους (ανθρωποκτονία - σεξουαλική βία). Αυτή η συμπεριφορά αφορά μία πολύ μικρή μειοψηφία ασθενών, έχει όμως επηρεάσει αρνητικά την κοινή γνώμη, με αποτέλεσμα να υπάρχει μία έντονη προκατάληψη απέναντι σε κάθε είδος ψυχικής αρρώστιας.

Δεν είναι μάλιστα τυχαίο ότι οι ψυχικά ασθενείς ήταν, μέχρι πρόσφατα, κλεισμένοι σε άσυλα, για να μη κινδυνεύει η κοινωνία από την 'επικίνδυνη' συμπεριφορά τους. Σε παλαιότερες εποχές θεωρούνταν δαιμονισμένοι και ζούσαν απομονωμένοι, μακριά από τον υπόλοιπο κόσμο».

(Σταθόπουλος, 1996, σελ. 325).

«Η Κοινωνική Ψυχιατρική θεωρεί ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν τις άλλες αρρώστιες.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική στοχεύει στη μείωση της σημασίας του διχοτόμου του διαχωρισμού των εννοιών 'φυσιολογικότητα - μη φυσιολογικότητα', μία διάκριση που εμπεριέχεται ο υπαρκτός κίνδυνος της ετικετοποίησης (labelling) του ψυχικά αρρώστου και της κοινωνικής

αντίδρασης όπως έχει περιγραφεί από τον Scheff (1966).

Βασική της θέση λοιπόν, είναι το διαλεκτικό δίπολο Υγεία-Αρρώστια με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας, πόνου και χαράς. Η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας είναι μία ουτοπία, μία μορφή 'νεύρωσης'».

(Μαδιανός, 2000, σελ. 40)

«Ο τρόπος ζωής του ατόμου(συμπτώματα, εισαγωγές στο ψυχιατρείο, μείωση της λειτουργικότητας, εξάρτηση) σε αρκετές περιπτώσεις του προσδίδει την ετικέτα του 'τρελού' ή του 'παράξενου' στη γειτονιά και αυτή η ετικέτα επιφέρει μεγαλύτερη αντίδραση στη συμπεριφορά του ως άμυνα για την ετικετοποίηση του (labelling)».

(Μαδιανός, 2000, σελ. 179)

«Έχει σημασία να μη προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μία συγκεκριμένη εικόνα 'στίγμα' σχιζοφρενούς. Οι κλινικές εικόνες – οι άνθρωποι – παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση από την απλή εκκεντρικότητα ως τη πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε 'κλισέ' στο μυαλό μας και κυρίως να μη ξεχνούμε ότι οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι, δεν είναι 'λεπροί'».

(Μάνος, 1997, σελ. 132)

7.2. Μύθοι και πραγματικότητες στον τομέα της ψυχικής υγείας

Είναι, πράγματι, εντυπωσιακά, καθοριστικά και εμφανή τα κατάλοιπα μιας σχεδόν ανεξάντλητης σωρείας μύθων αναφορικά με τις ψυχικές ασθένειες που κατορθώνουν να διατηρούνται στον ατομικό και συλλογικό ψυχισμό του Έλληνα και στη σύγχρονη ελληνική κοινή γνώμη.

Προφανώς, η άγνοια τους και ο σκοταδισμός, παρά τις εντυπωσιακές και αλματώδεις προόδους της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της ψυχιατρικής και της νευρολογίας, μπορούν και συντηρούν ακόμα μύθους και σφαλερές θέσεις σε ό,τι αφορά την ψυχική ασθένεια και τον ψυχοκοινωνικό προβληματισμό! Και έτσι, η διαπίστωση κάποιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης μικρής ή μεγαλύτερης σημασίας σε ένα άτομο επιφέρει ακόμα και σήμερα την άμεση πρόσοψη του σχετικού κοινωνικού στίγματος στο ίδιο το άτομο, αλλά και σε μέλη της οικογενείας του.

Με βάση τις παραπάνω συνοπτικές διαπιστώσεις, θα επισημανθούν εδώ μερικοί από τους μύθους σε θέματα ψυχικής υγείας που διατηρούνται ακόμα ζωντανοί και θα αντιπαρατεθούν με τις ψυχοκοινωνικά τεκμηριωμένες θέσεις που αναιρούν τις αναχρονιστικές προκαταλήψεις και απογυμνώνουν τους μύθους. (Παπαγεωργίου, σελ.205, 2002)

Μύθος - Το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια είναι βίαιο, ακατανόητο, παράξενο και εμφανώς διαφορετικό από μας, τους φυσιολογικούς ανθρώπους.

Αντιπάρθεση - Μόνο στις ακραίες περιπτώσεις μείζονος ψυχοπαθολογίας και εμφανώς όταν πρόκειται για μανιακά άτομα έχουμε περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς. Αλλά και σε αυτές ακόμα τις περιπτώσεις, τα σύγχρονα μέσα της ψυχοθεραπευτικής επέμβασης μπορούν να ελέγξουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τις εκρήξεις βίας. Τα περισσότερα, όμως, άτομα που υποφέρουν από κάποιο ψυχολογικό, ψυχοκοινωνικό ή ψυχοπαθολογικό πρόβλημα, ή που αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής στο περιβάλλον και τις απαιτήσεις του, είναι άνθρωποι σαν και μας και η ειδοποιός διαφορά της συμπεριφοράς τους έγκειται περισσότερο στη συχνότητα και την ένταση της παρά στην ποιότητα και την υφή της.

Μύθος - Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι ψυχικές ασθένειες χαρακτηρίζουν άτομα με αδύνατο χαρακτήρα, άβουλα όντα που υποφέρουν από έμφυτες αδυναμίες του νευροφυτικού τους συστήματος.

Αντιπαράθεση - Ακόμα και τα πιο δυναμικά, όχι μόνο τα πιο ευαίσθητα άτομα, υπόκεινται στις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιου είδους νευρωσικής συμπεριφοράς, στη δημιουργία μιας αγχωτικής αντίδρασης ή την εκδήλωση κάποιας φοβίας. Η ψυχική και κοινωνική δυσλειτουργία δεν εξυπακούει, οπωσδήποτε, ασθενές νευροφυτικό σύστημα. Βέβαια, συμβαίνει, όπως φαίνεται από στατιστικά στοιχεία, άτομα με κάποια προδιάθεση για δυσλειτουργική αντίδραση σε έντονες καταστάσεις στρες να εκδηλώνουν συμπτώματα ψυχοκοινωνικού προβληματισμού, εφόσον ζήσουν πολλές αλληπάλληλες στρεσογόνες εμπειρίες και καταστάσεις, ή μια αλλά καθοριστικά καταλυτική τραυματική εμπειρία.

Μύθος - Η ψυχική ασθένεια, όπως και τα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είναι κληρονομικές καταστάσεις. Το άτομο που τις έχει θα τις μεταδώσει αναπόφευκτα και στα παιδιά του.

Αντιπαράθεση - Στο σημείο αυτό οι αντιλήψεις της ελλαδικής κοινής γνώμης έχουν τις ρίζες τους στο απόμακρο ιστορικό παρελθόν ολάκερης της ανθρωπότητας. Αλλά οι σχετικές επιστημονικές έρευνες απολήγουν, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, στη διαπίστωση ότι η κληρονομικότητα στη μεταβίβαση μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης ή μιας συγκεκριμένης ψυχασθένειας περιορίζεται σε ελάχιστες περιπτώσεις, ενώ αποκλείονται σχεδόν οι νευρώσεις, οι αποκλίσεις και δυσλειτουργίες του χαρακτήρα καθώς και τα κάθε λογής προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του.

Μύθος - Τα ψυχολογικά προβλήματα, οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αποτελούν ανίατες περιπτώσεις, ακόμα και όταν εξαλειφθούν τα χαρακτηριστικά τους συμπτώματα με κάποιου είδους ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή με τη λήψη ψυχοφαρμάκων, το άτομο θα παραμείνει παράξενο, διαφορετικό από μας τους φυσιολογικούς ή νορμάλ ανθρώπους και, φυσικά, θα είναι αμφίβολης ποιότητας!

Αντιπαράθεση - Τα περισσότερα ψυχολογικά, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως και οι ψυχασθένειες, θεραπεύονται και η θεραπεία τους

είναι, συνήθως, μόνιμη σε διαχρονική θεώρηση. Βέβαια, σε περιπτώσεις μόνιμης και αμετάκλητης καταστροφής εγκεφαλικών κυττάρων ή κέντρων, όπως και σε περιπτώσεις χρόνιας ψυχοπαθολογίας, η θεραπεία δεν μπορεί να ξεπεράσει τα όρια όπου βοηθούμε το άτομο να λειτουργήσει, ελέγχοντας την ένταση των συμπτωμάτων του, έστω και μερικώς. Ακόμη και σε αυτήν, όμως, την περίπτωση της συνδρομής προς τη μερική λειτουργία του ατόμου, είναι προτιμότερη η εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης από την τάση του εγκλεισμού του ατόμου σε κάποιο ψυχιατρικό νοσηλευτικό ίδρυμα εφ' όρου ζωής (Παπαγεωργίου, 1991, σελ. 241).

Μύθος - Το άτομο που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να θεραπευτεί μόνο του, αρκεί να ασκήσει επάνω στο πρόβλημα του ολάκερη τη θέληση του και τη δύναμη της βούλησής του, ή, αντίστροφα, κανένα άτομο δεν μπορεί να θεραπεύσει ή να επιλύσει μόνο του τα ψυχολογικά του προβλήματα, αν δεν το φροντίσουν κάποιοι εξειδικευμένοι επιστήμονες με ψυχοθεραπεία ή με ψυχοφάρμακα, ή με νοσηλεία και εγκλεισμό σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα.

Αντιπαράθεση - Και οι δύο αντίθετες αυτές αντιλήψεις είναι λανθασμένες, έστω και αν εκπροσωπούν από τη μια κάποια φωτεινή και από την άλλη κάποια σκοτεινή πλευρά της διχογνωμίας που διακατέχει την κοινή γνώμη. Τα νευρωσικά άτομα, αυτά που υποφέρουν από άγχος, φοβίες, ψυχαναγκασμούς, σεξουαλικές διαταραχές ή από προβλήματα προσαρμογής, ίσως επιθυμούν και πολύ έντονα και πολύ συνειδητά να εξαλείψουν τα συγκεκριμένα ψυχικά τους προβλήματα, αλλά ο έλεγχος των συμπτωμάτων που σχετίζονται με λειτουργίες του αποκαλούμενου Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, καθώς και η κατανόηση υποσυνείδητων συγκρούσεων, είναι πράγματα σχεδόν ακατόρθωτα, όταν το άτομο διαθέτει ως μοναδικό του όπλο αποκλειστικά τη θέληση του ή τη βούληση του!

Από την άλλη πάλι πλευρά, το άτομο που αποζητά τη βοήθεια ενός ειδικού και μαζί του οι συγγενείς και φίλοι του περιμένουν καμία φορά την άμεση - τη σχεδόν μαγική - επίλυση του προβλήματος του, και, μεταξύ

άλλων, αυτή η προσμονή είναι που οδηγεί πολλά άτομα να επιλέξουν τη μέθοδο της λήψης ψυχοφαρμάκων και όχι την επιλογή μιας έστω βραχύχρονης ψυχοθεραπείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο-ψυχοθεραπευτή, ο οποίος θα ζητήσει χρόνο για να επιλύσει χωρίς φάρμακα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο.

Μύθος - Τα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα και οι ψυχικές ασθένειες είναι, συνήθως, χαρακτηριστικά ατόμων με πολλά πνευματικά προικίσματα, ή, αντίστροφα, οι ιδιοφυΐες και οι μεγάλοι δημιουργοί την έχουν και λίγο... ψωνισμένα.

Αντιπαράθεση - Οι επιστημονικές έρευνες που υπάρχουν μέχρι σήμερα και που έχουν ως κύριο στόχο τους τον προσδιορισμό της σχέσης ανάμεσα στην ευφυΐα και τον ψυχικό προβληματισμό δεν τεκμηριώνουν μια τέτοια διαπίστωση.

Οπωσδήποτε, πολλοί καλλιτέχνες και πολλά δημιουργικά άτομα συμπεριφέρονται με τρόπους που δεν είναι άμεσα κατανοητοί από την κοινή γνώμη, αλλά αυτό δεν μπορεί να ταυτισθεί με την ύπαρξη στα άτομα αυτά κάποιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης. Τουναντίον, πολλές έρευνες απολήγουν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα αυτά που είναι προικισμένα με έντονη δημιουργικότητα και με ικανότητες στις τέχνες ή τις επιστήμες, όπως και στο εμπόριο, διαθέτουν, συνήθως, και υγιείς μηχανισμούς προσαρμογής στις απαιτήσεις του ψυχοκοινωνικού τους περιβάλλοντος. Αλλά και αυτές, πάλι, οι απόψεις δεν έχουν παγιώσει σε επιστημονικό κανόνα τη συγκεκριμένη σχέση ανοσίας σε ψυχολογικό προβληματισμό και ψυχοπαθολογία, εξαιτίας του υψηλού δείκτη νοημοσύνης ή της έντονης τάσης δημιουργικότητας. (Παπαγεωργίου, σελ.242, 1991)

Μύθος - Τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχικές ασθένειες είναι, συνήθως, άτομα που τα διακρίνει κάποια λιγότερο ή περισσότερο έντονη μορφή πνευματικής ή διανοητικής καθυστέρησης.

Αντιπαράθεση - Εδώ έχουμε την αντίστροφη όψη της εσφαλμένης

αντίληψης της κοινής γνώμης που αναφέρθηκε παραπάνω. Τα έντονα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχασθένειες απολήγουν στον κατακερματισμό των σωματικών, ψυχικών και διανοητικών ικανοτήτων και λειτουργιών του ατόμου, με αποτέλεσμα αυτό να δίνει την εντύπωση ότι βρίσκεται εκτός πραγματικότητας, ανήμπορο να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής του. Από έρευνες με άτομα που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα προκύπτει ότι αυτά δεν υστερούν σε νοημοσύνη από το μέσο όρο των συνανθρώπων τους που δεν παρουσιάζουν ψυχοκοινωνικό προβληματισμό (Παπαγεωργίου, 1991, σελ. 241).

Μύθος - Όλα τα άτομα που εκδηλώνουν ψυχολογικά προβλήματα και συμπεριφορά που μπορεί να διαγνωσθεί και να υπαχθεί σε μια από τις καθιερωμένες διαγνωστικές κατηγορίες ψυχοπαθολογίας είναι παράλογα άτομα.

Αντιπαράθεση - Ο μύθος αυτός συντηρείται από το γεγονός ότι, σε κάποιον τύπο σχιζοφρένειας ή σε άλλη μορφή ψύχωσης, το άτομο εξωτερικεύει την υποκειμενική σύγχυση που το διακατέχει (παρουσιάζει δηλαδή διαταραχές σκέψης.) με άμεσο αποτέλεσμα τη διαπίστωση του παραλογισμού του από τρίτα πρόσωπα, οικεία ή ξένα. Από τέτοιες περιπτώσεις η κοινή γνώμη έχει γενικεύσει την εντύπωση ότι η διάγνωση ή ο εντοπισμός ψυχοπαθολογικής κατάστασης ή ψυχικών προβλημάτων σε ένα άτομο είναι συνώνυμη με τον παραλογισμό του. Στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχολογικού προβληματισμού και ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, τα άτομα διατηρούν σημαντικά στοιχεία της διανοητικής τους ικανότητας ανέπαφα και μπορούν να αξιολογήσουν και να αναλύσουν τον προβληματισμό τους με λογική συνέπεια. Όμως, η συμπεριφορά και οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες ή τα ψυχοσωματικά τους συμπτώματα που προέρχονται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό), δεν υπόκεινται σε έλεγχο της βούλησης, ή, αν θέλετε, σε λογικό έλεγχο.

Μύθος - Οι ψυχασθένειες και τα ψυχολογικά προβλήματα είναι

αποτελέσματα του έντονα απρόσωπου τρόπου ζωής στα σύγχρονα πολύβουα, πολυάνθρωπα αστικό-βιομηχανικά κέντρα του πλανήτη μας.

Αντιπαράθεση - Αναμφίβολα, η ένταση της ζωής στη σύγχρονη τσιμεντούπολη, η αλλαγή της δομής της οικογένειας, ο εγκλωβισμός μας στα ασφυκτικά διαμερίσματα των πολυκατοικιών, η αλλοίωση θεσμών, ηθών και εθίμων, η ραγδαία αλλαγή στα συστήματα των αξιών μας δημιουργούν συνεχές στρες και άγχος που φορολογούν επίμονα τον καθένα μας σε καθημερινή βάση. Όσο και αν θα το 'θελε κάποιο τμήμα της κοινής γνώμης, δεν μπορούμε να φορτώσουμε όλα τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στους ώμους της σύγχρονης - καταναλωτικής μας - κοινωνίας. Καμία ανθρωπολογική έρευνα δεν εντόπισε κάποιον πρωτόγονο λαό απόλυτα απαλλαγμένο από το ψυχολογικό προβληματισμό και τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, μολονότι έχουν εντοπιστεί φυλές που είναι απαλλαγμένες από συγκεκριμένες οργανικές παθήσεις. Τα ψυχολογικά προβλήματα και οι ψυχασθένειες υπήρχαν από αρχαιοτάτων χρόνων και συνεχίζουν να υπάρχουν και σήμερα, αλλά σήμερα, όπως δηλώθηκε παραπάνω, πάρα πολλές μορφές τους θεραπεύονται με επιτυχία (Παπαγεωργίου, 1991, σελ. 244).

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι οι μύθοι αυτοί λειτουργούν αρνητικά με διπλή κατεύθυνση, καθώς από τη μια μεριά προΐδεάζουν την κοινή γνώμη και δημιουργούν σφαλερές εντυπώσεις για κάθε είδους ψυχολογικό προβληματισμό, και από την άλλη εγείρουν εμπόδια στον αγώνα των επιστημόνων για την πληρέστερη κατανόηση, πρόληψη και θεραπεία ψυχικών προβλημάτων και ψυχικών παθήσεων. Επιπρόσθετα, οι κάθε λογής μύθοι δημιουργούν και το αναγκαίο υπόβαθρο για την πρόσκληση του κοινωνικού στίγματος 'του διαφορετικού από εμάς', τόσο στο άτομο που αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα όσο και στα άλλα μέλη της οικογένειας του!

Η απομυθοποίηση που επιχειρήθηκε, πιστεύεται ότι θα βοηθήσει να δει κανείς με πιο σωστό τρόπο τα κάθε λογής ψυχολογικά προβλήματα και

τις ψυχολογικές καταστάσεις, τα οποία ίσως, δεν απασχολούν μόνο ως θέματα δημοσιογραφικής ενημέρωσης και ραδιοτηλεοπτικών εκπομπών, αλλά απασχολούν προσωπικά ή απασχολούν κάποιο συγγενικό, φιλικό ή άλλο αγαπητό, γνωστό μας πρόσωπο.

Είναι καιρός πια και στο δικό μας τον ελλαδικό χώρο τα ψυχικά νοσήματα και τα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα να σταματήσουν να προκαλούν δέος.

7.3. Η Θεωρία της Ετικετοποίησης (Labelling) και της Κοινωνικής Αντίδρασης (Social Reaction)

Καλό θα ήταν λοιπόν να αναφερθεί η θεωρία της ετικετοποίησης του Scheff για να κατανοηθεί καλύτερα η έννοια του στίγματος. Η θεωρία αυτή προσπάθησε να ερμηνεύσει την άποψη της γένεσης της ψυχικής αρρώστιας από την κοινωνία.

Ο Becker (1963) διαπιστώνει ότι οι κοινωνικές ομάδες δημιουργούν την παρεκτροπή (deviance) με τη δημιουργία κανόνων, η μη τήρηση των οποίων δημιουργεί την παρεκτροπή. Κατά τον Scheff (1966), η κουλτούρα μιας υποομάδας προσφέρει μια ορολογία παρεκτροπών, όπως «έγκλημα», «έκφυλος», «μέθη», «κακή ανατροφή», «τρέλα». Κάθε όρος προκύπτει από τον κανόνα από τον οποίο έχει γίνει η παρεκτροπή. Πολλά ψυχιατρικά συμπτώματα τα κατατάσσουμε σαν στιγμιαίες παρεκκλίσεις από τον κανόνα που κάτω από ορισμένες συνθήκες αποδίδουν στο άτομο την ετικέτα του ψυχικά άρρωστου με την πεποίθηση των τρίτων ότι η «τρελή» συμπεριφορά είναι έξω από τον κανόνα της φυσιολογικότητας.

Σύμφωνα με τον Scheff, η παρέκκλιση αυτή δεν είναι εμφανής αλλά υπολειπόμενη (residual) ή οριακή, όπως στην περίπτωση των εκκεντρικών καλλιτεχνών ή εκείνου που δοκιμάζει LSD. Τέτοιες καταστάσεις περιστασιακής υπολειπόμενης παρεκτροπής συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε τμήματα του γενικού πληθυσμού.

Η αντίδραση και οι προσδοκίες του κοινού απέναντι σε κάθε σημείο υπολειπόμενης παρεκτροπής, που μπορεί να έχει και τη μορφή της ψυχικής αρρώστιας, συνδέεται με τα στερεότυπα από την παιδική ηλικία σε σχέση με την «τρέλα» και ο παράλογος φόβος του απέναντι στην ψυχική αρρώστια οδηγεί το άτομο στην αποδοχή του ρόλου του ψυχικά άρρωστου και του θύματος. Ένα επόμενο στάδιο είναι ο εγκλεισμός του «τρελού» στο ψυχιατρείο με την οριστικοποίηση της ετικέτας.

Κατά τον Gove (1970), η σχέση συμπεριφοράς και αντίδρασης, όπως τη διατύπωσε ο Scheff για να ερμηνεύσει τη γένεση μιας ψυχικής αρρώστιας, είναι βραχυπρόθεσμα αληθής. Μακροπρόθεσμα, οι προσδοκίες των άλλων παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Οι θεωρητικοί της κοινωνικής αντίδρασης υποτίμησαν τη σημασία της πρωταρχικής παρεκτροπής και έδωσαν μεγάλη έμφαση στους παράγοντες εκείνους που ευνοούν τη δευτερογενή παρεκτροπή. Οι κριτικοί της θεωρίας του Scheff υποτίμησαν, από την άλλη μεριά, τη σημασία των κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι το στίγμα και τα στερεότυπα τα οποία εισπράττουν οι ψυχικά άρρωστοι. Οι περισσότεροι ίσως περιστασιακά, αλλά που όταν η κρίση τους δημοσιοποιείται, τότε η συνολική αντίδραση είναι αρνητική ή απορριπτική (Μαδιανός, 2000, σελ. 67).

Η μέτρηση των στάσεων (attitudes)

Ορισμός: Κατά τον Allport (1954) στάση είναι μια ψυχική (mental) και νευρική (neural) κατάσταση ετοιμότητας, που είναι αποτέλεσμα εμπειριών και που ασκεί μια κατευθυντήρια και δυναμική επίδραση πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και καταστάσεις με τις οποίες το άτομο συνδέεται. Η στάση (attitude) είναι τις περισσότερες φορές ταυτόσημη με τη γνώμη (opinion), αν και μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η στάση είναι μάλλον μια περισσότερο σταθερή κατάσταση έκφρασης απόψεων (Newcomb et al, 1965). Οι στάσεις βασίζονται πάνω σε αξιολογικές έννοιες σχετικά με χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου, π.χ., των μαύρων, των ριζοσπαστών,

των ψυχικά αρρώστων κλπ., και εκλύουν ανάλογη συμπεριφορά. Οι στάσεις ποικίλλουν σε ποιότητα και ένταση μέσα σε ένα συνεχές (continuum) από τη θετική στην ουδέτερη και την αρνητική στάση. Οι στάσεις μαθαίνονται και μάλλον δεν είναι το αποτέλεσμα ιδιοσυγκρασιακής ανάπτυξης και ωριμότητας. Οι στάσεις αναφέρονται σε συγκεκριμένα κοινωνικά στοιχεία και η διαδικασία ανάπτυξης τους ποικίλλει στο βαθμό των αλληλοσυσχετίσεων τους (Μαδιανός, 2000, σελ. 119).

7.4. Κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Η ανάγκη για τη διερεύνηση της γνώμης του τοπικού πληθυσμού πάνω στην ψυχική αρρώστια θεωρείται πρωταρχική πριν από την οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στον τομέα.

Είναι αρκετά παραδεκτό ότι κάθε στάση του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο, με τη μορφή της άρνησης της κατάστασης του, της προκατάληψης, της απόρριψης ή και της επιθετικότητας γίνεται αντιληπτή από αυτό το άτομο και η στάση αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική του ένταξη και αποκατάσταση. Μια σχετική διερεύνηση της στάσης θα προσέφερε χρήσιμες πληροφορίες για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα και προγραμμάτων εκπαίδευσης του κοινού, που θα βοηθούσαν στην καλλιέργεια μιας θετικής στάσης απέναντι στο άτομο που έχει ψυχολογικά προβλήματα.

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια διεξάχθηκαν 200 περίπου κοινοτικές έρευνες που εστίαζαν στη μελέτη της στάσης του κοινού απέναντι στον ψυχικά άρρωστο.

Σύμφωνα με μια εκτενή ανασκόπηση των ερευνών αυτών από τη Rabkin (1972), λίγες μόνο έρευνες χρησιμοποίησαν σωστή μεθοδολογία και δομημένες κλίμακες (Starr, 1955, Nunnally, 1961, Cumming and

Cumming, 1957, Cohen and Struening, 1962, 1963, 1965, Lemkau and Crocetti, 1962, Philips, 1964, Dowrenwend, 1967, Ellinson, Padilla and Perkins, 1965). Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι η γνώμη του γενικού πληθυσμού για την ψυχική αρρώστια διαφοροποιείται ως προς το φύλο/ την εκπαίδευση και την κοινωνική τάξη.

Στην Ελλάδα μικρός αριθμός ερευνητών ασχολήθηκαν με το θέμα της στάσης των συγγενών ψυχικά αρρώστων απέναντι στην ψυχική αρρώστια (Alivisatos και Lyketsos, 1964, Safilios-Rothchild, 1968, Demetriou et al, 1978). Οι Βασιλείου και Βασιλείου (1968) και οι Γεωργός και συν. (1978) διεξήγαγαν παρόμοια έρευνα σε γενικό πληθυσμό.

Όλες οι έρευνες που διεξάχθηκαν στον ελληνικό χώρο έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: την απουσία χρήσης της εξειδικευμένης, αξιόπιστης και αξιοσέβαστης κλίμακας που να αποκαλύπτει όλους τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια.

Οι Koutrelakos και Gedeon (1978) χρησιμοποίησαν στη χώρα μας την κλίμακα των Cohen and Struening (Κλίμακα της Γνώμης Απέναντι στην Ψυχική Αρρώστια) σ' ένα δείγμα 220 ατόμων, με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, σπουδαστές κοινωνικούς λειτουργούς και δημοσίους υπαλλήλους).

Μία αξιόλογη έρευνα έχει διεξαχθεί από την Έϊμι Μπλου το 1999 όσον αφορά την αντιστοιχία πολιτισμικών εννοιών και διερεύνησης των στάσεων στον ελληνικό λαό. Επισημαίνει έννοιες όπως για παράδειγμα, ντροπή, φιλότιμο, εγωισμός, βασικά χαρακτηριστικά της ελληνικής κουλτούρας, και κατ' επέκταση με ποιο τρόπο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο «κοινωνικό στίγμα».

Στην Ελλάδα, η έμφαση που δίνεται στην κοινωνικότητα, καθώς και η συναισθηματική δυσκολία και ο φόβος της μοναξιάς, κάνουν τις ασθένειες όλων των ειδών, από το κρύωμα και την γρίπη έως τον καρκίνο, να αντιμετωπίζονται αρνητικά επειδή ακριβώς το πάσχον άτομο δεν είναι

σε θέση να διατηρήσει τις κοινωνικές επαφές που αποτελούν τον πυρήνα της ζωής του.

Σ' ένα πολιτισμό όπου η επίδειξη της ατομικότητας προς τρίτα πρόσωπα που λειτουργούν ως ακροατήριο γίνεται μέσα από το φιλότιμο και τον εγωισμό, το στίγμα της ψυχασθένειας «βλάπτει κοινωνικά» τον Έλληνα-εαυτό και τις επιδόσεις του (τις πράξεις αυτοπαρουσίασης και προβολής). Έτσι το πάσχον άτομο ή οι τρίτοι αποφεύγουν ίσως να εκτίθενται σε κοινωνικές συνθήκες όπου η παρουσία της «ψυχασθένειας» μπορεί να διαστρεβλώσει τους τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται το φιλότιμο και ο εγωισμός. Η «ντροπή» είναι το αποτέλεσμα της αρνητικής αυτής κοινωνικής επίδρασης (Μπλου, 1999, σελ. 193).

Σύμφωνα με την Έϊμι Μπλου, η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση εαυτού μετριάζεται και αποκτάται μόνο μέσω της ανάδειξης του φιλότιμου και του εγωισμού. Αντίθετα οι αρνητικές συνέπειες του φιλότιμου και ενός εγωισμού που έχει αποτύχει γίνονται έντονα αισθητές.

Εφ' όσον η ιδανική μορφή της ελληνικής οικογένειας, είναι να υπάρχει ως ενιαία μονάδα, η τιμή της, τόσο συνολικά όσο και των μελών της ατομικά, απειλείται όταν κάποιος αρρωσταίνει ψυχικά. Στη συγκεκριμένη κοινωνία το στίγμα προσλαμβάνει μοναδικό κοινωνικό νόημα σε σχέση με το πολιτισμικό εαυτό (Μπλου, 1999, σελ. 199).

7.5. Συνέπειες του στίγματος:

- Έλλειψη πόρων για τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου τα προγράμματα ψυχικής υγείας λειτουργούν με τεράστιες οικονομικές ελλείψεις. Ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες τα κονδύλια που χρειάζονται για να γίνουν μεταρρυθμίσεις στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι δυσεύρετα. Το πιθανότερο είναι ότι αυτή η δυσπραγία στην εύρεση πόρων για υπηρεσίες που

απευθύνονται σε άτομα με ψυχική ασθένεια, σε σχέση με τις υπηρεσίες για πάσχοντες από άλλες ασθένειες έχει σχέση, μερικώς και με το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες.

- Προβλήματα στέγασης

Οι ιδιοκτήτες συχνά αρνούνται να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και υπάρχουν γειτονιές που εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων με ψυχικά ασθενείς. Ως αποτέλεσμα, πολλά άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες βρίσκονται χωρίς στέγη ή ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές κάτω από άθλιες συνθήκες.

- Ευκαιρίες απασχόλησης

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς διαθέτουν σημαντική ικανότητα να εργαστούν, ακόμη και τη περίοδο που έχουν συμπτώματα και πολλοί από αυτούς διαθέτουν και ειδικές δημιουργικές δεξιότητες, ένα πολύ μικρό ποσοστό βρίσκει δουλειά κυρίως λόγω της αρνητικής στάσης των εργοδοτών.

- Κοινωνική απομόνωση

Στις αναπτυγμένες χώρες τα άτομα με μια σοβαρή ψυχική διαταραχή βιώνουν μια ιδιότυπη κοινωνική απομόνωση που οφείλεται όχι μόνο στα συμπτώματα της ασθένειας τους αλλά και στο κοινωνικό στίγμα. Λίγες επαφές με φίλους, έκπτωση των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, «ιδρυματισμός στην κοινότητα», είναι μερικά από τα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική απομόνωση. (Μπλεού, σελ.190,1999)

- Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου

Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς που έχουν αποδεχτεί τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να πειθαρχήσουν στο στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, με επακόλουθο τη μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση και την υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Αναπτύσσει έτσι, συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ντροπής και

ενοχής, οδηγείται στην «εσωστρέφεια», στο ερμητικό κλείσιμο στον «εαυτό του» και σηκώνει μόνος το βαρύ φορτίο της αρρώστιας με το δικό του τρόπο. Ο δρόμος αυτός τον οδηγεί τελικά στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό.

- **Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια**

Εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο και η οικογένεια του υφίσταται τις συνέπειες του στίγματος. Τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που σηκώνουν ένα τεράστιο συναισθηματικό βάρος από τη νόσο του συγγενή τους. Παράλληλα με το συναισθηματικό βάρος και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του ψυχικά αρρώστου έχει πέσει σχεδόν αποκλειστικά στην οικογένεια. Ειδικά τα τελευταία χρόνια με το κίνημα του από-ιδρυματισμού και την αντιμετώπιση του αρρώστου έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμη πιο σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και τη βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας. Η οικογένεια βιώνει συνολικά τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης και αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του αρρώστου.

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζονται στην οικογένεια αλλά επεκτείνονται ακόμα και στους εντεταλμένους να θεραπεύουν τη νόσο. Ο θεραπευτής ή το ίδρυμα που παρέχει τις ψυχιατρικές υπηρεσίες επιβαρύνονται επίσης από την προκατάληψη, γεγονός που έχει άμεση αντανάκλαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς. (www.epipsy.gr)

7.6. Τρόποι αντιμετώπισης του στίγματος

Το κύριο εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί στη κοινότητα είναι το στίγμα και οι συνακόλουθες διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η αντιμετώπιση του

στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μία πολυεπίπεδη προσέγγιση όπου εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, και/ η εφαρμογή νομοθεσίας που προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές.

→ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ

Οι διάφορες μορφές των ΜΜΕ είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ώστε να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Είναι δυνατόν να αναληφθεί δράση ώστε να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Τα μέσα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η διαφήμιση, αν και δαπανηρή, είναι χρήσιμη για την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά φθηνότερος τρόπος δημιουργίας ειδήσεων που προσελκύουν την προσοχή του κοινού, μορφοποιεί ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγεί σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Η τοποθέτηση θεμάτων για την υγεία και κοινωνικών μηνυμάτων στα ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Παραδείγματα εκστρατειών στα ΜΜΕ ενάντια στο στίγμα είναι το "Changing minds – every family in the land" από το Royal College of Psychiatrists στο Ηνωμένο Βασίλειο και το "Open the doors" της

Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας.

Το Διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσβασης σε πληροφορίες για την ψυχική υγεία. Χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο πληροφόρησης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας ασθενών, φοιτητών, εργαζομένων στο χώρο της υγείας, ομάδων καταναλωτών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και του πληθυσμού γενικά. Επίσης φιλοξενεί ομάδες αυτοβοήθειας και συζήτησης και παρέχει κλινική φροντίδα. Με το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης, η κοινότητα θα είναι πιο ενημερωμένη και, κατά συνέπεια, θα έχει καλύτερες απαντήσεις από τις υπηρεσίες όσον αφορά την προσφερόμενη θεραπεία και φροντίδα. Η αρνητική πλευρά είναι ότι πρέπει να αναλύσει και να κατανοήσει κανείς τεράστιο όγκο δημοσιευμάτων, η ακρίβεια των οποίων κυμαίνεται (Griffith and Christiansen, 2000). Οι χρήστες του Διαδικτύου όλο και περισσότερο θα προσδοκούν να έχουν εύκολη πρόσβαση σε θεραπείες και συμβουλές από ειδικούς στην υγεία, που θα αρχίζουν από απλές ερωτήσεις, έως πιο περίπλοκες συμβουλευτικές συνεδρίες με βίντεο ή τηλεϊατρική.

Είναι μεγάλη πρόκληση να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία προς όφελος της ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό απαιτεί αυξημένη πρόσβαση στο Διαδίκτυο (στην Αφρική των 700 εκατομμυρίων λιγότερο από 1 εκατομμύριο άνθρωποι έχουν πρόσβαση) και να υπάρχουν πληροφορίες για την ψυχική υγεία σε πολλές γλώσσες.

➔ ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ

Αν και το στίγμα και οι διακρίσεις πηγάζουν από την κοινότητα, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η κοινότητα θα προσφέρει πόρους για την αντιμετώπιση των αιτιών και των αποτελεσμάτων μέσα στο περιβάλλον της. Θα προσφέρει επίσης πόρους για την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που δίδεται στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ο ρόλος της κοινότητας μπορεί να αρχίζει από την αυτοβοήθεια ή την αμοιβαία βοήθεια και να φθάνει στις ομάδες πίεσης για την προώθηση αλλαγών στην ψυχική υγεία και την διάθεση πόρων, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, την συμμετοχή στον έλεγχο και την αξιολόγηση της φροντίδας, και την δραστηριοποίηση για την αλλαγή στάσεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι επίσης ένας πολύτιμος κοινοτικός πόρος για την ψυχική υγεία. Είναι συχνά πιο ευαίσθητες στην τοπική πραγματικότητα από τα προγράμματα κεντρικού σχεδιασμού και συνήθως υποστηρίζουν σθεναρά τους νεωτερισμούς και την αλλαγή.

Οι διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις βοηθούν στην ανταλλαγή εμπειριών και λειτουργούν ως ομάδες πίεσης, και σε τοπικό επίπεδο είναι υπεύθυνες για πολλά νεωτερικά προγράμματα και λύσεις. Παίζουν επίσης πολύ σπουδαίο ρόλο, όταν δεν υπάρχει επίσημο σύστημα ή καλώς λειτουργούν σύστημα για την ψυχική υγεία, αναπληρώνοντας τα κενά των κοινοτικών υπηρεσιών και στρατηγικών.

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν εξελιχθεί σε ισχυρή, δραστήρια και διεκδικητική δύναμη, που συχνά δεν ικανοποιείται με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας. Αυτές οι ομάδες συνέβαλλαν αποφασιστικά στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας (WHO, 1989). Είναι ανεπίσημες χαλαρές ομαδοποιήσεις, αλλά και μεγάλες οργανώσεις με καταστατικό και νομική κατοχύρωση. Αν και έχουν διαφορετικούς στόχους, όλες στηρίζουν την άποψη του καταναλωτή.

Οι αρχές που είναι υπεύθυνες για την λειτουργία των υπηρεσιών, είναι υπόλογες στους καταναλωτές του συστήματος. Ένα σημαντικό βήμα ώστε οι αρχές να πιέζονται από τις ευθύνες τους, είναι να συμμετέχουν οι καταναλωτές στην δημιουργία των υπηρεσιών, στον έλεγχο του επιπέδου της νοσοκομειακής περίθαλψης, και στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και της νομοθεσίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι οικογένειες παίζουν ένα ρόλο

κλειδί στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών και κατά διαφορετικούς τρόπους υποκαθιστούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, επίσης μεταθέτει τις ευθύνες στις οικογένειες. Οι οικογένειες μπορούν να έχουν θετική ή αρνητική επίδραση, ανάλογα με την κατανόηση, γνώση, δεξιότητες και ικανότητα να φροντίσουν το πρόσωπο με την ψυχική διαταραχή. Για αυτούς τους λόγους, μια σημαντική στρατηγική στο κοινοτικό επίπεδο είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες ώστε να κατανοούν την ασθένεια, να ενθαρρύνουν την κανονική λήψη της αγωγής, να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα σημεία υποτροπής, και να αντιμετωπίζουν άμεσα τις κρίσεις.

Αυτό θα οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση και θα μειώσει την κοινωνική και προσωπική αναπηρία. Επισκέπτριες κοινοτικές νοσοκόμοι και άλλοι εργαζόμενοι στην υγεία μπορούν να δώσουν σημαντική υποστήριξη, όπως και τα δίκτυα ομάδων αυτοβοήθειας και οικονομικής υποστήριξης.

Δύο σημεία είναι σκόπιμο να προσεχτούν. Πρώτον, η διάβρωση της διευρυμένης οικογένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες, συν η εσωτερική μετανάστευση προς τις πόλεις, είναι μια πρόκληση για όσους σχεδιάζουν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια για την φροντίδα των ασθενών. Δεύτερο, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν προσφέρεται για καλή ποιότητα φροντίδας και υποστήριξης, και μάλιστα μπορεί να είναι και βλαπτικό, η οικογένεια δεν είναι εφαρμόσιμη λύση. (www.epipsy.gr)

Πίνακας Μάχη ενάντια στο στίγμα.

Το "Ανοίχτε τις πόρτες" είναι το πρώτο παγκόσμιο πρόγραμμα ενάντια στο στίγμα και τις διακρίσεις και σχετίζεται με την σχιζοφρένεια. Οι στόχοι αυτού του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας που άρχισε το 1991-2 είναι: να αυξηθεί η γνώση και η συνειδητοποίηση της φύσης της σχιζοφρένειας και δυνατών θεραπειών. Να βελτιωθεί ο τρόπος που αντιμετωπίζονται όσοι έχουν ή είχαν σχιζοφρένεια και οι

οικογένειες τους. Να αναληφθούν δράσεις ώστε να παύσει το στίγμα, οι διακρίσεις, και η προκατάληψη. Η Εταιρία έφτιαξε ένα βήμα προς βήμα οδηγό για την ανάπτυξη ενός προγράμματος κατά του στίγματος, όπως και αναφορές σχετικά με την εμπειρία των χωρών που χρησιμοποίησαν το πρόγραμμα. Συνέλεξε επίσης πληροφορίες από όλο τον κόσμο από άλλες προσπάθειες κατά του στίγματος. Το υλικό δοκιμάστηκε στην Αυστρία, στον Καναδά, στην Κίνα, στην Αίγυπτο, στη Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Ινδία, στην Ιταλία και στην Ισπανία, ενώ αρχίζουν να το χρησιμοποιούν και αλλού. Σε κάθε μέρος δημιουργήθηκε μια ομάδα από αντιπροσώπους την κυβέρνησης και μη κυβερνητικών οργανώσεων, δημοσιογράφους, επαγγελματίες από το χώρο της υγείας, μέλη οργανώσεων των ασθενών και των οικογενειών τους, και άλλους που δραστηριοποιούνταν κατά του στίγματος και των διακρίσεων. Τα αποτελέσματα από τα προγράμματα σε διαφορετικές χώρες προστίθενται στην παγκόσμια βάση δεδομένων, ώστε οι μελλοντικές προσπάθειες να ωφελούνται από την αποκτηθείσα πείρα. Επιπλέον, η Εταιρία έφτιαξε μιαν επιτομή των πλέον πρόσφατων διαθέσιμων πληροφοριών για την διάγνωση και θεραπεία της σχιζοφρένειας και για στρατηγικές για την ενσωμάτωση των πασχόντων στην κοινότητα. Το στίγμα που προσάπτεται στην σχιζοφρένεια δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο αποξένωσης και διακρίσεων, που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση, ανικανότητα προς εργασία, κατάχρηση του αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών, απώλεια της στέγης, ή υπέρ το δέον ιδρυματοποίηση. Έτσι, οι πιθανότητες ανάρρωσης και ομαλής ζωής μειώνονται. Το "Ανοίξτε τις πόρτες" θα επιτρέψει στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια να επανέλθουν στις οικογένειες τους και στο σχολείο ή την εργασία τους, και να αντιμετωπίσουν το μέλλον με ελπίδα

Πίνακας Πρωτοβουλία της Γενεύης.

Η Πρωτοβουλία της Γενεύης για την Ψυχιατρική ιδρύθηκε το 1981 για να παλέψει ενάντια στην χρήση της ψυχιατρικής στην πολιτική /ως οργάνου καταπίεσης. Παρά την ονομασία της, η διεθνής Πρωτοβουλία έχει βάση στην Ολλανδία. Η All Union Society of Psychiatrists and Neuropathologists (AUSPN) της πρώην ΕΣΣΔ αποχώρησε από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία (WPA) το 1983 αντιδρώντας στην πίεση των εκστρατειών της Πρωτοβουλίας, και το 1989 το συνέδριο της WPA έθεσε αυστηρές προϋποθέσεις για την επιστροφή της. Ρωσική Ομοσπονδία παραδέχτηκε ότι η ψυχιατρική χρησιμοποιήθηκε για πολιτικούς σκοπούς και κάλεσε την WPA να στείλει μια ομάδα παρατηρητών στην Ρωσία

Ταυτόχρονα, όλο και περισσότεροι ψυχίατροι έρχονταν σε επαφή με την Πρωτοβουλία ζητώντας βοήθεια για να μεταρρυθμίσουν την φροντίδα για την ψυχική υγεία. Εν τω μεταξύ, η κατάσταση άλλαζε δραματικά τα προηγούμενα δύο χρόνια ουσιαστικά όλοι οι πολιτικοί κρατούμενοι είχαν απελευθερωθεί από φυλακές, στρατόπεδα, εξορία και ψυχιατρεία.

Μεταξύ του 1989 και του 1993 η Πρωτοβουλία εστίασε τη δράση της σε μερικές ανατολικοευρωπαϊκές χώρες, και ιδιαίτερα την Ρουμανία και την Ουκρανία. Έγινε σαφές ότι χρειαζόταν νέα προσέγγιση στο μεταρρυθμιστικό κίνημα για την ψυχική υγεία.

Αν και είχαν αναληφθεί πολλές μεταρρυθμίσεις σε όλη την περιοχή και πολλοί είχαν αποκτήσει νέες δεξιότητες και γνώσεις, δεν υπήρχε επαφή μεταξύ των μεταρρυθμιστών, αλλά έλλειψη εμπιστοσύνης και ενότητας.

Η πρώτη συνάντηση των Μεταρρυθμιστών στην Ψυχιατρική οργανώθηκε στην Μπρατισλάβα της Τσεχοσλοβακίας το Σεπτέμβριο του 1993 με οικονομική υποστήριξη του Ιδρύματος Σόρος. Έκτοτε, έχουν λάβει χώρα πάνω από είκοσι παρόμοιες συναντήσεις του δικτύου.

Σήμερα, το Δίκτυο των Μεταρρυθμιστών αποτελείται από περίπου 500 άτομα από 29 χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και τα

πρόσφατα ανεξαρτητοποιημένα κράτη. και έχει δεσμούς με πάνω από 100 μη κυβερνητικές οργανώσεις ψυχικής υγείας.

Τα μέλη του είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί/ες νοσοκόμοι/ες, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, δικηγόροι, συγγενείς ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, και ένας αυξανόμενος αριθμός καταναλωτών των προϊόντων ψυχικής υγείας. Κυρίως μέσω του Δικτύου, ή Πρωτοβουλία της Γενεύης λειτουργεί τώρα σε πάνω από 20 χώρες, όπου διαχειρίζεται περίπου 150 προγράμματα.

Η Πρωτοβουλία της Γενεύης προσπαθεί να βελτιώσει δομές, και έτσι εστιάζει σε προγράμματα που αφορούν την αλλαγή των πολιτικών, της ιδρυματικής φροντίδας και της εκπαίδευσης. Έχει στόχο την αδράνεια και προσπαθεί να επιτύχει βιωσιμότητα και σταθερή χρηματοδότηση. Πέρυσι, στην Πρωτοβουλία απονεμήθηκε το Βραβείο της Γενεύης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ψυχιατρική.

www.epipsy.gr

→ Εμπλοκή άλλων τομέων

Ο πόλεμος, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές, η άναρχη αστικοποίηση και η φτώχεια δεν καθορίζουν μόνο σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, αλλά είναι επίσης εμπόδια στην προαγωγή της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο πόλεμος και οι συγκρούσεις μπορούν να καταστρέψουν την εθνική οικονομία και το σύστημα υγείας και πρόνοιας, και να τραυματίσουν ολόκληρους πληθυσμούς. Τη φτώχεια ακολουθεί μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών υγείας, αλλά και οικονομική αδυναμία ανάπτυξης ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, όπως και η αδυναμία να πληρώσει κανείς για τέτοιες υπηρεσίες προσωπικά.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να αντιμετωπίσει μερικώς τα αποτελέσματα περιβαλλοντικών παραγόντων εξυπηρετώντας τις ειδικές ανάγκες ευπαθών ομάδων και χρησιμοποιώντας στρατηγικές που προλαμβάνουν τον αποκλεισμό. Αλλά επειδή πολλοί παράγοντες

διατρέχουν σχεδόν όλους τους κυβερνητικούς τομείς το εύρος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας καθορίζεται εν μέρει από τις πολιτικές άλλων κυβερνητικών τομέων. Με άλλα λόγια, άλλοι κυβερνητικοί τομείς ευθύνονται για μερικούς από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για μερικές λύσεις.

Η διατομεακή συνεργασία είναι ουσιώδης ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να επωφεληθούν από τα μεγαλύτερα κυβερνητικά προγράμματα. Επιπλέον, ο χώρος της ψυχικής υγείας πρέπει να εισφέρει τα δεδομένα του στους άλλους κυβερνητικούς τομείς, έτσι ώστε οι δραστηριότητες τους και οι πολιτικές τους να συνεισφέρουν στη ψυχική υγεία και όχι να αφαιρούν. Οι πολιτικές πρέπει να αναλύονται ως προς τα επακόλουθα τους ως προς τη ψυχική υγεία πριν τεθούν σε εφαρμογή, και όλες οι κυβερνητικές πολιτικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τους τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Μερικά παραδείγματα δίνονται παρακάτω. (Μαδιανός, 2000)

→ Εργασία και Απασχόληση

Το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από όλων των ειδών διακρίσεις και από σεξουαλικές παρενοχλήσεις. Πρέπει να ορίζονται παραδεκτές συνθήκες εργασίας και να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είτε αμέσως, είτε εμμέσως, μέσω προγραμμάτων στήριξης εργαζομένων. Οι πολιτικές θα πρέπει να μεγιστοποιούν τις ευκαιρίες απασχόλησης για το πληθυσμό συνολικά, και να εντάσσουν τον κόσμο μέσα στο εργατικό δυναμικό, ιδίως λόγω της σχέσης μεταξύ της απώλειας της εργασίας και του αυξημένου κινδύνου ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μηχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη κοινότητα. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυβερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στο να υπάρχουν κίνητρα ώστε οι εργοδότες να προσλαμβάνουν άτομα με σοβαρές ψυχικές

διαταραχές και να επιβάλλουν μια πολιτική κατά των διακρίσεων. Σε μερικές χώρες οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να προσλαμβάνουν ένα ορισμένο ποσοστό αναπήρων. Εάν δε το κάνουν, μπορεί να επιβληθεί πρόστιμο.

Διατομεακή συνεργασία για τη ψυχική υγεία	
Κυβερνητικός τομέας	Ευκαιρίες για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας
Εργασία και απασχόληση	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία θετικού εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς διακρίσεις με παραδεκτές συνθήκες εργασίας και προγράμματα στήριξης του εργαζομένου. • Ενσωμάτωση ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στην εργατική δύναμη.
Οικονομία	<ul style="list-style-type: none"> • Υιοθεσία πολιτικών οικονομικής μεταρρύθμισης που μειώνει τη σχετική, όπως και την απόλυτη φτώχεια. • Ανάλυση και διόρθωση δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής μεταρρύθμισης στα ποσοστά ανεργίας
Εκπαίδευση	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση - Εφαρμογή πολιτικών πρόληψης διακοπών πριν την συμπλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. • Εισαγωγή πολιτικών κατά των διακρίσεων στα σχολεία. • Ενσωμάτωση στη διδασκαλία δεξιοτήτων επιβίωσης, ώστε να διασφαλιστούν σχολεία φιλικά προς τα παιδιά. • Εξυπηρέτηση αναγκών των παιδιών με ειδικές ανάγκες, π.χ. με μαθησιακές δυσκολίες
Στέγαση	<ul style="list-style-type: none"> • Προτεραιότητα στους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ίδρυση στεγαστικών υπηρεσιών (π.χ. ενδιάμεση διαμονή, πριν δηλαδή να είναι έτοιμοι να επιστρέψουν στην κοινότητα). • Πρόληψη διακρίσεων ως προς τον τόπο διαμονής. • Πρόληψη γεωγραφικού διαχωρισμού
<p>Υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση ότι η ψυχική ασθένεια είναι λόγος προτεραιότητας για την απόδοση παροχών. • Παροχές που αποδίδονται στην οικογένεια εφόσον αυτή κυρίως φροντίζει τον πάσχοντα. • Εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.
<p>Σύστημα ποινικής δικαιοσύνης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη αδικαιολόγητης φυλάκισης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. • Δυνατότητα θεραπείας ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μέσα στις φυλακές. • Μείωση των επιπτώσεων της φυλάκισης στην ψυχική υγεία. • Εκπαίδευση προσωπικού σε όλο το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.

www.epipsy.gr

→ Εμπόριο και Οικονομική Πολιτική

Μερικές οικονομικές πολιτικές ίσως έχουν αρνητική επίπτωση στους φτωχούς, ή ίσως οδηγήσουν σε αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Πολλές από τις οικονομικές μεταρρυθμίσεις που είναι σε εξέλιξη σήμερα, έχουν ως κύριο στόχο την ελάττωση της φτώχειας. Δεδομένης της σχέσης μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας, αναμένει κανείς ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις θα μειώσουν τα ψυχικά προβλήματα. Όμως οι ψυχικές διαταραχές δε σχετίζονται μόνο με την απόλυτη φτώχεια αλλά και με την σχετική. Οι επιταγές της ψυχικής υγείας είναι σαφείς: οι

ανισότητες πρέπει να μειωθούν καθώς, βάσει των πολιτικών επιλογών, θα αυξάνονται τα απόλυτα επίπεδα εισοδήματος.

Μια δεύτερη πρόκληση είναι τα δυνητικά αρνητικά επακόλουθα της οικονομικής μεταρρύθμισης στα ποσοστά ανεργίας. Σε πολλές χώρες που υφίστανται μεγάλη οικονομική αναδόμηση, στην Ουγγαρία και στη Ταϊλάνδη για παράδειγμα, η μεταρρύθμιση έχει οδηγήσει σε μεγάλες απώλειες θέσεων εργασίας και συνακόλουθη αύξηση στα ποσοστά ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Η οποιαδήποτε οικονομική πολιτική αναδόμηση πρέπει να αξιολογείται και ως προς την επίδραση που θα έχει στα ποσοστά ανεργίας. Εάν είναι δυνατόν να επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα, οι πολιτικές αυτές θα πρέπει να αναθεωρούνται, ή να υιοθετούνται στρατηγικές που θα ελαχιστοποιούν τον αρνητικό αντίκτυπο.

→ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγων της ψυχικής υγείας είναι η εκπαίδευση. Ενώ οι προσπάθειες σήμερα εστιάζονται στο να αυξηθεί ο αριθμός των παιδιών που τελειώνουν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, κινδυνεύουν περισσότερο όσοι δεν έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (10-12 έτη σπουδών) (Patel, 2000). Επομένως, οι στρατηγικές για την παιδεία πρέπει να προλαμβάνουν την διακοπή των σπουδών πριν τη συμπλήρωση της φοίτησης στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Πρέπει επίσης να προσεχτεί η καταλληλότητα του είδους μόρφωσης που προσφέρεται, η απουσία διακρίσεων στα σχολεία, και οι ειδικές ανάγκες ορισμένων ομάδων, για παράδειγμα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες.

→ ΣΤΕΓΑΣΗ

Η στεγαστική πολιτική μπορεί να στηρίξει την πολιτική για την ψυχική υγεία δίδοντας προτεραιότητα στους ψυχικά ασθενείς στα κρατικά στεγαστικά προγράμματα, προσφέροντας επιδοτούμενα στεγαστικά προγράμματα, όπου είναι δυνατόν διαπιστεύοντας τις τοπικές αρχές να δημιουργήσουν ένα φάσμα στεγαστικών εγκαταστάσεων όπως τα σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και τα υποστηριζόμενα σπίτια μακράς διαμονής. Και

το πλέον σημαντικό, η στεγαστική νομοθεσία πρέπει να προβλέπει την αποφυγή γεωγραφικού διαχωρισμού των ψυχικά πασχόντων. Αυτό απαιτεί νομοθετικές ρυθμίσεις που αποτρέπουν τις διακρίσεις στην εγκατάσταση και απόδοσης των κατοικιών στους δικαιούχους, όπως και ύπαρξη υπηρεσιών για άτομα με ψυχικές διαταραχές.

→ ΑΛΛΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Το είδος, η έκταση και η ποικιλία των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά και μέσα σε μια χώρα, και εν μέρει εξαρτάται από το εισοδηματικό επίπεδο και το πώς η κοινότητα γενικά αντιμετωπίζει την ομάδα που χρειάζεται βοήθεια. Οι πολιτικές για τα επιδόματα της κοινωνικής πρόνοιας και τις υπηρεσίες θα πρέπει να ενσωματώνουν έναν αριθμό στρατηγικών. Πρώτον, η αναπηρία λόγω ψυχικής νόσου πρέπει να είναι ένας από τους παράγοντες που συνυπολογίζεται όταν τίθενται προτεραιότητες μεταξύ των ομάδων που λαμβάνουν τα επιδόματα και τις υπηρεσίες. Δεύτερον, υπό ορισμένες συνθήκες, τα επιδόματα θα πρέπει να διατίθενται και σε οικογένειες που φροντίζουν πάσχοντες, όπως και υποστήριξη στους πάσχοντες. Τρίτον, το προσωπικό που εργάζεται στις ποικίλες κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να έχει γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να αναγνωρίζει και να βοηθά ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές κατά την καθημερινή του εργασία. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να μπορούν να κρίνουν πότε και πώς να παραπέμπουν τις σοβαρότερες καταστάσεις σε ειδικευμένες υπηρεσίες. Τέταρτον, τα επιδόματα και οι υπηρεσίες πρέπει να ενεργοποιούνται ώστε να προσφέρουν σε ομάδες που ίσως πληγούν από την εφαρμογή κάποιας οικονομικής πολιτικής. (Μαδιανός,σελ.93,2000)

→ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές έρχονται συχνά σε επαφή με το σύστημα ποινικού δικαίου. Γενικά, υπάρχει στη φυλακή μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές και ανθρώπων που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες. Αυτό συμβαίνει διότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες ή διότι η συμπεριφορά τους κρίνεται παραβατική, ή λόγω άλλων

παραγόντων, όπως έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά ή οδήγηση υπό την επιρροή οινοπνεύματος. Πρέπει να υπάρχουν πολιτικές που αποτρέπουν την άσκοπη φυλάκιση των ψυχικά πασχόντων και να διευκολύνουν την παραπομπή τους σε θεραπευτικά κέντρα. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει πάντα δυνατότητα προσφοράς θεραπείας και φροντίδας μέσα στις φυλακές για τους ψυχικά ασθενείς, ακόμα και όταν η φυλάκιση καλώς έγινε. Τα διεθνή πρότυπα για την θεραπεία κρατουμένων έχουν τεθεί στο Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners το οποίο προβλέπει ότι θα προσφέρει υπηρεσίες σε κάθε φυλακή τουλάχιστον ένας ιατρός «ο οποίος πρέπει να έχει κάποιες γνώσεις ψυχιατρικής» (υιοθετήθηκε στο Πρώτο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών για την Πρόληψη του Εγκλήματος και την Μεταχείριση των Κρατουμένων το 1955 και εγκρίθηκε από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο το 1957 και το 1977).

Η πολιτική που αφορά τη φυλάκιση ευπαθών ομάδων χρειάζεται να εξεταστεί σε σχέση με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών. Επίσης πρέπει να υπάρχει μια στρατηγική εκπαίδευσης του προσωπικού στο δικαστικό σύστημα για την βελτίωση της γνώσης και των δεξιοτήτων του, ώστε να μπορεί να χειριστεί τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. (Μπλού, σελ. 142, 1999)

→ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αν και η γνώση για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, παραμένουν ακόμα πολλές άγνωστες μεταβλητές που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη και πορεία των ψυχικών νόσων και στην αποτελεσματική θεραπεία τους. Οι συμμαχίες μεταξύ υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ερευνητικών ιδρυμάτων σε διάφορες χώρες, θα διευκολύνει την παραγωγή γνώσης, η οποία θα βελτιώσει την κατανόηση μας της επιδημιολογίας των ψυχικών διαταραχών, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα θεραπειών, υπηρεσιών και πολιτικών.

7.7 Μεθοδολογία ανάπτυξης προγραμμάτων και παρεμβάσεων από τους φορείς σε θέματα καταπολέμησης του στίγματος, ευαισθητοποίησης της κοινότητας, επικοινωνιακής πολιτικής των δομών και ανάπτυξης δικτύων εθελοντών

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού είναι συνεπώς ένα μείζον θέμα. Πρόκειται για το πρώτο βήμα που μπορεί αν όχι να ανατρέψει, τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Γιατί η προκατάληψη έχει πάντα την ίδια καταγωγή, την άγνοια.

Ποιες πρωτοβουλίες θα πρέπει να αναληφθούν για την καταπολέμηση των προκαταλήψεων, τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων:

Για να περιορισθούν οι προκαταλήψεις, το στίγμα και οι διακρίσεις θα πρέπει:

- 1) να βελτιωθούν οι θεραπείες
- 2) να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αλλάξουν οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης
- 3) να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειες στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης
- 4) να αλλάξουν οι νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις, για να περιορισθούν οι διακρίσεις και να ενισχυθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς

- Πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης

Οι εκστρατείες ενημέρωσης σε τοπικό επίπεδο έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων. Οι έρευνες της κοινής γνώμης μπορεί από τη μια πλευρά να αποκαλύπτουν τις αρνητικές απόψεις του κοινού, από την άλλη όμως παρουσιάζουν και ένα ικανοποιητικό βαθμό καλής θέλησης προς τον ψυχικά ασθενή. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι όταν οι γείτονες ενός καινούριου ξενώνα για άτομα με ψυχικές ασθένειες στο νότιο Λονδίνο, ρωτήθηκαν σχετικά, τα δύο τρίτα δήλωσαν προθυμία να βοηθήσουν τη νέα αυτή δομή και έδειξαν ενδιαφέρον να μάθουν περισσότερα για την ψυχική ασθένεια. Οι οργανωτές βρήκαν ότι αυτές οι «καλές προθέσεις» μπορούν να αξιοποιηθούν από μια εκστρατεία ενημέρωσης, με σκοπό να ενθαρρυνθούν οι γείτονες για να αναπτύξουν κοινωνικές επαφές με τους ψυχικά ασθενείς - ενοίκους του ξενώνα. Κατά τη διάρκεια αυτής της εκστρατείας, μοιράστηκε ενημερωτικό υλικό (βιντεοταινίες και έντυπα) και οργανώθηκαν κοινωνικές εκδηλώσεις και συζητήσεις. Η εκστρατεία αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόβου και της αρνητικής κοινωνικής αντίδρασης και αύξησε τις επαφές μεταξύ των ενοίκων του ξενώνα και των νέων τους γειτόνων. Το 13% των γειτόνων έκανε φιλίες με τους ασθενείς και τους κάλεσε στο σπίτι, ενώ αυτό δεν συνέβη με τους γείτονες άλλων περιοχών, όπου η δεν έγινε αντίστοιχη ενημερωτική εκστρατεία. Οι εκστρατείες που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των επαφών με τους ασθενείς, όπως είναι αναμενόμενο, βελτιώνουν τις απόψεις, αφού η προσωπική επαφή με τον ψυχικά ασθενή έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ανοχή απέναντι του. (www.epipsy.gr)

Παρόμοια προγράμματα έχουν δείξει ότι οι εκστρατείες σε τοπικό επίπεδο είναι εφικτές και αποτελεσματικές. Μπορούν άραγε μεγαλύτερες κοινωνικές καμπάνιες να έχουν ανάλογη επίδραση; Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα, πρέπει να μελετηθούν οι εξελίξεις στις νέες τεχνολογίες της επικοινωνίας. Οι μέθοδοι εκπαίδευσης της "κοινής γνώμης" και οι τεχνικές για την προώθηση ζητημάτων υγείας έχουν βελτιωθεί σημαντικά από τη μεταπολεμική περίοδο των ανεπιτυχών εκστρατειών κατά του στίγματος. Αυτές οι εκστρατείες "κοινωνικού μάρκετινγκ", όπως έχει

καθιερωθεί να ονομάζονται, έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε όλο τον κόσμο για τη μείωση των νεογνικών θανάτων, την πρόληψη του AIDS, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τη βελτίωση της διατροφής, τη μείωση του καπνίσματος και για πολλούς άλλους λόγους. Οι καλά οργανωμένες εκστρατείες μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά. Η αποτελεσματικότητα αυξάνει με τον "καταμερισμό του ακροατηρίου" - διαιρώντας ένα μαζικό ακροατήριο σε μικρότερα, σχετικά ομοιογενή, και διαχωρίζοντας τις στρατηγικές προώθησης και τα μηνύματα που είναι αποδεκτά και σχετικά με τη συγκεκριμένη ομάδα στόχο. Όταν αναλαμβάνονται τέτοιες εκστρατείες, είναι σημαντικό να γίνεται εκτίμηση των αναγκών, με τη συλλογή πληροφοριών για τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, τους μύθους και τις στρεβλές αντιλήψεις, καθώς και για τα ΜΜΕ από τα οποία οι πολίτες θα ενημερωθούν για αυτό θέμα. Ο προσδιορισμός των αναγκών μπορεί να περιλαμβάνει πιλοτικές ομάδες, τηλεφωνικές έρευνες και πληροφορίες από διαμορφωτές της "κοινής γνώμης". Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένας προ-ελεγκτικός μηχανισμός που επιτρέπει στη στρατηγική προώθησης να βελτιώνεται διαρκώς. Αρχικά λοιπόν, επιλέγονται συγκεκριμένοι στόχοι, κοινό, μηνύματα, και ΜΜΕ και αρχίζει να σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα δράσης. Αυτά τα μηνύματα και το υλικό ελέγχονται καταρχάς με συγκεκριμένο κοινό και επανεξετάζονται. Το πρόγραμμα μπαίνει σε εφαρμογή και με συνεχή επιμέλεια ως προς τον αντίκτυπο που έχει αναπτύσσεται ένα νέο σχέδιο εκστρατείας το οποίο βελτιώνεται συνεχώς. (www.epirpsy.gr)

Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την προαγωγή της υγείας έχουν σκοπό να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν το κοινό. Οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης πρέπει να στηρίζονται σε μια υποδομή που θα συνδέει το κοινό με τις πηγές πληροφόρησης και υποστήριξης - για παράδειγμα, μια γραμμή επικοινωνίας με ένα εύκολο στη μνημόνευση νούμερο τηλεφώνου όπου θα απαντούν ειδικά εκπαιδευμένα άτομα.

Τα μέσα ψυχαγωγίας, όπως δημοφιλή τραγούδια ή τηλεοπτικές σειρές, μπορούν να ευαισθητοποιήσουν και να προσφέρουν πληροφορίες, βοηθούν δε ιδιαίτερα σε ζητήματα που θεωρούνται κοινωνικά ταμπού,

όπως η ψυχική ασθένεια. Οι δημοφιλείς τηλεοπτικές σειρές (σαπουνόπερες) έχουν φανεί ιδιαίτερα χρήσιμες στη διακίνηση κοινωνικών μηνυμάτων. Ακόμα και απλές σαπουνόπερες μπορούν να προσαρμόσουν στα σενάρια τους χαρακτήρες που κομίζουν ένα κοινωνικό μήνυμα. Π.χ. στις ΗΠΑ μια ομάδα που αυτοαποκαλείται "Soap Summit" αναλύει το περιεχόμενο των σειρών αυτών (εστιάζονται σε θέματα όπως η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων) και δημιουργεί ομάδες πίεσης μέσω των σεναριογράφων, για να αλλάξει το περιεχόμενο τέτοιων προγραμμάτων, διαμορφώνοντας θετικά κοινωνικά μηνύματα και στη συνέχεια μετρά τη επιρροή τους στις σαπουνόπερες. Ένας χαρακτήρας με σχιζοφρένεια εμφανίστηκε στην πιο δημοφιλή σειρά της Βρετανίας «EastEnders», ανάλογη της ελληνικής "Λάμπης". Η Εθνική Ένωση Σχιζοφρένειας δήλωσε ότι η γραμμή που κινήθηκε το σενάριο προσέφερε περισσότερο στη μείωση του στίγματος από οποιαδήποτε σοβαρή τηλεοπτική εκπομπή. Η σειρά αυτή εξανθρώπισε την ασθένεια και αποτίναξε τους μύθους που υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια σημαίνει ότι κάποιος είναι διχασμένη προσωπικότητα ή ότι μπορεί να κάνει το άτομο βίαιο.

Οι κινηματογραφικές ταινίες μπορούν και αυτές με τη σειρά τους να ευαισθητοποιήσουν και να δώσουν πληροφορίες και ενημέρωση. Μετά την ταινία RainMan (Ο Άνθρωπος της Βροχής) που προβλήθηκε το 1988, η Εθνική Ένωση για τους Ψυχικά Ασθενείς (NAMI) καθώς και άλλες οργανώσεις ανέφεραν ότι το κοινό έδειχνε μεγαλύτερη αποδοχή και συμπάθεια στα αυτιστικά παιδιά και στους ενήλικες με σχιζοφρένεια. Μια πιο πρόσφατη ταινία, *Le Huitieme Jour* (Η Όγδοη Μέρα), που πήρε βραβείο στο Φεστιβάλ Κανών το 1996, αναφέρεται σε ένα αγόρι με Σύνδρομο Down και θεωρείται ότι συνέβαλε πολύ στην κατανόηση και την ανοχή για τα άτομα με αυτό το σύνδρομο. Η βραβευμένη με Όσκαρ αυστραλέζικη ταινία *Shine*, Ο Σολίστας, εξέπεμψε πολλά μηνύματα κατά του στίγματος των σοβαρών ψυχικών παθήσεων. (www.epipsy.gr)

→ Νομικές και Πολιτικές πρωτοβουλίες

Για να μειώσουμε τις διακρίσεις, είναι πραγματικά σημαντικό να

ένεργήσουμε για να δημιουργηθεί καλύτερη νομική προστασία για όσους πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Σε κάποιες χώρες τα νομικά μέτρα και οι αποφάσεις των δικαστηρίων βοήθησαν πολύ στην ελάττωση των διακρίσεων κατά των ατόμων με ψυχική νόσο.

Στην Αμερική το νομοθετικό διάταγμα περί μειονεξίας ψηφίστηκε ως νόμος του κράτους τον Ιούλιο του 1990. Ο νόμος αυτός απαγορεύει τις διακρίσεις εξαιτίας της αναπηρίας, όσον αφορά στην εργασία, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες που προσφέρονται από πολιτειακές και τοπικές κυβερνήσεις καθώς και τα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρονται από ιδιωτικές εταιρίες και εμπορικές παροχές. Αυτό το βήμα, σηματοδότησε ένα μεγάλο άλμα προς τα εμπρός για τη μείωση των διακρίσεων για όλους όσους έπασχαν από κάποια αναπηρία, συμπεριλαμβανομένης της σοβαρής ψυχικής ασθένειας.

Αντίστοιχα νομοθετικά διατάγματα ψηφίστηκαν στην Αυστραλία το 1992 (Australian Disability Discrimination Act), το Ηνωμένο Βασίλειο το 1995 (U.K. Disability Discrimination Act), το Χονγκ-Κονγκ το 1995 (Disability Discrimination Ordinance) και την Ινδία το 1995 (Διάταγμα για Άτομα με Μειονεξίες, Προστασία των Δικαιωμάτων και Πλήρης Συμμετοχή). Αυτές οι νομοθετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχικών μειονεξιών και αναφέρονται στις διακρίσεις σε χώρους, όπως η εργασία, η εκπαίδευση, η πρόσβαση στα κτίρια κλπ. Στις 8 Φεβρουαρίου του 1992 τα Ηνωμένα Έθνη υιοθέτησαν το ψήφισμα 119. Το ψήφισμα αυτό προβλέπει την υιοθέτηση και διάδοση των "Αρχών για την Προστασία Ατόμων με Ψυχική Ασθένεια και τη Βελτίωση των Υπηρεσιών Φροντίδας Ψυχικής Υγείας". Οι αρχές αυτές συνοψίζονται σε ένα παράρτημα του ψηφίσματος και καταδεικνύουν την εγρήγορση των Ηνωμένων Εθνών για το ότι:

- η ψυχική ασθένεια αποτελεί μεγάλο δημόσιο πρόβλημα υγείας
- τα άτομα με ψυχική ασθένεια συχνά δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα υγείας

- η λήψη φροντίδας υγείας για την ψυχική ασθένεια είναι ανθρώπινο δικαίωμα
- η φροντίδα πρέπει να παρέχεται σε όσο το δυνατό λιγότερο περιοριστικές συνθήκες

Πολλοί επαγγελματικοί οργανισμοί, συμπεριλαμβανομένης και της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας, καθώς και της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, έχουν θέσει τις κατευθυντήριες γραμμές του ηθικού κώδικα για παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας για τους ψυχικά ασθενείς. (Πιπερόπουλος, σελ. 51, 2002)

Το 2003 η χώρα μας στα πλαίσια της Ελληνικής Προεδρίας των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης οργάνωσε συνδιάσκεψη με θέμα «Ψυχική Ασθένεια και Στίγμα στην Ευρώπη: αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της ισότητας». Οι συζητήσεις αυτής της Συνδιάσκεψης αποτέλεσαν τη βάση για το Συμβούλιο των Υπουργών Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών της Ευρώπης το οποίο κατέληξε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα και πρακτικά εφαρμόσιμες προτάσεις που δημοσιεύθηκαν στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αποτελούν πολύτιμο οδηγό στον αγώνα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών. Με την πρωτοβουλία αυτή, η Ελλάδα ως χώρα, έδειξε το ειδικό της ενδιαφέρον για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ψυχική ασθένεια όχι μόνο από την ιατρική - βιολογική σκοπιά, αλλά και κυρίως από την κοινωνική, βάζοντας τα ζητήματα της καταπολέμησης των προκαταλήψεων, του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού ως ζητήματα που πρέπει να απασχολήσουν σοβαρά τις κοινωνίες εκείνες που θέλουν να θεωρούνται ευαίσθητες και δίκαιες, κοινωνίες που δείχνουν σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, δεν περιθωριοποιούν αλλά αντίθετα ενθαρρύνουν τις δυνατότητες ένταξης και δράσης όλων ανεξαιρέτως των πολιτών. Η πρωτοβουλία αυτή αποκτά μια ειδική σημασία γιατί η χώρα μας βρίσκεται σε μια κρίσιμη φάση εφαρμογής της Ψυχιατρικής

Μεταρρύθμισης η οποία έχει ως κύριους στόχους της τη σταδιακή συρρίκνωση και κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και την ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών στη κοινότητα ώστε ο ψυχικά ασθενής να παραμείνει στο φυσικό του περιβάλλον ενσωματωμένος στο κοινωνικό γίνεσθαι ως ενεργός πολίτης. Σε αυτή τη φάση βασικό μέλημα της Μεταρρύθμισης είναι η ανάδειξη και ενεργοποίηση κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων και η ενίσχυση κινήσεων αλληλεγγύης προς τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του. Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έχει σχεδιαστεί η ανάπτυξη ενός πολύπλευρου δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα, που να ανταποκρίνεται στο σύνολο των αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Στην Β' Φάση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ δημιουργούνται Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Στεγαστικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, Κέντρα Ημέρας κλπ.(www.depnet.gr)

Η λειτουργία τους βασίζεται σε μια σύνθετη διεπιστημονική ομάδα (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί εκπαιδευτές, διοικητικοί και άλλοι), η οποία να εμφορείται από μια νέα ανθρωποκεντρική φιλοσοφία και προσέγγιση των ασθενών, με έμφαση στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση, σεβασμό στη διαφορετικότητα και κατοχύρωση της ουσιαστικής κοινωνικής τους ένταξης μέσα από την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στίγματος. Η νέα αυτή αντίληψη επέβαλε σημαντικές αλλαγές στην εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, αλλά και στις μεθόδους και διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας.

Η όλη προσπάθεια υλοποίησης του ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' Φάση υποστηρίζεται από την Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης των Φορέων υλοποίησης, η οποία μεταξύ άλλων δεσμεύεται να αναπτύξει τις κατάλληλες ενέργειες ώστε να υποστηρίξει τους Φορείς στην ανάπτυξη ενεργειών ευαισθητοποίησης της τοπικής αλλά και ευρύτερης κοινότητας

και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή και ιδιαίτερα απέναντι στους επωφελούμενους από τις δράσεις απόασυλοποίησης.

Τα προγράμματα και οι παρεμβάσεις κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο που θα αναπτύξουν οι Φορείς θα έχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα μόνο όταν υπάρξει συνεργασία, συνέχεια και από κοινού ανάπτυξη των αντίστοιχων δράσεων. Για το λόγο αυτό αποτελεί στρατηγική της Μονάδας η κινητοποίηση, διευκόλυνση και υποστήριξη της δημιουργίας Δικτύων των Φορέων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο καθώς και η υποστήριξη των δράσεων τους. Τέτοια Δίκτυα αποτελούν το πλέον κατάλληλο πλαίσιο εφαρμογής και σχεδιασμού ολοκληρωμένων και διαρκών δράσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας και διάδοσης των αποτελεσμάτων τους. Οι πρωτοβουλίες που θα μπορούσαν να αναλάβουν εντάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες: (www.stree.gr/roy)

→ Επικοινωνιακός Τομέας

ΑΙ. δημιουργία επικοινωνιακού & ενημερωτικού υλικού

Η πολιτική δημοσιοποίησης της λειτουργίας των Φορέων, αλλά και η ανάγκη για ενημέρωση-ευαισθητοποίηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας επιτάσσει την ανάπτυξη επικοινωνιακών εργαλείων, όπως ενημερωτικά φυλλάδια, έντυπα, ταινίες, video και άλλο πληροφοριακό υλικό.

Συνήθως ο κάθε Φορέας παράγει τα δικά του πληροφοριακά έντυπα που διανέμει στην κοινότητα. Συνιστάται η συνεργασία και η αξιοποίηση ειδικών στην επικοινωνία και διαφήμιση, καθώς και η αξιοποίηση χορηγιών για την κάλυψη του κόστους παραγωγής, όταν αυτό δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί από τους Φορείς. Συνιστάται επίσης, η δικτύωση και η διασύνδεση των Φορέων με στόχο την από κοινού αξιοποίηση των κονδυλίων που αφορούν στον τομέα «διαφήμιση -επικοινωνία» για την έκδοση κοινού επικοινωνιακού υλικού.

Από το σύνολο του πληροφοριακού υλικού που μπορεί να παραχθεί από τους Φορείς προτείνονται ενδεικτικά, τα ακόλουθα: παρουσιάσεις με slides ή διαφάνειες, φυλλάδια, μικρά βιβλία - οδηγοί, κόμικς, κασέτες, CDs, ταινίες, multimedia, ιστοσελίδα και teleconference.

Το υλικό που θα αναφέρεται στις ψυχικές διαταραχές καλό είναι εκτός από μία βασική ενημέρωση για τα αίτια, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης, να καλύπτει και θέματα όπως, «μύθοι και αλήθειες» για τις ψυχικές διαταραχές και να δίνει απαντήσεις σε συνήθη ερωτήματα, όπως: «μπορούν τα άτομα με ψυχική διαταραχή να αντεπεξέλθουν στις εργασιακές απαιτήσεις;» «μήπως είναι επικίνδυνο για τους κατοίκους να ζουν δίπλα σε ξενώνες;» «πώς μπορώ να χειριστώ ασυνήθιστες συμπεριφορές, όπως μια έντονη εκδήλωση χαράς ενός ασθενή σε δημόσιο χώρο;» «πώς μπορώ να βοηθήσω και εγώ στις προσπάθειες αποασυλοποίησης;». Επίσης, στα πλαίσια της πολιτικής δημοσιοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μπορεί να αξιοποιηθεί από τους Φορείς ο οδηγός που θα εκδοθεί από τη Μ.Υ.Π. με πληροφορίες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν πανελλήνια (ποια περιστατικά αντιμετωπίζουν, ώρες λειτουργίας, τηλέφωνα επικοινωνίας κτλ).

Οι Φορείς μπορούν επίσης να παράγουν μπλούζες, καπέλα, κονκάρδες, αυτοκόλλητα, γραμματόσημα, stands, αφίσες κλπ.(www.stree.gr/roy)

A2. Γραμμή Επικοινωνίας

Μια αποτελεσματική στρατηγική για τη δημοσιοποίηση της λειτουργίας των Φορέων, την ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του κοινού και την προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι η δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με ειδικό, εύκολο στη μνημόνευση αριθμό. Στόχος της γραμμής είναι η ενημέρωση για τις ψυχικές διαταραχές και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και η ευαισθητοποίηση - κινητοποίηση των πολιτών για εθελοντική δράση και συμμετοχή σε δίκτυα εθελοντών.

A3. Πρόγραμμα συνεργασίας για την ευαισθητοποίηση των τοπικών

κοινωνιών

Το πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει εκδηλώσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τη σοβαρή και χρόνια ψυχική ασθένεια σε Δήμους όπου λειτουργούν ή πρόκειται να λειτουργήσουν στεγαστικές δομές για ψυχικά ασθενείς, με συμμετοχή επαγγελματιών ψυχικής υγείας από τους Φορείς, εκπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης, συγγενών ασθενών και ασθενών και στελεχών της Μονάδας. Στόχος των εκδηλώσεων αυτών είναι:

- η ενημέρωση του κοινού για την ψυχική ασθένεια
- η κατάρριψη των μύθων και προκαταλήψεων που την περιβάλλουν
- η δημιουργία τοπικών κοινωνικών δικτύων αλληλεγγύης καθώς και τοπικών Συλλόγων Οικογενειών ή Ασθενών - Χρηστών Υπηρεσιών.

A4. Η συνεργασία με φορείς και οργανώσεις της κοινότητας

Μέσα από τη συνεργασία των Φορέων με φορείς και πρόσωπα της τοπικής κοινωνίας και της ευρύτερης κοινότητας δομείται το απαραίτητο δίκτυο των σχέσεων που επιτρέπει, ενθαρρύνει και πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες αλληλεπιδράσεων, που αποτελούν βασική προϋπόθεση για την κοινωνική ενσωμάτωση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών.

Ταυτόχρονα, με αυτή τη συνεργασία δίνεται η ευκαιρία στους Φορείς να συμμετέχουν στις δράσεις της τοπικής κοινωνίας και στην κάλυψη τοπικών αναγκών για ενημέρωση γύρω από την ψυχική ασθένεια και χρήση των υπηρεσιών.

Η συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση μπορεί να συμπεριλάβει τομείς όπως:

- Συμμετοχή του Φορέα σε εκδηλώσεις και δράσεις του Δήμου ή της Κοινότητας που έχουν πολιτιστικό, αθλητικό και εθελοντικό χαρακτήρα (π.χ. συναυλίες, αθλητικοί αγώνες, παρελάσεις, γιορτές,

δενδροφυτεύσεις κλ.π)

- Συνδιοργάνωση εκδηλώσεων και δράσεων από το Φορέα και το Δήμο σε θέματα αμοιβαίου ενδιαφέροντος (π.χ. ημερίδα για την ψυχική υγεία, δημιουργία και λειτουργία Κοινωνικής Λέσχης για τους ενοίκους των ξενώνων και των οικοτροφείων αλλά και για δημότες χωρίς ψυχιατρικά προβλήματα που είναι ευάλωτοι σε κοινωνικό αποκλεισμό, όπως μετανάστες κλπ.)

- Πρόσκληση στο Δήμο και τις Τοπικές Αρχές να συμμετέχουν σε εκδηλώσεις του Φορέα

Η συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας αποσκοπεί στην κάλυψη των αντίστοιχων αναγκών των ενοίκων και συμβάλλει προς την κατεύθυνση της σύνδεσης των προαναφερόμενων υπηρεσιών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η Εκκλησία είναι επίσης ένας σημαντικός θεσμός, η συνεργασία με τον οποίο αφενός επιτρέπει την άσκηση των θρησκευτικών πεποιθήσεων, αφετέρου διδάσκει τους πιστούς να μην αντιμετωπίζουν με διακρίσεις και προκαταλήψεις τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.(www.msn.gr)

Απαραίτητη είναι και η συνεργασία με την τοπική αστυνομία που στοχεύει στη γνωστοποίηση της λειτουργίας του Φορέα και των στόχων του και στη διαμεσολάβηση σε πιθανά προβλήματα εντός ή εκτός Φορέα (για παράδειγμα, σε κάποια εισαγγελική παρέμβαση).

Σε πολλές περιοχές δραστηριοποιούνται ομάδες πολιτών μέσα από πολιτιστικούς συλλόγους, αθλητικές ενώσεις, ή εθελοντικές οργανώσεις, κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι η ευαισθησία για τα κοινωνικά ζητήματα, η εμπιστοσύνη τους στη συλλογική δράση και η κοινωνική αλληλεγγύη. Η συνεργασία με αυτούς τους φορείς είναι πολλαπλά χρήσιμη.

Τέλος, προτείνεται από τη Μ.Υ.Π. η συνεργασία με επιστημονικές και επαγγελματικές ενώσεις (όπως Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός

Σύλλογος, Σύλλογοι Εκπαιδευτικών κλπ.), καθώς συμβάλλει τόσο στην αποδοχή και την ενσωμάτωση των ασθενών, όσο και στην παροχή υπηρεσιών και την κάλυψη αναγκών του Φορέα.

A5. Πολιτιστικά - Καλλιτεχνικά Δρώμενα

1. Προγραμματισμένες καλλιτεχνικές εκδηλώσεις

Οι εκδηλώσεις αυτές, που μπορούν να είναι θεατρικές, μουσικές, εικαστικές κλπ., μπορεί να εκπορεύονται είτε από ομάδες στις οποίες θα συμμετέχουν ασθενείς, είτε από ευαισθητοποιημένους επαγγελματίες καλλιτέχνες (π.χ. εκθέσεις έργων τέχνης επαγγελματιών καλλιτεχνών με δημιουργίες ψυχικά ασθενών).

2. Διοργάνωση happenings

1. Εκδήλωση δρόμου: Μια ενέργεια ευαισθητοποίησης της κοινότητας είναι η διεξαγωγή από έναν Φορέα ή από ένα Δίκτυο μιας ή σειράς ανοικτών κοινωνικών εκδηλώσεων στις οποίες θα συμμετέχουν ομάδες που εστιάζουν στην ανάδειξη του δρόμου ως χώρου κοινωνικής συμμετοχής και ψυχαγωγίας, όπως ομάδες ζογκλέρ, θεάτρου δρόμου και άλλες ομάδες καλλιτεχνικής έκφρασης. Στον τόπο πραγματοποίησης τέτοιων εκδηλώσεων θα έχει προβλεφθεί η εγκατάσταση πάγκων/τραπεζών για την προσφορά αναψυκτικών στο διερχόμενο και στο συγκεντρωμένο πλήθος που θα εναλλάσσεται. Στα πλαίσια αυτών των εκδηλώσεων, θα υπάρχουν περίπτερα του Φορέα, καθώς και άλλων δημόσιων, ιδιωτικών και εθελοντικών Φορέων που δραστηριοποιούνται στην ομάδα των ψυχικά ασθενών. Εκπρόσωποι - στελέχη των Φορέων μαζί με τους χρήστες των υπηρεσιών θα έχουν τη δυνατότητα να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν το ευρύτερο κοινό, μέσω προσωπικής επαφής - συζήτησης και διανομής έντυπου υλικού σε σχέση με:

- Το έργο των Φορέων, τον τρόπο λειτουργίας τους και τη δυνατότητα χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Τους μύθους και τις πραγματικότητες αναφορικά με τη σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή. (www.epipsy.gr)

Εναλλακτικά, θα μπορούσε να ζητηθεί από τις ομάδες καλλιτεχνικής έκφρασης που θα συμμετάσχουν να αφήσουν ανοικτή τη συμμετοχή χρηστών των υπηρεσιών, οι οποίοι μπορούν να παράσχουν κύριο ή επικουρικό έργο στις δραστηριότητες που θα πραγματοποιηθούν στα πλαίσια της εκδήλωσης, ανάλογα με τις δεξιότητες, το επίπεδο λειτουργικότητας και τα ενδιαφέροντα τους. Γενικά, η συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών στις διάφορες δραστηριότητες στα πλαίσια του happening θα χαρακτηρίζεται από ευελιξία, θα αποφασίζεται από κοινού μαζί τους, με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες, δυνατότητες, κλίσεις, ενδιαφέροντα και προτιμήσεις του κάθε ασθενή.

II. Εκδήλωση σε κάποιο κεντρικό κατάστημα της περιοχής:

π.χ. κατάστημα με είδη δώρων, σε συνεργασία με επιχειρηματικούς κύκλους. Οι χρήστες των ψυχιατρικών υπηρεσιών προτείνεται να έχουν τη δυνατότητα να εμπλακούν σε δράσεις σχετικές με την εξυπηρέτηση των πελατών και τη διακόσμηση του χώρου. Συγκεκριμένα, επίδειξη - πώληση προϊόντων, αμπαλάζ, χειρισμός ταμειακής μηχανής - συναλλαγή με πιστωτικές κάρτες, στολισμός, διακόσμηση βιτρίνας. Οι χρήστες θα οργανώσουν κλήρωση δώρων, θα αναλάβουν τη δημιουργία λαχνών τους οποίους θα διανέμουν στους πελάτες, την ενημέρωση των πελατών για την κλήρωση, τη διαδικασία της κλήρωσης και την απονομή των δώρων. Επίσης, στο μαγαζί θα υπάρχει έντυπο ενημερωτικό υλικό προς διανομή. Στόχος είναι να δει το ευρύ κοινό ότι τα άτομα με σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή μπορούν ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση και εμπύχωση να εργαστούν παραγωγικά, καταρρίπτοντας έναν από τους μύθους που θέλει τους ψυχικά ασθενείς ανίκανους και ακατάλληλους για εργασία.

III. Κινηματογραφικό αφιέρωμα στην ψυχική ασθένεια

Η ΜΥΠ προτείνει στους Φορείς που ανήκουν στον ίδιο Τομέα τη

“συνδιοργάνωση ενός μικρού κινηματογραφικού αφιερώματος με ταινίες που έχουν σαν κοινό σημείο την αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας στη μεγάλη οθόνη. Καλό θα ήταν το αφιέρωμα να μην είναι μια απλή προβολή ταινιών, αλλά να περιλαμβάνει και συζήτηση γύρω από την ταινία με ειδικούς από το χώρο της Ψυχιατρικής και του Κινηματογράφου, καθώς και με εκπροσώπους συλλόγων χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οικογενειών ενισχύοντας ταυτόχρονα τη συμμετοχή του κοινού. Κατ’ αυτόν τον τρόπο θα αναδειχθεί η πολυπλοκότητα των ψυχικών διαταραχών, αλλά και η κατανόηση τους μέσα από την κλινική και πραγματική τους εικόνα, απενδυμένη από μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα. (www.epipsy.gr)

A6 Συνεργασία με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι η δύναμη των Μ.Μ.Ε. καθώς και ο τρόπος που αυτά παρουσιάζουν την ψυχική ασθένεια παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης.

Όλα τα ερευνητικά δεδομένα συνηγορούν στην ανάγκη ανοικτής επικοινωνίας και συνεργασίας με τους δημοσιογράφους και τα Μ.Μ.Ε., έτσι ώστε να επιτευχθεί η διάχυση έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης για την ψυχική ασθένεια.

Ενημερωτικός - Επιμορφωτικός Τομέας /Εκπαίδευση σε ειδικές ομάδες στόχους

B1 Επιμόρφωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η Μονάδα θα υποστηρίξει τους Φορείς στην διεξαγωγή επιμορφωτικών προγραμμάτων που να απευθύνονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές κτλ) ή συναφών ειδικοτήτων, στελέχη των νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των στεγαστικών δομών τους. Προτείνονται προγράμματα ευαισθητοποίησης αλλά και επιμόρφωσης με έμφαση στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων γύρω από την ψυχική ασθένεια και

στην εμφύσηση της νέας ανθρωποκεντρικής φιλοσοφίας.

B2 Εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή στα γενικά νοσοκομεία. (www.inhealth.gr)

Για τη θετικοποίηση των συνήθως αρνητικών στάσεων των γενικών ιατρών, ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και λοιπών επαγγελματιών υγείας για τους ψυχικά ασθενείς είναι σημαντικό και απαραίτητο να αναπτυχθεί ειδικό πρόγραμμα που θα παρέχει επαρκή εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν για άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο.

B3 Εκπαίδευση συγγενών και ασθενών μέσω της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης

Δυστυχώς, ακόμα και τα ίδια τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο αποδέχονται τα στερεότυπα που αφορούν την κατάσταση τους. Παράλληλα, οι συγγενείς των ασθενών «κουβαλούν» ένα τεράστιο φορτίο ενοχών, το οποίο είναι αποτέλεσμα των μύθων που θέλουν την ψυχική ασθένεια να προκαλείται από την κακή ανατροφή. Απομονωμένοι και βουτηγμένοι στην ενοχή όπως είναι, δεν είναι καθόλου παράξενο που οι οικογένειες ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια πολλές φορές υπερεμπλέκονται με τον άρρωστο συγγενή τους.

Η Μ.Υ.Π. θα υποστηρίξει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των Φορέων στην ανάπτυξη εκπαιδευτικού προγράμματος που να απευθύνεται στους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και περιλαμβάνει ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συγγενών και ασθενών με ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, εκπαίδευση στην επικοινωνία, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και τεχνικές διαχείρισης άγχους.(www.inhealth.gr)

B4 Παρέμβαση στα σχολεία

Τα σχολεία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προετοιμασία των μαθητών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη τους. Αναφορικά με την

προαγωγή της ψυχικής τους υγείας, η Μονάδα θα υποστηρίξει τους Φορείς στην ανάπτυξη πιλοτικών παρεμβάσεων στα σχολεία, με στόχο τη διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στη ζωή, όπως της επίλυσης προβλημάτων, της κριτικής σκέψης, της επικοινωνίας, των διαπροσωπικών σχέσεων, της συναισθηματικής κατανόησης των άλλων, και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος. Αναφορικά με την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων προτείνεται μια εκπαιδευτική πολιτική φιλική προς τα παιδιά, η οποία θα ενθαρρύνει την ανοχή και το σεβασμό στη διαφορετικότητα και φυσικά απέναντι στα άτομα με ψυχική διαταραχή. Μέσα από βιωματικές ασκήσεις (role-playing, συλλογικά παιχνίδια, καλλιτεχνική έκφραση κ.α.), οι μαθητές θα αντιληφθούν την έκταση του στίγματος και θα καταρρίψουν τους μύθους που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια. Παράλληλα, προτείνεται στους Φορείς η εκτίμηση των γνώσεων και στάσεων των μαθητών γύρω από την ψυχική ασθένεια προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

B5 Άλλες ομάδες- στόχοι

Άλλες ομάδες στόχοι στους οποίους μπορούν να υλοποιηθούν ειδικές παρεμβάσεις είναι η αστυνομία, οι δημοσιογράφοι και οι εργοδότες. Η Μονάδα θα υποστηρίξει τους Φορείς στον σχεδιασμό και την προετοιμασία τέτοιων ειδικών παρεμβάσεων.

B6 Σεμινάρια, Ημερίδες, Συνέδρια

Επίσης σημαντικό για την διάχυση της πληροφόρησης γύρω από την ψυχική ασθένεια, την προαγωγή ψυχικής υγείας και τη δημοσιοποίηση των λειτουργιών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη την Ελλάδα είναι η από κοινού διοργάνωση και συμμετοχή των Φορέων σε εκδηλώσεις, σεμινάρια, ημερίδες και επιστημονικά συνέδρια. (www.inhealth.gr)

7.7.1.

Είναι γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε εξελισσόμενο στάδιο όσον αφορά προσπάθειες μείωσης του στίγματος. Ενδεικτικά αναφέρεται το

Ελληνικό Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας, που υλοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, στα πλαίσια των δράσεων του για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού απέναντι στην ψυχική διαταραχή έχει συστήσει ένα πρόγραμμα: «κυνηγών στίγματος».

Οι «κυνηγοί στίγματος» είναι ένα δίκτυο ευαισθητοποιημένων και κινητοποιημένων πολιτών απέναντι στα ζητήματα αποστιγματισμού της ψυχικής διαταραχής. Σκοπός τους είναι να παλέψουν ενάντια στις ανακριβείς και στιγματιστικές αναπαραστάσεις της ψυχικής νόσου και των ατόμων με σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή, όπως αυτές παρουσιάζονται και αναπαράγονται σε τηλεοπτικές σειρές, δελτία ειδήσεων, ενημερωτικές ή ψυχαγωγικές εκπομπές, ταινίες, ραδιοφωνικές εκπομπές, τραγούδια, διαφημίσεις, παιδικά βιβλία, προϊόντα, εφημερίδες και περιοδικά.

Οι κυνηγοί στίγματος, αφού εντοπίσουν το υλικό που στιγματίζει, ενημερώνουν το Ελληνικό Πρόγραμμα, το οποίο στη συνέχεια αναλαμβάνει την αποστολή επιστολών «ευγενικής διαμαρτυρίας» σε κανάλια, σε δημοσιογράφους και στελέχη των ΜΜΕ, καθώς και σε επιχειρήσεις που χρησιμοποιούν με ακατάλληλο τρόπο τις ψυχικές ασθένειες για τη διαφημιστική προώθηση των προϊόντων τους, επισημαίνοντας τους μύθους και τα στερεότυπα που αναπαράγονται, αλλά κυρίως τις αρνητικές έως και τραγικές επιπτώσεις που έχει αυτό στις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους.

Απώτερος στόχος αυτής της προσπάθειας, η οποία έχει αφοσιωμένους υποστηρικτές σε όλο τον κόσμο, είναι η αγωγή και ευαισθητοποίηση της κοινότητας γύρω από την ψυχική διαταραχή, δίνοντας έμφαση στην ακούραστη μάχη που δίνουν καθημερινά οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ενάντια στο στίγμα της ψυχικής νόσου. Οι κυνηγοί στίγματος είναι, συνεπώς, επιφορτισμένοι με το δύσκολο έργο της ευαισθητοποίησης και του αποστιγματισμού επιδιώκοντας να γκρεμίσουν

τα τείχη της άγνοιας, της προκατάληψης και των άδικων διακρίσεων, προωθώντας τη γνώση, την κατανόηση και το σεβασμό. Άλλωστε, οι ασθενείς με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι πρώτα και πάνω από όλα άνθρωποι, που στο πρόσωπο τους δοκιμάζεται η ευαισθησία όλων (www.epipsy.gr)

Διαμαρτυρία για το Video Clip του τραγουδιού «Φοβάμαι», που ερμηνεύει ο Νίνο από το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών.

Το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής εκφράζει τη διαμαρτυρία του για το Video Clip του τραγουδιού «ΦΟΒΑΜΑΙ» που ερμηνεύει ο τραγουδιστής Νίνο σε σκηνοθεσία του Μανώλη Τζιράκη. Το τραγούδι περιλαμβάνεται στο άλμπουμ με το γενικό τίτλο «ΕΙΛΙΚΡΙΝΗΣ», που κυκλοφορεί από τη δισκογραφική εταιρεία HEAVEN. Το Video Clip είναι υποψήφιο στην κατηγορία "καλύτερο Video Clip " στα φετινά μουσικά βραβεία «ΑΡΙΩΝ».

«Θεωρούμε ότι μέσω του συγκεκριμένου Video Clip παραποιείται και διαστρεβλώνεται η εικόνα τόσο της ψυχικής διαταραχής και των ψυχικά ασθενών, όσο και της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης, των ψυχιάτρων και των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και των δομών που παρέχουν ψυχιατρική θεραπεία και φροντίδα.

Η διαμαρτυρία μας δεν ξεκινά από μια αποστειρωμένη αντίληψη "πολιτικής ορθότητας" και σε καμιά περίπτωση δεν αμφισβητεί ούτε αντιτίθεται στην ελευθερία της τέχνης και της έκφρασης. Κάθε πνευματικό δημιούργημα όμως από τη στιγμή που εκτίθεται, είναι προφανές ότι αποτελεί αντικείμενο κοινωνικού προβληματισμού και κριτικής. Ιδιαίτερα δε, όταν θίγει ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες και στη συγκεκριμένη περίπτωση την ομάδα των ψυχικά ασθενών, για την οποία στις μέρες μας καταβάλλονται συστηματικές προσπάθειες για την κοινωνική τους ένταξη και αποδοχή. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι ο κύκλος των ασθενών και των οικογενειών τους δεν είναι καθόλου μικρός

και ευκαταφρόνητος" καθώς μόνο για τη σχιζοφρένεια που είναι και η πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή, υπολογίζεται ότι οι ασθενείς αντιπροσωπεύουν περίπου το 1% του πληθυσμού σε κάθε χώρα και πολιτισμό της γης. Κατ' αναλογία στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 100.000 ασθενείς με σχιζοφρένεια. Πολύ εύκολα και αβασάνιστα οι ασθενείς αυτοί εισπράττονται από το κοινωνικό περιβάλλον και από το "μέσο θεατή", ως άτομα παρεκκλίνοντα με βασικό στοιχείο της συμπεριφοράς τους την επικινδυνότητα, που χρήζουν καταστολής, εγκλεισμού και απομόνωσης. Έτσι, ο ψυχικά ασθενής έχει να αντιμετωπίσει εκτός από την ψυχική ασθένεια, μια "δεύτερη ασθένεια", το κοινωνικό στίγμα.» (www.epipsy.gr)

Μέσα από αυτό το Video Clip οι ψυχικά ασθενείς λαμβάνουν λανθασμένη και τρομολαγνική πληροφόρηση για τις διαδικασίες εισαγωγής στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αρνούνται τη νοσηλεία όταν την έχουν πραγματικά ανάγκη. Θύματα της ίδιας παραπληροφόρησης είναι και οι συγγενείς των ασθενών, οι οποίοι είναι τις περισσότερες φορές αναγκασμένοι, λόγω της φύσης της σοβαρής ψυχικής ασθένειας, να πάρουν κρίσιμες αποφάσεις για τη θεραπεία του αγαπημένου τους προσώπου. Θίγονται, επίσης, προσβάλλονται και στιγματίζονται όχι μόνο τα άτομα που νοσούν αλλά και οτιδήποτε και οποιοσδήποτε σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια και ακυρώνονται οι προσπάθειες που καταβάλλουν οι λειτουργοί της ψυχικής υγείας για υπηρεσίες φροντίδας αποτελεσματικές και ανθρώπινες.

Συγκεκριμένα, στο Video Clip:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται να φορά μάσκες, εικόνα που παραπέμπει στο μύθο ότι η ψυχική ασθένεια είναι μεταδοτική νόσος.
- Ο ψυχικά ασθενής παρουσιάζεται σαν βίαιος, επικίνδυνος και απρόβλεπτος που χρήζει τιμωρίας και καταστολής και όχι θεραπείας. Αυτή η εικόνα παραπέμπει στο κλασικό στερεότυπο που συνδέει τον ψυχικά ασθενή με τη βία, την επικινδυνότητα και την εγκληματικότητα.

• Η "Ψυχιατρική κλινική" παρουσιάζεται σαν φυλακή με ψηλούς τοίχους, προβολείς παρακολούθησης και κάμερες ασφαλείας, εικόνα που παραπέμπει στο μύθο ότι η φυλακή είναι το κατάλληλο μέρος για τα άτομα με ψυχική ασθένεια. Παράλληλα, οι συνθήκες προσιδιάζουν περισσότερο σε "λευκά κελιά" και όχι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο που παρέχει νοσηλεία, θεραπεία και φροντίδα, την οποία πραγματικά χρειάζονται οι ψυχικά ασθενείς.

• Οι νοσηλευτές, ντυμένοι με μπλε ποδιές χειρουργείου παρουσιάζονται σαν δεσμοφύλακες και όργανα καταστολής, ενώ ο ψυχίατρος, σαν αναχρονιστική καρικατούρα, φορώντας λευκή μπλούζα, παρουσιάζεται ψυχρός, νευρικός και αμήχανος να δίνει εντολές για τιμωρία, καταστολή και απομόνωση. Αυτές οι παραπλανητικές εικόνες αναπαράγουν στερεότυπα και μύθους που δεν ανταποκρίνονται στη σημερινή πραγματικότητα της ψυχιατρικής ως ιατρικής επιστήμης και ψυχοθεραπευτικής ειδικότητας (www.epipsy.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Η ΟΜΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

8.1 Οι ρόλοι των επαγγελματιών της ψυχικής υγιεινής στο ΚΚΨΥ

Τα βασικά μέλη της Ομάδας της Ψυχικής Υγείας στην Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή είναι ο/η ψυχολόγος (Ψ.), ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός (Κ.Λ.), ο/η επισκέπτης/τρια υγείας (Ε.Υ.) και ο/η εργοθεραπευτής/πέυτρια (Ε.) που μαζί με τον ψυχίατρο ή παιδοψυχίατρο αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα.

Μέλη της Ομάδας είναι επίσης ο/η νοσηλεύτης/τρια, ο/η λογοθεραπευτής/πέυτρια, ο/η ψυχοπαιδαγωγός και άλλοι ειδικοί θεραπευτές.

Η Θεραπευτική Ομάδα

Η ανάληψη (intake) του περιστατικού μπορεί να γίνει από τον κοινωνικό λειτουργό με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού που θα διευκρινίσει την ιδιαιτερότητα του περιστατικού σε αμιγές κοινωνικό, σε αμιγές ψυχιατρικό ή σε μεικτό. Στην περίπτωση που το περιστατικό έχει μεικτό χαρακτήρα (ψυχιατρικό ή κοινωνικό πρόβλημα), τότε το αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα. Ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες που εξακριβώνονται, θα εκτιμηθεί: 1) σε ατομικό επίπεδο διαγνωστικά από τον

ψυχίατρο και, αν είναι αναγκαίο, ψυχομετρικά από τον ψυχολόγο, και 2) σε οικογενειακό ή συγγενικό επίπεδο όπου θα συνεκτιμηθούν οι πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι σε τρίτους και θα εκτιμηθεί το βάθος του υποστηρικτικού συστήματος του, ώστε να προγραμματιστεί η θεραπευτική παρέμβαση. Αν κριθεί αναγκαίο, θα παρέμβει ο κοινωνικός λειτουργός ή ο επισκέπτης υγείας στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως θα αναπτυχθεί στις επόμενες σελίδες. Τέλος, αν η κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου είναι μειωμένη και υπάρχει δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τη μονάδα εργοθεραπείας ή να εργαστεί σε προστατευόμενο εργαστήριο, τότε συμμετέχει ο εργοθεραπευτής στις εκτιμήσεις της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η θεραπευτική ομάδα θα εργαστεί σε τρία επίπεδα: 1) στο επίπεδο της άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης που μπορεί να έχει τη μορφή της παρέμβασης σε κρίσεις (crisis intervention) ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια, 2) στο επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας, όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του, και 3) στο επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου. Το επίπεδο της αποκατάστασης είναι αυτονόητο ότι αφορά σε ειδικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ατόμων με σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα τους και χαλαρό ή ανύπαρκτο υποστηρικτικό σύστημα.

Η συμβολή κάθε κλάδου για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι ουσιαστική από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου των γνώσεων που απαιτούνται για την κάλυψη κάθε ειδικής ανάγκης του.

Η αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση: 1) της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο (η επιδεξιότητα της επαφής είναι ίσως το βασικό στοιχείο της επιτυχίας στην Κοινωνική Ψυχιατρική), 2) της

εκπαίδευσης και μάλιστα της εξειδίκευσης στην Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική, 3) της διαμόρφωσης μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, 4) της τήρησης των επαγγελματικών ορίων, και 5) της αντίληψης της ομαδικότητας.

Ο ψυχίατρος

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

Ο τύπος εργασίας του ψυχιάτρου στην Κοινοτική Ψυχιατρική, σε σύγκριση με εκείνη του ψυχιάτρου που εργάζεται στο άσυλο, εμφανίζει ορισμένα χαρακτηριστικά που αφορούν τομείς εργασίας, όπως: 1) στην ιεραρχία, 2) στον τόπο και τρόπο δράσης, 3) στην προσέγγιση του αρρώστου, 4) στους θεραπευτικούς χειρισμούς, 5) στη θεραπευτική επαφή, 6) στον τρόπο λήψης απόφασης, και 7) στη συνεργασία με τους άλλους ιατρό-κοινωνικούς φορείς και τους τοπικούς παράγοντες και αρχές.

Η επιτυχία ενός ψυχιάτρου στους τομείς αυτούς είναι αποτέλεσμα της ειδικής εκπαίδευσης του στην ειδικότητα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής. Ο κλάδος της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής, εκπαιδευτικά, ανήκει στα πεδία των επιστημών Δημόσιας Υγείας (Διοικητικής Υγείας, Οικονομίας Υγείας, Επιδημιολογίας, Βιοστατιστικής, Ιατρικής Κοινωνιολογίας, Μεθοδολογίας της Αξιολόγησης), της ψυχιατρικής περίθαλψης και τη θεωρία και πρακτική της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (σεμινάρια Κοινωνικής, Διοικητικής και Προληπτικής Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας και άλλων παρεμφερών μαθημάτων).

Υπάρχουν ορισμένοι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν το ρόλο του ψυχιάτρου ο οποίος εργάζεται σε ένα ΚΚΨΥ (Μαδιανός, 2000, σελ. 152)

1. Η συνολική κρατική πολιτική ψυχικής υγείας, όπως αυτή περιγράφεται από το φάσμα του περιεχομένου των προγραμμάτων και προβλημάτων υγείας και ψυχικής υγείας ειδικότερα, π.χ., ένα ευρύ φάσμα είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας σε αστικές περιοχές, ενώ ένα περιορισμένο πρόγραμμα είναι ίσως η φροντίδα ορισμένων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

2. Το ποσό των διαθέσιμων πόρων, π.χ., η αναλογία ψυχιάτρων ανά πληθυσμιακή μονάδα.

3. Ο ορισμός της ψυχικής αρρώστιας που δίνεται σε μια χώρα, π.χ., τι εννοούμε ως «σχιζοφρένεια», τι είναι «σωματοποίηση», ποιο είναι το πολιτιστικό στοιχείο στην αρρώστια;

4. Η επικράτηση (prevalence) των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα όπου ο ψυχίατρος θα εργαστεί.

5. Η κοινωνικό-δημογραφική και επαγγελματική σύνθεση της κοινότητας.

6. Οι σχέσεις των άλλων στελεχών υγείας στην κοινότητα μεταξύ τους και με τους ψυχιάτρους.

7. Οι υπάρχουσες σχέσεις μεταξύ των ιατρού κοινωνικών υπηρεσιών στην κοινότητα που επηρεάζουν το έργο του ψυχιάτρου.

8. Η ιδεολογία που προϋπάρχει, π.χ., εκλεκτισμός versus ψυχοδυναμική σχολή.

9. Η στάση της ίδιας της κοινότητας απέναντι στην ψυχική αρρώστια, το επίπεδο της αναγνώρισης της ψυχικής αρρώστιας και της ψυχιατρικής ως αποτελεσματικής επιστήμης.

10. Το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο της ίδιας της κοινότητας. (Μαδιανός, 2000, σελ. 153)

Η επιτυχημένη εργασία ενός κοινοτικού ψυχιάτρου συναρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την ίδια τη στάση του προς την κοινότητα και τις ικανότητες του. Θα πρέπει να σημειωθεί το πρόβλημα της ευθυνοφοβίας, π.χ., τι θα γίνει αν ένας άρρωστος κρατηθεί στην κοινότητα και αυτοκτονήσει: Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός ψυχιάτρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση των προγνωστικών δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λάβει.

Η ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον κοινοτικό ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις. (Μαδιανός, 2000)

Ο επισκέπτης υγείας

Ο επισκέπτης υγείας (visiting nurse community or public health nurse) είναι το βασικό στέλεχος της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Εργάζεται με τον άρρωστο και με την κοινότητα.

1 Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου από πλευράς καθαριότητας των χώρων διαμονής, καταλληλότητας τους από πλευράς αερισμού, φωτεινότητας. Είναι γνωστό πως πολλοί χρόνιοι ψυχωσικοί διαμένουν σε τρώγλες κάτω από τραγικές συνθήκες, μέσα σε σωρούς απορριμμάτων, παλιών εφημερίδων και ετερόκλητων αντικειμένων που τα συλλέγουν από τους δρόμους.

2 Ελέγχει την κατάσταση του αρρώστου από πλευράς συμμόρφωσης (compliance) στη φαρμακευτική αγωγή και των πιθανών

παρενεργειών της. Συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένεια του αρρώστου πάνω σε κάθε ψυχοφαρμακευτικό σχήμα και την ανταπόκριση του αρρώστου.

3 Συντονίζει το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας τις οποίες πιθανόν να χρησιμοποιεί ο άρρωστος, π.χ. τις υπηρεσίες του προστατευμένου εργαστηρίου, του μετανοσοκομειακού ξενώνα, του τμήματος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, του νοσοκομείου ημέρας. Ο επισκέπτης υγείας επισκέπτεται το προσωπικό που είναι επιφορτισμένο με τον άρρωστο το οποίο τον ενημερώνει για τη νοσηλευτική και ψυχιατρική του κατάσταση στην κοινότητα, ενώ παράλληλα συμμετέχει στον προγραμματισμό της αποκατάστασης του.

4 Συνεργάζεται με τις τοπικές αρχές, φορείς και οργανώσεις στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και την ΕΨΥ, όπου μπορεί να συνδυάζει το γνωστικό του αντικείμενο (Δημόσια Υγιεινή) με την εξειδίκευση του στην ψυχική υγιεινή, π.χ. να αναπτύξει ομάδες κατοίκων με εκπαιδευτικό στόχο, θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας, όπως είναι το κάπνισμα και οι βλαβερές του συνέπειες, η ατομική καθαριότητα, η πρόληψη του καρκίνου, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η αντισύλληψη.

5 Συμμετέχει στο πρόγραμμα ανίχνευσης «περιπτώσεων» από κοινού με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο.

6 Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΚΨΥ. (Παπαγεωργίου, σελ. 70, 1991)

Ο νοσηλευτής

Στην Κοινοτική Ψυχιατρική η δυνατότητα λειτουργίας ενός μικρού τμήματος εσωτερικής νοσηλείας στο ΚΚΨΥ, όπως συμβαίνει στην Ιταλία και σε μερικές περιπτώσεις στις ΗΠΑ, καθιστά αναγκαία την παρουσία του νοσηλευτή ως βασικού μέλους της θεραπευτικής ομάδας με επικέντρωση στο έργο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής ως μέλος της Ομάδας Ψυχικής Υγείας εργάζεται σε

συγκεκριμένα αντικείμενα στους ακόλουθους τομείς:

1 Στην κλινική/ φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθηση του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και/τις τυχόν παρενέργειες. Εδώ εντάσσεται και η συμμετοχή του στη διαχείριση του μικρού φαρμακείου και της «κλινικής φαρμάκων μακράς δράσης» (Deror) και της διατήρησης της συμμόρφωσης του αρρώστου στην αγωγή με την εφαρμογή τυποποιημένων τεχνικών παρέμβασης.

2 Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευση του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες. (Παπαγεωργίου, 1991)

3 Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων (problem solving).

4 Στη νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερήσιας φροντίδας (day care programmes) που μπορεί να υπάρχει σε ένα ΚΚΨΥ.

Βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της εργασίας είναι:

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

Οι τυχόν επικαλύψεις του έργου του υπάρχουν στους τομείς, π.χ., διεξαγωγής προγραμμάτων αγωγής υγείας, έρευνας ή αξιολόγησης στην εκπαίδευση στελεχών ψυχικής υγείας και στη διοίκηση (διοικητικό έργο)

(Μαδιανός, 2000, σελ. 156).

Ο ψυχολόγος

Η συμμετοχή του ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα του ΚΚΨΥ είναι ουσιαστική. Εργάζεται στα επίπεδα: 1) της διερεύνησης των ποικίλων τύπων (patterns) των ψυχολογικών διεργασιών του πελάτη του κέντρου με τη χρήση των ψυχομετρικών τεστ κτλ., 2) της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο ή την οικογένεια του, και 3) της κοινότητας συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης, όπως είναι η διοργάνωση Σχολών Γονέων, οι ομάδες ευαισθητοποίησης και η συνεργασία με την ΕΨΥ.

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

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

Για τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν εμπόδια στην αποδοτικότητα τους. (Μαδιανός, 2000)

Η επιδεξιότητα της επαφής: η τέχνη να κάνεις επιτυχημένη επαφή με το άτομο που επισκέπτεται το ΚΚΨΥ και ζητά βοήθεια για ατομικό ή

οικογενειακό πρόβλημα, ή με τον εκπρόσωπο ενός κοινοτικού φορέα ή οργάνωσης ή αρχής που δεν έχει προηγουμένως ευαισθητοποιηθεί στα θέματα ψυχικής υγείας απαιτεί λεπτούς χειρισμούς. η κατανόηση των οποίων είναι θέμα εκπαίδευσης και πείρας. Η θέση του ειδικού που κάνει τις επαφές είναι λεπτή, δεν πρέπει να θίγει με κανένα τρόπο αυτόν που έχει το πρόβλημα ή να του δίνει έμφαση και μεγαλύτερη έκταση. Από την άλλη πλευρά, η επαφή με έναν κοινοτικό εκπρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα μήνυμα σαφές για τα όρια των δυνατοτήτων των μελών του ΚΚΨΥ και το πεδίο δράσης του κοινοτικού εκπροσώπου.

Η επικάλυψη: η επικάλυψη αρμοδιοτήτων είναι ένα χρόνιο πρόβλημα που οξύνεται από επαγγελματικές και συνδικαλιστικές διεκδικήσεις και αντιθέσεις. Είναι αλήθεια ότι υπάρχει ένα ποσοστό επικάλυψης στη δουλειά του κοινωνικού λειτουργού με τη δουλειά της επισκέπτριας αδελφής, ιδιαίτερα στο έργο της κοινοτικής παρέμβασης ή του συντονισμού των υπηρεσιών. Κάθε εμπόδιο μπορεί να ξεπεραστεί με το ποσοτικό μοίρασμα της ευθύνης για το έργο μεταξύ των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών και την ισότιμη συνεργασία τους σε τομείς όπου υπάρχει παράλληλη εργασία. (Μαδιανός, 2000)

Ο εργοθεραπευτής

Ο εργοθεραπευτής (occupational therapist) στο ΚΚΨΥ είναι το μέλος της ψυχοκοινωνικής ομάδας που αναλαμβάνει: 1) την άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες (skills) τις οποίες έχουν χάσει λόγω της χρονιότητας της ψυχικής αρρώστιας ή δεν είχαν αποκτήσει ποτέ (οι δεξιότητες αυτές προσφέρουν τη δυνατότητα ανεξάρτησης και αυτονομίας στο άτομο, ώστε να γίνει παραγωγικό και ανεξάρτητο) 2) τη φροντίδα για τη γενικότερη κοινωνικοποίηση τους μέσα από την ομαδική κοινωνικοθεραπευτική εργασία 3) την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου πριν και κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης 4) το γενικότερο προγραμματισμό της κοινοτικής αποκατάστασης (συνθήκες διαμονής, εργασιακές σχέσεις).

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

Ο εργοθεραπευτής εργάζεται στο τμήμα εργοθεραπείας-αποκατάστασης του ΚΚΨΥ. Οργανώνει και διευθύνει την κοινωνική θεραπευτική λέσχη που κοινωνικοποιεί και ψυχαγωγεί τα μέλη της. Ο εργοθεραπευτής εργάζεται επίσης στο προστατευμένο εργαστήριο, που εδρεύει μέσα ή έξω από το ΚΚΨΥ, ή στο κέντρο Προεπαγγελματικής Αποκατάστασης. Συνεργάζεται στενά με τον ψυχίατρο και τον κοινωνικό λειτουργό για την ψυχιατρική και κοινωνική κατάσταση του πελάτη και με τον ψυχολόγο του επαγγελματικού προσανατολισμού για τη συνεκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του πελάτη. Τέλος, ο εργοθεραπευτής είναι επιφορτισμένος με τις επαφές με πιθανούς εργοδότες ή βιοτέχνες, ώστε να προσληφθεί ο πελάτης του ΚΚΨΥ ή να συναφθεί κάποια συμφωνία στο πλαίσιο της ανάθεσης εργασίας «κατ' αποκοπή», που θα αποφέρει οικονομικό όφελος στον πελάτη στο πλαίσιο της προστατευμένης εργασίας.

Η προσφορά του εργοθεραπευτή στο ΚΚΨΥ είναι μοναδική, αφού η εργοθεραπεία υπηρετεί το στόχο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης της ψυχικής αρρώστιας. (Μαδιανός, 2000)

Ο επιμελητής των περιπτώσεων

Ο θεσμός του επιμελητή των περιπτώσεων (case manager) έχει θεωρηθεί από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής των ΗΠΑ αναγκαίος για την αναπλήρωση του κενού που παρατηρείται λόγω του αυξημένου αριθμού χρόνιων ψυχικά αρρώστων και της έλλειψης ειδικών επαγγελματιών π.χ., κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις ως προς διάφορα θέματα, κυρίως προνοιακού χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον ορισμό: Επιμέλεια των περιπτώσεων είναι οι δραστηριότητες που συνδέουν το σύστημα υπηρεσιών με τον καταναλωτή του και συντονίζουν τα διαφορετικά του στοιχεία, ώστε να επιτευχθεί ένα

θετικό αποτέλεσμα. Ο κύριος στόχος είναι το θεραπευτικό συνεχές και η επίλυση προβλημάτων και κυρίως η μείωση της «ακαμψίας» των υπηρεσιών και της υπό-λειτουργικότητας μερικών υπηρεσιών. (Holloway, σελ.35, 1991)

Ο επιμελητής των περιπτώσεων, που θα μπορούσε να ονομαστεί και ψυχιατρικός επιμελητής, είναι συνήθως πτυχιούχος μέσης εκπαίδευσης, απόφοιτος ταχύρυθμων προγραμμάτων ή προπτυχιούχος φοιτητής σχολών ανθρωπιστικών επιστημών. Ο θεσμός του επιμελητή περιπτώσεων άνηθε κατά την περίοδο της αποϊδρυματοποίησης στις ΗΠΑ, ωστόσο σε καμιά άλλη περίοδο δεν έχει εφαρμοστεί.

Ο επιμελητής περιπτώσεων εργάζεται σε τέσσερις βασικούς τομείς: 1) συνδέει τις υπηρεσίες με τον πελάτη, 2) προγραμματίζει για τις υπηρεσίες, 3) συνδέει υπηρεσίες μεταξύ τους για τον πελάτη, και 4) συμβουλεύει με στόχο τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών (Μαδιανός, 2000, σελ. 160).

Ο ρόλος των εθελοντών στο ΚΚΨΥ

Με τον όρο «εθελοντές» εννοούμε άτομα, κατοίκους της κοινότητας, που προσφέρουν, χωρίς μισθό, εθελοντικά, υπηρεσίες οι οποίες υποστηρίζουν τα προγράμματα του ΚΚΨΥ

Το μορφωτικό τους επίπεδο μπορεί να ποικίλλει, από το πτυχίο λυκείου μέχρι εκείνο του Πανεπιστημίου, ενώ πολλές φορές εκείνο που παίζει σημαντικό ρόλο είναι τα επαγγελματικά εφόδια τους, π.χ., ένας κηποτέχνης είναι περισσότερο χρήσιμος από οποιονδήποτε άλλο σε ένα πρόγραμμα κηπουρικής με στόχο την αποκατάσταση.

Οι εθελοντές προσφέρουν την αίσθηση της συμμετοχής της κοινότητας στα προγράμματα του κέντρου και κυρίως της αποκατάστασης των αρρώστων, ώστε ενσωματώνονται μαζί τους στην κοινότητα, ενώ παράλληλα οι εθελοντές και η κοινότητα ευαισθητοποιούνται στα θέματα της ψυχικής αρρώστιας.

Η συμμετοχή των εθελοντών ενεργοποιεί, ενισχύει και πραγματώνει την ενσωμάτωση (integration) των ατόμων μέσα από ποικίλες διεργασίες, π.χ., κοινές συνεστιάσεις και ψυχαγωγικές δραστηριότητες (χοροί, μπαζάρ, εκπαιδευτικές επισκέψεις σε μουσεία, αρχαιολογικούς χώρους, εκδρομές κτλ.).

Είναι απαραίτητη η προηγούμενη εκπαίδευση των εθελοντών σε βασικά θέματα ψυχικής υγιεινής. Ένα παράδειγμα σχετικά με τη συμμετοχή εθελοντών είναι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής και στην ΕΨΥ.

Εθελοντές έχουν χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, όπως σε προγράμματα αλκοολισμού σε κέντρο παρέμβασης σε κρίση, σε προγράμματα φαρμακευτικής ανεξάρτησης, σε ομαδικές θεραπείες, σε υπηρεσίες αποκατάστασης και επανακοινωνικοποίησης.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η συμμετοχή των εθελοντών ουσιαστικοποιείται και το κέντρο μπορεί να διοικηθεί από αυτούς. Υπάρχουν κέντρα στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη που ελέγχονται από τους κατοίκους του τομέα τον οποίο καλύπτουν. Έτσι οι ίδιοι οι κάτοικοι, με τη μορφή συλλόγου ή εταιρείας ή με το Δήμο, αναλαμβάνουν τον τομέα της πρόληψης της ψυχικής αρρώστιας (Μαδιανός, 2000, σελ. 161)

Ο κοινωνικός λειτουργός ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας

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

Εργάζεται με τη κοινότητα για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης (πρόληψη ψυχικής αρρώστιας) και στις συγκεντρώσεις της ΕΨΥ. Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΚΨΥ. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλαμβάνει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων «περιπτώσεων». Μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου, ο Κ.Λ. ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες. (Μαδιανός, 2000)

8.2 Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχική Υγεία

Η κοινωνική εργασία σήμερα ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που απασχολεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολα ατόμων.

Η εμφάνιση της τοποθετείται στην αρχή αυτού του αιώνα, όταν στις ΗΠΑ και στη Μ. Βρετανία οργανώθηκαν φιλανθρωπικά κινήματα, για να στηρίξουν κοινωνικές ομάδες που βρίσκονταν κάτω από καθεστώς φτώχειας και άθλιων συνθηκών διαβίωσης. Η εμπειρία αυτή οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστηματοποιημένου συνόλου γνώσεων, που σήμερα πλέον αποτελεί διεθνώς ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο στην εκπαίδευση, τόσο στην ανώτερη όσο και στην ανώτατη βαθμίδα. Η εκπαίδευση στην Κοινωνική Εργασία ακολουθεί και στην Ελλάδα ανάλογη τροχιά, με αφετηρία το έτος 1937, με την ίδρυση της Ελεύθερης Σχολής Κοινωνικής Πρόνοιας, που εκπαίδευσε τους πρώτους «κοινωνικούς εργάτες». (Χριστοδούλου, 2002)

Η Κοινωνική Εργασία, αντλώντας τις γνώσεις της από τις επιστήμες του ανθρώπου, ανέπτυξε τεχνικές, που στη συνέχεια διαμορφώθηκαν στις παρακάτω μεθόδους προσέγγισης του αντικειμένου της.

- α Κοινωνική Εργασία με το άτομο
- β Κοινωνική Εργασία με την ομάδα
- γ Κοινωνική Εργασία με την κοινότητα
- δ Κοινωνική έρευνα-κοινωνικός σχεδιασμός.

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο για την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας, αφού βασικός της στόχος είναι η προαγωγή της υγιούς έκφρασης ατόμων ή ομάδων. Η είσοδος της κοινωνικής διάστασης στην Ψυχιατρική - «Κοινωνική Ψυχιατρική» - καθιστά πολύπλευρη την αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς και εντάσσει τον κοινωνικό λειτουργό στη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας. Έτσι, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αποκτά σημασία και στα τρία είδη περίθαλψης. Μέσα από ένα δίκτυο συνδυασμένων παρεμβάσεων, συμπληρώνει το θεραπευτικό έργο και συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της θεραπευτικής ομάδας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη - Πρόληψη

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, αξιολογεί τα αποτελέσματα και εντοπίζει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια, προτείνει λύσεις για το σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης, που διασφαλίζουν την ψυχική υγεία της κοινότητας.

Το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, με τη δομή των υπηρεσιών που παρέχει, εξουσιοδοτεί τον κοινωνικό λειτουργό, μαζί με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, να συνεργαστεί και να κάνει παρεμβάσεις σε θεσμούς και φορείς της κοινότητας, όπως δημόσιους οργανισμούς, δήμους, Εκκλησία, υγειονομικές υπηρεσίες, βρεφονηπιακούς σταθμούς, σχολεία, πανεπιστήμια, εργοδότες. (Χριστοδουλου, 2002)

Δευτεροβάθμια περίθαλψη - Θεραπευτική αντιμετώπιση

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία

πρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και εισαγωγής του στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και συνοδεύει εκείνον και την οικογένεια του σε όλη τη διάρκεια της ολικής ή μερικής νοσηλείας του (ενδονοσοκομειακή νοσηλεία-νοσοκομείο ημέρας). Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού σ' αυτή την περίοδο της ζωής του ασθενούς επικεντρώνονται:

- α Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ίδιου του ασθενούς
- β Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας του
- γ Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Έτσι, ο ρόλος του υπηρετείται από μια σειρά ενεργειών, που είναι:

- Η λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού, με τη συνακόλουθη εκτίμηση των κοινωνικών, οικογενειακών και πολιτισμικών παραμέτρων, που συνεργούν στην έναρξη της νόσου και παρεισφρύνουν στην πορεία της.
- Η ιεράρχηση των προβλημάτων αυτών και η υποστηρικτική παρέμβαση, με έμφαση στην προτροπή του ασθενούς να δεχθεί βοήθεια και να συνεργαστεί.
- Η επικέντρωση στην άμεση αντιμετώπιση σοβαρών και συχνά απειλητικών καταστάσεων, που εγκλωβίζουν την «οικογένεια σε κρίση» και παρεμποδίζουν τις υγιείς λειτουργίες της.
- Η ευαισθητοποίηση του ασθενούς και της οικογένειας του στην αποδοχή και κατανόηση της φύσης του προβλήματος του και στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που θα διευκολύνουν τη διαχείριση του.
- Η ενημέρωση και υποστήριξη της οικογένειας, προκειμένου να βοηθηθεί να επιλύσει επείγοντα πρακτικά ζητήματα.

Τέλος, αφού ολοκληρωθεί το στάδιο της παραμονής του ασθενούς στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, τον παραπέμπει σε μία ή περισσότερες ενδιάμεσες δομές, εάν αυτό είναι αναγκαίο. Παράλληλα, τον διασύνδει με τις πηγές της κοινότητας και τον εισάγει πλέον στην ευθύνη της τριτογενούς περίθαλψης. (Χριστοδούλου, 2002, σελι 915)

Τριτοβάθμια περίθαλψη - Ενδιάμεσες Δομές - Αποκατάσταση

Η έξοδος του ασθενούς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και η προσπάθεια ένταξης του στην κοινότητα, εγκαινιάζει την πλέον μακρόχρονη διαδρομή που έχει να διανύσει για την αντιμετώπιση της νόσου του. Εδώ, οι προσπάθειες επικεντρώνονται στη θεμελίωση και διατήρηση από τον ασθενή μιας σειράς από δεξιότητες, που θα του εξασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Για την ευόδωση αυτού του θεραπευτικού έργου, απαραίτητη είναι η ύπαρξη και λειτουργία ενδιάμεσων δομών και προγραμμάτων αποκατάστασης, όπως μεταβατικοί ξενώνες και ξενώνες μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα, κοινωνικές λέσχες, κέντρα επαγγελματικής προεργασίας και κατάρτισης, εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης εφήβων και ενηλίκων, παραγωγικά εργαστήρια και καταστήματα προώθησης των προϊόντων τους.

Η χρήση των παραπάνω μονάδων μπορεί να γίνει μεμονωμένα ή σε αλληλοδιαπλοκή. Εδώ, ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσει μια πολυδιάστατη δραστηριότητα, με στόχο να στηρίξει τον ασθενή και την οικογένεια του να κρατήσουν τη θέση τους μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι:

- Ευαισθητοποιεί στην πρόληψη της υποτροπής.
- Ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών.
- Αναζητά πηγές βοήθειας.
- Εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου.

• Υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την ψυχική υγεία (π.χ. σύλλογοι γονέων και σύλλογοι ασθενών)(Χριστοδούλου,2002)

Η σύγχρονη αντίληψη και κατανόηση του ψυχικά ασθενούς μας υποχρεώνει σε πολύπλευρες προσεγγίσεις, που τον αντιμετωπίζουν σε συνάρτηση με τις κοινωνικές και συναισθηματικές συνθήκες που τον περιβάλλουν. Οι ρόλοι των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που ανήκουν στη διεπιστημονική ομάδα εξαιτίας αυτής της πολυπλοκότητας, συχνά χάνουν τη σαφήνεια των ορίων τους, την ίδια στιγμή που απαιτείται προσοχή στην τήρησή τους. Η διεπιστημονική ομάδα είναι σημαντικό να αυτοπροσδιορίζεται, για να αποκτήσει αποτελεσματικότερη λειτουργικότητα. Η αποφυγή του κατακερματισμού του ασθενούς και η ενίσχυση της αυτοδιάθεσης του αποτελούν ιδεολογικό υπόβαθρο και κύριο μέλημα της.

Η συνεχής ενημέρωση του κοινωνικού λειτουργού στις νέες τάσεις που αφορούν το αντικείμενο του αποτελεί προϋπόθεση για την επαγγελματική του επάρκεια, ενώ, παράλληλα, με το κλινικό του έργο, συμμετέχει στην εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.(Χριστοδούλου,σελ.920,2000)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ενημέρωση και συνεπώς η ευαισθητοποίηση των ατόμων, όσον αφορά τη σχιζοφρένεια και το κοινωνικό στίγμα.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η ψυχική νόσος και ειδικότερα η σχιζοφρένεια, τα αίτια και οι επιπτώσεις στον ασθενή καθώς και οι προτεινόμενες θεραπείες. Επίσης κατατίθεται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σχετικά με την κοινωνική αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και παράλληλα παρουσιάζονται οι δομές και τα πλαίσια κοινωνικής επανένταξης αυτών.

Επιπρόσθετα, αναλύεται το κοινωνικό στίγμα, οι αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή και την οικογένειά του. Επίσης αναφέρονται βασικές προσπάθειες αποστιγματισμού καθώς και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Παράλληλα παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.

Ένα μεγάλο, αν όχι το μεγαλύτερο πρόβλημα της σχιζοφρένειας είναι η αδυναμία αναγνώρισής της. Είναι προφανές ότι αν δεν εντοπιστεί, δεν μπορεί να θεραπευτεί σωστά. Αλλά ακόμα και στις περιπτώσεις εκείνες όπου εντοπίζεται, συχνά δεν τυγχάνει της κατάλληλης αγωγής.

Πιστεύεται ότι ένας από τους κύριους λόγους για την αδυναμία αναγνώρισης και θεραπείας της προέρχεται από το στίγμα. Στην πτυχιακή αυτή δίνεται βαρύτητα στο στίγμα και στις συνέπειες που επιφέρει. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα, για ποιο λόγο άραγε να υπάρχει, γιατί να συνοδεύει τη σχιζοφρένεια και ποιο είναι το πρόβλημα να είναι κανείς σχιζοφρενής, αφού η σχιζοφρένεια είναι μία αρρώστια σαν όλες τις άλλες. Αλλά δεν υπάρχει κάποια απλή απάντηση σε αυτή τη διαφορά. Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι το στίγμα υπάρχει και είναι παράλογο. Για να απαλλαγεί κανείς από αυτό, προφανώς κρίνεται αναγκαίο να φανεί λογικός. Αλλά είναι σκόπιμο να γίνει παραδεκτό ότι το να «φανεί κάποιος λογικός», μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για την φύση του ανθρώπου. Είναι κοινά παραδεκτό όμως ότι η προσπάθεια και μόνο είναι δυνατόν να επιφέρει αποτελέσματα.

Η προστασία και η βελτίωση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων, για να είναι αποτελεσματική απαιτεί την ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων κοινωνικής πολιτικής. Παρακολουθήσαμε την ιστορική εξέλιξη των ψυχιατρικών ασύλων και συμπεράναμε ότι η μεταχείριση των αρρώστων μέσα και έξω από τα ψυχιατρικά

άσυλα είναι φυσικό να ανταναικλά τις προκαταλήψεις. Ένας σημαντικός παράγοντας αποτελεί ο μικρός σχετικά αριθμός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ο οποίος δημιουργούσε ανέκαθεν – όπως συμβαίνει συχνά και σήμερα – συνθήκες εξαθλίωσης, με αποτέλεσμα την έλλειψη κάθε ανθρωπιάς και συνεπώς κοινωνικής επανένταξης.

Καλό θα ήταν παράλληλα ο εμπλουτισμός ειδικών γνώσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με σημαντικές παραμέτρους τον ενθουσιασμό, την εργατικότητα και τον ρεαλισμό σχετικά με τις δυνατότητες και τις προοπτικές των ασθενών, να αποτελέσουν αρωγοί στην προάσπιση και προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψης.

Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων πρέπει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την μία πλευρά, όπως προαναφέρθηκε, αλλά και δικαίωμα και απαίτηση των ψυχικά ασθενών από την άλλη. Ένα καταρτισμένο προσωπικό έχει την ικανότητα να συμβάλλει στην επαρκή περίθαλψη και προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Για την αποδοτική και αποτελεσματική εργασία της διεπιστημονικής ομάδας, σημαντικό ρόλο παίζουν, η προσωπικότητα κάθε μέλους, που ευνοεί την καλή επαφή με την κοινότητα και το άτομο, καθώς αυτή είναι ίσως το βασικό στοιχείο της επιτυχίας στην κοινοτική ψυχιατρική. Επίσης καθοριστικό ρόλο παίζει η διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, η τήρηση των επαγγελματικών ορίων και η αντίληψη της ομαδικότητας.

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής υγείας στους τομείς περίθαλψης. Στην πρωτοβάθμια όσον αφορά την πρόληψη, στην δευτεροβάθμια, σχετικά με την θεραπεία και στην τριτοβάθμια, όσον αφορά την αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Ο κοινωνικός λειτουργός, με τις ιδιαίτερες γνώσεις που κατέχει, με τη συμμετοχή του σε ερευνητικά προγράμματα, προικισμένος από τον βασικό στόχο της κοινωνικής εργασίας, δηλαδή την προαγωγή της υγιούς έκφρασης ατόμων ή ομάδων, μπορεί να συμβάλει στην ενδυνάμωση της ανάπτυξης του ανθρώπου, της οικογενειακής ζωής και της κοινωνικής συνοχής. Κατά συνέπεια ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί έναν κρίκο, αναπτύσσοντας μία πολυδιάστατη δραστηριότητα, και συνδέοντας τον ασθενή και την οικογένεια στον κοινωνικό ιστό.

Αναμφισβήτητα, είναι δικαίωμα βασικής προτεραιότητας για τους ψυχικά πάσχοντες και λόγω της σπουδαιότητάς του, δικαίωμα όλης της κοινωνίας η υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων που ανάγονται στο πεδίο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δικαίωμα το οποίο δεν θα πρέπει να περιορίζεται από δημοσιονομικές πολιτικές.

Η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με την μετατροπή του κέντρου βάρους από το ψυχιατρείο στην κοινότητα, καθιστά βέβαιο ότι η σταδιακή έξοδος του ψυχικά πάσχοντα στην κοινότητα στο πλαίσιο στήριξης και προστασίας ελαχιστοποιεί τους κινδύνους από τυχόν αναποτελεσματικές θεραπείες.

Είναι αξιοσημείωτη η εξέλιξη όσον αφορά τις δομές κοινωνικής επανένταξης. Η παλιά εικόνα της νοσηλείας ιδρυματοποιημένων ασθενών έχει αντικατασταθεί από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα-κοινωνία.

Αναμφίβολα η ποικιλία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και οι Κινητές Μονάδες, παρέχει έμμεσα την εικόνα της σύγχρονης ψυχιατρικής περιθαλψης, δηλαδή την μετατροπή της από την ασυλιακή Ψυχιατρική προς την εξωνοσοκομιακή και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική επανένταξη.

Επίσης θεωρούμε βασικό τη μεθοδολογία Ανάπτυξης Προγραμμάτων και Παρεμβάσεων από τους φορείς σε θέματα Καταπολέμησης του Στίγματος , Ευαισθητοποίησης της Κοινότητας , Επικοινωνιακής Πολιτικής των Δομών και Ανάπτυξης Δικτύου Εθελοντών.

Θεωρούμε κύριο μέλημα για την επίτευξη αυτού του στόχου τη βελτίωση των θεραπειών. Αναπόφευκτα στις μέρες μας η εφεύρεση των φαρμάκων έχει σημειώσει επαναστατική πρόοδο στη θεραπεία. Παλαιότερα οι θεραπείες συχνά στηρίζονταν σε βασανιστικές μεθόδους , όπως για παράδειγμα η λοβοτομή. Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει δύο κυρίως προσεγγίσεις , τη βιολογική και τη ψυχοκοινωνική , όπως για παράδειγμα η θεραπεία περιβάλλοντος , η Ν.Α.Μ.Ι .Η συστηματικότερη και παράλληλα η συχνότερη χρήση τους θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα.

Σημαντικό βήμα για την αποσταθεροποίηση της κυριαρχίας της προκατάληψης αποτελούν η καταπολέμηση της άγνοιας , η αλλαγή των απόψεων και οι στάσεις του κοινού μέσα από προγράμματα ενημέρωσης , ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης. Αναμφισβήτητα ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης θα συμβάλλει σημαντικά

στην επίτευξη αυτού του στόχου, μέσω κινηματογραφικών ταινιών, δημοφιλών σειρών ακόμη και τραγουδιών.

Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειές / στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα να αναπτυχθούν εκπαιδευτικά προγράμματα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των φορέων που να απευθύνονται στους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Τα προγράμματα αυτά θα περιλαμβάνουν ομάδες συγγενών και ασθενών με ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια, εκπαίδευση στην επικοινωνία, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και τεχνικές διαχείρισης άγχους.

Για να μειώσουμε τις διακρίσεις, είναι πραγματικά σημαντικό να ενεργήσουμε για να δημιουργηθεί καλύτερη νομική προστασία για όσους πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έχει σχεδιαστεί η ανάπτυξη ενός πολύπλευρου δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα, 'όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ.

Επίσης σημαντικό για την διάχυση της πληροφόρησης γύρω από την ψυχική ασθένεια είναι η συμμετοχή των Φορέων, αλλά και του ευρύτερου κοινού σε εκδηλώσεις, σεμινάρια, ημερίδες. Σε αυτό ακριβώς το σημείο καθοριστικό ρόλο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και συνεπώς της ευαισθητοποίησης μπορεί να παίξει το σχολείο και η εκκλησία, μέση συστηματικών προγραμμάτων, ομιλιών, ειδικών μαθημάτων.

Μία επίσης αποτελεσματική στρατηγική για τη δημοσιοποίηση της ενημέρωσης του κοινού είναι η δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με στόχο την κινητοποίηση των πολιτών για εθελοντική δράση.

Από όσα προαναφέρθηκαν ανάγεται το συμπέρασμα ότι εμείς οι ίδιοι πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι. Ο σεβασμός στην διαφορετικότητα και ατομικότητα του κάθε ανθρώπου κρίνεται αναγκαίο να αποτελεί καθημερινή σκέψη και φροντίδα όλων.

Οι άνθρωποι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν πολύ καλά τα μυστήρια, τα πράγματα που δεν μπορούν να δουν, να αισθανθούν, να γευτούν, ή να μετρήσουν. Γι' αυτό και δημιουργούν μύθους που να εξηγούν τα πράγματα. Όταν δεν ξέρουν τι προκαλεί του κεραυνούς, δημιουργούν έναν θεό που τους ρίχνει. Και για τους περισσότερους ο εγκέφαλος είναι πολύ πιο μυστηριώδης απ' ό,τι ένας κεραυνός.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ανακοινώσεις - παρουσιάσεις

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ "ΑΝΑΔΟΧΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ" ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ

Β. Κυριακάκης
Κοιν. Λειτουργός

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας - κυρίως σε μεγάλα ιδρύματα - για τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές αρρώστιες και αναπηρίες, ανάγκασε την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) αλλά και άλλους φορείς να επανοξιολογήσουν τον τρόπο και το σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η ομοφωνία των ειδικών για την ψυχική υγιεινή στα πιο σπουδαία χαρακτηριστικά είναι σαφής. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής για ειδικές κοινότητες ή πληθυσμούς πρέπει να ολοκληρωθούν και να συντονιστούν στο σχεδιασμό και στη διοίκηση. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει σταθερά να μειωθούν σε μέγεθος και σε κυριαρχία και το κύριο βάρος της δουλειάς να μετακινηθεί στην ίδια την κοινότητα. Η εναλλακτική νοσοκομειακή θεραπεία πρέπει να παρέχεται σε γενικά νοσοκομεία, η φροντίδα στο σπίτι πρέπει να είναι κοντά στον πληθυσμό που υπηρετεί, οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και η καθημερινή φροντίδα πρέπει να παρέχονται εκεί όπου οι ανάγκες του ασθενή μπορούν ν' αντιμετωπίζονται χωρίς εισαγωγή στα ψυχιατρεία.

Η φροντίδα στο σπίτι από Κοινωνικούς Λειτουργούς πρέπει να παρέχεται για να παραμείνουν τα άτομα στο σπίτι και όσο το δυνατό περισσότερο σε κατάσταση "κανονικής ζωής".

Το θέμα της αποκατάστασης ψυχικά ασθενών είναι κυρίαρχο αφού δεχόμαστε πως αποτελεί τον τελικό στόχο της πολυεπίπεδης και πολύπλευρης προσπάθειας αντιμετώπισης της ψυχικής Αρρώστιας.

Η εξέταση του θεσμού της αποκατάστασης και της κοινωνικής επανένταξης αποτελεί ένα σημείο εξέλιξης της ίδιας της κοινωνίας και βέβαια γίνεται κάτω από την επίδραση πολλών παραγόντων, οικονομικών, κοινωνικών, δημογραφικών, επιστημονικών, αλλά επίσης και πολιτικών, φιλοσοφικών ή θρησκευτικών.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στην διαδικασία της επανένταξης είναι μεγάλες

και επισημαίνονται σχετικά εύκολα. Η αποκοπή του αρρώστου από το κοινωνικό περιβάλλον και βέβαια το οικογενειακό περιβάλλον κατά την διάρκεια της αρρώστιας, η έκπτωση συχνά των ικανοτήτων του, η ανάγκη για εκπαίδευση ή επανεκπαίδευση, η χρήση φαρμάκων με τους όποιους περιορισμούς συνεπάγεται αυτό, το πρόβλημα της διαμονής του αρρώστου αλλά και η στάση της κοινωνίας συνολικά είναι μερικά μόνο ενδεικτικά προβλήματα και στοιχεία των δυσκολιών που παρουσιάζονται στην όλη διαδικασία αποκατάστασης.

Η σταθερή παρακμή των ψυχιατρείων τις περασμένες δύο δεκαετίες τουλάχιστον στην Ευρώπη, όσον αφορά τον αριθμό αλλά και το μέγεθος τους, αποτέλεσε χωρίς αμφιβολία ένα ευθαρρυντικό στοιχείο στην ανάπτυξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η πορεία όμως για μία ουσιαστική συρρίκνωση της ιδρυματικής περιθαλψης δεν ολοκληρώθηκε και δεν μπορεί να ολοκληρωθεί χωρίς τα τυπικά προγράμματα αποκατάστασης.

Η μέχρι σήμερα ανάπτυξη του πλέγματος των υπηρεσιών αποκατάστασης είναι μάλλον τυχαία, ακανόνιστη και ανισομερής παρά τα ουσιαστικά βήματα που έγιναν τα τελευταία χρόνια.

Γι' αυτό χρειάζεται μία συνολική επανεξέταση και επαναπροσδιορισμός του όλου πλέγματος των υπηρεσιών που έχουν σχέση με την κοινωνική αποκατάσταση.

Είναι ανάγκη να υπάρξει μία ριζοσπαστική αντιμετώπιση αν θέλουμε να δούμε πραγματικά την αλλαγή τόπων ή τρόπων περίθαλψης, όπως η Λέρος, το Ψυχιατρείο Αττικής, το Δρομοκαϊτίο κλπ και να πάψουν να αποτελούν δείγμα καθυστέρησης - απανθρωπιάς και αντιεπιστημονικής αντιμετώπισης.

Αν δούμε και την οικονομική πλευρά της ανεπιτήρητης περίθαλψης της Λέρου και των άλλων Ψυχιατρείων Ασύλων, θα διαπιστώσουμε ότι οι δαπάνες είναι τεράστιες, χωρίς το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τα οικονομικά και στατιστικά δεδομένα, ένα ποσοστό που ξεπερνά το 25% του συνολικού αριθμού νοσηλευόμενων, δεν έχει καμμία ουσιαστική ανάγκη παραμονής στο ψυχιατρείο, αφού δεν υποβάλλεται σε καμμία θεραπεία, αλλά παραμένει εκεί για λόγους ξενοδοχειακούς ή κοινωνικούς, για πολύ καιρό συνήθως (2 - 20 χρόνια) "επιβαρύνοντας" το κόστος νοσηλείας κατά (15.000) δέκα πέντε χιλιάδες δρχ. ημερησίως. Αυτό σημαίνει ότι κάθε ασθενής που παραμένει σ' ένα από τα ψυχιατρεία άσυλα, στοιχίζει στον Έλληνα φορολογούμενο περίπου τετρακόσιες πενήντα χιλιάδες δρχ. το μήνα για να εξασφαλίσει τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που προσβάλουν τον άνθρωπο (Λέρος, Δημ. Ψυχιατρείο, Πέτρα κλπ).

Με τα δεδομένα αυτά πιστεύω ότι πρέπει να δούμε το θέμα της αποασυλοποίησης με συγκεκριμένα στοιχεία και να πάρουμε συγκεκριμένα και άμεσα μέτρα.

Μία λύση που μπορεί να αποτελέσει επανάσταση για ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που παραμένουν χρόνια στα Άσυλα είναι ο θεσμός των αναδόχων οικογενειών.

Ο θεσμός και η καθιέρωση των αναδόχων οικογενειών θα συμβάλλει στην ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στο κοινωνικό περιβάλλον δημιουργώντας συνθήκες και προϋποθέσεις ζωής μέσα σε οικογένειες, για άτομα που έχουν ζήσει πολλά χρόνια στο Νοσοκομείο και δεν έχουν άλλες δυνατότητες αποκατάστασης.

Το πρόγραμμα των αναδόχων οικογενειών θα περιλαμβάνει εκτός των άλλων και την εκπαίδευση στελεχών που θα βοηθήσουν στην αποιδρυματοποίηση χρόνιων αρρώστων που μένουν σήμερα στο ψυχιατρείο επειδή δεν έχουν άλλες δυνατότητες

ένταξη
τοποθε
νοντας
και νο
τοποθε
Με
της Κι
εναλλι
τάστας
Αφ
αφού ε
πορικ
Στη
κόστος
κατά μ
μεγαλ
Κα
την στ
απαρ
συντο
Οι
νοσηλ
επιτυχ
β) Τη
επιλο
υπηρε
θεσμο
τερο
Πλ
ανάδε
μεταρ
τοδοτ

ένταξης στην κοινότητα. Με τη δημιουργία των ανάδοχων οικογενειών και την τοποθέτηση χρόνιων ασθενών αποδεσμεύονται κρεβάτια από το Νοσοκομείο, αυξάνοντας την λειτουργικότητά του και εξασφαλίζουμε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και νοσηλείας και σ' αυτούς που παραμένουν στο ψυχιατρείο και σ' αυτούς που τοποθετούνται στις ανάδοχες οικογένειες.

Με τις ανάδοχες οικογένειες θα βοηθήσουμε και στη διαμόρφωση μίας νέας στάσης της Κοινότητας απέναντι στα θέματα Ψυχικής Υγείας. Ακόμη προσφέρουμε μία εναλλακτική πρόταση στους ασθενείς που δεν έχουν την δυνατότητα άλλης αποκατάστασης.

Αφρα τελευταίο του οικονομικό παράγοντα που νομίζω είναι ιδιαίτερα σημαντικός αφού ξέρουμε ότι πολλές φορές τα οικονομικά είναι ανασταλτικά για πολλά πρωτοποριακά προγράμματα.

Στην περίπτωση όμως των ανάδοχων οικογενειών έχουμε οδαστική μείωση του κόστους με παράλληλη παροχή καλύτερης φροντίδας. Το κόστος για έναν ασθενή κατά μήνα που νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο είναι περίπου τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κόστος παραμονής του ασθενούς στην Ανάδοχη Οικογένεια.

Κατά συνέπεια και από οικονομική άποψη είναι σωστή η επιλογή της ανάδοχης. Για την στήριξη των ανάδοχων οικογενειών αλλά και την υποστήριξη των ασθενών είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί συγκροτημένη κοινωνική υπηρεσία που θα έχει τον συντονισμό του προγράμματος και την υποστήριξη των οικογενειών.

Οι πρώτες ανάδοχες οικογένειες μπορούν να επιλέγουν ανάμεσα σε πρώην νοσηλεύτριες (που τώρα έχουν πάρει σύνταξη) ή άλλο υγειονομικό προσωπικό. Η επιτυχία του θεσμού των αναδόχων θα εξαρτηθεί απόλυτα: α) Από την σωστή επιλογή β) Την σωστή επιλογή και εκπαίδευση των ανάδοχων οικογενειών γ) Την σωστή επιλογή κινήτρων για τις ανάδοχες οικογένειες δ) Από την συγκρότηση κοινωνικής υπηρεσίας που θα υποστηρίζει τον θεσμό. Τα πλεονεκτήματα της δημιουργίας του θεσμού των αναδόχων είναι εύκολα ορατά και δεν χρειάζεται ν' αναλυθούν περισσότερο στο σύντομο αυτό σημείωμα.

Πληροφοριακά αναφέρω ότι πρόγραμμα για την ανάπτυξη του θεσμού των ανάδοχων το έχω υποβάλλει στις υπηρεσίες της ΕΟΚ (κοινοτικό ταμείο 815 για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα) το 1987 και ήδη έχει εγκριθεί η χρηματοδότησή του, με φορέα υλοποίησης το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

ένταξης στην κοινότητα. Με τη δημιουργία των ανάδοχων οικογενειών και την τοποθέτηση χρονίων ασθενών αποδεσμεύονται κρεβάτια από το Νοσοκομείο, αυξάνοντας την λειτουργικότητά του και εξασφαλίζουμε καλύτερες συνθήκες διάβιωσης και νοσηλείας και σ' αυτούς που παραμένουν στο ψυχιατρείο και σ' αυτούς που τοποθετούνται στις ανάδοχες οικογένειες.

Με τις ανάδοχες οικογένειες θα βοηθήσουμε και στη διαμόρφωση μίας νέας στάσης της Κοινότητας απέναντι στα θέματα Ψυχικής Υγείας. Ακόμη προσφέρουμε μία αναλλακτική πρόταση στους ασθενείς που δεν έχουν την δυνατότητα άλλης αποκατάστασης.

Αφησα τελευταίο τον οικονομικό παράγοντα που νομίζω είναι ιδιαίτερα σημαντικός αφού ξέρουμε ότι πολλές φορές τα οικονομικά είναι ανασταλτικά για πολλά πρωτοποριακά προγράμματα.

Στην περίπτωση όμως των ανάδοχων οικογενειών έχουμε οδαστική μείωση του κόστους με παράλληλη παροχή καλύτερης φροντίδας. Το κόστος για έναν ασθενή κατά μήνα που νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο είναι περίπου τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κόστος παραμονής του ασθενούς στην Ανάδοχη Οικογένεια.

Κατά συνέπεια και από οικονομική άποψη είναι σωστή η επιλογή της ανάδοχης. Για την στήριξη των ανάδοχων οικογενειών αλλά και την υποστήριξη των ασθενών είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί συγκροτημένη κοινωνική υπηρεσία που θα έχει τον συντονισμό του προγράμματος και την υποστήριξη των οικογενειών.

Οι πρώτες ανάδοχες οικογένειες μπορούν να επιλέγουν ανάμεσα σε πρώην νοσηλεύτριες (που τώρα έχουν πάρει σύνταξη) ή άλλο υγειονομικό προσωπικό. Η επιτυχία του θεσμού των αναδόχων θα εξαρτηθεί απόλυτα: α) Από την σωστή επιλογή β) Την σωστή επιλογή και εκπαίδευση των ανάδοχων οικογενειών γ) Την σωστή επιλογή κινήτρων για τις ανάδοχες οικογένειες δ) Από την συγκρότηση κοινωνικής υπηρεσίας που θα υποστηρίξει τον θεσμό. Τα πλεονεκτήματα της δημιουργίας του θεσμού των αναδόχων είναι εύκολα ορατά και δεν χρειάζεται ν' αναλυθούν περισσότερο στο σύντομο αυτό σημείωμα.

Πληροφοριακά αναφέρω ότι πρόγραμμα για την ανάπτυξη του θεσμού των ανάδοχων το έχω υποβάλλει στις υπηρεσίες της ΕΟΚ (κοινοτικό ταμείο 815 για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα) το 1987 και ήδη έχει εγκριθεί η χρηματοδότησή του, με φορέα υλοποίησης το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

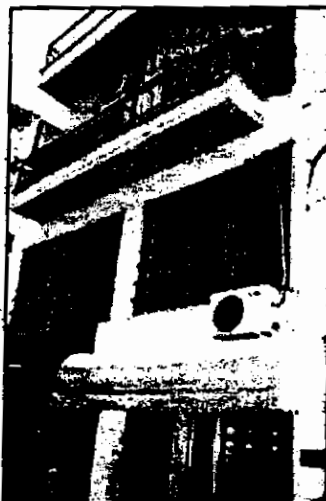
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση > Ξενώνας "Διώνυσος"

Αρχή
Ιστορική Αναδρομή
Τοποθεσία-Πληροφορίες
Οργάνωση
Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
Υπηρεσίες για τον Πολίτη
Κοινωνικές Δομές
Συμβουλευτικά Όργανα
Ευρωπαϊκά Προγράμματα
Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
Επιστημονικές Εκδηλώσεις
Εκπαίδευση
Επικοινωνιακή Πολιτική
Εθελοντισμός
Κατάρτιση-Απασχόληση
Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
Επικοινωνία
Χάρτης Site

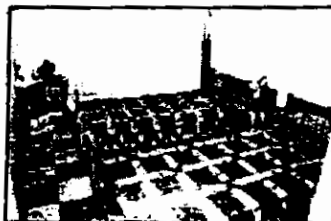
ΞΕΝΩΝΑΣ "ΔΙΟΝΥΣΟΣ"



Ο Ξενώνας "Διώνυσος" βρίσκεται στην οδό Α παρ. Γ. Ολυμπίου 8 στην Κατερίνη. Λειτουργεί από 26 Ιουνίου 2000 στα πλαίσια του προγράμματος "Ψυχαργός". Προηγήθηκε ένα στάδιο προετοιμασίας των ασθενών στο Ψ.Ν.Π.Ο. από ομάδα επαγγελματιών του Ξενώνα και από εργαζόμενους του Ψυχιατρείου. Στόχος του ήταν να προετοιμαστούν οι ασθενείς για να ζήσουν στην κοινότητα.

Το προσωπικό που εργάζεται στον Ξενώνα είναι:

ΚΛΑΔΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΕ	ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	1
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	1
ΤΕ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	4
	ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	1
	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ	1
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1
ΔΕ	ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	3
	ΑΡΤΟΖΑΧΑΡΟΠΛΑΣΤΗΣ	1
	ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ	1
	ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ	1
ΣΥΝΟΛΟ		15



Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται στον Ξενώνα είναι:



- ✓ Βελτίωση της λειτουργικότητας του Ξενώνα, ανάπτυξη επιπέδου ανεξαρτησίας τους και ανάδειξη δεξιοτήτων τους και αυτοκφροντίδας / αυτοεξυπηρέτησης.

- ✓ Βελτίωση κοινωνικών ικανοτήτων (μαθήματα κοινωνικής συμπεριφοράς μέσα στον Ξενώνα).
- ✓ Προετοιμασία αυτόνομης διαβίωσης.
- ✓ "Άνοιγμα" της οικογένειας. Ανταλλαγή επισκέψεων.
- ✓ Διασφάλισης ποιότητας φροντίδας και ζωής
- ✓ Φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη και ψυχοθεραπεία
- ✓ Καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής αρρώστιας με ενημέρωση κοινότητας
- ✓ Επαγγελματική κατάρτιση.

Οι ένοικοι που διαμένουν στον Ξενώνα "Διώνυσος" είναι:

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	8
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2
ΗΛΙΚΙΑ	20-30	1
	40-50	2
	50-60	7
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	1
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	6
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1
	ΛΥΚΕΙΟ	2
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Π.Ο.	10
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ (ΝΟΜΟΣ)	ΠΙΕΡΙΑΣ	6
	ΛΑΡΙΣΙΑΣ	1
	ΚΟΖΑΝΗΣ	1
	ΑΛΛΟΥ ΝΟΜΟΥ	2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΟΣ	7
	ΧΗΡΟΣ	1
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	2
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΠΡΟΝΟΙΑ	1
	ΙΚΑ	4
	ΟΓΑ	5
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ	1
	Σχιζοφρενική διαταραχή παρνοϊκού τύπου	8
	Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	1
ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ Ψ.Ν.Π.Ο.	1-5 ΕΤΗ	7
	5-10 ΕΤΗ	1
	15-20 ΕΤΗ	1
	20 ΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	1
ΣΥΝΟΛΟ		10
Διαθέσιμες κλίνες		11
Κενές κλίνες		1

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Ρίζου - Ντακαρέλα Παυλίνα, Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 23510 45710

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΡΤΟΖΑΧΑΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ

Στα πλαίσια του προγράμματος "Ψυχαργώς", οι ένοικοι του Ξενώνα "Διώνυσος" κατάρτιστηκαν και απασχολούνται επαγγελματικά. Σκοπός είναι τα άτομα αυτά να έχουν μια όσο το δυνατόν ομαλή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Επίσης, στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του αποκλεισμού

τους από την αγορά εργασίας.

Στον 1ο όροφο του κτηρίου της Διοίκησης στην οδό 25η Μαρτίου 102 στην Κατερίνη στεγάζεται το εργαστήριο Αρτοζαχαροπλαστικής. Καθημερινά οι ένοικοι του Ξενώνα μεταβαίνουν στο χώρο εργασίας τους. Εκεί απασχολούνται για αρκετές ώρες. Αντλούν μεγάλη ικανοποίηση παρασκευάζοντας αρτοσκευάσματα και μια ποικιλία από γλυκά.

Η προσαρμογή των ενοίκων στα εργαστήρια έγινε σταδιακά, προσαρμόζοντας αρχικά τα ωράριά τους. Κατά τη διάρκεια της κατάρτισης επανεμφανίστηκαν οι παλιές τους ξεχασμένες δεξιότητες, ανεβάζοντας την λειτουργικότητά τους σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Υπήρχαν βέβαια κάποιες διακυμάνσεις τόσο στην απόδοσή τους, όσο και στο ενδιαφέρον τους. Απόρροια της ψυχικής τους νόσου. Έγιναν οι κατάλληλες ενέργειες για τη διοχέτευση των προϊόντων παραγωγής σε διάφορους χώρους, χωρίς όμως οικονομικό κέρδος, με στόχο τη διαφήμιση του Εργαστηρίου.

Έτσι το αρτοζαχαροπλαστείο ανέλαβε την τροφοδοσία διάφορων εκδηλώσεων τόσο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου και των διάφορων δομών του, του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, αλλά και της Εστίας Πιερίδων Μουσών.

Τηλέφωνο: 23510 45710.



Πάνω Επόμε.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση > Ξενώνας "Πολύμνια"

Αρχή
Ιστορική Αναδρομή
Τοποθεσία-Πληροφορίες
Οργάνωση
Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
Υπηρεσίες για τον Πολίτη
Κοινωνικές Δομές
Συμβουλευτικά Όργανα
Ευρωπαϊκά Προγράμματα
Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
Επιστημονικές Εκδηλώσεις
Εκπαίδευση
Επικοινωνιακή Πολιτική
Εθελοντισμός
Κατάρτιση-Απασχόληση
Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
Επικοινωνία
Χάρτης Site

ΞΕΝΩΝΑΣ "ΠΟΛΥΜΝΙΑ"



Ο Ξενώνας 'Πολύμνια' του Ψ.Ν.Π.Ο. αποτελεί εξωνοσοκομειακή μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με υψηλού βαθμού υποστήριξη και φιλοξενεί ενήλικα άτομα με ψυχοκοινωνικές διαταραχές για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την διασφάλιση της παραμονής τους στην κοινότητα και τη

συνέχιση των σχέσεων τους με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Λειτουργικά εντάσσεται στο Κ.Ψ.Υ. Κατερίνης. Η λειτουργία του Ξενώνα είναι ανοιχτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον.

Είναι σημαντικό να αγκαλιάσουμε αυτούς τους ανθρώπους, να τους απλώσουμε το χέρι και να βαδίσουμε μαζί. Είναι απαραίτητο να το κάνουμε, αρκεί να σκεφτούμε πως όλοι μας σε κάποια στιγμή της ζωής μας χρειαστήκαμε στήριξη και κατανόηση. Όταν μας την προσέφεραν νοιώσαμε ανακούφιση, ευγνωμοσύνη και ίσως γίναμε καλύτεροι.

Στόχοι του Ξενώνα 'Πολύμνια':

1. Βελτίωση και ανάπτυξη των κοινών δεξιοτήτων των ενοίκων.
2. Διαρκής βελτίωση της λειτουργικότητας και ελαχιστοποίηση των ανικανοτήτων και μειονεξιών τους.
3. Ανάπτυξη του επιπέδου ανεξαρτησίας και ενθάρρυνση στη συμμετοχή τους στην κοινότητα.
4. Διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας και της αυτόνομης διαβίωσης των ενοίκων στην κοινότητα.
5. Μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.
6. Υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων.
7. Διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας για τους ενοίκους.

Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα (Π.Θ.Ο.)

" Κάποιοι από τους συνανθρώπους μας χρειάζονται κάτι περισσότερο από μια δεύτερη ευκαιρία, ας τη δώσουμε "

Τα νέα μας

1.



εργαζομένων στον Ξενώνα και ορίζεται με απόφαση του Σ.Δ. του Ψ.Ν.Π.Ο. Βασική αρχή της ομάδας είναι η αμοιβαία, ισότιμη συνεργασία των μελών της με σκοπό την συντονισμένη συμβολή της κάθε ειδικότητας στο πολύπλευρο έργο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Οι στόχοι της Π.Θ.Ο. είναι:

1. Φαρμακευτική αγωγή.
2. Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης.
3. Κοινωνικές δεξιότητες.
4. Ψυχολογική υποστήριξη στους ενοίκους και στις οικογένειές τους.
5. Εκπαίδευση και επαγγελματική απασχόληση εφόσον είναι εφικτό.
6. Συμμετοχή σε δίκτυο κοινωνικής στήριξης.
7. Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
8. Προγράμματα εκπαίδευσης για το προσωπικό.
9. Προγράμματα ενημέρωσης της κοινότητας για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές.



Κοινή προσπάθεια τόσο του προσωπικού όσο και των ενοίκων είναι η εκπαίδευση με την κοινότητα καθώς και ο επαναπροσδιορισμός όλων εκείνων των

χαρακτηριστικών που θα τις ολοκληρώσουν σαν προσωπικότητες και θα τους επιτρέψουν να δράσουν αυτόνομα και σε αρμονία με το κοινωνικό σύνολο.

Η ομαλή συμβίωση των ενοίκων με την κοινότητα είναι ο μόνος δρόμος για να νοιώσουν άνθρωποι που αξίζουν και να αναπτύξουν τις συμπεριφορές εκείνες που θα βοηθήσουν όλους μας να συνυπάρξουμε δημιουργικά χωρίς φόβους και προκαταλήψεις.

Ο Ξενώνας 'Πολύμνια' οργανώθηκε να λειτουργεί στα πλαίσια του Ε.Π. "Υγεία - Πρόνοια 2000-06" του Γ' Κ.Π.Σ. και βρίσκεται στην Κατερινόσκαλα του Νομού Πιερίας.

Επιστημονικά υπεύθυνη: **Αικατερίνη Ξαφοπούλου, Τομεάρχισσα**
Τηλέφωνο επικοινωνίας: **23510 63757**

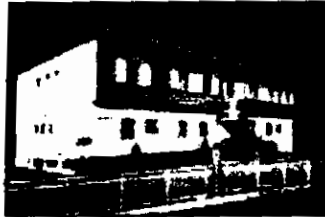
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Υπηρεσίες για νοσηλευόμενους > Οξέα

Αρχή
Ιστορική Αναδρομή
Τοποθεσία-Πληροφορίες
Οργάνωση
Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
Υπηρεσίες για τον Πολίτη
Καινοτικές Δομές
Συμβουλευτικά Όργανα
Ευρωπαϊκά Προγράμματα
Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
Επιστημονικές Εκδηλώσεις
Εκπαίδευση
Επικοινωνιακή Πολιτική
Εθελοντισμός
Κατάρτιση-Απασχόληση
Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
Επικοινωνία
Χάρτης Site

ΤΜΗΜΑ ΟΞΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ



Στην κλινική Οξέων Περιστατικών (Βραχείας Νοσηλείας) νοσηλεύονται ενήλικα άτομα και των δύο φύλων, των οποίων η ψυχική διαταραχή βρίσκεται σε έξαρση (σε 'κρίση') είτε ως

υποτροπή, είτε ως πρώτη εκδήλωση (έναρξη) της ψυχικής νόσου.

Διαθέτει 22 κλίνες και η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 20 ημέρες.

Εφημερεύει καθημερινά όλο το 24ωρο.

Η υγειονομική ευθύνη της κλινικής περιλαμβάνει τους νομούς: Πιερίας, Λάρισας, Μαγνησίας, Καρδίτσας, Τρικάλων, Γρεβενών και Κοζάνης.

Δεν επιτρέπεται η νοσηλεία ατόμων κάτω των 18 ετών. Πληροφορίες από τηλεφώνου, για τους νοσηλευόμενους δεν δίνονται.

Ώρες επισκεπτηρίου: Καθημερινές 4-6 μ.μ.

Κυριακές και αργίες 10 - 12 π.μ. και 4 - 6 μ.μ.

Σκεπτικό ίδρυσης - λειτουργίας

Τον Αύγουστο του 1999 εγκαινίασε την λειτουργία της, στο νεόδμητο κτίριο που βρίσκεται στο 2ο χιλιόμετρο της οδού Κατερίνης Νέας Εφέσου, η Κλινική των Οξέων Περιστατικών ενώ, στον



ίδιο χρόνο, διέκοψε οριστικά την λειτουργία της η αντίστοιχη κλινική της Πέτρας. Μια καινοτομία που χαρακτηρίζει τη νέα Κλινική Οξέων είναι η παρουσία της κοντά (μέσα) σε αστικό κέντρο (Κατερίνη).

Στόχοι της Κλινικής

Βασικό έργο της Κλινικής είναι η μείωση (ή η εξάλειψη) της παθολογικής συμπτωματολογίας με τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα με τη φαρμακοθεραπεία, είναι αναγκαίοι ορισμένοι ψυχολογικοί χειρισμοί και διάφοροι τρόποι ψυχοκοινωνικής παρέμβασης. Η εφαρμογή αντι-



συσυλικών μέτρων (αποιδρυματισμός) ανήκει στις βασικές μέριμνες της Κλινικής Οξέων. Οι αναβαθμισμένες

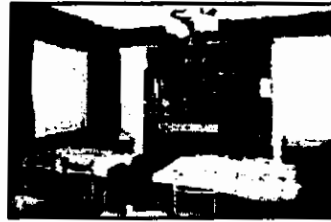
" Κάποιοι από τους συνανθρώπους μας χρεάζονται κάτι περισσότερο από μια δεύτερη ευκαιρία, ας τη δώσουμε "

Τα νέα μας

1.

συνθήκες διαβίωσης - παραμονής των νοσηλευομένων (ευχάριστος και άνετος ξενοδοχειακός εξοπλισμός, εκσυγχρονισμένοι και επαρκείς χώροι ατομικής αυτοφροντίδας και υγιεινής), η διαρρύθμιση του κτιρίου σε θαλάμους 1,2 ή το πολύ 3 κλινών, η θεραπευτική στάση - συμπεριφορά του προσωπικού, η χορήγηση δοκιμαστικών

(ψυχοθεραπευτικών) αδειών, η οργάνωση ψυχαγωγικών εξόδων, η σε ατομικό ή σε ομαδικό επίπεδο ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, η εξωνοσοκομειακή



παρακολούθηση, η ενεργοποίηση του παραϊατρικού προσωπικού και η συνεργασία της Κλινικής με τις άλλες εξωνοσοκομειακές Δομές και Υπηρεσίες που υπάρχουν στην Πιερία και στους άλλους Νομούς, μπορούν να εξασφαλίσουν ένα καλό επίπεδο περίθαλψης, το οποίο ελαχιστοποιεί ή και αποκλείει τους παράγοντες του ιδρυματισμού.

Προϋποθέσεις εισαγωγής και διαδικασίες

Συνήθως, τα προσκομζόμενα άτομα στην Κλινική Οξέων βρίσκονται σε 'κρίση', δηλαδή έχουν τον χαρακτήρα επείγοντος περιστατικού. Πρόκειται δε περί ψυχικά πασχόντων οι οποίοι συνήθως δεν αναγνωρίζουν το παθολογικό της κατάστασής τους, απορρίπτουν κάθε βοήθεια και αρνούνται έντονα να εισαχθούν στην Κλινική. Έτσι, προκύπτει η ανάγκη της λεγόμενης α κ ο υ σ ι α ς νοσηλείας, δηλαδή της αναγκαστικής, χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγής του στην κλινική.

Η ακούσια νοσηλεία είναι ένα θέμα ευαίσθητο που απαιτεί λεπτές οριοθετήσεις μεταξύ της ανάγκης για θεραπευτική ασφάλεια και του οφειλόμενου σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Τις λεπτές αυτές οριοθετήσεις, τις προϋποθέσεις και τους όρους της ακούσιας νοσηλείας ορίζει ο Νόμος 2071/1992.

Σύμφωνα με τον παραπάνω Νόμο κρίνεται αναγκαία η ακούσια εισαγωγή, όταν:

- ✓ υπάρχει ψυχική διαταραχή
- ✓ ο ασθενής δεν γνωρίζει το συμφέρον της υγείας του
- ✓ η μη νοσηλεία του θα έχει ως συνέπεια τον αποκλεισμό της θεραπείας ή και την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του
- ✓ η νοσηλεία του ψυχικά πάσχοντα θα αποτρέψει πράξεις βίας κατά του εαυτού του ή και κατά τρίτων προσώπων.

Οι διαδικασίες της ακούσιας εισαγωγής περιλαμβάνουν:

- ✓ γραπτή αίτηση προς τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών από τους συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού ή από τους κηδεμόνες του ασθενή
- ✓ η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από γνωματεύσεις δύο Ψυχιάτρων, οι οποίες πρέπει

να συμφωνούν ως προς τη φύση της ψυχικής διαταραχής και ως προς την αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας

- ✓ εάν δεν είναι δυνατό να εξασφαλισθούν ψυχιατρικές γνωματεύσεις, τότε ο Εισαγγελέας μπορεί να διατάξει αυταπάγγελτα την μεταφορά του ασθενή στην κλινική για εξέταση. Εντός δε 48 ωρών πρέπει να γίνουν οι αναγκαίες εξετάσεις και να συνταχθούν 2 γνωματεύσεις από Ψυχιάτρους της κλινικής
- ✓ κατά την εισαγωγή του ο ασθενής ενημερώνεται, προφορικά και γραπτά, για τα δικαιώματά του
- ✓ γίνεται γνωστό επίσης στον νοσηλευόμενο, ότι μπορεί εντός 10 ημερών να προσφύγει, με δικηγόρο και τεχνικό σύμβουλο, στο Πολυμελές Πρωτοδικείο και να ζητήσει την ακύρωση της αποφάσεως για την ακούσια εισαγωγή του στην κλινική
- ✓ τα περιοριστικά μέτρα δεν αποκλείουν οπωσδήποτε, τις τυχόν βραχυπρόθεσμες εξόδους (όδειες, οργανωμένες ψυχαγωγικές εξόδους κ.λ.π.), που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους
- ✓ η διάρκεια της αναγκαστικής νοσηλείας δεν υπερβαίνει τον μήνα συνήθως εάν απαιτηθεί (σπανίως) νοσηλεία πέραν του τριμήνου ή ακόμη σπανιότερα, πέραν του εξαμήνου, τότε πρέπει να σταλεί στον Εισαγγελέα σχετική έκθεση που θα τεκμηριώνει (απολογεί) την ανάγκη αυτής της παράτασης
- ✓ κατά την έξοδο του νοσηλευόμενου από την κλινική, στέλνεται στον εισαγγελέα έκθεση με περιγραφή της ψυχικής κατάστασης του εξερχομένου
- ✓ κατά την έξοδο του ο νοσηλευθείς εφοδιάζεται με ενημερωτικό σημείωμα και του παρέχονται οι κατάλληλες οδηγίες για τη συνέχιση της θεραπείας (και επανένταξής του) στην κοινότητα.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ:

Ιατρικό προσωπικό:	
Ψυχίατρος Διευθυντής ΕΣΥ	1
Ψυχίατροι Επιμελητές Α' ΕΣΥ	1
Ψυχίατροι Επιμελητές Β' ΕΣΥ	2
Επιστημονικό Προσωπικό:	
Ψυχολόγος	1
Ειδικό Προσωπικό:	
Κοινωνική Λειτουργός (μερικής απασχόλησης)	1
Επισκέπτρια Υγείας	1
Εργοθεραπευτής (μερικής απασχόλησης)	1
Νοσηλευτικό Προσωπικό:	
Προϊσταμένη	1
Νοσηλεύτριες	4
Βοηθοί Νοσηλευτές	11
Νοσηλευτικό βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό	8
Λοιπό βοηθητικό προσωπικό	6

ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΞΕΩΝ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Στους νοσηλευόμενους στην Κλινική Οξέων ενδέχεται να προκύψουν και άλλες ανάγκες, οι οποίες καλύπτονται από τις παρακάτω Μονάδες και Υπηρεσίες:

A. Για Προβλήματα Σωματικής Υγείας:

1. Η Διευθύντρια Παθολόγος του Ψ.Ν.Π.Ο. κάθε Δευτέρα σε τακτική βάση και εκτάκτως, όποια άλλη μέρα χρειαστεί, καλύπτει τα τυχόν προβλήματα σωματικής υγείας των νοσηλευομένων στην Κλινική Οξέων.
2. Το Νευροφυσιολογικό Εργαστήριο του Ψ.Ν.Π.Ο. καλύπτει τις ανάλογες διαγνωστικές ανάγκες (νευρολογική εκτίμηση, παρακλινικός έλεγχος κ.λ.π.), σε καθημερινή βάση, με ραντεβού.
3. Το Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Ψ.Ν.Π.Ο. πραγματοποιεί κάθε Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή, ώρα 7:30 π.μ., αιμοληψίες στην Κλινική Οξέων, για εξετάσεις ρουτίνας ή και ειδικότερες. Για τα επείγοντα περιστατικά, εξετάσεις γίνονται κάθε μέρα. Για ασθενείς που έχουν λάβει εξιτήριο, αλλά χρειάζονται τακτικό περιοδικό έλεγχο, μπορούν να προσέρχονται, κατά τις προαναφερθείσες ημέρες και ώρες, στην κλινική Οξέων για αιμοληψία.
4. Στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης πραγματοποιούνται Ακτινολογικές εξετάσεις ρουτίνας ή και ειδικότερες, για τους νοσηλευόμενους στην Κλινική Οξέων. Επίσης στο Γενικό Νοσοκομείο καλύπτονται διαγνωστικές ή και νοσηλευτικές ανάγκες, που άπτονται στις άλλες ιατρικές ειδικότητες (Καρδιολογικές, Ορθοπαιδικές, Ουρολογικές, Δερματολογικές κ.ά.), όταν παρουσιάζονται ανάλογα προβλήματα υγείας στους νοσηλευομένους.
5. Φυσιοθεραπευτικές τυχόν ανάγκες καλύπτονται από το αντίστοιχο Εργαστήριο.
6. Οδοντιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζονται καθημερινά, στο Οδοντιατρείο του Ψ.Ν.Π.Ο.

B. Συμβολή στην Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Με τη συμπλήρωση της νοσηλείας και την έκδοση του εξιτηρίου, η Κλινική Οξέων μεριμνά για την ομαλή προσαρμογή του εξερχομένου αρρώστου στις 'νέες' (για τον ασθενή) συνθήκες της ζωής. Συνεργαζόμενη δε με εξωνοσοκομειακές Μονάδες, Υπηρεσίες και Δομές της Κατερίνης και άλλων Νομών, συμβάλλει σημαντικά στις διαδικασίες της **Ψ υ χ ο κ ο ι ν ω ν ι κ η ς Α π ο κ α τ ά τ α σ η ς**, όπως παρακάτω:

1. Κοινωνικοί Λειτουργοί και Επισκέπτριες Υγείας της κλινικής Οξέων και των Εξωτερικών Ιατρείων του Ψ.Ν.Π.Ο. Οι Υπηρεσίες αυτές διευθετούν ασφαλιστικές, επαγγελματικές, κοινωνικές, τυχόν δικαστικές κ.ά. εκκρεμότητες των νοσηλευθέντων. Επίσης συμμετέχουν στις δραστηριότητες πρόληψης και συμβουλευτικής. Συνδέουν την οικογένεια με τον θεράποντα Ψυχίατρο και συνεργάζονται με τις τοπικές Αρχές και αρμόδιους

Φορείς υποβοηθώντας αποφασιστικά τις διαδικασίες της ένταξης/επανεξέτασης.

2. Υπηρεσίες ψυχολόγων

Οι Ψυχολόγοι υποβοηθούν σημαντικά στην ορθότερη διάγνωση, έχουν σημαντικό ρόλο στην ομαδική ψυχοθεραπεία και συνεργάζονται σε πολλούς τομείς, με την θεραπευτική ομάδα. Στελεχώνουν πάντοτε τις διάφορες κοινοτικές δομές. Συμβάλλουν αποφασιστικά, στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη και με τις ψυχομετρικές εκτιμήσεις τους, αξιολογούν τους επανεξετάσσιμους ασθενείς.

3. Μονάδες επανερχομένων της Κλινικής Οξέων

Μετά τη λήψη του εξητηρίου, οι νοσηλευθέντες παρουσιάζονται, ανά τακτά διαστήματα στην κλινική Οξέων, για επανεξέταση και παρακολούθηση της πορείας της υγείας τους. Οι συναντήσεις ορίζονται ανάλογα με τις συγκοινωνιακές ευχέρειες των ασθενών. Οι τρεις Ψυχίατροι της Κλινικής Οξέων συναντούν τους επανερχόμενους νοσηλευθέντες συνήθως, τις απογευματινές ώρες, στη διάρκεια των εφημεριών τους.

4. Οι Κινητές Μονάδες

Το Ψ.Ν.Π.Ο. διαθέτει ήδη, Κινητές μονάδες δύο τύπων:

α) Κινητή Μονάδα για το Νομό Πιερίας

β) Κινητή Μονάδα για τους άλλους Νομούς (Θεσσαλίας κ.ά.)

Οι Κινητές Μονάδες επικεντρώνουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν εύκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στην κλινική και σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται και δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία τους.

5. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης

Είναι το Κέντρο με πολυσχιδείς δραστηριότητες και σημαντικούς στόχους (πρόληψη, αγωγή της κοινότητας, συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία κ.ά.). Για περισσότερες πληροφορίες στο <http://www.kepsykat.gr/>

6. Το Εξωτερικό Ιατρεία του Ψ.Ν.Π.Ο.

Τα **Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** λειτουργούν καθημερινά (εργάσιμες), από 7:30 π.μ. έως 2:30 μ.μ., στο κτίριο επί της οδού 25ης Μάρτιου 102 στην Κατερίνη, με ραντεβού που κλείνεται στη Γραμματεία ή στο τηλέφωνο **23510 46200**.

Εξετάζονται έκτακτα και επείγοντα περιστατικά και αν χρειαστεί γίνεται παραπομπή για νοσηλεία στην κλινική των οξέων περιστατικών. Επίσης γίνεται συνταγογράφηση, εξέταση / επανεξέταση, επαναρρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση της πορείας της υγείας των ασθενών. Τα **Έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία** λειτουργούν καθημερινά (εργάσιμες) και τις αργίες καθ' όλο το 24ωρο, από 2:30 μ.μ. έως 7:30 π.μ., στην κλινική των Οξέων περιστατικών.

7. Οι Κοινοτικές Δομές Στέγασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Διαμερίσματα).

Στην Κλινική Οξέων μπορούν να νοσηλευθούν (συνήθως

για βραχύ χρονικό διάστημα), οι τυχόν υποτροπιάζοντες ένοικοι των παραπάνω κοινοτικών δομών στέγασης, τόσο της Κατερίνης, όσο και των Νομών της υγειονομικής ευθύνης του Ψ.Ν.Π.Ο.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι συνηθέστερες διαγνωστικές κατηγορίες και τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευθέντων στην Κλινική Οξέων, κατά τον τελευταίο χρόνο (2002):

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	80%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	20
ΗΛΙΚΙΑ	20-30	45
	30-40	30
	40-50	20
	50-60	5
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	Πολλοί
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	Λίγοι
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	Ελάχιστοι
	ΛΥΚΕΙΟ	Σπάνια
	ΤΕΙ	Σπάνια
	ΑΕΙ	Σπάνια
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΙ	70
	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	30
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ (ΝΟΜΟΣ)	ΠΙΕΡΙΑΣ	1η
	ΛΑΡΙΣΑΣ	2η
	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	4η
	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	3η
	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	5η
	ΚΟΖΑΝΗΣ	7η
	ΓΡΕΒΕΝΩΝ	6η
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΟΣ	65
	ΕΓΓΑΜΟΣ	35
	ΧΗΡΟΣ	
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΠΡΟΝΟΙΑ	20
	ΟΓΑ	65
	ΆΛΛΗ	15
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ & ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	75
	ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	10
	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	15
	ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ	
	ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	
ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	10-30 ΗΜΕΡΕΣ	όλοι

ΣΤΟ Ψ.Ν.Π.Ο.

Κατά το έτος 2003 νοσηλεύθηκαν συνολικά στην κλινική 535 άτομα.

Διευθυντής Κλινικής: Αϊβαζιάν Θωμάς Ψυχίατρος Ε.Σ.Υ.

**Προϊσταμένη Κλινικής : Ουστόγλου Σοφία
Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια**

Τηλέφωνα επικοινωνίας : 23510 45420 & 23510 45421



Πάνω Επόμε.

Copyright © 2003 Τεχνολύσεις Computers, Βύρωνος 17 Κατερίνη, τηλ. 23510-76880 mailto:technoils@otenet.gr
Για το δικτυακό τόπο συνεργάστηκαν οι : Χαρά Τσανοσίδου (Υπάλληλος Ψ.Ν.Π.Ο.) και Θανάσης Μπαλούκας (Web Designer)
Καλύτερη πλοήγηση με : IE 4+ ή NN 6+

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση > Προστατευμένα Διαμερίσματα

✓ Αρχή
✓ Ιστορική Αναδρομή
✓ Τοποθεσία-Πληροφορίες
✓ Οργάνωση
✓ Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
✓ Υπηρεσίες για τον Πολίτη
✓ Κοινωνικές Δομές
✓ Συμβουλευτικά Όργανα
✓ Ευρωπαϊκά Προγράμματα
✓ Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
✓ Επιστημονικές Εκδηλώσεις
✓ Εκπαίδευση
✓ Επικοινωνιακή Πολιτική
✓ Εθελοντισμός
✓ Κατάρτιση-Απασχόληση
✓ Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
✓ Επικοινωνία
✓ Χάρτης Site

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ



Τα Προστατευμένα Διαμερίσματα (ΠΔ) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου ιδρύθηκαν και λειτουργούν με βάση τον κανονισμό 815/84 της ΕΟΚ, για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Το πρώτο Προστατευμένο Διαμέρισμα με έδρα

στα 'Καταφιώτικα' στην πόλη της Κατερίνης ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Οκτώβριο του 1990. Εγκαταστάθηκαν τότε, σε ενοικιαζόμενο κτίριο στην Κατερίνη, άνδρες που νοσηλεύονταν για πολλά χρόνια στο Ψ.Ν.Π.Ο. Πέντε χρόνια αργότερα, τον Ιανουάριο του 1995, ιδρύθηκε και δεύτερο Π.Δ. πάλι στα 'Καταφιώτικα' ενώ το Νοέμβριο του 2002 άρχισαν να λειτουργούν άλλα δύο στο κέντρο της πόλης. Σήμερα λειτουργούν συνολικά τέσσερα Π.Δ. σε ιδιόκτητους χώρους του Ψ.Ν.Π.Ο. Τα δύο στην περιοχή 'Καταφιώτικα' με την ονομασία «Ευτέρπη» έχουν δυναμικότητα 10 κλινών και τα άλλα δύο στο κέντρο της πόλης, με τις ονομασίες: «Κλειώ» και «Καλλιόπη», με την ίδια επίσης δυναμικότητα (10 κλίνες).

" Κάποιοι από τους συνανθρώπους μας χρειάζονται κάτι περισσότερο από μια δεύτερη ευκαιρία, ας τη δώσουμε "

Τα νέα μας

1.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	7
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	5
ΗΛΙΚΙΑ	20-30	2
	30-40	2
	40-50	4
	50-60	4
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΙ	2
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	8
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1
	ΛΥΚΕΙΟ	1
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΙ	9
	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ Ψ.Ν.Π.Ο.	3
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ (ΝΟΜΟΣ)	ΛΑΡΙΣΑΣ	1
	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	3
	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	3
	ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1

	ΑΛΛΟΥ ΝΟΜΟΥ	4
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΙ	3
	ΑΓΑΜΟΙ	8
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	1
	ΠΡΟΝΟΙΑ	6
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΙΚΑ	1
	ΟΓΑ	5
	ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ	1
	ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ	2
	ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1
	1-5 ΕΤΗ	4
ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ Ψ.Ν.Π.Ο.	5-10 ΕΤΗ	2
	10-15 ΕΤΗ	1
	15-20 ΕΤΗ	1
	20 ΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΩ ΕΤΗ	4
	ΣΥΝΟΛΟ	12
Διαθέσιμες κλίνες		20
Κενές Κλίνες		8

Κατά καιρούς, ένοικοι εργάστηκαν σε διάφορα προστατευμένα εργαστήρια, όπως ραφείο, ξυλουργείο, κηροπλαστείο, συνεργείο καθαριότητας, Διοικητικές Υπηρεσίες, κυλικείο Ψ.Ν.Π.Ο.

Σήμερα ένοικοι των Π.Δ. απασχολούνται σε επιμέρους εργασίες του Ψ.Ν.Π.Ο., σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, καθώς και σε προγράμματα



ευαισθητοποίησης της κοινότητας και έκφρασης της δημιουργικής τους σκέψης. Τέτοια προγράμματα είναι: απασχόληση ενοίκων στα κυλικεία, σε βοηθητικές διοικητικές εργασίες, σε προστατευμένα εργαστήρια και συμμετοχή στη θεατρική ομάδα του Ψ.Ν.Π.Ο.: 'ΠΛΕΥΣΗ'.

Η επίβλεψη και παρακολούθηση της πορείας της ολοκλήρωσης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ενοίκων των Π.Δ. γίνεται από Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα (Π.Θ.Ο.), της οποίας η σύνθεση είναι:

ΚΛΑΔΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΕ	ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	1
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	1
ΤΕ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ	1
	ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	1
	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ	1
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1

	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ	1
ΔΕ	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	2
ΣΥΝΟΛΟ		9

Τα 7 μέλη της Π.Θ.Ο. είναι μερικής απασχόλησης και οι 2 ΔΕ Νοσηλεύτριες απασχολούνται με πλήρες ωράριο στα Π.Δ.



Κάθε μέλος της Π.Θ.Ο. κατέχει το δικό του επαγγελματικό ρόλο. Τα μέλη πραγματοποιούν 'Κλινική' συνάντηση σε καθορισμένη ώρα, στα πλαίσια του εβδομαδιαίου προγράμματος των

Διαμερισμάτων με τη μορφή ομάδας προσωπικού, προκειμένου να συζητηθούν και να αναλυθούν κλινικά δεδομένα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και της γενικής εξέλιξης κάθε ενοίκου ατομικά.

Ακόμη τα μέλη της Π.Θ.Ο. συναντώνται με τους ενοίκους - ομαδικά και ατομικά - ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν, προκειμένου να διεκπεραώσουν υποθέσεις ή να παρέμβουν με τη συμβολή τους όταν προκύπτουν θέματα διαφόρων φύσεων, στους ενοίκους.

Κάθε φορά σημειώνονται τα πρακτικά των συναντήσεων και τίθενται τα θέματα της επόμενης συνάντησης, προκειμένου να τα επεξεργασθεί κάθε μέλος ξεχωριστά και ύστερα όλοι μαζί ομαδικά.

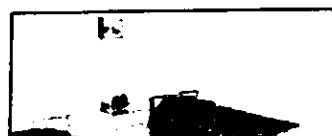
Κύριο μέλημα όλων των μελών είναι ο καθορισμός και η επίτευξη διαφορετικών κάθε φορά στόχων.

Βασική αρχή της λειτουργίας της Π.Θ.Ο.

είναι η αμοιβαία,

ισότιμη συνεργασία, με σκοπό τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στη σύνθεση του πολύπλευρου έργου της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Έτσι προκύπτουν προτάσεις και χαράσσεται η υλοποίησή τους μεθοδευμένα από όλα τα μέλη της ομάδας. Αυτές οι προτάσεις αφορούν σε συμμετοχή των ενοίκων σε Προστατευμένα εργαστήρια (Αρτοποιαροπλαστική), καθώς και σε καλλιέργειες αγροτικών προϊόντων (Εργαστήριο Θερμοκηπίου). Ακόμη αφορούν συμμετοχές των ενοίκων στα κοινά (διάφορες διοργανώσεις τοπικών Φορέων: Δήμοι, Νομαρχία κ.λ.π.) και σε δραστηριότητες Εθελοντικών Οργανώσεων (π.χ. Πρόγραμμα δενδροφύτευσης, καθαριότητας ακτών κ.λ.π.)



Η μορφή της επίβλεψης των ενοίκων από τη Π.Θ.Ο. είναι "χαλαρή", δίνοντάς τους

πρωτοβουλίες, αφού σπώτερος στόχος είναι να πετύχει το μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας και υψηλότερο επίπεδο ζωής. Ακόμη η Π.Θ.Ο. φροντίζει να έχει επαφή με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του κάθε ένοικου (συγγενείς, φίλους, γείτονες). Περιοδικά παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική στα προβλήματα καθημερινής ζωής των ενοίκων και των οικογενειών τους. Αντιμετωπίζει επίσης τυχόν υποτροπές της ψυχικής νόσου και εντοπίζει και εντοπίζει κάθε ενδεχόμενο στρεσογόνο παράγοντα.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται στα άτομα, που διαμένουν στα Π.Δ. έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και



αποτελεσματικότητας τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

Επιστημονικά Υπεύθυνος και Συντονιστής :
Ξυλάς Δημήτριος, Ψυχίατρος Επιμελητής Β'



Προηγ Πάνω Επόμε

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση > Κέντρο Ημέρας

✓ Αρχή
✓ Ιστορική Αναδρομή
✓ Τοποθεσία-Πληροφορίες
✓ Οργάνωση
✓ Υπηρεσίες νοσηλεύομένων
✓ Υπηρεσίες για τον Πολίτη
✓ Κοινωνικές Δομές
✓ Συμβουλευτικά Όργανα
✓ Ευρωπαϊκά Προγράμματα
✓ Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
✓ Επιστημονικές Εκδηλώσεις
✓ Εκπαίδευση
✓ Επικοινωνιακή Πολιτική
✓ Εθελοντισμός
✓ Κατάρτιση-Απασχόληση
✓ Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
✓ Επικοινωνία
✓ Χάρτης Site

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ



Το Κέντρο Ημέρας (Κ.Η.) 'Οι 4 Εποχές' του Ψ. ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δε καθώς και για άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλ Το Κ.Η. 'Οι 4 Εποχές' αποτελεί μονάδα ψυχικής Ψ.Ν.Π.Ο. / Β' Πε.Σ.Υ.Π. Κεντρικής Μακεδονίας Κ.Η. αποτελεί Κέντρο Εξειδικευμένης Περιθαλι Εδώ και καιρό είχε διαπιστωθεί πως ήταν επιτακτική

ενός Κ.Η. στην Κατερίνη, σε σχετικά κεντρική περιοχή, εύκολα προσβάσιμη από το Κ.Η. είναι απαραίτητο για την ημερήσια φροντίδα χρόνιων ψυχικά ασθενών που όπου νοσηλεύθηκαν για χρόνια ή οξύ ψυχιατρικό πρόβλημα και ζουν πια στην κο (τομεοποιημένη περιοχή ευθύνης με 120.000 κατοίκους).

Παραπομπές στο Κ.Η. γίνονται από:

1. Αυτοπαραπομπές.
2. Το Ψ.Ν.Π.Ο. (από ολόκληρο το δίκτυο υπηρεσιών του - Προστατευμένα Διαμε Εξωτερικά Ιατρεία.
3. Τις Υπηρεσίες και Φορείς Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας του Νομού Πιερίας (Γ Υγείας - Αγροτικά Ιατρεία Πιερίας, Ιατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών, Ιδιώτες Νι κ.ά.).
4. Υπηρεσίες Πρόνοιας της Νομαρχίας Πιερίας και των Δήμων.
5. Κοινωνικές Υπηρεσίες Ιεράς Μητρόπολης Κίτρους και Κατερίνης, Τοπικές Ενορι
6. Συλλόγους εθελοντών.
7. Ιδιώτες, κατοίκους της περιοχής.



Κύριος στόχος της λειτουργίας του Κ.Η. 'Οι 4 Εποχές κάθε άτομο - μέλος του Κ.Η., ψυχοκοινωνική επανέν Καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε τα άτομα αυτά να λ γίνεται περισσότερο αποτελεσματικά και ανεξάρτητα υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας, την αποφυγή ερ Νοσηλείας καθώς και στην επίτευξη υψηλού επιπέδο στην Κοινότητα.

Τα εφαρμοζόμενα προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης αυτών των ατόμων στ

1. Ελάττωση των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας, της μειονεξίας και της αι
2. Ενίσχυση της εκτίμησης και εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του.
3. Ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων, καθώς και δεξιοτή

Οι ενδιάμεσοι στόχοι που θα βοηθήσουν ώστε να επιτευχθεί ο βασικός αυτός στ

1. Η ενδυνάμωση των ατομικών ικανοτήτων του ατόμου - μέλους, καθώς και η β του.
2. Η ενθάρρυνση και η ενίσχυση αλλαγών στις συμπεριφορές και συνήθειες που ι ίδιο το άτομο.
3. Η συνεργασία με τους θεραπευτές των ατόμων και το τοπικό ή ευρύτερο δικτι Υποβοήθηση της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής. Συνεργασία με εργασία
4. Η συνεργασία με την οικογένεια, το συγγενικό περιβάλλον, τους τοπικούς φορ Φορείς).

Η λειτουργία του Κ.Η. βασίζεται στις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας, με δημ

προσωπικού, σεβασμό στην διαφορετικότητα του κάθε ατόμου, προώθηση της ε
σεβασμό των δικαιωμάτων όλων, ενίσχυση της ικανότητας αντίληψης, εκτίμησης
τόσο μέσα στην Ομάδα του όσο και στην Κοινότητα που διαβιών τα άτομα αυτά
Το καθημερινό πρόγραμμα λειτουργίας του Κ.Η. στην πλήρη του ανάπτυξη θα πε
εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Συγκεκριμένα προγραμματίζεται να περιλαμβάνει τις δραστηριότητες:

1. Ψυχοθεραπευτικές Ομάδες υποστηρικτικού τύπου, όπως:

α. Μεγάλη Ομάδα

β. Μικρή Ομάδα

γ. Ομάδες με χρησιμοποίηση της θεραπευτικής επίδρασης των τεχνών (Art Thera
μουσικοθεραπεία, θεραπευτική ζωγραφική, γράψιμο κ.ά.

δ. Ομάδες φυσικής αγωγής και μουϊκής χαλάρωσης

2. Εκπαιδευτικές - Κοινωνικές δραστηριότητες όπως:

α. Εργοθεραπεία

β. Εκπαίδευση σε κοινωνικές και εργασιακές δεξιότητες για την βελτίωση των κα
μέλους στο οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον του (π.χ. αυτόνομι

3. Ψυχαγωγικές, όπως:

α. Απογευματινές δραστηριότητες Κοινωνικής Λέσχης (Social club)

β. Εορταστικές εκδηλώσεις με συμμετοχή και συνδιοργάνωση με την Κοινότητα

γ. Οργανωμένες έξοδοι, εκδρομές κ.λ.π.

Προγραμματίζονται επίσης Ενέργειες Ενημέρωσης - Ευαισθητοποίησης της Κοινό
προσωπικού, δραστηριότητες κοινωνικής ενσωμάτωσης, καθώς και συμμετοχή σε



Σήμερα, περιμένοντας την οριστική έγκριση της λειτ
Εποχές', το Κ.Η. λειτουργεί περισσότερο ως Κοινωνικ
παρακολουθούν άτομα από όλο το Δίκτυο Υπηρεσιών
Διαμερίσματα, Ξενώνες, Οικοτροφεία, αλλά και από ό
Ψ.Ν.Π.Ο., Κέντρο Ψυχικής Υγείας κ.λ.π.).

Από τον Μάρτιο του 2004 λειτουργεί στον ήδη υπά
στην Κατερίνη, στην οδό Ίωνος Δραγούμη 3. η κοι

με σκοπό την ψυχοκοινωνική επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των ατόμ
ασυλοποίησης των ατόμων που ζουν στις Δομές Προστατευμένης Στέγασης του
Συγκεκριμένα η κοινωνική Λέσχη λειτουργεί την Τρίτη και την Πέμπτη από ώρα 7
μεσημέρι. Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή λειτουργεί από ώρα 1:00 το μεσημέ
επίσης και τα πρωινά της Κυριακής, από ώρα 7:00 μέχρι 2:30.

Η παροχή υπηρεσιών είναι Δωρεάν. Το προσωπικό που το στελεχώνει σήμερα είν
3 Νοσηλεύτριες Τ.Ε., 1 Νοσηλεύτρια Δ.Ε. και 1 Νοσηλεύτρια Υ.Ε., όλες με πλήρη
παρέχουν εργασία 1 Εργοθεραπευτής, 1 Κοινωνική Λειτουργός, 1 Γυμναστής, κα
εθελοντές από την Κατερίνη και άλλες περιοχές της Πιερίας.

Σήμερα γίνονται οι ακόλουθες δραστηριότητες: Συζήτηση με καφέ, επιτραπέζια ο
εκδηλώσεις, ομάδα εφημερίδας, ομάδα πολιτιστικών δραστηριοτήτων, προβολή
εκδηλώσεις, έξοδοι.

Από την μέχρι τώρα πορεία λειτουργίας του Κ.Η. διαπιστώνεται ότι τα μέλη του ε
συμμετέχουν στις διάφορες δραστηριότητες και το Κ.Η. αποτελεί γι' αυτούς χώρ

Τηλέφωνο επικοινωνίας: **23510 79854**



Προηγ Πάνω Επόμε.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ευρωπαϊκά Προγράμματα > Πρόγραμμα Ψυχαγωγίας

✓ Αρχή
✓ Ιστορική Αναδρομή
✓ Τοποθεσία-Πληροφορίες
✓ Οργάνωση
✓ Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
✓ Υπηρεσίες για τον Πολίτη
✓ Κοινωνικές Δομές
✓ Συμβουλευτικά Όργανα
✓ Ευρωπαϊκά Προγράμματα
✓ Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
✓ Επιστημονικές Εκδηλώσεις
✓ Εκπαίδευση
✓ Επικοινωνιακή Πολιτική
✓ Εθελοντισμός
✓ Κατάρτιση-Απασχόληση
✓ Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
✓ Επικοινωνία
✓ Χάρτης Site

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 'ΨΥΧΑΡΓΩΣ'



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας' - Υποπρόγραμμα 4 "Ένταξη/επανάταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες - άτομα με ψυχικές ασθένειες" (αριθμ. τροποποίησης εγκριτικής απόφασης 4108/29-8-01, με τα εξής αντικείμενα κατάρτισης:

α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΡΩΝ	ΠΟΛΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	<i>Θερμοκήπιο</i>	1.200	Κατερίνη	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος 2001
2	<i>Αρτοζαχαροπλαστική</i>	1.200	Κατερίνη - Καρδίτσα	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος 2001
3	<i>Ραφείο παπουτσιών</i>	1.200	Κατερίνη - Βόλος	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος 2001
4	<i>Συνεργείο Καθαρισμού</i>	1.200	Κατερίνη - Λάρισα	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος 2001
5	<i>Αρτοζαχαροπλαστική</i>	1.200	Κατερίνη	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος 2001
6	<i>Αγγειοπλαστική</i>	1.200	Κατερίνη - Τρίκαλα	Ιανουάριος 2000 - Νοέμβριος

Γ. Εκπαίδευσης - κατάρτισης εκπαιδευτών, στελεχών και λοιπού προσωπικού των υπηρεσιών του τομέα Ψυχικής Υγείας

1. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας' - Υποπρόγραμμα 5 - Μέτρο 1 'Εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση εκπαιδευτών και στελεχών' - διάρκειας 200 ωρών, με αριθμ. πρωτ. Τροποποίησης εγκριτικής 4108/29-8-2001 και χρόνο υλοποίησης Ιανουάριος - Μάρτιος 2000.

Το παραπάνω προγράμματα περιελάμβαναν θεωρητική και πρακτική κατάρτιση.

Δ. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'ΥΓΕΙΑ - ΠΡΟΝΟΙΑ' 2000 - 2006, στον Άξονα Προτεραιότητας 2 'Ψυχική Υγεία', Μέτρο 2.1, 'Αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών', το οποίο είναι στο στάδιο έγκρισης - υλοποίησης ως εξής:

Στο στάδιο υλοποίησης:

α/α	ΔΟΜΗ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΔΟΜΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΟΙΚΩΝ	ΝΟΜΟΣ
1	Διαμέρισμα	Κλειώ	5	Πιερίας
2	Διαμέρισμα	Καλλιόπη	5	Πιερίας
3	Διαμέρισμα	Ευτέρπη	5	Πιερίας
4	Οικοτροφείο για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	Τερψιχόρη	15	Πιερίας

Στο στάδιο έγκρισης από τη διαχειριστική αρχή:

α/α	ΔΟΜΗ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΔΟΜΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΟΙΚΩΝ	ΝΟΜΟΣ
1	Ξενώνας για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	Θάλεια	10	Πιερίας
2	Ξενώνας για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	Ερατώ	10	Πιερίας
3	Ξενώνας για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	Πολύμνια	10	Πιερίας

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 23510 46234

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΙΟΥ

> Ευρωπαϊκά Προγράμματα > Πρόγραμμα HORIZON

✓ Αρχή
✓ Ιστορική Αναδρομή
✓ Τοποθεσία-Πληροφορίες
✓ Οργάνωση
✓ Υπηρεσίες νοσηλευόμενων
✓ Υπηρεσίες για τον Πολίτη
✓ Κοινοτικές Δομές
✓ Συμβουλευτικά Όργανα
✓ Ευρωπαϊκά Προγράμματα
✓ Εκδόσεις- Έντυπο Υλικό
✓ Επιστημονικές Εκδηλώσεις
✓ Εκπαίδευση
✓ Επικοινωνιακή Πολιτική
✓ Εθελοντισμός
✓ Κατάρτιση-Απασχόληση
✓ Επιχειρησιακός Σχεδιασμός
✓ Επικοινωνία
✓ Χάρτης Site

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ 'ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ' - ΑΞΟΝΑΣ HORIZON



Κοινοτική Πρωτοβουλία 'ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ' - Άξονας Ι ΜΠΟΡΩ και ΘΕΛΩ'. Συγκεκριμένα επρόκειτο για Πι Απασχόληση είκοσι (20) ψυχικά ασθενών ατόμων ειδικότητες: α) Μαγειρική και β) Σερβίρισμα, για τα Οκτώβριος 1998 - Δεκέμβριος 2000 (με εγκριτική Έργασίας 304/186657/31-12-1997).



Προηγ Πάνω Επόμε

Copyright © 2003 Τεχνολογίες Computers, Θύρωνος 17 Κατερίνη, τηλ. 23510-76880 π
Για το δικτυακό τόπο συνεργάστηκαν οι: Χαρά Τσανοσιδου (Υπάλληλος Ψ.Ν.Π.Ο.) και Θανάσι
Καλύτερη πλοήγηση με: IE 4+ ή NN 6+

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αιτιολογικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συνιστάται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συνιστάται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δ) δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α'. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελευθέρως ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπόλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ. αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διάταξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997. Για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Επωπεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το Κ.Ε.Σ.Υ., το Σ.Υ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2. εδ. β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας τους σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διέπεται από τις διατάξεις του ν.1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεών τους βλάπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στα μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέψει την απόκτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μεριδών, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μεριδών που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μεριδών τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφονται στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφορά για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ.. Τα μέλη ευθύνονται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισάριθμα αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερή ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδικείου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρτιου αριθμού, υπερिσχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηται μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι σύζυγοι. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό σύμβουλο ή εμπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση

νοδικείου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986.

Αν αποτύχει η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμόδιου Ειρηνοδικείου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στο Ειρηνοδικείο αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Σύνδικος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απαρτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών-μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μία ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζομένους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου, εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν.1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε.. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του Φόρου Προσπιθέμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν.1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπάγονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχορήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Έργων και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθάλψης, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

γούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία πέντε (5) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκείων ως ισότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγει και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α'). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α'), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδραντοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

β. Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Όποιοι χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. 'Η ΜΗΤΕΡΑ', που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα 'Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας' και μετά από δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκια ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊσταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') των καταργούμενων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. 'Η ΜΗΤΕΡΑ' που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα 'Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας' μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α., των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. 'Η ΜΗΤΕΡΑ' και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιμαιοποιείων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών οικοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που συστάθηκαν α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) 'Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου', περιοχής Μονής Ιερουσαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) 'Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης', καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία 'Κέντρο Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης', το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997) "Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

"Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, στο βαθμό Β' ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α', που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή επταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος."

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') που εκδίδουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αντιστόχως από τους φορείς των περιπτώσεων β', γ', δ'. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 "Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία" (ΦΕΚ 216 Α'/25.10.1995), ιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής: έχουν μετεκπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Γανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερόμενου 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσης τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Ιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρίσουν το χρόνο της προϋπηρεσίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αιρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α') συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α').

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων."

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.97) κατατάσσονται σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α'/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρικών", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία."

Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΤΕ Φυσικοθεραπευτών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α'), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τροφής του προσωπικού (πλην Ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α') μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντιστοίχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το επίδομα ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συσταθούν Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

Άρθρο 6

Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 7

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συσταίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυ-

χικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 8

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 9

Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυ-

Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συσταίνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενό τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συσταίνονται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχωσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 11

Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α') και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α') αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας,

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανάταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικό ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους, από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που συνιστά κώλυμα διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιονομική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

Άρθρο 12

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992	ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123
--------------------------	--------------	-----------------------

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που φέρει η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1 *Κατάφ.*

Το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

Μέρη του κράτους

1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών.

2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περιβαλψης και συντονίζει το έργο τους, ενώ απηγγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο Διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντίστοιχου Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο

Σύσταση ειδικών γραμματειών

Άρθρο 2 *Κατάφ.*

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η Χώρα διακρίνεται σε υγειονομικές περιφέρειες.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται εκάστοτε εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία των υπηρεσιών τους.

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οριστούνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

ανακλητοί. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Μέχρι συγκροτήσεως του ΚΕ.Σ.Υ., κατά τις διατάξεις του παρόντος, εξακολουθεί να λειτουργεί τούτο με τη σύνθεσή που έχει.

Άρθρο 8 *κλειστό* Αρμοδιότητες του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Το ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Σχεδιάζει, προγραμματίζει και προορίζει τους γενικούς στόχους και κατευθύνσεις στον τομέα της υγείας και υποβάλλει σχετικές προτάσεις στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Γνωμοδοτεί σε θέματα τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, που παραπέμπονται σ'αυτό, και εισηγείται μέτρα για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.

γ) Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, όταν τούτο του ζητηθεί από τον αρμόδιο υπουργό και εισηγείται διορθωτικά μέτρα.

2. Στο ΚΕ.Σ.Υ. περιέρχονται όλες οι αρμοδιότητες που είχαν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, εκτός αυτών που αναφέρονται στις διατάξεις του ν. 1965/1991, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, οι επιτροπές οπτικών, το Ειδικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για την άσκηση επαγγέλματος ψυχολόγων, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και αναπτύξεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

3. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να μεταβιβάσει την ευθύνη συντονισμού των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), του άρθρου 10 του παρόντος νόμου, στο ΚΕ.Σ.Υ..

Άρθρο 9 *κλειστό*

Το άρθρο 4 του ν.1278/1982 αντικαθίσταται ως εξής:

Ολομέλεια και εκτελεστική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Το ΚΕ.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομέλεια για θέματα αρμοδιότητάς του. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. ευρίσκεται σε απαρτία όταν είναι παρόντα το 1/2 συν 1 των μελών του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων. Μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει οδικοαλόγητα σε περισσότερες από δύο (2) συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται υποχρεωτικά από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από: α) Τον πρόεδρο αυτού, ως πρόεδρο, β) τον αντιπρόεδρο αυτού, ως αντιπρόεδρο, γ) τους τρεις αντιπροσώπους των ειδικών γραμματειών, δ) δύο μέλη του ΚΕ.Σ.Υ., που εκλέγονται από την ολομέλεια αυτού.

3. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των επιλογών και αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. σε συνεργασία με τις ειδικές γραμματείες.

4. Η εκτελεστική επιτροπή για την προώθηση του έργου της, την εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕ.Σ.Υ. και την υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας, μπορεί να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίες εντός εύλογου χρό-

νου θα παραδίδουν το έργο που ανατίθεται σε αυτές. Με την απόφαση συγκροτήσεως καθορίζονται το έργο της κάθε επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αμέσως μετά τη συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. και των ειδικών γραμματειών, καθορίζονται οι λεπτομέρειες λειτουργίας αυτών, καθώς και της εκτελεστικής επιτροπής, της απαρτίας και των υποχρεώσεων των μελών, της διαδικασίας συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 10 *κλειστό* Σύσταση-συγκρότηση-λειτουργία ΠΕ.Σ.Υ.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας αναστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), που αποτελείται από τα παρακάτω μέλη: α) Το διευθυντή της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, ως πρόεδρο. β) Όλους τους προέδρους των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας ή τους αναπληρωτές αυτών. γ) Τους προέδρους των νοσοκομείων της περιφέρειας ή τους αντιπροέδρους, ως αναπληρωτές αυτών. δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών, φαρμακευτικών και νοσηλευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια και εκλέγονται μεταξύ των εκπροσώπων, που προτείνονται από τις γενικές συνελεύσεις των αντίστοιχων τμημάτων με τους αναπληρωτές τους. ε) Τους διευθυντές των διευθύνσεων υγείας των διευθύνσεων πρόνοιας και διευθύνσεων υγείας και πρόνοιας των νομαρχιών ή τους αναπληρωτές τους. στ) Τρία πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών με ειδικότητα σε οικονομικά και διοικητικά θέματα, επιστημονικά, ιατρικά, νοσηλευτικά και τεχνικά, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και τους αναπληρωτές αυτών, εκ των οποίων το ένα να είναι επισκέπτης υγείας.

2. Το ΠΕ.Σ.Υ. συνεδριάζει τακτικά ανά δίμηνο και εκτόκως όταν παροστεί ανάγκη στη χώρα ή στην περιφέρεια, μετά από πρόσκληση του προέδρου προς τα μέλη.

3. Η πρόσκληση του προέδρου περιλαμβάνει τα θέματα ημερήσιας διάταξης με περιληπτική αναφορά αυτών και απευθύνεται στα μέλη τουλάχιστον δέκα (10) μέρες προ της επικείμενης τακτικής συνεδριάσεως. Για τις έκτακτες συνεδριάσεις η πρόσκληση μπορεί να γίνει εγγράφως ή τηλεφωνικώς ή με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

4. Το ΠΕ.Σ.Υ. ελαμβάνεται για κάθε θέμα που αφορά τη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας των κατοίκων της περιφέρειας καθώς τις συνθήκες βελτίωσής αυτών, μετά από πρόσκληση του προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ..

5. Οι αποφάσεις του ΠΕ.Σ.Υ. λαμβάνονται κατά απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών, το δε συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει νομίμως αν παρίσταται το 1/2 συν 1 των μελών του.

6. Οι αποφάσεις του ΠΕ.Σ.Υ. με έκθεση επί αυτών του προέδρου υποβάλλονται στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για λήψη των σχετικών αποφάσεων.

7. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού

Άρθρο 13

Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:
 - α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
 - β) Ιδιωτικά πολυιατρεία
 - γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
 - δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
 - ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
 - στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.
2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επί αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14

Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού, μπορεί να συστήνονται κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες αυτές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.
2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συστήνονται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μετά από σχετική άδεια που χορηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Ο τρόπος λειτουργίας η στελέχωση σε ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό, οι πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού που θα υπηρετεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μονάδων αυτών, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού.

Άρθρο 15

Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:
 - α) Τα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
 - β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς.
 - γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς.
- Εφεξής τα κέντρα υγείας και όλα οι υγειονομικοί σταθμοί υπάγονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υποχθούν σε διεθύνσεις υγείας νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν όπως τα μετατρέπομενα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή

ευθύνης κάθε υγειονομικού σταθμού. Οι θέσεις όλων των κλάδων του προσωπικού, που τυχόν αμειώνονται στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, προστέονται στις θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις διευθύνσεις υγείας των περιφερειακών υπηρεσιών.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό λειτουργίας υγειονομικού σταθμού ως 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη ολγοκοινωνική πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου νομάρχη και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. μπορεί να συστήνονται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της νομαρχίας στην οποία υπάγονται, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς από 1-1-1993.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών, με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων, των κέντρων υγείας, και των περιφερειακών ιατρείων τους, που συστήθηκαν βάσει του άρθρου 14 του ν. 1397/1983, καταργούνται και αμειώνονται ισάριθμες και ομοίωθες προς αυτές θέσεις προς τις καταργούμενες, οι οποίες προστίθενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου, για τη στελέχωση των κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, εντάσσεται αυτοδικαίως στις αμειωμένες κατά την παρ. 6 του άρθρου αυτού θέσεις, όμοιες προς αυτές που ήδη κατέχουν. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων όλων των κλάδων. Στο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με την παράγραφο αυτήν, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα δικαιολογητικά, που απαιτούνται για την έκδοση αποφάσεων αναστολών και απαλλαγών της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Οι υπηρετούντες ως μόνιμα δημόσια πολιτικά και στρατιωτικά υπάλληλοι και οι μόνιμοι υπάλληλοι των ν.π.δ.δ. που αποκτούν πτυχίο ιατρικής σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής, απαλλάσσονται από την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Με την παραίτησή τους από τη θέση που υπηρετούν, η απαλλαγή τους παύει να ισχύει.

Άρθρο 23

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου

1. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988 επεκτείνεται ισχύουσα και για ιατρούς μη υπόχρεους θητείας υπαίθρου του ν. 67/1968, εφόσον η προκηρηγία του αντίστοιχου υγειονομικού σχηματισμού παραμένει άγονη επί τρίμηνο.

2. Οι άδειες και απουσίες πάσης φύσεως των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου δεν προσμετρώνται στην υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Με απόφαση της προϊσταμένης αρχής του ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου μπορεί να χορηγείται άδεια διαμονής σε αυτόν εκτός της έδρας του υγειονομικού σταθμού, μόνο στις περιπτώσεις που αυτή δεν πληροί στοιχαιώδεις προϋποθέσεις διαμονής.

4. Οπλίτες ιατροί, που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς μπορούν με αίτησή τους να παρατείνουν την παραμονή τους, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 του ν. 1821/1988 (ΦΕΚ 271) κατά την εγγράφου άδειας της υγειονομικής υπηρεσίας του οικείου Γενικού Επιτελείου.

5. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην ετεροζυγωτών), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική νόσο, απαλλάσσονται της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Επίσης απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο εάν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές και παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.

Άρθρο 24

Αναγνώριση υπηρεσίας υπαίθρου

1. Αναγνωρίζεται ως χρόνος εκπλήρωσης της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, ο πρώτος χρόνος υπηρεσίας των ιατρών Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν, υπηρέτησαν ή θα υπηρετήσουν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η ρύθμιση αυτή ισχύει και για τους επιμελητές Γ των Κ.Υ. που η απόφαση διορισμού τους δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. μέχρι την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. Οι ιατροί που δεν έχουν εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968 και υπηρετούν ή θα υπηρετήσουν σε θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομεία των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, αποσπώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεωτικά για χρονικό διάστημα ενός έτους και ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Το χρονικό διάστημα της απόσπασης αυτών αναγνωρίζεται

ως χρόνος εκπλήρωσης της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Μέρος της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, που τυχόν έχει διανυθεί από τους πιο πάνω ιατρούς, προσμετράται για τη συμπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

4. Επαναφέρονται σε ισχύ οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 2 του ν. 633/1977 για τους ιατρούς των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

Άρθρο 25

Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του", που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.

3. Το κέντρο αυτό επιχορηγείται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα και κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως, τα του ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσής, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 26

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ" (Κ.Ε.Ε.Λ.), που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών, για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. επιχορηγείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως και τα του ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσής του, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

οργανισμών και φορέων (Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ., κλπ.)

4. Αξιολογεί διάφορα επίσημα στοιχεία και μελέτες σχετικές με τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και υγιονομικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού και εισηγείται ανάλογες πολιτικές αγωγής υγείας.

5. Προτείνει κανόνες για την εφαρμογή αυστημάτων, που αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο τη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, που προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία.

6. Παρακολουθεί τα προγράμματα αγωγής υγείας, που εφαρμόζουν οι διάφοροι φορείς.

7. Καθορίζει τις προϋποθέσεις αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των επί μέρους προγραμμάτων.

8. Συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ζητεί πληροφορίες σχετικές με τις δυνατότητες και το βαθμό υλοποίησης των διαφόρων προγραμμάτων και γνωστοποιεί σ' αυτήν τις εκάστοτε προτάσεις της.

9. Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα, που παραπέμπεται σ' αυτήν από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που αφορά στην αγωγή υγείας.

10. Μετά την έναρξη λειτουργίας της Ε.Σ.Α.Υ. παύει κάθε τυχόν συναφής αρμοδιότητα άλλου γνωμοδοτικού ή συμβουλευτικού οργάνου.

Άρθρο 33 Συγκρότηση Ε.Σ.Α.Υ.

1. Η Ε.Σ.Α.Υ. συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υπάγεται σε αυτόν και αποτελείται από:

α. Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.) ειδικευμένο στα θέματα αγωγής υγείας, προτεινόμενο από αυτήν και έναν (1) του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.), που προτείνονται από τα διοικητικά συμβούλια αυτών.

β. Έναν (1) καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή Πανεπιστημίου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με ειδική εμπειρία σε θέματα αγωγής υγείας.

γ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ε.Σ.Η.Ε.Α., προτεινόμενο από αυτήν.

δ. Έναν (1) ανώτατο ή ανώτερο υγιονομικό αξιωματικό του κλάδου ιατρών, προτεινόμενο από τον Υπουργό Εθνικής Άμυνας.

ε. Δύο (2) εκπροσώπους του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκ των οποίων ένας (1) της γενικής διεύθυνσης πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ένας (1) της γενικής διεύθυνσης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ορίζονται από τον οικείο Υπουργό.

στ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, που προτείνεται από την Αρχιεπισκοπή.

ζ. Γενικό διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οριζόμενο από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

η. Τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

θ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, προτεινόμενο από αυτήν.

ι. Έναν (1) εκπρόσωπο του Συλλόγου Ψυχολόγων πανεπιστημιακής βαθμίδας, προτεινόμενο από το σύλλογο αυτόν, κατά πρόταση παιδοψυχολόγου.

ια. Έναν (1) εξειδικευμένο σε θέματα αγωγής υγείας επιστήμονα, με αναγνωρισμένο κύρος και εμπειρία, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ. Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, που προτείνονται από το διοικητικό συμβούλιο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

ιγ. Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων, που προτείνεται από το Σύλλογο αυτόν.

ιδ. Έναν (1) επισκέπτη υγείας, που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας (Π.Σ.Ε.Ε.Υ.).

2. Οι αναφερόμενοι στην προηγούμενη παράγραφο προτείνονται ή ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

3. Σε περίπτωση που οι αρμόδια φορείς δεν προτείνουν τους αναφερόμενους εκπροσώπους εντός μηνός από της λήξης της σχετικής ειδοποίησης, ο Υπουργός διορίζει αυτούς κατά την κρίση του.

4. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να μετέχει κατά την κρίση του χωρίς ψήφο ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ε.Σ.Α.Υ. διορίζονται με διετή θητεία, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση αυτήν ορίζονται ο πρόεδρος και οι τρεις αντιπρόεδροι της επιτροπής.

Άρθρο 34 Λειτουργία Ε.Σ.Α.Υ.

1. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να παρίσταται χωρίς ψήφο ο, κατά περίπτωση αρμοδιότητας, γενικός γραμματέας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η Ε.Σ.Α.Υ. βρίσκεται σε απαρτία, όταν είναι παρόντα το ήμισυ συν ένα (1) των μελών αυτής, οι δε αποφάσεις της λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει ο ψήφος του προέδρου. Μέλος της Ε.Σ.Α.Υ., που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από τρεις συνεδριάσεις ανά εξάμηνο, αντικαθίσταται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η Ε.Σ.Α.Υ. συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και εκτάκτως όταν παρίσταται ανάγκη.

3. Η Ε.Σ.Α.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή, που αποτελείται από: α) τον πρόεδρό της, ως πρόεδρο, β) τους αντιπροέδρους, ένας εκ των οποίων προέρχεται από τους στο στοιχ. ιγ' της παρ. 1 του άρθρου 33, αναφερόμενους, γ) τρία (3) μέλη τα οποία εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους, με μυστική ψηφοφορία.

4. Η εκτελεστική επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα, εκτάκτως δε όταν παρίσταται ανάγκη και βρίσκεται σε απαρτία όταν μετέχουν τα τέσσερα (4) από τα μέλη της. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην Ε.Σ.Α.Υ. τα θέματα προς συζήτηση και έχει την ευθύνη της διατυπώσεως και προωθήσεως σχετικών προτάσεων.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ. που συνέρχεται για το σκοπό αυτόν αμέσως μετά τη

δ. Η άμεση συμμετοχή και ο συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών.

Άρθρο 40

Η παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 1579/1985 αντικαθίσταται ως εξής:

Διοίκηση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διοικείται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. Τέσσερα (4) πρόσωπα, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από τα οποία ο ένας είναι ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα λοιπά δε να είναι επιστημονικού επιπέδου ή να έχουν σχετική εμπειρία.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που προτείνεται από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε..

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Β., που εκλέγεται από τους εργαζόμενους σε αυτό. Και

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν.

Για κάθε τακτικό μέλος του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. ορίζεται και ο αναπληρωτής του.

2. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι 2ετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την οποία ορίζεται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος αυτού.

3. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του Δ.Σ. του αντιπροέδρου ή προέδρου, για οποιονδήποτε λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

4. Ο πρόεδρος του Δ.Σ. προϊστάται όλων των υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β.. Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν μηνιαία αποζημίωση. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ως προς το διορισμό προέδρου και αντιπροέδρου έχουν ισχύ και οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50 Α').

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται οι αρμοδιότητες του Δ.Σ., ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπροέδρου και των υπολοίπων μελών του, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 41 *Καζαργ*

Επιστημονικό Συμβούλιο Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής

1. Στο Ε.Κ.Α.Β. λειτουργεί επιστημονικό συμβούλιο (Ε.Σ.) μέλη του οποίου είναι:

α. Ιατροί με αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους στην άσκηση της Ε.Π.Ι., καθώς και με ανάλογη προσφορά στην οργάνωση και ανάπτυξη συστημάτων Ε.Π.Ι. Ένας (1) εκ των ιατρών προτείνεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

β. Νοσηλεύτες ή νοσηλεύτριες με σχετική εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους σε θέματα παροχής υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

γ. Επιστημονικά στελέχη υπηρεσιών, για την επίλυση

προβλημάτων που δεν είναι αμιγώς ιατρικής φύσεως, όπως σεισμολόγοι, σελικωνιολόγοι ή άλλοι ειδικοί επιστήμονες.

δ. Ο διευθυντής ή ο αναπληρωτής του της ιατρικής υπηρεσίας, της κεντρικής υπηρεσίας του Ε.Κ.Α.Β..

2. Ο αριθμός των μελών του επιστημονικού συμβουλίου, η συγκρότησή του και ο ορισμός του προέδρου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η θητεία των μελών του Ε.Σ. είναι 2ετής. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του Ε.Σ. για οποιονδήποτε λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί αντικαταστάτης, το Ε.Σ. λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

3. Το Ε.Κ.Α.Β. για την υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την εν γένει προώθηση του έργου του μπορεί, μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου, να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση συγκροτήσεως καθορίζεται το έργο της κάθε επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 42 *Καζαργ*

Διαρθρωση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διαρθρώνεται:

α) Σε Κεντρική Υπηρεσία (Κ.Υ.), η οποία έχει την ευθύνη της υλοποίησης των σκοπών του Ε.Κ.Α.Β., έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να έχουν ενιαία έκφραση σε όλη τη Χώρα. Η Κεντρική Υπηρεσία έχει έδρα την Αθήνα.

β) Σε Περιφερειακά Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (ΠΕ.Κ.Α.Β.), τα οποία είναι αυτοδύναμες περιφερειακές μονάδες, η δραστηριότητα των οποίων αφορά μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και έχουν την ευθύνη για την ανάπτυξη, λειτουργία και συντονισμό των υπηρεσιών Ε.Π.Θ. της περιοχής ευθύνης τους και υπάγονται διοικητικά στην Κεντρική Υπηρεσία.

γ) Σε Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (Κ.Α.Β.), που αποτελούν τις αποκεντρωμένες περιφερειακές υπηρεσιακές μονάδες του Ε.Κ.Α.Β. και έχουν την ευθύνη για την παροχή άμεσης και κατάλληλης βοήθειας σε κινούμενους από πληγή ή παθολογικά αίτια ασθενείς, στον τόπο του συμβάντος και κατά τη μεταφορά τους μέχρι τον πλησιέστερο και κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

2. Σε κάθε ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται τριμελής διοικούσα επιτροπή που αποτελείται από:

α) Δύο (2) μέλη, που διορίζονται από τον οικείο νομόρχη της έδρας του ΠΕ.Κ.Α.Β., εκ των οποίων το ένα (1) είναι ιατρός και προτείνεται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο.

β) Το διευθυντή του ΠΕ.Κ.Α.Β..

Η συγκρότηση της τριμελούς διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. γίνεται με απόφαση του οικείου νομόρχη. Οι αρμοδιότητες και τα όρια ευθύνης της διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β.. Ο αριθμός των ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. Ο αριθμός των Κ.Α.Β. επίσης ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. με βάση τις ανάγκες κάθε περιοχής, τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού τη μορφολογία

φορέων, που προσφέρουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.

Άρθρο 46 *κδδδφδ*
Πόροι του Ε.Κ.Α.Β.

Τα έσοδα του Ε.Κ.Α.Β. είναι: α) Οι εμπορηγούμενες από τον τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημόσιων επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. β) Οι εισπράξεις και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών. γ) Οι πρόσδοα από την ίδια αυτού περιουσία. δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις και κάθε άλλη πηγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Άρθρο 47
Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραιατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του, να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να ασθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεννόησή του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και εισηγημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Άρθρο 48
Νοσηλευτικά ιδρύματα

1. Εφεξής τα ιδρύματα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργίων Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργίων Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιου υπουργού. Η διάταξη αυτή αφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953.

3. Το προσωπικό πάσης φύσεως, που υπηρετεί σε νοσοκομεία που καταργούνται, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και αίτηση των ενδιαφερομένων, σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας σε κενές θέσεις ή αν δεν υπάρχουν κενές σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις που συνιστώνται για το λόγο αυτόν. Εάν τα νοσοκομεία συγχωνεύονται ή μετατρέπονται, το προσωπικό εντάσσεται στη νέα νοσοκομειακή μονάδα σε θέσεις, που συνιστώνται με τροποποίηση του υπάρχοντος ή έκδοσης νέου οργανισμού, ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνεται το νόμιμο προσόντα, ή μετατάσσεται σε δημόσιες υπηρεσίες, ν.π.δ.δ. ή α.τ.α., μετά από κρίση των αρμόδιων υπηρεσιακών συμβουλίων. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό, που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης, εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατράπηκε σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ισχύουν κατά το χρόνο δημοσίευσής του προεδρικού διατάγματος.

Άρθρο 49
Προϋπολογισμοί-Απολογισμοί και οικονομική διαχείριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953

1. Οι προϋπολογισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953 συντάσσονται και υποβάλλονται κατά τις ισχύουσες διατάξεις περί προϋπολογισμών ν.π.δ.δ.

2. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με απόφασή του καθορίζει ενιαίο πλαίσιο αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού ώστε αυτοί να στοιχειοθετούνται επί μηδενικής βάσεως.

θρου αυτού μπορεί να εντάσσονται στο σύστημα εφημερίας.

Άρθρο 53
Εποπτεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οποιασδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίον ανήκουν, επιφυλασσομένων των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 11 του παρόντος. Η εποπτεία αναφέρεται στην τήρηση των προδιαγραφών κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής, όπως αυτές ρυθμίζονται εκάστοτε, στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας του. Οι φορείς υγείας, που επιχορηγούνται από το Κράτος, υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοικήσεως και της οικονομικής τους διαχείρισης.

2. Η εποπτεία των φορέων περιβαλψης ασκείται από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας των υγειονομικών περιφερειών της Χώρας, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που καθορίζει τον τρόπο και τα όργανα εποπτείας των φορέων περιβαλψης.

3. Η εποπτεία του επιστημονικού ή εκπαιδευτικού έργου των πανεπιστημιακών κλινικών γίνεται από τα οικεία πανεπιστημιακά όργανα.

Άρθρο 54
Διάκριση νοσοκομείων

Το άρθρο 8 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία της οικείας υγειονομικής περιφέρειας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του 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. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική, επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περιβαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Άρθρο 55

Διοίκηση νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια των οποίων η θητεία είναι διετής.

2. Τα διοικητικά συμβούλια όλων των νοσοκομείων είναι επιταμελή και αποτελούνται :

α. Από τέσσερα (4) πρόσωπα με επιστημονική κατάρτιση ή σχετική εμπειρία, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β. Από έναν (1) εκπρόσωπο των ιατρών και των άλλων επιστημονικών της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, που εκλέγεται από αυτούς.

γ. Από έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς. Ο εκπρόσωπος αυτός πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου τουλάχιστον μέσης σχολής.

δ. Από έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου υπάγεται το νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

3. Κατ'εξαιρεση πρόεδρος του Δ.Σ. του νοσοκομείου 'ΕΛΠΙΣ' ορίζεται από το δημοτικό συμβούλιο του Δήμου Αθηναίων και είναι ο εκπρόσωπος της τοπικής αυτοδιοίκησης. Κατά τη λοιπή η σύνθεση του Δ.Σ. του Δημοτικού Νοσοκομείου 'Η ΕΛΠΙΣ' διέπεται από τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

4. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών, τακτικών και αναπληρωματικών είναι διετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του Δ.Σ. για οποιαδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ορισμός αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί από τα υπόλοιπα μέλη του.

5. Ο πρόεδρος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ο αντιπρόεδρος προκειμένου για νοσηλευτικά ιδρύματα άνω των 50 κλινικών καλύπτουν μηνιαία αμοιβή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, που ορίζεται με όμοια απόφαση. Ως προς το διορισμό προέδρων και αντιπροέδρων έχουν ισχύ και οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν. 1943/1991.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται και οι αρμοδιότητες του Δ.Σ., ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντά του προέδρου, αντιπροέδρου και των μελών του, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να αμιστώνται στα νοσηλευτικά ιδρύματα αρμοδιότητες Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στο Ε.Κ.Α.Β., ανά μία θέση γενικού διευθυντή, με τριετή θητεία. Με το ίδιο διάταγμα ορίζεται και ο τρόπος επιλογής αυτών.

λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου. Μετά την έκδοση του προεδρικού διατάγματος αυτού, προσαρμόζονται αναλόγως οι οργανισμοί των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

6. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών ασκούνται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό, ο οποίος προβλέπει τις υποχρεώσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, τον τρόπο άσκησης του έργου τους και κάθε σχετική λεπτομέρεια για τη λειτουργία και την οργάνωση αυτού.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των νοσοκομείων.

7. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μεταφέρονται επιστημονικά τμήματα, ειδικές μονάδες και οι θέσεις του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού αυτών, από ένα νοσοκομείο σε άλλο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. μέσα στην περιοχή του νομού, εφόσον το επιβάλλει η διάρθρωση των νοσοκομείων για την κάλυψη των αναγκών περιβάλλουσας του πληθυσμού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρεται και το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες αυτές. Η απόφαση δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Σε έκτατες περιπτώσεις η μεταφορά επιστημονικών τμημάτων ή ειδικών μονάδων, μπορεί να γίνει στην ίδια υγειονομική περιφέρεια ή σε άλλη, για ορισμένο χρονικό διάστημα και για συγκεκριμένη προφορά υπηρεσιών υγείας.

Άρθρο 57

Οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου

1. Στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953, καθώς και στα νοσηλευτικά ιδρύματα των άρθρων 48 και 52 του παρόντος νόμου, λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία. Επίσης, στις ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν 150 κλίνες και άνω λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία, για τη φαρμακευτική εξυπηρέτηση αποκλειστικά και μόνο των νοσηλευόμενων σε αυτές ασθενών.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις οργάνωσης των φαρμακείων των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες και η σύνθεση του προσωπικού τους κατά ειδικότητα, ανάλογα με τον αριθμό των κλινών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 58

Διάρθρωση ιατρικής και λοιπής επιστημονικής υπηρεσίας των νοσοκομείων

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς, που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι: α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός, δ) Ψυχιατρικός, ε) Κοινωνικής ιατρικής, στ) Επείγουσας και επιναιτικής ιατρικής, και ζ) Φαρμακευτικός, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, που εξυπηρετούν όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα

καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου ανάλογα με τις ανάγκες, ύστερα από εισήγηση της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, μπορεί δε και να τροποποιείται.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, προκειμένου δε για το φαρμακείο, φαρμακοποιός, που υπηρετεί στο τμήμα με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο αρχαιότερος στην ειδικότητα επιμελητής Α'.

4. Εφόσον η κτιριακή υποδομή επιτρέπει τη χωροταξική αυτοτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός του νοσοκομείου, τότε το διοικητικό συμβούλιο μεριμνά και αποφασίζει για την αυτοτέλεια αυτήν, αφού λάβει υπόψη τις απαιτήσεις των αρμόδιων επιστημονικών οργάνων του νοσοκομείου, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη και σύμφωνα με τις τρέχουσες προδιαγραφές νοσηλείας και περιβαλλή των ασθενών.

5. Οι ιατροί του τομέα, ειδικοί και ειδικευόμενοι, καθώς και οι άλλοι επιστήμονες μαζί, εκλέγουν κάθε δύο χρόνια το διευθυντή του τομέα με τον αναπληρωτή του από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα πλαίσια των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων, που ιδρύονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 80 και 81 του νόμου αυτού. Ο διευθυντής του τομέα παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών και έχει την ευθύνη του τομέα.

6. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μετονομάζονται σε "Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών (Σ.Ε.Α.)" και αποτελούνται:

α. Από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) β. Από το Τμήμα Ημερήσιας Παρακολούθησης (Τ.Η.Π.) γ. Από το Τμήμα Τακτικών Ιατρικών (Τ.Τ.Ι.).

Το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών λειτουργεί με την επιστημονική, νοσηλευτική και διοικητική ευθύνη τριών προϊσταμένων, που ορίζονται με θητεία ενός έτους από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, ύστερα από αντίστοιχες προτάσεις της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για τον ιατρό και της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας για τους υπόλοιπους. Οι παραπάνω αποτελούν τη διοικούσα επιτροπή του συγκροτήματος εξωτερικών ασθενών του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετική με την οργάνωση και λειτουργία του συγκροτήματος εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων. Με την ίδια απόφαση, εφόσον η κτιριακή και η εν γένει λειτουργική υποδομή το επιτρέπει, το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών, μπορεί να αποσυνδεθεί διοικητικά και οικονομικά, διατηρούμενης της επιστημονικής, λειτουργικής και οργανικής διασύνδεσης με το νοσοκομείο.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περιβαλλικής και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 59

Σύσταση και λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Προ-

έξοδα του Κέντρου Ιατρικής Μθυσής θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα εγκατασταθεί το κέντρο αυτό.

Άρθρο 62

Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας συντάσσεται και εκδίδεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

2. Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας καθορίζονται οι κανόνες δεοντολογίας, που πρέπει να διέπουν το ιατρικό και οδοντιατρικό λειτουργήμα, οι σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και οι σχέσεις αυτών με τους ασθενείς.

3. Από της εκδόσεως του προεδρικού διατάγματος της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, καταργείται κάθε διάταξη, που ρυθμίζει τα της ιατρικής δεοντολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 63

Εργασιακές σχέσεις ιατρών

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων ν.π.δ.δ. και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας εκτός από τα νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., ομιστώνται εφεξής ως θέσεις ιατρών πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης.

Κατ' εξαίρεση οι θέσεις του οδοντιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ομιστώνται ως θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, πλην των περιπτώσεων ουστάσεως θέσεων οδοντιατρικού προσωπικού που κατέχει τίτλο οδοντιατρικής ειδικότητας.

2. Οι υπηρετούντες μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, καθώς και οι ιατροί, οι οποίοι έχουν κριθεί επιτυχώς να καταλάβουν θέση, πριν τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι μόνιμα δημόσια λειτουργοί θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., που έχουν προκηρυχθεί και δεν έχει ολοκληρωθεί η διαδικαστική επεξεργασία επαναπροσμηρούσανται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

3. Οι παραπάνω μόνιμα ιατροί είτε υπηρετούν σε οργανικές θέσεις είτε σε προσωποπαγείς θέσεις απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ή οδοντιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφή, καλλιτεχνική ή διδακτική δραστηριότητα, και να κατέχουν οποιοδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση, πλην εκείνων, που προβλέπονται κατ'εξαίρεση με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

4. Οι ιατροί που διορίζονται για πρώτη φορά σε θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που προκηρύσσονται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι δημόσια λειτουργοί επί θητεία και ισχύουν γι' αυτούς οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου αυτού μόνο σε ό,τι αφορά την άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος.

5. Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις μερικής απασχόλησης ασκούν δημόσιο λειτουργήμα επί θητεία και διατηρούν το δικαίωμα ετεροαπασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα της ιατρικής ή το δικαίωμα διατηρήσεως ιδιωτικού ιατρείου ή

οδοντιατρείου.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μπορούν να προλαμβάνουν, εκτός των θέσεων των προβλεπόμενων στον οργανισμό των νοσοκομείων, ιατρούς με την ιδιότητα των συμβούλων, με ειδική σύμβαση και μετά προηγούμενη έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο αριθμός των συμβούλων δεν δύναται να υπερβαίνει τους δύο (2) ανά ειδικότητα.

7. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης και οι ιατροί σύμβουλοι νοσοκομείων απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε προσωπική εταιρεία ή Ε.Π.Ε. ή στη διοίκηση Α.Ε. με αντίστοιχα αντικείμενα.

8. Εφεξής ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, που καταλαμβάνουν θέσεις του κλάδου Ε.Σ.Υ. ή υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως υποχρεούνται εντός δώδεκα (12) μηνών να επιλέξουν μία από τις δύο θέσεις, άλλως θεωρούνται παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ..

9. Ιατροί του Ε.Σ.Υ., που καταλαμβάνουν θέσεις Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής θεωρούνται αυτοδικαίως παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών του Ε.Σ.Υ..

10. Η κατοχή της θέσεως του Ε.Σ.Υ. για το διάστημα μέχρι δώδεκα (12) μηνών θεωρείται νόμιμη. Η διάταξη του προηγούμενου εδαφίου ισχύει ανάλογα και για όσες περιπτώσεις ιατρών, μέχρι της δημοσίευσής του παρόντος, έχουν υπηρεσία ως μέλη Δ.Ε.Π. ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, κατέχοντες άμα και θέση ιατρού του Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 64

Κλάδος ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που έχουν ορισθεί με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να τροποποιούνται στο πλαίσιο της μεταβολής των οργανισμών των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των πιο πάνω Υπουργών. Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις, που τυχόν καταργούνται, τοποθετείται σε αντίστοιχα τμήματα άλλου νοσοκομείου της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας. Σε περίπτωση που οι θέσεις είναι προσωποπαγείς και πλεονάζουν, οι κατέχοντες τις θέσεις ιατροί τοποθετούνται στην ίδια ή άλλη υγειονομική περιφέρεια, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύστερα από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου της παραγράφου 2 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

2. Οι θέσεις ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. κάθε νοσοκομείου προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μεθοδολογίας των ιατρών, που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του. Οι δαπάνες μεθοδολογίας των ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν στα κέντρα υγείας, βαρύνουν τον προϋπολογισμό της διεύθυνσης υγείας της οικείας νομαρχίας, που υπάγονται τα κέντρα υγείας, από 1/1/1983.

3. Οι θέσεις ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης, διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επιμελητών Β'. Προκείμενου περί οδοντιατρών, οι θέσεις διαβαθμίζονται

ε) Από το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας της νομαρχίας που υπάγεται το νοσοκομείο ή τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που η κρίση αφορά σε θέσεις ιατρών κέντρων υγείας η κρίση και επιλογή γίνεται από το πρωτοβάθμιο συμβούλιο του νοσοκομείου νομαρχιακού ή περιφερειακού με το οποίο διασυνδέεται το κέντρο υγείας επιστημονικά και λειτουργικά. Ως εισηγητής στο συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, για κάθε ειδικότητα των θέσεων που προκηρύσσονται, ορίζεται ιατρός τουλάχιστον της ίδιας βαθμίδας με την υπό κρίση θέση, της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, με το νόμιμο αναπληρωτή του, από κατάλογο των υπηρετούντων ιατρών του Ε.Σ.Υ. της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας με το νοσοκομείο που αφορά η κρίση. Στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής πρόεδρος είναι ο εκπρόσωπος του Δ.Σ. του νοσοκομείου και επί απουσίας αυτού ο διευθυντής της Διεύθυνσης Υγείας.

3. Οι εκπρόσωποι των κατά την προηγούμενη παράγραφο φορέων ορίζονται μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμου ορισμού εκπροσώπου, τον εκπρόσωπο ορίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Σύζυγοι ή συγγενείς εξ αίματος ή αγχιστείας μέχρι και του 4ου βαθμού των υποψηφίων κωλύονται να συμμετέχουν στο συμβούλιο επιλογής και οφείλουν να ζητήσουν εξαιρέσή τους από την κρίση όλων των υποψηφίων της θέσεως.

5. Μέχρι να συγκροτηθούν τα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσης και επιλογής του άρθρου αυτού, λειτουργούν τα υπάρχοντα που έχουν συσταθεί για το λόγο αυτόν, τα οποία και καταργούνται με την έκδοση αποφάσεως του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περί συγκροτήσεως των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Ο τρόπος και η διαδικασία εκκαθαρίσεως των υποθέσεων που εκκρεμούν στα καταργούμενα συμβούλια καθορίζεται με την ίδια υπουργική απόφαση.

6. Η κατάταξη των ιατρών μετά την τελική αξιολόγηση γίνεται με αριθμητική σειρά, σύμφωνα με τα προσόντα που συγκεντρώνουν.

7. Η θητεία των μελών των συμβουλίων ορίζεται τριετής. Κατά τη διάρκεια της θητείας τα τυχόν δημιουργούμενα νέα θέματα λήγονται με την ίδια διαδικασία για το υπόλοιπο της θητείας.

8. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσης και επιλογής, η διαδικασία λήψεως αποφάσεων, τα κωλύματα των μελών, η αναπλήρωση των μελών, η προθεσμία υποβολής εισηγήσεων και έκδοσης αποφάσεων και κάθε άλλη διαδικαστική λεπτομέρεια που απαιτείται για τη λειτουργία των συμβουλίων κρίσεως και επιλογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 67

Δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής

1. Συστώνται δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων ως ακολούθως:

α) Πρώτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα. β) Δεύτερο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα. γ) Τρίτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο ε-

πιλογής με έδρα τη Θεσσαλονίκη. δ) Τέταρτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Πάτρα. ε) Πέμπτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα το Ηράκλειο. στ) Έκτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τα Ιωάννινα. ζ) Έβδομο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αλεξανδρούπολη. η) Όγδοο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τη Λάρισα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συγκροτούνται τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής και γίνεται η διανομή των εκκρεμοσυνών προς εκδίκαση ενστάσεων, ενώ καθορίζεται η περιοχή αρμοδιότητας εκάστου συμβουλίου.

2. Τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της περιφερειακής Διεύθυνσης υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, στην έδρα της οποίας εδρεύει το δευτεροβάθμιο συμβούλιο, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου στον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που προτείνει το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., μαζί με το αναπληρωματικό του μέλος.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. του εγγύτερου Ιατρικού Τμήματος Α.Ε.Ι., με τον αναπληρωτή του, που ορίζεται από αυτό. Ο εκπρόσωπος Δ.Ε.Π. πρέπει να είναι κάτοχος της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση.

ε) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ., ιατρό, με τον αναπληρωτή του.

Ως εισηγητής στο Συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, προτείνεται από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ιατρός που έχει αποκτήσει την ειδικότητα της θέσης για την οποία γίνεται η κρίση, πριν δεκαπέντε (15) χρόνια για τις θέσεις διευθυντών, δέκα (10) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Α' και πέντε (5) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Β' και Γ'. Ο εισηγητής μπορεί να είναι το ίδιο πρόσωπο, εφόσον συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις, για όλες τις βαθμίδες.

3. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό, κατόπιν ενστάσεως κατά των αποφάσεων των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Την ένσταση ασκούν είτε οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι ιατροί ή οδοντίατροι ή ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ένσταση κατά της πρωτοβάθμιας απόφασης πρέπει να υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία κοινοποίησής σ' αυτόν της πρωτοβάθμιας απόφασης. Επί υποβολής ενστάσεως κατά της πρωτοβάθμιας κρίσης στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο, αναστέλλεται η διαδικασία διορισμού μέχρι εκδόσεως τελικής αποφάσεως από το δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής, το οποίο οφείλει να συνεδριάσει εντός δύο (2) μηνών από την ημερομηνία υποβολής της τελευταίας ενστάσεως. Μετά την κρίση στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο, διορίζεται ο προκρίθεις από το δευτεροβάθμιο συμβούλιο.

4. Οι παράγραφοι 3 και 7 του προηγούμενου άρθρου έχουν εφαρμογή και για τα συμβούλια του παρόντος άρθρου.

5. Τα συμβούλια επιλογής του προηγούμενου και του παρόντος άρθρου είναι σε απαρτία όταν παρίστανται τα τρία από τα πέντε μέλη του.

5. Για κάθε ειδικισμό στον κλάδο ιατρών εφαρμόζονται τα πιο πάνω κριτήρια. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους με τη σειρά αξιολογήσεώς τους για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα, προτάσσεται κατά σειρά :

α. Εκείνος που στο πρόσθετο του συντρέχει περίπτωση συνυπηρετήσεως αυξήγουν.

β. Εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο δεκά (10) τουλάχιστο χρόνια συνεχώς.

Οι περιπτώσεις α' και β' ισχύουν και για τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολογήσεως ή ο δεύτερος, αν ο πρώτος δεν αποδέχεται το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα ή κατά σειρά ο τρίτος, αν οι δύο πρώτοι δεν αποδεχτούν το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα. Υποψήφιοι, που κατέλαβαν θέση στη σειρά αξιολογήσεως μετά τον τρίτο, δε διορίζονται. Εάν διαπιστωθεί ότι ο υποψήφιος, που αξιολογήθηκε από το συμβούλιο επιλογής σε θέση διορισμού, δεν είχε τα απαραίτητα από το νόμο τυπικά προσόντα, ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να προχωρήσει στο διορισμό του αμέσως επόμενου. Δε διορίζεται επίσης ο ιατρός, που α) δεν είναι γραμμένος στο μητρώο αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγεί, γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικαστεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή καταμνησίση, σκωφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα, που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος, στ) δεν είναι υγιής και ζ) δεν είναι γραμμένος στον ιατρικό αλληλογο της περιοχής όπου και η θέση. Επίσης, δε διορίζονται οι ιατροί, που δεν έχουν εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου ή δεν έχουν νόμιμη απαλλαγή και ο διορισμός τους αφορά σε θέσεις νοσοκομείων ή κέντρων υγείας των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί ο ιατρός να υποβάλει υποψηφιότητα, αλλά στη θέση θα μπορεί να διορισθεί μετά την εκπλήρωση της υποχρεώσεως υπηρεσίας υπαίθρου, που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, του οποίου η αίτηση αναστολής του διορισμού του για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται προκειμένου να εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι παθήσεις και βλάβες της υγείας, που παρεμποδίζουν το διορισμό ιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται τα δικαιολογητικά, που πρέπει να προσκομίσει ο ιατρός για το διορισμό του.

7. Οι διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού ισχύουν και για τους υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του παρόντος, ιατρούς.

8. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

9. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της

προθεσμίας υποβολής τους.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος πρακτικής των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψηφίους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων κρίσεων και επιλογής και των αιτητητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

11. Περιοχές όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, οικονομικές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδεδειγμένα αντίδητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τους 24ωρης ετοιμότητας υγειονομικούς σταθμούς μπορεί με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διατάξεως αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό, που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού 24ωρης ετοιμότητας. Οι άγονες και οι προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α' και Β' κατηγορίας. Κατηγορίας Α' είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα αξιωματικές. Η διάκριση γίνεται με το προεδρικό διάταγμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο προεδρικό διάταγμα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση ιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή υγειονομικών σταθμών 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορεί να εφαρμόζονται και σε άγονες ειδικότητες ιατρών ή άλλων κλάδων προσωπικού κατά περιοχή με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών.

12. Μέχρι να εκδοθούν οι υπουργικές αποφάσεις και το προεδρικό διάταγμα, που προβλέπονται από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, για τη διαδικασία πλήρωσης των θέσεων του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., την προκήρυξη και τα κριτήρια, εφαρμόζονται οι διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του παρόντος οι οποίες και καταργούνται με την έκδοση των υπουργικών αποφάσεων.

Άρθρο 70

Θητεία των ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.

- Επαναπροκήρυξη θέσεων

1. Καθιερώνεται η θητεία για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. όλων των κατηγοριών και βαθμίδων. Κάθε ιατρός έχει δικαίωμα παραμονής στην ίδια ή άλλη ομοίοβαθη θέση μέχρι τρεις (3) θητείες.

2. Κάθε θέση ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και απεικλειστικής απασχόλησης ή μερικής απασχόλησης, επαναπροκηρύσσεται όταν ο ιατρός που την κατέχει συμπληρώσει σε αυτήν υπηρεσία τεσσάρων (4) ετών, αν πρόκειται για θέσεις επιμελητών Α' ή Β' ή Γ, και πέντε (5) ετών για θέσεις διευθυντών. Για την κατάληψη των θέσεων, που επαναπροκηρύσσονται, υποβάλλουν υποψηφιότητα ιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., ή εκτός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.. Ο ιατρός, που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται, έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επαναπροκήρυξη του σε αυτήν ή άλλη ομοίοβαθη

παρόντος νόμου σε προσωποπαγείς θέσεις, καθώς και οι ιατροί που υπάγονται στις μεταβατικές διατάξεις του άρθρου 68 του παρόντος νόμου, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής της εργασιακής τους σχέσης, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

β. Οι ιατροί που υπηρετούν σε προσωποπαγή θέση, μπορούν να μεταβάλλουν την εργασιακή τους σχέση με την ίδια διαδικασία της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, της θέσης τους μετατρέπόμενης στην περίπτωση αυτή σε οργανική, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι προσωποπαγείς θέσεις, που μετατρέπονται σε οργανικές με τη διαδικασία αυτήν καταργούνται μετά την αποχώρηση του ιατρού από την υπηρεσία για οιαδήποτε λόγο.

8. Θεσικές του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που κενούνται καθ' οιαδήποτε τρόπο, επαναπροσφύσσονται, εκτός εάν υφίσταται στο ίδιο τμήμα προσωποπαγής αμοιβάσιμη θέση, οπότε ο κατέχων αυτή δύναται με δήλωση του υποβαλλομένη εντός μηνός να καταλάβει την οργανική θέση. Επί υπάρξεως περισσότερων ιατρών, που κατέχουν προσωποπαγείς αμοιβάσιμες θέσεις με την κενούμενη οργανική στο ίδιο τμήμα, τη θέση καταλαμβάνει ο ιατρός, που κατέχει την προσωποπαγή θέση περισσότερο χρόνο.

9. Οι λεπτομέρειες περί υποβολής υπεύθυνης δήλωσης για μεταβολή της εργασιακής σχέσης των υπηρετούντων ιατρών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 72

Εξέλιξη στον κλάδο

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των ιατρών και οδοντότρων γίνεται με την καταληψη κενής θέσεως αμέσως ανώτερου βαθμού από αυτόν που έχουν, μετά από προκήρυξη της θέσης και κρίση, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό, κατά την προηγούμενη παράγραφο, γίνεται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι έχουν τα προσόντα της παρ. 2 του άρθρου 65 του νόμου αυτού.

3. Οι οδοντίατροι, που έχουν το βαθμό επιμελητή Γ', για να εξελιχθούν σε θέση επιμελητή Β', πρέπει να έχουν συμπληρώσει σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης του επαγγέλματος.

4. Σε περίπτωση, που ο ιατρός δεν καταλάβει την θέση, μετά τη συμπλήρωση και της τρίτης θητείας του, δεν μπορεί να διεκδικήσει εκ νέου τη θέση του, η οποία προκηρύσσεται εντός δύο (2) μηνών. Εφόσον ο ιατρός αυτός υπηρετούσε στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τίθεται στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τοποθετείται με τον ίδιο βαθμό στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας κατά τις κείμενες διατάξεις. Σε κάθε περίπτωση οι ιατροί, που εμπιπύουν στις διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων της παραγράφου αυτής, μπορούν μετά παρέλευση διετίας να διεκδικήσουν ανώτερη θέση.

Άρθρο 73

Χρόνος εργασίας

1. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό οκτάωρο ημερησίως.

2. Οι ιατροί μερικής απασχόλησης εργάζονται πέντε (5)

ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό πεντάωρο ημερησίως.

3. Οι σύμβουλοι ιατροί υποχρεούνται να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο εντός εύλογου χρονικού διαστήματος, όταν κληθούν κατά τη διάρκεια του ωραρίου των ιατρών μερικής απασχόλησης, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Παρόμοια υποχρέωση έχουν ειδικώς και σε άλλες εξαιρετικές περιπτώσεις και μπορεί να καλούνται και εκτός του ωραρίου τούτου.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας ειδικά για όλα τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας. Η τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή η εφαρμογή διακεκομμένου ωραρίου δυνατόν να γίνει λόγω ειδικών συνθηκών, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του νοσοκομείου και εισήγηση του αρμόδιου ΠΕ.Σ.Υ. ή του ΚΕ.Σ.Υ., εφόσον τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν έχουν συγκροτηθεί και απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 74

Άδειες

1. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Εφόσον το ζητήσουν οι ιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες εμβαλλούν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μετά από γνώμη του διευθυντή του τμήμα στον οποίο ανήκουν οι ιατροί. Ιατροί με ειδικότητα ακτινολόγων ή ιατροί, που εργάζονται σε περιβάλλον ιοντίζουσας ακτινοβολίας διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους ιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με διπλάσιας αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές σε κάθε βαθμό για μετεκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων στο εξωτερικό. Για τη μετεκπαίδευση ή την παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων στην Ελλάδα, οι ιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. λαμβάνουν τις κανονικές αποδοχές τους. Η μετεκπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του οικείου ΠΕ.Σ.Υ., εφόσον έχει αυστηρώς άλλως μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό απαιτείται η πιστοποίηση και βεβαίωση του ιδρύματος ή του διευθυντή του τμήματος της αλλοδαπής ότι αποδέχονται τον υποψήφιο προς μετεκπαίδευση ιατρό. Είναι δυνατόν η μετεκπαιδευτική άδεια να χορηγείται και σε μικρότερα του ενός έτους χρονικά διαστήματα, όχι όμως λιγότερο των δύο (2) μηνών. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό, είναι απαραίτητη η αποδεδειγμένη γνώση της ξένης γλώσσας, που απαιτείται κάθε φορά.

2. Οι ιατροί, που παίρνουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές και αποχωρούν προ της λήξεως της θητείας τους, υποχρεούνται να επιστρέψουν στο διπλόστοιχο το σύνολο των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο της άδειας. Η εισπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την εισπραξη των δημοσίων εσόδων.

δ) Οριστική παύση και

ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα προβλεπόμενα στην παρ.1 περιπτώσεις β', γ, δ και ε' του άρθρου αυτού αδύσματα, καθώς και για τα ακόλουθα: τη χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, την ατελή και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους, την αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, άρνηση ή παρεκκλιστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας, τη μη πρόποια συμπεριφορά προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους, τη μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και τη σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή, χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα, την παράβαση της εκ των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας επιβαλλόμενης εχεμύθειας, τη χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκτήσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι, τη φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, την εγκατάλειψη ή παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος που ανήκει στο Δημόσιο ή σε ν.π.δ.δ..

4. Η ποινή αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδύσματα της παρ. 1, περ. α' και β' του άρθρου αυτού.

5. Στα αδύσματα της παρ.1 περ. α' και β' του άρθρου αυτού, ο ιατρός τιμωρείται υποχρεωτικώς με ποινή οριστικής παύσης και σωρευτικώς με ποινή προστίμου, από 800.000 δραχμές μέχρι 4.000.000 δραχμές.

6. Η διάταξη του άρθρου 192 παρ. 1 του π.δ. 611/1977 εφαρμόζεται και σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης των ιατρών. Σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης, ο ιατρός μπορεί να τεθεί σε άργια του άρθρου 192 του π.δ. 611/1977.

7. Η ποινή της οριστικής παύσης μπορεί να επιβληθεί για τα αδύσματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977, τα αδύσματα της παρ. 1, περ. β', γ, δ' του νόμου αυτού, για τα αδύσματα της χρησιμοποίησης θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, της ατελούς ή μη έγκαιρης εκπλήρωσης των καθηκόντων τους, καθώς και για τα αδύσματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977.

8. Τα πειθαρχικά όργανα είναι αρμόδια να επιβάλλουν τις εξής ποινές: α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ν.π.δ.δ. έγγραφη επίπληξη και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών. β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παρ. 2 του άρθρου αυτού. γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο κάθε άλλη ποινή. Για το ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας αρμόδια είναι τα πειθαρχικά όργανα του Υπαλληλικού Κώδικα.

9. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

10. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημοσίων υπαλλήλων.

Άρθρο 78

Άσκηση επαγγέλματος

1. Επιτρέπεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης ή συμβούλους σε ημέρες και ώρες εκτός του καθημερινού πρωινού ωραρίου και της ενεργού εφημερίας, το οποίο είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

2. Οι πιο πάνω ιατροί υποχρεούνται να θεωρήσουν βιβλίο εισόδων-εξόδων και αποδείξεις παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Φορολογικών Στοιχείων (π.δ. 99/1977 (ΦΕΚ 34 Α'), τα οποία πρέπει να τηρούν για τις αμοιβές τους από την άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος.

Άρθρο 79

Απασχόληση εκτός θέσης

Η παράγραφος 1 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

"1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, επιτρέπεται στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες σε οποιαδήποτε φύσεως υπηρεσίες στο Δημόσιο, στην τοπική αυτοδιοίκηση ή ν.π.δ.δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο, που μπορεί να ανανεώνεται."

Στο άρθρο 40 του ν. 1397/1983 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 5, ως εξής:

"5. Με τη διαδικασία των διατάξεων των παρ. 1 έως και 3 του άρθρου αυτού μπορεί να ανατίθενται σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. καθήκοντα προϊσταμένων γραφείων, τμημάτων και διευθύνσεων νομαρχιακών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπου από τον οργανισμό του Υπουργείου προβλέπεται προϊστάμενος υγειονομολόγος ιατρός, καθώς και καθήκοντα προέδρων ή αντιπροέδρων Δ.Σ. νοσοκομείων. Οι ιατροί αυτοί μπορούν να συνεχίζουν την επιστημονική συνεργασία με το νοσοκομείο τους και να συμμετέχουν στο πρόγραμμα εφημερίας. Οι ανωτέρω ιατροί πριν την άσκηση των παραπάνω καθηκόντων παρακολουθούν μετά από απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ειδικό εξαμηνιο ταχυρρυθμο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, σε θέματα υγειονομολόγου ιατρού στην Υγειονομική Σχολή της Αθήνας."

Άρθρο 80

Ενιαίο μεταπτυχιακό σύστημα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

1. Το μεταπτυχιακό σύστημα αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που αφορά στη μετέπειτα τη ληκτική πτυχία και σε εξειδικευμένη ιατρική, οδοντιατρική και φαρμακευτική εκπαίδευση αναδιοργανώνεται σε ενιαίο λειτουργική βάση.

2. Ιδρύεται ν.π.δ.δ. με έδρα την Αθήνα και με την επωνυμία Ενιαίος Μεταπτυχιακός Φορέας (Ε.Μ.Ε.Φ.), ως ανώτατο επιστημονικό και γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για θέματα μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και λοιπών επαγγελματιών υγείας τριτοβάθμιας εκπαίδευσης πλην νοσηλευτικής και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 81

Διάρθρωση Ε.Μ.Ε.Φ.-Αρμοδιότητες

1. Στο ν.π.δ.δ. του αμέσως προηγούμενου άρθρου, υπάγονται όλα τα όργανα που θεσμοθετούνται με την έκδοση προεδρικού διατάγματος, που προβλέπεται στην παρ. 2 του παρόντος άρθρου.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση

Η χορήγηση του τίτλου ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων.

Άρθρο 84

Εξειδίκευση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (Μ.Ε.Ν.) Νεογνών

1. Κατ' εξαίρεση των διατάξεων του αμέσως προηγούμενου άρθρου, από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθιερώνεται η εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία που παρέχεται μετά άμεσής υπηρεσίας και εκπαίδευση δύο (2) ετών σε λειτουργούσες πολυδύναμες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ή Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών), ειδικευμένων ιατρών, σε ειδικότητες που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μπορούν να καταλαμβάνουν οργανική θέση σε Μ.Ε.Θ. ή παιδιάτρων σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

2. Μετά τη συμπλήρωση συνεχούς υπηρεσίας και εκπαίδευσης του ιατρού σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία. Για να εκδοθεί το πιστοποιητικό, απαιτείται θετική εισήγηση του οικείου Διευθυντή της Μ.Ε.Θ. ή της Μ.Ε.Ν. Νεογνών, της οικείας Επισημημονικής Επιτροπής και βεβαίωση του οικείου Διοικητικού Διευθυντή του νοσοκομείου για το χρόνο υπηρεσίας στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

3. Τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά έχουν ενιαία και αμοιβαία μορφή όση, ο τύπος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Ιατροί που υπηρετούν σε λειτουργούσες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και συμπληρώνουν τις προϋποθέσεις της παρ. 1 του άρθρου αυτού αποκτούν την εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία. Η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α' ή Διευθυντή σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών πέραν των άλλων τυπικών προσόντων που απαιτούνται από τις κείμενες διατάξεις. Το πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία δεν αποτελεί τυπικό προπύρι για την πλήρωση θέσεων επιμελητή Β' σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Η κατοχή του πιστοποιητικού λαμβάνεται υπόψη στην ποσοτική αξιολόγηση και κρίση των υποψηφίων σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 89 του παρόντος νόμου.

5. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να αμειβούνται θέσεις, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 38 του ν. 1397/1983, για εξειδίκευση ιατρών στην εντατική νοσηλεία για διάστημα δύο (2) ετών. Οι θέσεις αυτές καταλαμβάνονται από ειδικευμένους ιατρούς που κατέχουν τίτλο ειδικότητας, που κατά τις κείμενες διατάξεις επιτρέπεται την κατάληψη θέσεως σε Μ.Ε.Θ., ή από παιδιάτρους σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Για τους ανωτέρω ιατρούς ισχύουν κατ' αναλογία οι διατάξεις που ισχύουν εκάστοτε για τους ειδικευμένους ιατρούς και λαμβάνουν αποδοχές ίσες προς αυτές των ειδικευμένων ιατρών. Οι πιο πάνω ιατροί είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν καθημερινώς το πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών και να μετέχουν στο πρό-

γραμμα εφημερίας της Μονάδας.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διαδικασία διορισμού των ιατρών της προηγούμενης παραγράφου, ο τρόπος διορισμού, ο αναλογούν αριθμός ιατρών ανά Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 5 του άρθρου αυτού.

7. Από της δημοσίευσής του παρόντος οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών που αναφέρονται στους οργανισμούς των νοσοκομείων, μετονομάζονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών) ή Τριτοβάθμια Νεογνολογικά Τμήματα.

Άρθρο 85

Μισθολόγιο ιατρών και οδοντιάτρων μερικής απασχόλησης

1. Για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο, ανάλογο με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σε αυτό, ως εξής:

ΒΑΘΜΟΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ		
	0-3	3-6	6-9
Επιμελητής Γ'	35.000	40.000	45.000 Δρ.
Επιμελητής Β'	45.000	50.000	55.000 "
Επιμελητής Α'	60.000	65.000	70.000 "
Διευθυντής	75.000	80.000	85.000 "

2. Στους ιατρούς μερικής απασχόλησης χορηγούνται 15.000 δραχμές ως επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης σε όλους τους βαθμούς. Το πιο πάνω επίδομα μπορεί να αναπροσαρμόζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Η αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών και συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο, που χορηγείται στους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983, χορηγείται και στους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

4. Οι διατάξεις των παρ. 3, 4 και 6 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 ισχύουν και για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

5. Οι διατάξεις των παρ. 7 και 8 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 δεν ισχύουν για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

6. Οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 και της παρ. 2 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985 για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν υπό την προϋπόθεση ότι σε αυτούς καταβάλλεται το 50% του ποσού που αντιστοιχεί στους αμειβομένους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

7. Κατά τα λοιπά, για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4, 5, και 7 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985.

8. Ο υπολογισμός της υπερμερικής απασχόλησης των ιατρών μερικής απασχόλησης γίνεται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

9. Η αμοιβή των ιατρών συμβούλων ορίζεται κατά πράξη και περίπτωση μετά από κοινή απόφαση των Υπουργών

νοσοκομεία κατά τη δημοσίευση του παρόντος δεν καταλάβουν θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, που προκηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου αυτού, εξακολουθούν αυτοί να υπηρετούν σε αντιστάμενες προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται με την αποχώρησή τους για οποιονδήποτε λόγο. Ο διορισμός στις προσωρινές αυτές θέσεις γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη υπηρεσιακού συμβουλίου, που αποτελείται από:

α) Δύο ανώτερους υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

γ) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ., που ορίζεται από την εκτελεστική επιτροπή, και

δ) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.), ο οποίος ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

Η συγκρότηση του υπηρεσιακού συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Χρέη εισηγητή στο συμβούλιο εκτελεί ο προϊστάμενος της διεύθυνσης προσωπικού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή ο νόμιμος αναπληρωτής του. Τα μέλη των περιπτώσεων β', γ και δ', αν δεν ορισθούν από τους αντίστοιχους φορείς, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την επίδοση έγγραφης πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται απευθείας από τον πιο πάνω Υπουργό.

7. Για το διορισμό σε προσωρινή θέση, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού, απαιτούνται:

α) Αίτηση του ενδιαφερομένου, η οποία υποβάλλεται εντός τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της απόφασης διορισμού των φαρμακοποιών στις οργανικές θέσεις.

β) Βεβαίωση του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούσε ο φαρμακοποιός, με την οποία βεβαιούται ότι ο ενδιαφερόμενος υπηρετούσε ως μόνιμος δημόσιος λειτουργός.

γ) Άδεια άσκησης επαγγέλματος.

8. Η τοποθέτηση σε προσωποπαγή θέσεις των φαρμακοποιών γίνεται σε βεβιαίο αντίστοιχο με τα χρόνια υπηρεσίας:

α) Σε βαθμό διευθυντή, οι έχοντες δώδεκα (12) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

β) Σε βαθμό επιμελητή Α', οι έχοντες οκτώ (8) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

γ) Σε βαθμό επιμελητή Β', οι έχοντες πέντε (5) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί και

δ) Σε βαθμό επιμελητή Γ', οι έχοντες άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Λιθοκοστικά θέματα, που προκύπτουν από την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 6, 7 και 8 του άρθρου αυτού και κάθε σχετική λεπτομέρεια, ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος και καταλαμβάνουν οργανικές ή προσωρινές θέσεις κατά την πρώτη ένταξη στον κλάδο είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.

10. Οι φαρμακοποιοί που καταλαμβάνουν θέσεις, κατόπιν

προκήρυξης αυτών, μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και δεν υπηρετούσαν ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι στα νοσοκομεία, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δημόσιοι λειτουργοί επί θητεία.

11. Οι πάσης φύσεως τακτικές αποδοχές των νοσοκομειακών φαρμακοποιών μετά την πλήρωση των θέσεων του κλάδου, καταβάλλονται σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1505/1984, όπως αυτός τροποποιήθηκε ή συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και είναι ανεξάρτητες από τις θέσεις που υπηρετούν.

12. Οι διατάξεις του άρθρου 71 του παρόντος νόμου περί ελεύθερης επιλογής εργασιακών σχέσεων δεν ισχύουν για τους φαρμακοποιούς. Η μερική απασχόληση του νοσοκομειακού φαρμακοποιού απαγορεύεται, όπως και η πρόσληψη συμβόλων φαρμακοποιών.

13. Οι διατάξεις των άρθρων 69, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82 και 88 του παρόντος νόμου, ισχύουν και για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς, όπως για τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ο δε χρόνος εργασίας καθορίζεται σε επτάμισι (7 και 1/2) ώρες ημερήσιου καθημερινού ωραρίου.

14. Στους φαρμακοποιούς των νοσοκομείων χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημερίων ετοιμότητας :

Διευθυντής	40.000 δραχ.
Επιμελητής Α'	33.000 "
Επιμελητής Β'	26.000 "
Επιμελητής Γ'	19.000 "

15. Ο χρόνος έναρξης καταβολής της πάγιας μηνιαίας αποζημίωσης της προηγούμενης παραγράφου καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κατά τα λοιπά ισχύουν για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3, 7 και 8, του άρθρου 54 του ν. 1892/1990.

Άρθρο 90

Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Οι διατάξεις του άρθρου 66 για τα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ισχύουν και για τον κλάδο νοσοκομειακών φαρμακοποιών, στην την διατάξεων των περιπτώσεων β), δ) και ε) της παρ. 2 του άρθρου 66 του νόμου αυτού, οι οποίες προκειμένου για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς ισχύουν ως εξής:

β) Ένα (1) φαρμακοποιό, που προτείνει ο φαρμακευτικός σύλλογος της περιοχής όπου ευρίσκεται το νοσοκομείο για το οποίο γίνεται η κρίση, της περιφέρειας αρμοδιότητας του συμβουλίου, με τον αναπληρωτή του.

δ) Ένα (1) διευθυντή φαρμακοποιό της φαρμακευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου για το οποίο γίνεται η κρίση. Ο διευθυντής ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του. Αν δεν υπηρετεί διευθυντής φαρμακοποιός στο εν λόγω νοσοκομείο ή αν η κρίση αφορά στον εν λόγω διευθυντή, τότε ο διευθυντής φαρμακοποιός και ο αναπληρωτής του ορίζονται από κατάλογο των υπηρετούντων διευθυντών φαρμακοποιών σε νοσοκομεία της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση που η κρίση είναι για θέση επιμελητή, δύναται, αντί του διευθυντή, να συμμετέχει στο συμβούλιο επιμελητής Α' φαρμακοποιός του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου.

νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανόδοχοι οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία η-μέρος και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Σης Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκκρίσει με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ.. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1387/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από δικούσια τριμελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από τον νομόρχο ή τις οικείες νομαρχίες, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομαρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της δικούσιας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, του ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.λ.δ.

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περιβαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94 Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια "ζητήσει" την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξειρεάσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός, δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95 Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η "φύλαξη" ασθενή με το άρθρο 88 επ. τού Π.ιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανιών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

1. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νόου, της οποίας ως αποτέλεσμα να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

ii. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πρόξενος βίος κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96 Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλάγιου μέχρι

του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξήγηση και συγχρόνως να κοινοποιησει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθενούς

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά ασθενείς υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Σ'

Ανοδόμηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Άρθρο 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας και στο Ε.Κ.Α.Β. μέσα σε τρία (3) χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επαγγελματιών, μακίων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμι-

ζονται όλα τα θέματα, που αφορούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 103

Θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσοι φέρουν τίτλο και άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μακρυτά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προτίθενται μαίες και επακόπτες αντιστοιχώς.

2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που δημοσιοποιούνται βάσει των ν. 1476/1984, 1540/1985, 1579/1985 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίοι υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσιοποίησή του, ως και από μαίες και επακόπτες στα μακρυτά τμήματα ή τμήματα κοινωνικής ιατρικής αντιστοιχώς. Κατά την πρώτη πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών τών ΤΕ, που δεν πληρούνται λόγω μη προσελείσεως υποψηφίων δύναται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

Άρθρο 104

Νοσηλευτική ειδικότητα μαίων

Νοσηλευτική ειδικότητα κατά τις διατάξεις του ν. 1579/1985 μπορεί να αποκτήουν και μαίες, που κατέχουν οργανική θέση νοσηλεύτριας επί οκτώ (8) τουλάχιστον χρόνια σε κρατικά νοσηλευτήρια.

Άρθρο 105

Ειδική ετήσια άδεια νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικό επίδομα

1. Σε νοσηλευτές, μαίες, βοηθούς νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ. ή ν.π.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία ΙΚΑ., όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χορηγείται επιπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ'αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

2. Οι προϋποθέσεις για την πρόσθετη ειδική άδεια, το ύψος και ο χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού επιδόματος και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Συστήνεται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

μεταξύ των νοσηλευτών, των επισκεπτών υγείας, οι σχέσεις με τους ασθενείς, τους ιατρούς και λοιπό προσωπικό που συνεργάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία, καθώς και οι επισκέπτες υγείας καθορίζονται με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και τον κώδικα δεοντολογίας των επισκεπτών υγείας.

Άρθρο 115
Νοσηλευτική επιτροπή

1. Σε κάθε νοσηλευτικό Ίδρυμα ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή (ΝΟ.Ε.), η οποία είναι συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν το σχεδιασμό και λήψη αποφάσεων για τα νοσηλευτικά θέματα.

2. Η ΝΟ.Ε. αποτελείται από : α) Το διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο, β) έναν (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα, γ) ένα (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

3. Τα μέλη των παρ. β) και γ) της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που κατέχουν, θέσεις της ΝΟ.Ε.. Δικαίωμα ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών, που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό Ίδρυμα. Η ψηφοφορία των μελών της ΝΟ.Ε. γίνεται κατά τμήτα.

4. Μέ απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟ.Ε., η συγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά εν γένει τη ΝΟ.Ε..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'
Άλλες συναφείς διατάξεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Άρθρο 116
Εξομοίωση προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Το πάσης φύσεως προσωπικό των νοσοκομείων, που δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') "Εθνικό Σύστημα Υγείας" και το οποίο παραμένει στα νοσοκομεία αυτά με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, έχει τα ίδια δικαιώματα για την κατάληψη θέσεων προϊσταμένων με το προσωπικό, που υπηρετεί σε αυτά με σχέση δημόσιου δικαίου, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων του ν. 1586/1986.

Άρθρο 117
Απόσπωση ιατρών Ε.Σ.Υ. σε πανεπιστημιακές κλινικές

Η διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 19 του ν. 1579/1985, όπως τροποποιήθηκε με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988, ισχύει και έχει εφαρμογή μέχρι να πληρωθούν οι θέσεις Δ.Ε.Π. από πανεπιστημιακούς ιατρούς.

Άρθρο 118
Εθνική συλλογική σύμβαση ιατρών και οδοντότρων

1. Οι Υπουργοί Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνάπτουν με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) και την Ελληνική Οδοντιατρική

Ομοσπονδία, εθνική συλλογική σύμβαση με την οποία καθορίζεται το ημελόλογο ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων, θεραπειών και εργαστηριακών εξετάσεων κατά ειδικότητα.

2. Το περιεχόμενο της σύμβασης, ο χρόνος διάρκειας αυτής και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζεται με νόμο και η ισχύς της αναιρείται από την ημερομηνία υπογραφής της σύμβασης.

Άρθρο 119
Υποχρέωσης Μακρυτηρίου "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ"

Από της 19ης Ιανουαρίου 1987 όλες οι υποχρεώσεις οιασδήποτε μορφής του Μακρυτηρίου Μαρίκα Ηλιάδη (ν.π.ι.δ.) προς το Δημόσιο, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, οργανισμούς, τράπεζες και φυσικά πρόσωπα, οι οποίες είχαν γεννηθεί και ήταν απαιτητές την πιο πάνω ημερομηνία ή γεννήθηκαν μέχρι σήμερα ή πρόκειται να γεννηθούν στο μέλλον από έννομες σχέσεις που υπήρχαν κατά την πιο πάνω ημερομηνία, θεωρούνται και είναι υποχρεώσεις του ν.π.δ.δ., που έχει συσταθεί με το π.δ. 321/1985 (115).

Άρθρο 120
Συμμετοχή προέδρων Ι.Σ. στις γενικές συνελεύσεις του Π.Ι.Σ.

Στο τέλος του άρθρου 3 του ν. 727/1977 "Περί τροποποίησης ενίων διατάξεων της Περί Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Ιατρικών Συλλόγων κείμενης νομοθεσίας" (ΦΕΚ 308 Α'), όπως έχει αντικατασταθεί με το άρθρο πέμπτο του ν. 1425/1984 "Κύρωση της σύμβασης για την εκπόνηση ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 30 Α'), προστίθεται εδάφιο, το οποίο έχει ως εξής:

"Στις γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου συμμετέχουν επίσης και οι πρόεδροι όλων των ιατρικών συλλόγων της Χώρας ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους, μετά ψήφου."

Άρθρο 121
Κωδικοποίηση ιατρικής κωμωδίας

Η ως παραπάνω κωμωδία, που εκδόθηκε με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να κωδικοποιηθεί η ισχύουσα κωμωδία σε ενιαίο κείμενο.

2. Κατά την κωδικοποίηση, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, επιτρέπεται η αλλαγή της σειράς των άρθρων, η θέση υπόπλου σε κάθε άρθρο, η διαίρεση της όλης σε τμήματα και κεφάλαια, η διατύπωση των κειμένων στη νεοελληνική γλώσσα και η φραστική βελτίωση χωρίς μεταβολή της έννοιας του κειμένου.

Άρθρο 122
Ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών

1. Ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, καθώς και ιατρικές συνταγές, που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς όλες τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξαρτήτως του αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. ή ετώντες ιατρούς.

2. Σε κάθε περίπτωση τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, αφορούν στο περιεχόμενο της ειδικότητας

Σχολή (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) συγκροτείται επιτροπή επιλογής νέων μαθητών για εγγραφή αποτελούμενη από δύο μέλη του Δ.Σ. του νοσοκομείου, που ορίζονται από το συμβούλιο αυτό και από το διευθυντή της οικίας Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 108 του παρόντος νόμου.

2. Χρέη γραμματέα της επιτροπής ανατίθενται από τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου σε υπάλληλο του νοσοκομείου ή της Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

3. Έργο της επιτροπής είναι:

α) Η συγκέντρωση των δικαιολογητικών των υποψήφιων μαθητών για επιλογή και εγγραφή στη σχολή.

β) Ο έλεγχος των δικαιολογητικών.

γ) Η σύνταξη κατάστασης κατά σειρά βαθμού απολυτηρίου γυμνασίου ή λυκείου, ως και των κοινωνικών κριτηρίων όλων των υποψήφιων μαθητών, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

δ) Η σύνταξη πρακτικού, το οποίο θα υποβληθεί στη Διεύθυνση της σχολής με το σχηματισμένο φάκελο, που στη συνέχεια η σχολή θα το υποβάλλει στο διοικητικό συμβούλιο, το οποίο και θα λάβει την τελική απόφαση επιλογής στη σχολή.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η αποζημίωση των μελών και του γραμματέα της επιτροπής.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 16 Ιουλίου 1991.

Άρθρο 130

Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων

1. Συστάται Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.) με σκοπό:

α. Τη συμβολή στη χάραξη της γενικής πολιτικής μεταμοσχεύσεων στη χώρα.

β. Την εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε.Μ.

γ. Την εισήγηση στο ΚΕ.Σ.Υ. μέτρων, όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των κέντρων μεταμοσχεύσεων και την αναθεώρηση αυτών.

δ. Τη νομοδότηση επί γενικών, καθώς και ειδικών και δεσπολογικών προβλημάτων που προκύπτουν στις μεταμοσχεύσεις.

ε. Τη σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριμένων θεμάτων.

2. Το Ε.Σ.Μ. είναι 13μελές και απαρτίζεται από τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων ή εκπρόσωπό του, το διευθυντή της Υ.Σ.Ε.Μ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο της Ε.Σ.Η.Ε.Α. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο του ΠΙΣ ή εκπρόσωπό του, το γενικό διευθυντή υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή εκπρόσωπό του.

α. Τα λοιπά μέλη ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι εμποτισμένοι κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις σε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

β. Ως γραμματέας της Ε.Σ.Μ., ορίζεται υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο οποίος συμμετέχει άνευ ψήφου.

3. Η θητεία του Ε.Σ.Μ. ορίζεται ζετής.

Το Ε.Σ.Μ. συνεδριάζει τακτικώς μία φορά το μήνα ή εκτακτικώς αν το ζητήσουν ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο πρόεδρος του Ε.Σ.Μ. ή

εγγράφως 4 τουλάχιστο μέλη.

Το Ε.Σ.Μ. αποφασίζει εν απαρτία με πλειοψηφία παρόντων μελών του. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου.

Κατά τα λοιπά ως προς τη συγκρότηση, σύνθεση και λειτουργία του Ε.Σ.Μ., εφαρμόζονται οι κανόνες του άρθρου 19 του ν.1599/1986.

4. Η επιτροπή "πρόληψης και θεραπείας νεφροπαθειών και μεταμοσχεύσεων" του ΚΕ.Σ.Υ., μετονομάζεται σε "επιτροπή πρόληψης και θεραπείας νεφροπαθειών", και αναλυτίζεται.

5. Καταργούνται από της δημοσίευσής της παρούσας η Α2γ/οικ.874/19.2.90, η Α2γ/οικ.985/27.2.90 και η Α2γ/οικ.1627/90 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 1 Μαρτίου 1991.

Άρθρο 131

Κύρωση Οργανισμών Νοσοκομείων

Οι οργανισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία δημοσιοποιήθηκαν με βάση τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, οι οποίοι εκδόθηκαν με μόνη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αντί κοινής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 10, παρ.71 του ν. 1397/1983, ισχύουν από τότε που δημοσιεύθηκαν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 132

Από της δημοσίευσής του παρόντος καταργούνται:

Τα άρθρα 3, 6 και 7 του ν. 1278/1982. - Τα άρθρα 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 39, 41 και 42 και οι παρ. 2, 3, και 4, του άρθρου 25 του ν. 1397/1983. - Η παρ. 2 του άρθρου 5 του ν.δ. 127/1974 και παρ. 2 του άρθρου 4 του ν.δ. 67/1968. - Οι παρ. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 του άρθρου 7 και η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 1579/1985. - Τα άρθρα 12, 13 και 26 του ν. 1579/1985. - Τα άρθρα 2 και 3 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985. - Το άρθρο 32 του ν. 1729/1987. - Το άρθρο 19 του ν. 1771/1988. - Τα άρθρα 42, 44, 52, 53, 60 και 62 του ν. 1759/1988. - Οι παρ. 4 και 5 του άρθρου 2 του ν. 1821/1988 και το άρθρο 4 του ν. 1821/1988. Επίσης, καταργείται κάθε γενική ή ειδική διάταξη, που είναι αντίθετη στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού.

Άρθρο 133

1. Αναγνωρίζεται από το Δημόσιο η δαπάνη περιθαλψής σε ιδρύματα χρόνιων παθήσεων μη επιδοτούμενα από το κράτος για τα παιδιά των τακτικών δημοσίων πολιτικών υπαλλήλων και των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, που πάσχουν από βαρείας μορφής σωματική ή πνευματική αναπηρία, για απεριόριστο χρόνο και όριο ηλικίας ως ζωητερικών ασθενών. Το ημερήσιο νοσήλιο, που θα καταβάλλει το Δημόσιο για το σκοπό αυτόν, είναι το αντίστοιχο της Γ' θέσης των ιδιωτικών κλινικών των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπως αυτό ισχύει κάθε φορά και χωρίς έκπτωση.

4521/1966. αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 2

1. Στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. υπάγονται προαιρετικά οι επαγγελματίες και βιοτέχνες, που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου.

2. Η βούληση του ενδιαφερομένου για την υπαγωγή του στην προαιρετική ασφάλιση, σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου, θεωρείται ότι εκδηλώθηκε είτε με την υποβολή της σχετικής αίτησης είτε με την καταβολή εισφορών.

6. Η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν.δ. 4435/1964 αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Ως πληθυσμός για την εφαρμογή του παρόντος νόμου θεωρείται ο πληθυσμός της απογραφής, που ενεργείται πριν από την έναρξη της άσκησης του ασφαλιστέου επαγγέλματος.

Αν μετά την υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., ε-νεργηθεί απογραφή του πληθυσμού και σύμφωνα με αυτή μειωθεί ο πληθυσμός του δήμου ή της κοινότητας, όπου ασκείται το επάγγελμα κάτω από 2.000 κατοίκους, τα πρόσωπα που καθ' οιονδήποτε τρόπο είχαν υποχθεί στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., συνεχίζουν υποχρεωτικά την ασφάλισή τους εφόσον συνεχίζουν να ασκούν επάγγελμα, υπαγόμενο στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε.”

7. Πρόσωπα που δεν έχουν υπαχθεί ή υπήχθησαν και εξαιρέθηκαν, έστω και για μέρος της ασφαλιστικής περιόδου από την ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., μέχρι της ισχύος του παρόντος, λόγω μείωσης του πληθυσμού του δήμου ή της κοινότητας κάτω των 2.000 κατοίκων, υπάγονται υποχρεωτικά στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α..

8. Πρόσωπα περί των η παρ. 7 του παρόντος άρθρου, δύνανται να παραμείνουν στην υποχρεωτική ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., εφόσον η βούλησή τους εκδηλώνεται με σχετική αίτηση, υποβαλλόμενη εντός ανατρεπτικής προθεσμίας ενός έτους από τη δημοσίευση του παρόντος.

9. Για την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 7 και 8 του παρόντος άρθρου ισχύουν αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 4 του ν.δ. 4435/1964.

Άρθρο 138

Μετατροπή της ΣΤΕΓΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ σε υπηρεσία του Τ.Σ.Α.Υ..

1. Επυψωσόμενων των περί κληρονομίων, κληροδοσιών και δωρεών κεμένων διατάξεων, η ΣΤΕΓΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ (ν.π.δ.δ.) μετατρέπεται σε υπηρεσία του Ταμείου Συντάξεως και Αυτοασφάλισως Υγειονομικών (ν.π.δ.δ.).

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στη Στέγη Υγειονομικών, κατά το χρόνο της μετατροπής της, μεταφέρεται στο Τ.Σ.Α.Υ. με την ίδια σχέση εργασίας, δευόμενα από το ίδιο υπηρεσιακό και ασφαλιστικό καθεστώς και καταλαμβάνει ισόρροπες με τις μεταφερόμενες θέσεις αντίστοιχων κλάδων ή ειδικοτήτων.

Ειδικότερα, για το μόνιμο από το ως άνω προσωπικό εφαρμόζονται οι διατάξεις των δύο πρώτων εδαφίων της παραγράφου 9 του άρθρου 20 του ν. 1735/1987.

Οι οργανικές θέσεις προσωπικού της Στέγης Υγειονομικών, μετά τη μετατροπή της, μεταφέρονται και προστίθενται στις οργανικές θέσεις του Τ.Σ.Α.Υ..

3. Από της μετατροπής, το διοικητικό συμβούλιο της μετατρεπόμενης Στέγης Υγειονομικών καταργείται και η διοίκηση και διαχείριση αυτής διέπεται από τις διατάξεις

που ισχύουν για το Τ.Σ.Α.Υ..

4. Επυψωσόμενων των περί κληρονομίων, κληροδοσιών και δωρεών κεμένων διατάξεων όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία της Στέγης Υγειονομικών, μετά τη μετατροπή της, περιέρχεται στην κυριότητα του Τ.Σ.Α.Υ., το οποίο υπεισέρχεται σε όλα τα συνολικά δικαιώματα και υποχρεώσεις της μετατρεπόμενης Στέγης Υγειονομικών. /

5. Όλες οι εγγεγραμμένες πατώσεις στον προϋπολογισμό της Στέγης Υγειονομικών και κάθε μορφή εγκεκριμένης επιχορήγησης, μηνιαίας εισφοράς και καταβολής τροφείων υπέρ της Στέγης Υγειονομικών, εξ ουδίστησε φορά, νομικού ή φυσικού προσώπου, για τη διαίτηση και λειτουργία της Στέγης Υγειονομικών, θεωρούνται γενόμενες για τη λειτουργία της προερχόμενης εκ μετατροπής υπηρεσίας του Τ.Σ.Α.Υ. και μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Τ.Σ.Α.Υ..

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 139

Εις τους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχηρείς και ιεροκήρυκες της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος και στα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και στους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχηρείς της ορθόδοξης Εκκλησίας της Κρήτης και στα μέλη των οικογενειών τους, παρέχεται υπό του Δημοσίου ή υπό των κεμένων διατάξεων προβλεπόμενη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με τους όρους και τις προϋποθέσεις που παρέχεται στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

Άρθρο 140

Ένταξη του Κέντρου Περιθάλψεως Παιδών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου

1. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις του υπ' αριθμό 170/1960 β.δ/τος "Περί κωρύσεως του Υπηρεσιακού Οργανισμού του Π.Ι.Κ.Π.Α." (ΦΕΚ 40 Α'), όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα, Κέντρο Περιθάλψεως Παιδών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου, εντάσσεται οργάνως στο Κρατικό Θεραπευτήριο-Κέντρο Υγείας Λέρου.

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί και δημοσιεύεται του παρόντος νόμου στην ειδική υπηρεσία Π.Ι.Κ.Π.Α. Λέρου, εντάσσεται αυτοδικαίως σε όμοιες αυτές που κατέχουν κενές θέσεις, του Κρατικού Θεπαιρίου - Κ.Υ. Λέρου, εφόσον έχουν τα προβλεπόμενα οργανισμό προσόντα.

3. Το προσωπικό που δεν συγκεντρώνει τα νύσωντα ή δεν μπορεί να ενταχθεί για οποιονδήποτε εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις υπηρετούσε και στη μονάδα που εντάσσεται σε τ θέσεις, που συσταίνονται με την απόφαση και καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιονδήποτε

4. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπομετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτω με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Το Κρατικό Θεραπευτήριο-Κ.Υ. Λέρου, ντάσσεται η μονάδα που καταργείται με τ παρόντος νόμου υπεισέρχεται στο σύνολο και υποχρεώσεων αυτής συμπεριλαμβανόμε

μένης εγγραφου εγκρίσεως της αρμοδίας Διεύθυνσης του Υπουργείου ήτοι Άνσης Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων, αφ'ετέρου δε το κατά τα ανωτέρω επεξεργασθέν, αρχαιοεπιτηθέν και γενικώς μελετηθέν απογραφικόν υλικόν να το παραδώσει στη Δ/ση αυτήν, η οποία έχει την ευθύνη και την αρμοδιότητα και γενικά την εποπτεία της υλοποίησης της παρούσης συμβάσεως.

5. Τρόπος Επιχορήγησης.

Η προς την ΕΛΕΠΑΠ επιχορήγηση για την εκπλήρωση των όρων της παρούσης καθορίζεται ως εξής:

α. Ευθύς με την υπογραφή της παρούσης θα επιχορηγηθεί με το ποσό των εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών για την άμεση έναρξη των εργασιών.

β. Η επιχορήγηση του υπολοίπου ποσού των διακοσίων εκατομμυρίων (200.000.000) δραχμών θα γίνει σταδιακά και αναλόγως της προόδου του έργου και των επίσημων παραστατικών στοιχείων δαπανών που θα υποβάλλει κατά μήνα απολογιστικώς η ΕΛΕΠΑΠ στην Δ/ση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων, η οποία θα έχει την όλη εποπτεία και παρακολούθηση του έργου της απογραφής και καταγραφής.

γ. Ρητώς συμφωνείται ότι το Υπουργείο ουδεμίαν έτερα δέσμευση αναλαμβάνει με την παρούσα, πλην της επιχορήγησης της ΕΛΕΠΑΠ με το ποσό των τριακοσίων εκατομμυρίων (300.000.000) δραχμών κατ' ανώτατο όριο και εφ' όσον τούτο θα καλυφθεί από τα υποβληθέντα επίσημα παραστατικά στοιχεία εξόδων, άλλως η επιχορήγηση θα περιορισθεί στο ισοποσό των εξόδων.

Η παρούσα σύμβαση θα κυρωθεί με νόμο.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 15 Οκτωβρίου 1991.

Άρθρο 142

Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν.1278/1982 (ΦΕΚ 105 Α') προστίθεται εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

α. Το Δευτεροβάθμιο Συμβούλιο κρίνει τις ενστάσεις που ασκούνται ενώπιόν του κατά των αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Συμβουλίου μέσα σε εύλογο χρόνο, ο οποίος δεν μπορεί να είναι μικρότερος της 7ετίας'.

Το εδάφιο αυτό έχει εφαρμογή αναδρομικά από της ενόρξεως ισχύος του ν.1278/1982.

β. Σε περίπτωση ακυρώσεως με δικαστική απόφαση αποφάσεων Δευτεροβάθμιου Συμβουλίου επιλογής, ως αναρμοδίως εκδοθεισών λόγω παρόδου μακρού χρόνου μεταξύ της υποβολής των σχετικών ενστάσεων και της εκδόσεως των αποφάσεων τούτων, οι ασκήσαντες τις ενστάσεις αυτές, δικαιούνται να υποβάλουν νέες ενστάσεις εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση του παρόντος ή από τη δημοσίευση της σχετικής ακυρωτικής αποφάσεως εφόσον αυτή είναι μεταγενέστερη του χρόνου δημοσιεύσεως του νόμου αυτού.

Άρθρο 143

Παραχωρείται από το Υπουργείο Γεωργίας, κατά κυριότητα και χωρίς αντάλλαγμα, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δημόσια δασική έκταση και τμήματα δάσους, κατά την έννοια των παρ.1 και 2 του άρθρου 3 του ν. 998/1979, συνολικού εμβαδού διακοσίων (200) στρεμμάτων, που βρίσκεται στην περιοχή Παλαιάς Πεντέλης, όπως αυτά ειδικότερα εμφανίζονται με τα στοιχεία Α Β Γ Δ Ε Ζ Η Θ Α συντημένο στο άρθρο αυτό τοπογραφικό

σκαρίφημα με κλίμακα 1:5.000, με αποκλειστικό σκοπό τη δημιουργία μεγάλου Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης.

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί, με απόφαση του οικείου Υπουργού που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, να παραχωρεί περαιτέρω κατά κυριότητα ή κατά χρήση την όλη έκταση σε εποπτευόμενο από αυτό νομικό πρόσωπο δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου φιλανθρωπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, στους σκοπούς του οπίου περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η ανέγερση και δημιουργία Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης.

Η κατά τα ανωτέρω παραχώρηση στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γίνεται με τους ακόλουθους όρους και προϋποθέσεις:

α. Η παραχωρούμενη έκταση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για την ανέγερση και δημιουργία, μέσα σε πέντε χρόνια από την παραλαβή της έκτασης, του Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης, απαγορευμένης της δημιουργίας εγκαταστάσεων άλλων φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β. Η παραχώρηση ισχύει για όσο χρόνο διαρκεί και ο σκοπός της παραχωρήσεως. Σε περίπτωση που, στο μέλλον, κλείσει ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η παραχώρηση, η έκταση επανέρχεται αυτοδικαίως και χωρίς καμιά άλλη διατύπωση στο Υπουργείο Γεωργίας.

γ. Οι πάσης φύσεως εγκαταστάσεις που θα ανεγερθούν, θα κατασκευαστούν βάσει των περιβαλλοντικών όρων που θα εγκριθούν αρμοδίως, ύστερα από τη σύνταξη σχετικής μελέτης, στα πλαίσια που προδιαγράφονται από τις κείμενες διατάξεις.

δ. Το σύνολο της έκτασης των πάσης φύσεως εγκαταστάσεων, που θα ανεγερθούν, δεν θα υπερβαίνει το 15% της συνολικής παραχωρούμενης έκτασης. Στο υπόλοιπο της έκτασης, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή το νομικό πρόσωπο, στο οποίο μπορεί να παραχωρηθεί η έκταση αυτή, θα αναλάβει την υποχρέωση να τη συντήρηση, επάυξηση και βελτίωση της υπάρχουσας δασικής βλάστησης, σύμφωνα με τις υποδείξεις της αρμόδιας Δασικής Υπηρεσίας, και παράλληλα θα λαμβάνει όλα τα προβλεπόμενα από τα μέσα μέτρα αντιπυρρικής προστασίας του δάσους.

ε. Η παράδοση της έκτασης σε εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα γίνει από τον οικείο Δασάρχη, μετά από σύνταξη πρωτοκόλλου παράδοσης και παραλαβής, στο οποίο θα προσαρτηθεί λεπτομερές τοπογραφικό διάγραμμα, από κλίμακα 1:2.000.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από της 4ης Απριλίου 1991.

Άρθρο 144

Ιατροί ή οδοντίατροι, που διορίστηκαν σε θέσεις διευθυντών κλάδων γιατρών Ε.Σ.Υ. μετά την ισχύ του νόμου 1821/1988 και έχασαν την θέση τους ύστερα από απόφαση του δευτεροβάθμιου συμβουλίου κρίσης ή δικαστικής απόφασης επαναδιορίζονται σε ομοίοβαθη θέση με αυτήν που έχασαν στο ίδιο νοσοκομείο. Εάν δεν υπάρχει τέτοια κενή θέση διορίζονται σε θέση που συνιστάται με την απόφαση επαναδιορισμού στο ίδιο ή άλλο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας.

υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

4. Όσοι οδοντίατροι κατά παράκληση των ανωτέρω δεν είναι εγγεγραμμένοι μέχρι σήμερα στον οικείο κατά τα ανωτέρω Οδοντιατρικό Σύλλογο παραμένουν εφόσον το επιθυμούν, μέλη του Συλλόγου που ήδη είναι εγγεγραμμένοι.

Άρθρο 152

Στο τέλος του άρθρου 62 του ν.3601/1928 προστίθεται παράγραφος 8 που έχει ως εξής:

8. Την προαγωγή των οικονομικών συμφερόντων των φαρμακοποιών - μελών των Φαρμακευτικών Συλλόγων της Χώρας με τη δημιουργία κεφαλαίου αποζημίωσης λόγω εξόδου από το επάγγελμα. Δικαίωμα αποζημίωσης έχουν τα μέλη αυτά που διακόπτουν την άσκηση του επαγγέλματός τους για οποιονδήποτε λόγο και σε περίπτωση θανάτου τους τα μέλη της οικογένειάς τους.

Για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού διατίθεται από 1.1.1993 και εφεξής το 80% του πόρου που προβλέπεται υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου από τις διατάξεις του άρθρου 62 του ν. 3601/1928, όπως αντικαταστάθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.δ. 171/1946 και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 1821/1988, καθώς και από τις διατάξεις της Α65/2041/1987 απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της υπ' αριθμ.40/1990 Αγορανομικής Διάταξης.

Για την παρακολούθηση των εσόδων και των καταβαλλόμενων αποζημιώσεων στους δικαιούχους τηρείται Ειδικός Λογαριασμός υπό την ονομασία "Κεφάλαιο αποζημίωσης εξόδου". Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται μετά γνώμη του Δ.Σ. του Π.Φ.Σ. ορίζονται ο τρόπος διαχείρισης των εσόδων του λογαριασμού, το ύψος και οι προϋποθέσεις χορήγησης της αποζημίωσης στους δικαιούχους κατά κατηγορία και γενικά κάθε θέμα, που αφορά την εφαρμογή του παρόντος.

Άρθρο 153 Κ.Α.Π.

Η αληθής έννοια των διατάξεων του ν. 1397/83 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" στον αστικό τομέα ηλικίας για την κατάλληλη θέσπιση των Ε.Σ.Υ. είναι ότι ως πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού νοείται ο χρόνος ολοκλήρωσης της πλήρωσης της συγκεκριμένης θέσεως.

Άρθρο 154

Οι υπηρετούντες κατά τη δημοσίευση του παρόντος, επιστημονικοί υπεύθυνοι διευθυντές μη γιατροί επιστήμονες των βιοχημικών τμημάτων, δύναται να διατηρούν τη θέση τους και τα καθήκοντά τους.

Άρθρο 155

Ιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών της αλλοδαπής που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει, αν από το συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αφαιρεθεί 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, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.:

Άρθρο 156

Η παράγραφος 3 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως ης ίσχυσε, ως εξής:

"Η κατά τις παραγράφους 1 και 2 τού παρόντος άρθρου προβλεπόμενη υπηρεσία γιατρού του Ε.Σ.Υ. αποτελεί πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική γενικά κατάταξη, τη λήψη μισθού και τη συνταξοδότησή του".

Άρθρο 157

Η παρ.δ' του άρθρου 4 του ν.1963/1991 να συμπληρωθεί ως εξής:

"Το φαρμακευτικό εργοστάσιο δύναται να στεγάζεται και στο υπόγειο του φαρμακείου, με την προϋπόθεση ότι έχει εμβαδό τουλάχιστον 10 τ.μ., αποτελεί μ'αυτό ενιαίο κτίριο και επικοινωνεί μαζί του με ευρεία εξωτερική κλίμακα."

Άρθρο 158 Ισχύς νόμου

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομαι τη δημοσίευσή του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Ιουλίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΣΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΕΘΝΙΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΤ. ΜΑΝΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΩ. ΠΑΠΑΙΟΚΡΑΣΙΑΣ

Ο ΑΝΑΓΓΕΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ

ΕΓΓΡΑΦΩΝ
ΑΡ. ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΕΘΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΡΛΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΤΥΠΗΣ
Μ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΜΑΤΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΦΛΙΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 6 Ιουλίου 1992

Ο ΠΡΩΤΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΜΙΧ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Ο θεσμός της Δικαστικής Συμπαράστασης

του Γιάννη Αλεξάκη
Δικηγόρος - Νομικός σύμβουλος
της ΚΥΜΑΚΑΣ

μικρό χρονικό διάστημα συμπληρώνονται οκτώ (8) χρόνια από τότε που άρχισε να ισχύει ο νόμος 2447/1996, ο οποίος μεταρρύθμισε και αναμόρφωσε σημαντικούς θεσμούς του οικογενειακού δικαίου και καθιέρωσε στη νομοθεσία μας το θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης.

Το θεσμικό πρότυπο της δικαστικής συμπαράστασης βελτίωσε το δίκαιο της αστικής προστασίας με παράλληλο βελτισμό της προσωπικότητας εκείνων των ενηλίκων ατόμων, τα οποία βρίσκονται, για λόγους πέρα από τη κληρονομιά τους, σε κατάσταση αδυναμίας να φροντίσουν τα ίδια για τα προσωπικά και περιουσιακά τους συμφέροντα ενώ, παράλληλα, εκφράζεται σε νομοθετικό πεδίο η συνταγματικά κατοχυρωμένη (βλ. Σύνταγμα, άρθρο 21 παρ.3) κρατική μέριμνα (βλ. Ν 2071/1992 άρθρο 91 παρ.1)

Ειδικότερα, ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης αντικατέστησε τους θεσμούς της δικαστικής και νόμιμης παγούρευσης και της δικαστικής αντίληψης. Με τις διατάξεις του παρασχέθηκε ευρύτατη εξουσία στο δικαστή και υπερίσταναν σοβαροί περιορισμοί, όσον αφορά το βαθμό στέρησης της δικαιοπρακτικής ικανότητας του άσχοντος προσώπου, ανάλογα με την ατομική του περίπτωση. Επιπλέον, ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στα πρόσωπα που υποβάλλονται σε δικαστική συμπαράσταση έχει ως κεντρικό άξονά του τις ανθρωπιστικές ιδέες και σεβασμούς της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξίας και αξιοπρέπειας:

Όσον αφορά ειδικότερα τους ενήλικες ψυχικά πάσχοντες, με το νόμο 2447/1996 βελτιώθηκε σημαντικά η εθική νομοθεσία μας με την προσαρμογή της στα νεότερα διδάγματα της ψυχιατρικής επιστήμης. Η νομοθετική αυτή ρύθμιση ήταν αναγκαία, γιατί τη σημερινή εποχή αφενός η τάση "αποασυλοποίησης" των ψυχιατρικών κέντρων και αφετέρου η έντονη προσπάθεια που καταβάλλεται για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά αταραγμένων ατόμων μας οδηγεί σε μια νέα αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ατόμων.

Το όλο πνεύμα, επομένως, του θεσμού της δικαστικής συμπαράστασης είναι τέτοιο που αντιμετωπίζει τους πάσχοντες ως άτομα που έχουν ανάγκη προστασίας καθώς και, το αυτονόητο, πως δεν υστερούν από άποψη ανθρώπινης αξίας έναντι των υγιών. Διαπνέεται, παράλληλα, από τις ανθρωπιστικές ιδέες του σεβασμού της προσωπικότητας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ιδέες που αποτελούν το επίκεντρο ενός γενικότερου προβληματισμού, ο οποίος έχει ξεκινήσει πριν τριάντα χρόνια σε διεθνές επίπεδο και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα:

Παλαιότερα, ο προβληματισμός γύρω από το σεβασμό και την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων προσώπων αναφερόταν σε συγκεκριμένα μόνο πεδία, όπως αυτό της αφαίρεσης της προσωπικής τους ελευθερίας με τον εγκλεισμό τους ή της ακούσιας υποβολής τους σε θεραπεία. Σήμερα, ο προβληματισμός αυτός έχει επεκταθεί σε όλο το πλέγμα των αστικών έννομων σχέσεων των προσώπων αυτών και έχει ως βάση την προστασία της προσωπικότητάς τους σε κάθε περίπτωση, ακόμη και όταν πρόκειται να ληφθούν μέτρα προς όφελός τους καθώς και στην ενεργοποίηση θεσμών κοινωνικού δικαίου, με σκοπό την ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Αυτή η διεθνής τάση και φιλοσοφία αποτυπώνεται με σαφήνεια στην παράγραφο 6 του άρθρου 21 του Συντάγματός μας, σύμφωνα με το οποίο στα άτομα με αναπηρίες κάθε μορφής αναγνωρίζεται ένα νέο, ειδικό, μελωδες και κοινωνικό δικαίωμα για απόλαυση μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική τάξη και συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή.

Έτσι, λοιπόν, οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι πια αντικείμενα προστασίας, αλλά ισότιμα με τους υγιείς υποκείμενα, λαμβάνοντας κι αυτά τις ίδιες εγγυήσεις σεβασμού της προσωπικότητάς τους.

Δυστυχώς, όμως, ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης δεν μπόρεσε να λειτουργήσει, όπως τουλάχιστον εν εμπνεύστηκε ο νομοθέτης, εξαιτίας της μη συγκρότησης των προβλεπόμενων από το νόμο 2447/1996 κοινωνικών Υπηρεσιών. Απόρροια της μη σύστασης των ανωτέρω υπηρεσιών είναι το γεγονός ότι μέχρι και σήμερα ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης δεν έχει τύχει της δέουσας αντιμετώπισης από την ελληνική κοινωνία.

Το κοινωνικό στίγμα που χαρακτηρίζει τα άτομα αυτά, παρά τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις, τα θέτει μέχρι και σήμερα "εκτός κοινής θέας".

ρυ
τοι
τοι
τις
οικ
Οχι
κα
συ

συ
μεν
απ
μέι
πρ
απ
τοι
οι
γνε
επ:

συ
πο



Ο νόμος 2447/1996

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ.

Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης ρυθμίζεται στο τέταρτο βιβλίο, κεφάλαιο δέκατο έκτο του Οικογενειακού Δικαίου και στα άρθρα 1666 - 1688 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ). Πράγματι, αν και οι σχέσεις τις οποίες ρυθμίζει ο εν λόγω θεσμός δεν είναι οικογενειακές, ωστόσο υπάγονται παραδοσιακά στο Οικογενειακό δίκαιο. Εύλογα, λοιπόν, θα αναρωτηθεί κανείς: ποιος ο λόγος υπαγωγής της δικαστικής συμπαράστασης στο Οικογενειακό Δίκαιο;

Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης συμπεριλαμβάνεται στο Οικογενειακό Δίκαιο αφενός μεν διότι πρότυπο για τη ρύθμιση του θεσμού αυτού αποτελεί η καθαρά οικογενειακή σχέση της γονικής μέριμνας, αφετέρου δε επειδή η επιμέλεια των προσώπων αυτών ανατίθεται, συνήθως και όχι απαραίτητα, σε συγγενικά πρόσωπα. Άλλωστε, για τους παραπάνω λόγους ονομάζονται οι σχέσεις αυτές 'οιονεί οικογενειακές σχέσεις', με χαρακτηριστικό γνώρισμα ότι τα πρόσωπα στα οποία ανατίθεται η επιμέλεια των ανήκων ασκούν λειτουργήματα.

II. ΟΡΙΣΜΟΙ.

Τι εννοούμε, όμως, με τον όρο δικαστική συμπαράσταση; Ποιος είναι ο συμπαραστατούμενος; ποιος ο συμπεριστατέας; Ποιος είναι ο προσωρινός

δικαστικός συμπαραστάτης και ποιος ο (οριστικός) "δικαστικός συμπαραστάτης"; Δικαστική συμπαράσταση είναι η κατάσταση στην οποία τίθεται με δικαστική απόφαση ένα πρόσωπο, λόγω πνευματικών, σωματικών ή χαρακτηριστικών ανωμαλιών και κατά τη διάρκεια της οποίας το πρόσωπο αυτό είτε είναι ανήκων για ορισμένες ή όλες τις δικαιопραξίες, είτε για να επιχειρήσει έγκυρα κάποιες από αυτές ή το σύνολό τους χρειάζεται τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη του (βλ. άρθρο 1676 και 1678 του ΑΚ). Συμπαραστατούμενος ονομάζεται το ενήλικο πρόσωπο που βρίσκεται σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης, συμπαραστατέας δε εκείνος που πρόκειται να υπαχθεί στο καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης. Δικαστικός συμπαραστάτης ή απλώς συμπαραστάτης καλείται το όργανο του θεσμού της δικαστικής συμπαράστασης, που αντιπροσωπεύει τον συμπαραστατούμενο στις δικαιопραξίες του ή συναίνει σ' αυτές. Τέλος, προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης είναι το πρόσωπο το οποίο ασκεί καθήκοντα δικαστικού συμπαραστάτη πριν από την κίνηση της διαδικασίας της δικαστικής συμπαράστασης, κατά τη διάρκεια της και μέχρι την έναρξη του λειτουργήματος του δικαστικού συμπαραστάτη.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ.

Η προστασία της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του πάσχοντα, σύμφωνα με τις διαδικαστικές επιταγές (βλ. Συνταγμ. άρθρο 2 παρ. 1 & παρ. 1), είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του δικαίου δικαστικής συμπαράστασης τόσο σε ουσιαστικό όσο και σε δικονομικό πεδίο¹. Η παρεχόμενη προστασία αφορά την αδικασσία παροχής της έχουν διαμορφωθεί κατά τον παραπάνω τρόπο, ώστε εξαιτίας της πάθησής του να μην επηρεάζεται η προσωπικότητά του, αλλά ούτε και να υποστεί κάποια μείωση ή φαλκιδεύση του². Χάριν της προστασίας απαριθμούνται στο δίκαιο της δικαστικής συμπαράστασης επακριβώς και οι διαδικαστικές οπτικές (βλ. άρθρο 1666 του ΑΚ), οι οποίες εφόσον ελεγχθεί δικαστικά η θετική συνδρομή του προσώπου του πάσχοντα, οδηγούν στην προστασία του σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης, μέσα από την τήρηση μιας δικαστικής συμπαράστασης.

Η εξασφάλιση της αυτοδιάθεσης του πάσχοντα αποτελεί την δυνατότητα της αυτόβουλης διαμόρφωσης των αποφάσεων του, χωρίς εξωτερικές επιδράσεις. Η αυτονομία δηλαδή εξασφαλίζεται, κατά κύριο λόγο, από την δυνατότητα που παρέχει ρητά ο νόμος στο πάσχοντα, εφόσον έχει αυτή τη δυνατότητα, να εκφράσει το ίδιο στο δικαστήριο το δικαστικό συμφέρον του (βλ. άρθρα 1667, 1669, 1680, 1684

του) **το συμφέρον του πάσχοντος** προσώπου είναι παράλληλα με την προστασία της προσωπικότητάς του το κυριότερο στοιχείο της δικαστικής συμπαράστασης (βλ. άρθρο 1676, παρ. 3, εδ. 2 του ΑΚ). Η δικαστική συμπαράσταση δεν επιβάλλεται στον πάσχοντα άλλου λόγου παρά μόνο για να προστατεύσει τον πάσχοντα. Επομένως, το αληθινό συμφέρον του πάσχοντος (οικονομικό ή ηθικό) του συμπαραστατού πρέπει να

αποτελέσει το γνώμονα όλων των ενεργειών που κατατείνουν στην εξυπηρέτησή του, γεγονός που καταγράφεται στη θεμελιώδη διάταξη του άρθρου 1684 ΑΚ: "Όλες οι πράξεις ... πρέπει να αποβλέπουν στο συμφέρον του συμπαραστατούμενου...". Συνέπεια της παράβασης των ανωτέρω υποδείξεων είναι, ενδεχομένως, η θεμελίωση ευθύνης αποζημίωσης προς τον συμπαραστατούμενο, καθώς και λόγος παύσεως οργάνου ή μέλους οργάνου³. Απόρροια της αρχής αυτής είναι και ο περιορισμός των προσώπων τα οποία νομιμοποιούνται ενεργητικά να επισπεύσουν τη θέση κάποιου σε δικαστική συμπαράσταση.

4. Η απόλυτη ελευθερία και ευρεία δικαιοδοσία του δικαστηρίου στην κλιμάκωση των αποτελεσμάτων της δικαστικής συμπαράστασης, ανάλογα με τη συγκεκριμένη περίπτωση κάθε ατόμου. Η ελευθερία αυτή του δικαστηρίου περιορίζεται και προσδιορίζεται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, βέβαια, από τις ανάγκες και τα συμφέροντα του συμπαραστατούμενου. — Το ελαστικό, εξάλλου, καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης είναι σύμφωνο με τα πορίσματα της σύγχρονης ψυχιατρικής που επέβαλε τον εκσυγχρονισμό και άλλων ευρωπαϊκών νομοθεσιών.

IV. ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΕ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ.

Η υποβολή σε δικαστική συμπαράσταση, ανάλογα με τις προϋποθέσεις διακρίνεται: α) μόνο εκούσια, όταν η υποβολή σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης γίνεται μόνο με αίτηση του ίδιου του συμπαραστατούμενου (βλ. άρθρο 1667 παρ. 2 του ΑΚ) και, β) εκούσια και ακούσια, στην πρώτη περίπτωση όταν η υποβολή του προσώπου γίνεται με αίτηση του ίδιου, και στη δεύτερη περίπτωση όταν γίνεται από άλλο νομιμοποιούμενο πρόσωπο και του εισαγγελέα ή αυτεπάγγελα από το δικαστήριο.

Σ
Σ
ενή
ότα
λόγ
να
άτο
του
δια
ασυ
κινδ
του
πρ
στε

Ν
Σ
πρ
ασχ
προ
ελο
απο
ψυχ
συν
υπο
Γ
κατι
κεφ
α
κ.ά.
συμ

V. ΟΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΕΩΝ.

Σε δικαστική συμπαράσταση υποβάλλεται ο ενήλικος (και όχι ο ανήλικος) (βλ. άρθρο 1666 του ΑΚ) όταν: α) λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του, καθώς και άτομα τρίτης ηλικίας που, λόγω της προχωρημένης τους ηλικίας, παρουσιάζουν εξασθένηση των διανοητικών ή σωματικών τους δυνάμεων, β) λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού, εκθέτει σε κίνδυνο της στέρησης τον εαυτό του, το σύζυγό του, τους κατιόντες του ή τους ανιόντες του και, γ) όταν πρόκειται για πρόσωπο το οποίο εκτίει ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον δύο (2) ετών.

VI. ΟΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.

Σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 1666 ΑΚ, την πρώτη κατηγορία συμπαραστατών, με την οποία θα ασχοληθούμε κυρίως στο παρόν άρθρο με αφορμή τα προβλήματα που συνάντησε η 'ΚΛΙΜΑΚΑ' κατά την υλοποίηση προγραμμάτων αποασυλοποίησης, αποτελούν τα ενήλικα εκείνα πρόσωπα τα οποία "λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής" αδυνατούν συνολικά ή εν μέρει να φροντίζουν μόνα τους για τις υποθέσεις τους.

Προϋποθέσεις για την υπαγωγή ενός προσώπου της κατηγορίας αυτής σε εκούσια ή ακούσια (βλ. ανωτέρω κεφ. IV, υπό β') δικαστική συμπαράσταση είναι:

α) ψυχική ή διανοητική διαταραχή (απλή, χρόνια κ.ά., αν αυτό υπαγορεύεται από το συμφέρον του συμπαραστατούμενου) του προσώπου και,

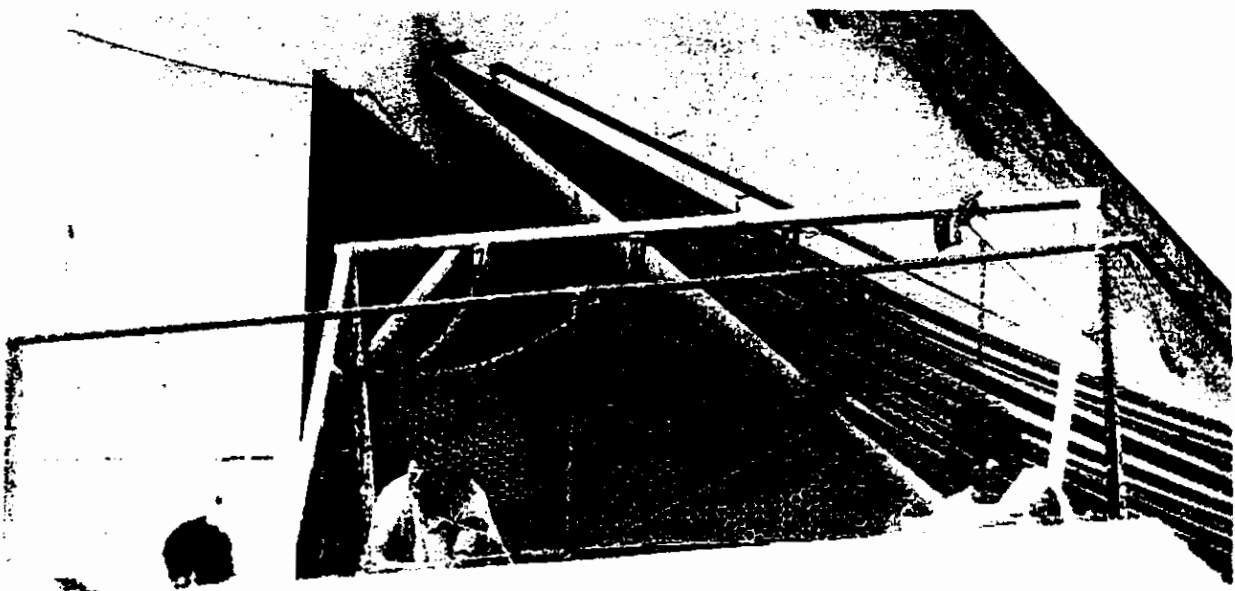
β) ολική ή μερική αδυναμία του προσώπου να φροντίζει μόνο του για τις υποθέσεις του τόσο προσωπικής όσο και περιουσιακής φύσεως, η οποία οφείλεται στην ψυχική ή διανοητική διαταραχή του.

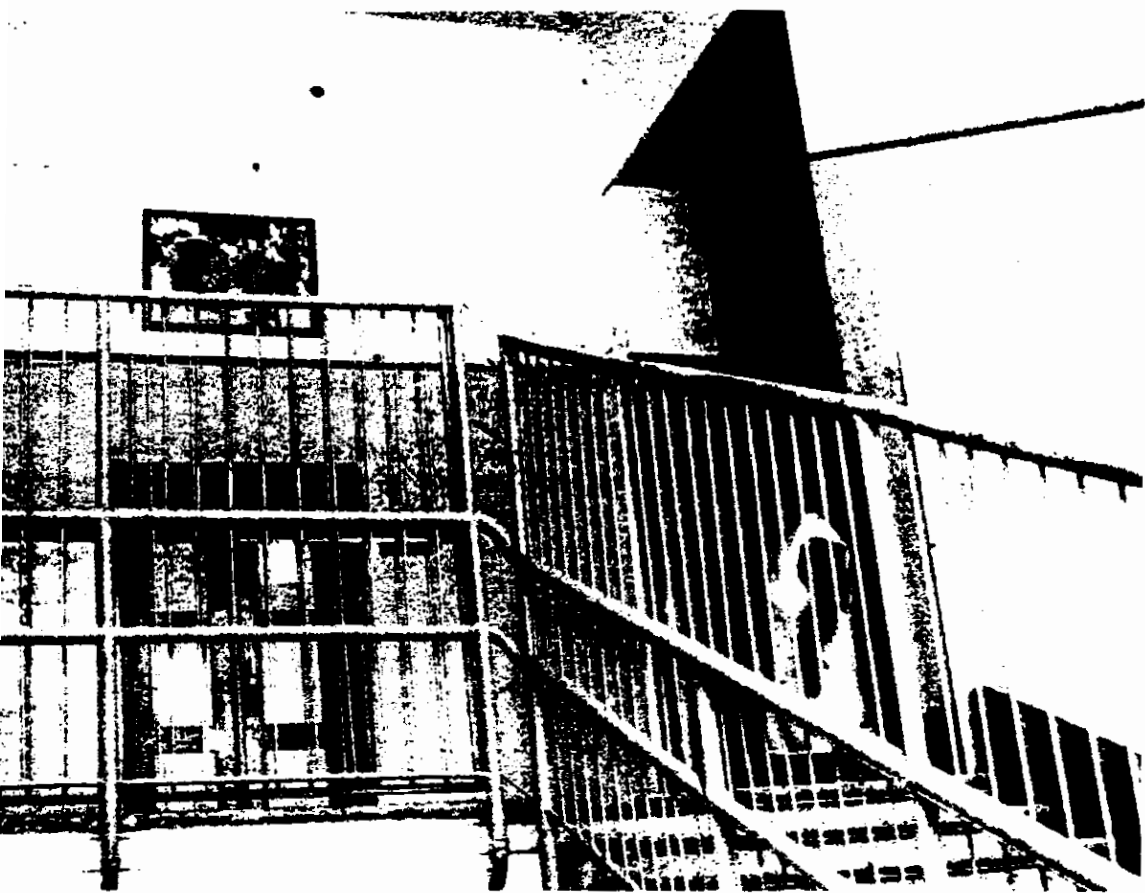
VII. ΚΛΙΜΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ.

Το δικαστήριο, ανάλογα με τις ιδιομορφίες της κάθε ατομικής περίπτωσης, είναι ελεύθερο να αποφασίζει την υποβολή του πάσχοντος προσώπου σε ένα από τα ακόλουθα είδη της δικαστικής συμπαράστασης (βλ. άρθρα 1676, 1667 του ΑΚ):

1. Πλήρης στερητική δικαστική συμπαράσταση υπάρχει όταν το πρόσωπο κηρύσσεται ανίκανο για όλες τις δικαιопραξίες και περιέχεται σε κατάσταση πλήρους δικαιопρακτικής ανικανότητας, δικαιопρακτεί δε μέσω του δικαστικού συμπαραστάτη του (βλ. υποσημ. 18, άρθρο 1676 εδ. α' αριθμ. 1 ΑΚ). Βέβαια, στις δίκες που αφορούν τη δικαστική συμπαράσταση ή την υποβολή ... σε ακούσια νοσηλεία... είναι πλήρως ικανός να παρίσταται στο δικαστήριο με το δικό του όνομα, να επιχειρεί όλες τις διαδικαστικές πράξεις, να επιχειρεί ή να δέχεται επιδόσεις κάθε είδους και να ασκεί ή να παραιτείται από ένδικα μέσα (βλ. άρθρο 802 παρ1 του ΚΠολΔ).

2. Μερική στερητική δικαστική συμπαράσταση, στην περίπτωση αυτή το πρόσωπο κηρύσσεται ανίκανο για ορισμένες μόνο δικαιопραξίες και περιέχεται σε κατάσταση περιορισμένης δικαιопρακτικής ικανότητας, καταρτίζει δε τις δικαιопραξίες για τις οποίες είναι ανίκανος (εκτός από τις προσωποπαγείς) μέσω του δικαστικού





αστάτη του (βλ. υποσημ. 18, άρθρο 1676 εδ. α' ΑΚ). Επίσης, δεν μπορεί να επιχειρεί μόνος δικαιοπραξίες, να εισπράττει απαιτήσεις παρέχει εξόφληση, εκτός εάν αυτές έχουν ειρητά στην απόφαση (βλ. άρθρο 1678 παρ.)

Πλήρης επικουρική δικαστική συμπαράσταση στην περίπτωση κατά την οποία το πρόσωπο, με τη δικαστική απόφαση, για να επιχειρήσει ποτε δικαιοπραξία και για να είναι αυτή ισχυρή και τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη του και περιέχεται σε κατάσταση περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας (βλ. υποσημ. 18, άρθρο 1676 εδ. α' αριθμ. 2 ΑΚ), ενώ όμως, είναι περιορισμένα ανίκανος για όλες τις εν ουσιακές δικαιοπραξίες, για το γάμο, όχι όμως αθήκη.

Μερική επικουρική δικαστική συμπαράσταση στην περίπτωση κατά την οποία το πρόσωπο, με τη δικαστική απόφαση, για να επιχειρήσει δικαιοπραξίες, οι οποίες πρέπει να γίνονται στην απόφαση, χρειάζεται ομοίως τη βοήθεια του δικαστικού συμπαραστάτη του και περιέχεται σε κατάσταση μερικής περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας.

Συνδυασμός μερικής στερητικής και μερικής επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης, το δικαστήριο μπορεί να αποφασίσει ότι το πρόσωπο θα βρίσκεται σε κατάσταση συνδυασμού μερικής στερητικής

και μερικής επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης. Στην περίπτωση αυτή το πρόσωπο έχει περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα, η οποία μπορεί, ανάλογα με τις ρυθμίσεις της σχετικής δικαστικής απόφασης, να είναι ολική ή μερική. Το πρόσωπο είναι ανίκανο για τις δικαιοπραξίες στις οποίες αναφέρεται η στερητική δικαστική συμπαράσταση, ικανό με συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη για τις δικαιοπραξίες στις οποίες αναφέρεται η επικουρική δικαστική συμπαράσταση και πλήρως ικανό για τις λοιπές δικαιοπραξίες (εκτός αν η μερική στερητική και μερική επικουρική δικαστική συμπαράσταση καλύπτουν το σύνολο των δικαιοπραξιών).

VIII. Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΟΥΜΕΝΟΥ.

Το δικαστήριο μπορεί να αναθέτει στον δικαστικό συμπαραστάτη, την επιμέλεια του προσώπου του συμπαραστατούμενου συνολικά ή εν μέρει (βλ. άρθρο 1680 του ΑΚ). Κατά την άσκηση όμως της επιμέλειας, ο δικαστικός συμπαραστάτης οφείλει να εξασφαλίζει στον συμπαραστατούμενο τη δυνατότητα να διαμορφώνει μόνος του τη ζωή του, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει. Σε περίπτωση κατά την οποία η επιμέλεια δεν υπάγεται ρητά στην απόφαση της δικαστικής συμπαράστασης, τότε, ο συμπαραστατούμενος αυτός μόνος έχει την επιμέλεια του.

Ι
Ν
Τ
Σ
Σ
όπο
να
επιμ
των
υπο
Ει
τον
άρθρ
δικα
ψυχ
εφρ
συμ
τέκν
κάθε
οικο
από
συμ
Π
περι
δικα
να β
τα ο
συζύ

Χ.
ΕΞ
δυνα
διαδ

ΙΧ. ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΚΙΝΗΣΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ.

Σε αντίθεση με ό,τι ίσχυε στο προγενέστερο δίκαιο, όπου ο καθένας που είχε έννομο συμφέρον μπορούσε να ζητήσει την υποβολή άλλου σε καθεστώς επιμέλειας, κατά το νέο δίκαιο συρρικνώθηκε ο κύκλος των προσώπων που νομιμοποιούνται να ζητήσουν την υποβολή κάποιου σε δικαστική συμπαράσταση.

Ειδικότερα: α) παρέχεται η δυνατότητα και στον ίδιο τον ψυχικά πάσχοντα ενήλικο να υποβάλλει αίτηση (βλ. άρθρο 1667 παρ1 εδ.α' του ΑΚ) για την υποβολή του σε δικαστική συμπαράσταση, όταν βέβαια δεν πάσχει από ψυχική διαταραχή βαριάς μορφής, β) ο σύζυγός του (εφόσον υπάρχει έγγαμη συμβίωση), γ) οι γονείς του συμπαραστατέου, ο καθένας τους αυτοτελώς, δ) τα τέκνα του συμπαραστατέου, ομοίως αυτοτελώς το κάθε τέκνο, ε) ο εισαγγελέας πρωτοδικών του αρμοδίου οικογενειακού δικαστηρίου και, στ) αυτεπαγγέλτως από το δικαστήριο της συνήθους διαμονής του συμπαραστατέου.

Πρέπει να επισημάνουμε, ότι σκοπός της τελευταίας περίπτωσης, περί αυτεπάγγελτης κήρυξης της δικαστικής συμπαράστασης από το δικαστήριο, είναι να βοηθήσει στην προστασία εκείνων των ατόμων για τα οποία δεν υπάρχει φροντίδα, είτε λόγω ανυπαρξίας συζύγου ή στενών συγγενών, είτε λόγω αδιαφορίας.

Χ. ΚΑΘΗΚΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ.

Εξ αιτίας της προαναφερόμενης αυτεπάγγελτης δυνατότητας που έχει το δικαστήριο, για κίνηση της διαδικασίας της δικαστικής συμπαράστασης,

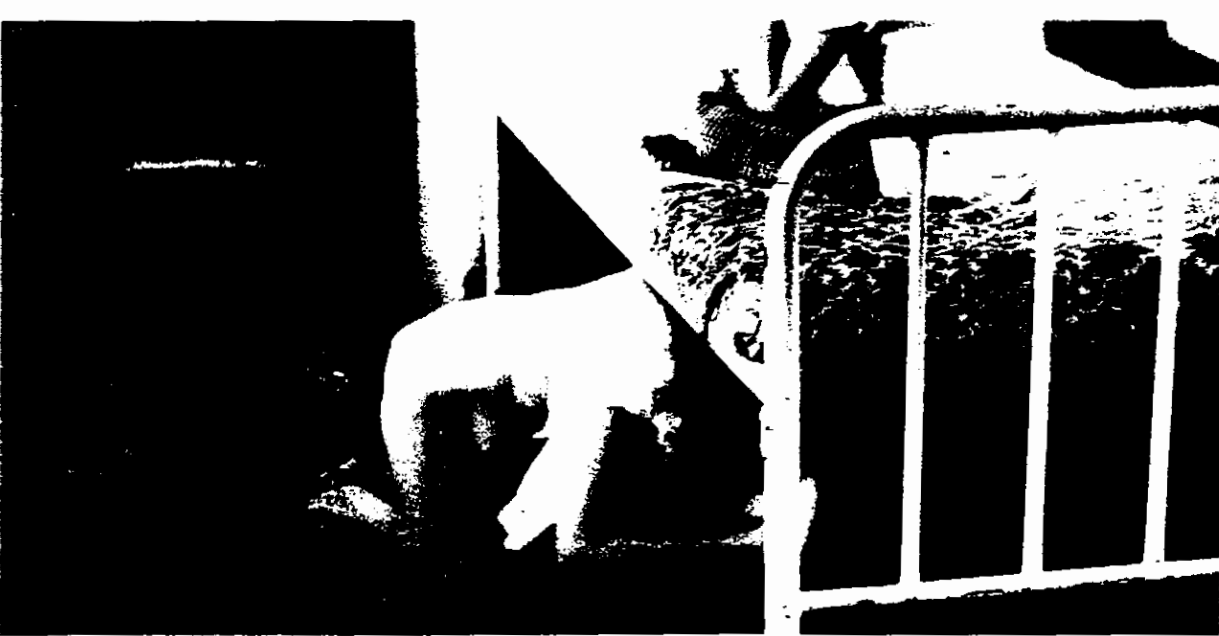
διατυπώνεται στο άρθρο 1668 ΑΚ σε συνδυασμό με τις διατάξεις των άρθρων 5 Ι. 1 και 2 του Π.Δ. 250/1999, καθήκον γραπτής πληροφόρησης του δικαστηρίου σε εύλογο χρονικό διάστημα, για τα περιστατικά που μπορούν να συνεπάγονται την υποβολή ενός προσώπου σε δικαστική συμπαράσταση, καθήκον το οποίο βαρύνει τους υπαλλήλους του δημοσίου, των Ο.Τ.Α., τους εισαγγελείς, τα όργανα των αρμοδίων κοινωνικών υπηρεσιών, τους προϊστάμενους των μονάδων ψυχικής υγείας και, επιπρόσθετα, τους ειδικούς επιστήμονες που υπηρετούν στην περιφέρεια του δικαστηρίου το οποίο είναι αρμόδιο να επιληφθεί αυτεπαγγέλτως της σχετικής περίπτωσης ή και σε μονάδες της ευρύτερης περιφέρειας.

ΧΙ. ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Τα πρωτεύοντα όργανα της δικαστικής συμπαράστασης είναι:

- α) το οικογενειακό δικαστήριο,
- β) το εποπτικό συμβούλιο και
- γ) ο δικαστικός συμπαραστάτης.

1. Το οικογενειακό δικαστήριο καθίσταται ο τελικός εγγυητής της προστασίας των συμφερόντων του συμπαραστατούμενου και προσαρμόζει τη δικαστική συμπαράσταση και τη λειτουργία της στις πραγματικές ανάγκες της συγκεκριμένης περίπτωσης. Η επικοινωνία του δικαστηρίου με τον συμπαραστατέο, ώστε να σχηματίσει άμεση αντίληψη, είναι κατ' αρχήν υποχρεωτική (βλ. άρθρο 804 του ΚΠολΔ). Επίσης, μπορεί να μην είναι απαραίτητη η προσωπική επικοινωνία του δικαστηρίου με τον συμπαραστατέο, όταν ο ίδιος ο συμπαραστατέος παρίσταται στο δικαστήριο. Το οικογενειακό δικαστήριο, ενδεικτικά, έχει



τητα της επιλογής του είδους και της έκτασης
δικαστικής συμπαράστασης στο οποίο θα υπαχθεί
εκκριμένο πρόσωπο, να την μεταβάλλει,
α με το συμφέρον του συμπαραστατέου
ου καθώς και να την αίρει (βλ. άρθρο
'6, 1685 του ΑΚ). Έχει, επίσης, αρμοδιότητα να
α παύει και να αντικαθιστά τον δικαστικό
αστάτη και τα μέλη του εποπτικού
ίου. Να επιλύει τυχόν διαφωνία μεταξύ του
ού συμβουλίου και δικαστικού συμπαραστάτη.

Εποπτικό Συμβούλιο - Ο Ειρηνοδίκης. Το
ό συμβούλιο είναι συλλογικό όργανο της
ής συμπαράστασης με αποστολή την
α της δικαστικής συμπαράστασης και
α την εποπτεία του έργου του δικαστικού
αστάτη. Αποτελείται από τρία έως πέντε μέλη,
α διορίζονται με την ίδια απόφαση που διορίζει
στικό συμπαραστάτη από συγγενείς ή φίλους
αραστατουμένου (εποπτικό συμβούλιο)" (βλ.
682 του ΑΚ). Σε εξαιρετικές περιπτώσεις το ίδιο
παρέχει τη δυνατότητα στο δικαστήριο να
ως μέλος του εποπτικού συμβουλίου και ένα
της κοινωνικής υπηρεσίας ή να αναθέσει σε
κές περιπτώσεις αποκλειστικά σ' αυτό τα έργα
πτικού συμβουλίου (βλ. άρθρο 1682 εδ.γ' του
συνδυασμό με άρθρο 1634 παρ.2 του ΑΚ). Η
δικτική αυτή λύση προσφέρεται ιδίως σε
ώσεις που δεν υπάρχουν κατάλληλοι συγγενείς
ή συντρέχει άλλος σπουδαίος λόγος. Το
ό συμβούλιο διορίζεται, κατ' αρχήν, για όλο το
διάστημα της διάρκειας της δικαστικής
άστασης και η θητεία του αρχίζει με την έκδοση
πόφασης που κηρύσσει την δικαστική
άσταση και λήγει με την με οποιοδήποτε τρόπο
δικαστικής συμπαράστασης. Από τις σχετικές
εις περί του εποπτικού συμβουλίου δεν
εται ευθέως σε τι ακριβώς συνίσταται η
ία". Βέβαιο είναι, όμως, πως αυτή δεν πρέπει
διακοσμητικό ρόλο. Το έργο του εποπτικού
ιού θα πρέπει να συνίσταται στην παροχή ή
είας στον δικαστικό συμπαραστάτη να
σει ή να μην συναινέσει στην επιχείρηση
αν από τον συμπαραστατούμενο. Στην
ωση προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη,
της εποπτείας της δικαστικής συμπαράστασης
ειρηνοδίκης" (βλ. άρθρο 1682 του ΑΚ) του τόπου
ς του συμπαραστατουμένου καθώς, επίσης,
πτώσεις εκείνες που τα έργα του δικαστικού
αστάτη έχουν ανατεθεί σε σωματείο ή ίδρυμα ή
ωννική Υπηρεσία (βλ. άρθρα 1671, 1635 του ΑΚ).

Δικαστικός Συμπαραστάτης. Ο δικαστικός
αστάτης είναι κατά κανόνα φυσικό πρόσωπο
ρο 1669 του ΑΚ (βλ. όμως και άρθρο 1671 ΑΚ,
αριθμ. 33), ασκει λειτουργήμα (βλ. άρθρο 1681
ΑΚ), προσωποπαγές, μη υποχρεωτικό και
αρχήν άμισθο. Σ' αυτόν ανατίθεται η νόμιμη



αντιπροσώπευση του συμπαραστατουμένου (στην
περίπτωση της στερητικής δικαστικής
συμπαράστασης) ή η παροχή συναίνεσης σε ορισμένες
πράξεις του συμπαραστατουμένου (στην περίπτωση
της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης). Ο
δικαστικός συμπαραστάτης διορίζεται, κατ' αρχήν κι
αυτός, για όλο το χρονικό διάστημα της διάρκειας της
δικαστικής συμπαράστασης και η θητεία του αρχίζει με
την τελεσιδικία της απόφασης που τον διορίζει και
λήγει με την με οποιοδήποτε τρόπο λήξη της δικαστικής
συμπαράστασης. Το έργο του αναφέρεται στη
διοίκηση, διαχείριση κ.λ.π., της περιουσίας του
συμπαραστατουμένου. Είναι δυνατόν να υπάρχουν δύο
ή και περισσότεροι συμπαραστάτες, λ.χ. να ανατεθεί
στον έναν η διοίκηση της περιουσίας και στον άλλο η
επιμέλεια του προσώπου του συμπαραστατουμένου.
Ο δικαστικός συμπαραστάτης οφείλει να ασκει το
λειτουργημά του σύμφωνα με το νόμο και με γνώμονα
το συμφέρον του συμπαραστατουμένου. Παράβαση
των υποχρεώσεων του αυτών γεννά, εκτός άλλων,
υποχρέωση για αποζημίωση του
συμπαραστατουμένου ή των κληρονόμων του.

3.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1669 ΑΚ,
το δικαστήριο διορίζει ως δικαστικό συμπαραστάτη το
φυσικό πρόσωπο που έχει προτείνει αυτός τον οποίο
αφορά το μέτρο και το προτεινόμενο πρόσωπο
κρίνεται κατάλληλο και μπορεί κατά το νόμο να
διορισθεί. Αν ο ενδιαφερόμενος δεν προτείνει κανέναν ή
αν εκείνος ο οποίος προτάθηκε δεν κρίνεται
κατάλληλος, τότε το δικαστήριο έχει την ελευθερία να

πρ
δικ
πρ
εκφ
απε
με
του
καθ
αντ
και
3
του
3
στικ
συμ
συμ
πρι
κατ
να
αίτη
του
απα
είνα
συν
συμ
καθ
ΑΚ.
3
συμ
βάρ
ιδιό
κ.ά.
3.
υπο
προ
τοπ
ενημ
167
3.
υπο
συμ
ακίν
παρ
να
έορι
εμπι
167
άσκ
διέξ
3.
γνω
δικα
του
να
δικα
έχει

προτείνει εκείνον που κρίνει ως πλέον κατάλληλο. Το δικαστήριο, πριν προβεί στο διορισμό του κατάλληλου προσώπου, λαμβάνει υπόψη του την τυχόν εκφρασμένη βούληση του συμπαραστατέου να αποκλεισθεί συγκεκριμένο πρόσωπο, τους δεσμούς του με τους συγγενείς του ή άλλα πρόσωπα και ιδίως με τους γονείς του, τα παιδιά του και τη σύζυγό του, καθώς και τον κίνδυνο από την τυχόν υφιστάμενη αντίθεση συμφερόντων ανάμεσα στον συμπαραστατέο και σε αυτόν που πρόκειται να διορισθεί.

3.2 Ενδεικτικά, ως προς τις πράξεις και υποχρεώσεις του δικαστικού συμπαραστατή:

3.2.1 Στην επικουρική δικαστική συμπαράσταση και στις περιπτώσεις συναίνεσης του δικαστικού συμπαραστατή, η οποία συμπληρώνει τη βούληση του συμπαραστατούμενου "παρέχεται εγγράφως, μόνο πριν από την επιχείρηση της πράξης". Σε περίπτωση κατά την οποία ο δικαστικός συμπαραστάτης "αρνείται να συναίνεσει, αποφασίζει το δικαστήριο ύστερα από αίτηση του συμπαραστατούμενου". Επίσης, "οι πράξεις του συμπαραστατούμενου, για τις οποίες ο νόμος απαιτεί τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστατή, είναι άκυρες, αν επιχειρήθηκαν χωρίς αυτή τη συναίνεση. Την ακυρότητα προτείνει μόνο ο δικαστικός συμπαραστατής, ο συμπαραστατούμενος και οι καθολικοί ή ειδικοί διάδοχοί του" (βλ. άρθρο 1683, του ΑΚ).

3.2.2 Απαγορεύονται στον δικαστικό συμπαραστατή: α) οι χαριστικές δικαιопραξίες σε βάρος της περιουσίας του συμπαραστατούμενου, β) η ιδίόχρηση της περιουσίας του συμπαραστατούμενου κ.ά. (βλ. άρθρο 1618, ΑΚ - αναλογική εφαρμογή).

3.2.3 Στη στερητική δικαστική συμπαράσταση έχει υποχρέωση: α) σύνταξης απογραφής, β) προκλήσεως προσδιορισμού ετήσιας δαπάνης, γ) επωφελους τοποθέτησης μετρητών, δ) λογοδοσίας, στ) ενημέρωσης του δικαστηρίου κ.ά. (βλ. άρθρο 1611, 1612, 1613, 1626, αναλογική εφαρμογή, 1686 του ΑΚ).

3.2.4 Πράξεις του δικαστικού συμπαραστατή για τις οποίες απαιτείται προηγούμενη άδεια του εποπτικού συμβουλίου είναι: α) ... 1. να εκμισθώνει ή να μισθώνει ακίνητα, 2. να συνάπτει σύμβαση με αντικείμενο την παροχή της εργασίας του ... ή σύμβαση μαθητείας, 3. να επιχειρεί και κάθε άλλη πράξη που υπερβαίνει τα όρια της τακτικής διαχείρισης, εφόσον αυτή δεν εμπίπτει στα άρθρα 1623, 1624 και 1625 (βλ. άρθρο 1619 ΑΚ), β) ... για σύναψη σύμβασης εργασίας και την άσκηση επαγγέλματος (βλ. άρθρο 1620 ΑΚ), γ) για την διεξαγωγή δικών (άρθρο 1621 ΑΚ) κ.ά..

3.2.5 Πράξεις για τις οποίες απαιτείται γνωμοδότηση του εποπτικού συμβουλίου και άδεια του δικαστηρίου είναι: α) ... 1. να διαθέτει την περιουσία του ... συνολικά ή κατά ένα μέρος της, 2. να εκποιεί ή να αποκτά με αντάλλαγμα ακίνητο ή εμπράγματο δικαίωμα σε ξένο ακίνητο, 3. να εκχωρεί απαίτηση που έχει αντικείμενο τη μεταβίβαση ακινήτου ... 4. να

εκποιεί τους τίτλους και τα πολύτιμα αντικείμενα του άρθρου 1614, 5. να επιχειρεί οποιοδήποτε έργο σε ακίνητο ... 6. να εκποιεί εμπορική, βιομηχανική ή άλλη / επιχείρηση που περιλαμβάνεται στην περιουσία του ... να αποφασίζει τη διάλυση και την εκκαθάριση της, καθώς και να ιδρύει νέα επιχείρηση, 7. να εκμισθώνει ακίνητο του ... για χρόνο που υπερβαίνει τα εννέα έτη, 8. να δανείζει ή να δανείζεται..." (βλ. άρθρο 1624 ΑΚ), β) "... 1. να αποποιείται κληρονομία ή να παραιτείται από τη νόμιμη μοίρα κληρονομίας ... 2. να αποδέχεται κληροδοσία ή δωρεά που συνεπάγεται βάρη, 3. να αποποιείται κληροδοσία ..." (βλ. άρθρο 1625 ΑΚ) κ.ά..



δικαστικός συμπαραστάτης δεν μπορεί να πησει τον συμπαραστατούμενο: α) στην ήμου, β) στο συναινετικό διαζύγιο, γ) στην θεσίας με την ιδιότητα του υιοθετούντος κ.ά. μως, να τον εκπροσωπήσει: α) στην αγωγή ως γάμου του, β) στην αγωγή διαζυγίου, γ) ιτική αγωγή για ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη (α και παθητικά) κ.α.,

ρίπτωση κατά την οποία ο δικαστικός πτάτης δεν συμμορφωθεί με τις υποχρεώσεις ευθύνεται σε αποζημίωση του στατουμένου (βλ. άρθρο 1632 του ΑΚ ή εφαρμογή), και μπορεί να πταιθεί (βλ. άρθρο αναλογική εφαρμογή).

προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης (βλ. 572,1667, του ΑΚ και άρθρο 805 ΚΠολΔ). Η ση του προσώπου η οποία υπαγορεύει την του σε καθεστώς δικαστικής συμπαραστάσης όσο πριν την έναρξη όσο και κατά τη διάρκεια δικασίας κηρύξεως του σε δικαστική σταση. Το γεγονός αυτό καθιστά, σε πολλές σεις, αναγκαία την προσωρινή θέση του ου αυτού υπό επιμέλεια, έτσι ώστε να πίζονται επείγοντα ζητήματα, αλλά και να ζεται η απρόσκοπτη συμμετοχή του στις έες. Εξάλλου, λόγω της ρύθμισης του άρθρου, παρίσταται ανάγκη να υπάρχει δικαστικός πτάτης του προσώπου κατά το χρονικό που μεσολαβεί μεταξύ της δημοσίευσης της ης η οποία κηρύσσει τη δικαστική σταση και της τελεσιδικίας της.

δικός δικαστικός συμπαραστάτης (βλ. άρθρο αναλογική εφαρμογή), είναι το πρόσωπο το ρίζεται για να υποκαταστήσει στα έργα του δικαστικό ή/και προσωρινό δικαστικό πτάτη, όταν τα συμφέροντα στατουμένου και δικαστικού συμπαραστάτη πσώπων με τα οποία αυτός συνδέεται "... του του, ή των συγγενών του σε ευθεία γραμμή εξ' ή εξ' αγχιστείας απεριόριστα και σε πλάγια ξ αίματος έως το δεύτερο βαθμό... άρθρο συγκροούνται.

περίπτωση που δεν είναι δυνατόν να βρεθεί ληλο φυσικό πρόσωπο, για να διοριστεί ως συμπαραστάτης, η δικαστική σταση ανατίθεται σύμφωνα με το άρθρο 1671 μματείο ή ίδρυμα που έχουν συσταθεί ειδικά το σκοπό και διαθέτουν την κατάλληλη και προσωπικό, διαφορετικά στην αρμόδια Υπηρεσία (βλ. άρθρο 64 του Ν. 2447/1996). όν τον τρόπο αντιμετωπίζεται η περίπτωση υσιαστικά εγκαταλελειμμένων.



ΧΙΙ. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.

Ο νόμος 2447/1996 προέβλεπε την ίδρυση σε κάθε Πρωτοδικείο μιας αυτοτελούς υπηρεσίας, της Κοινωνικής Υπηρεσίας (βλ. άρθρα 49-54 του Ν. 2447/1996). Αυτή θα εξέφραζε την κρατική μέριμνα στο πεδίο των προσωπικών σχέσεων του πάσχοντα και θα είχε αφενός μεν βοηθητικό ρόλο στον έλεγχο της δράσης των άλλων οργάνων συμπαραστάτη, εποπτικού συμβουλίου, αφετέρου δε θα επικουρούσε το έργο του οικογενειακού δικαστηρίου". Ειδικότερα, προκειμένου το δικαστήριο να αποφασίσει την θέση του ενήλικου σε δικαστική συμπαραστάση συνεκτιμά, αναφέρεται στο νόμο, την έκθεση της αρμόδιας Κοινωνικής Υπηρεσίας, σχετικά με την αναγκαιότητα

του μ
πρόκ
ή του
να α
1674
προβ
Κοινυ
Προκ
υποθ
υποβ
συνε
Υπτηρ
εμπρ
άρθρ
Τα
υπτηρ
τη θε
που
αποτ
μετα
όλο
συμπ



του μέτρου και την καταλληλότητα του προσώπου που πρόκειται να διοριστεί ως δικαστικός συμπαραστάτης ή του σωματείου ή του ιδρύματος, στο οποίο πρόκειται να ανατεθεί η δικαστική συμπαράσταση (βλ. άρθρο 1674 του ΑΚ). Μέχρι και σήμερα, όμως, οι προβλεπόμενες στα άρθρα 49 επ. του ν. 2447/1996 Κοινωνικές Υπηρεσίες δεν έχουν ακόμα συγκροτηθεί. Προς διευκόλυνση της εκδίκασης των σχετικών υποθέσεων, ορίστηκε ότι όπου ο νόμος απαιτεί την υποβολή στο δικαστήριο και την υποχρεωτική συνεκτίμηση από αυτό έκθεσης της Κοινωνικής Υπηρεσίας, αν η έκθεση αυτή δεν υποβληθεί εμπρόθεσμα, το δικαστήριο δικάζει χωρίς έκθεση (βλ. άρθρο 19 παρ5 του Ν. 2521/1997).

Ταυτόχρονα, η μη σύσταση των κοινωνικών υπηρεσιών (ή έστω σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη θέση σε ισχύ του νέου δικαίου), αλλά και οι δυσκολίες που συνοδεύσαν τις μεταβατικές ρυθμίσεις - λύσεις αποτέλεσαν, δυστυχώς, την αχίλλειο πτέρνα της μεταρρύθμισης, ενώ κατέστησαν αδρανές στην πράξη όλο το νομικό πλαίσιο της δικαστικής συμπαράστασης.

XIII. ΛΗΞΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ.

Η δικαστική συμπαράσταση λήγει, αφενός μεν αυτοδικαίως στις περιπτώσεις θανάτου του συμπαραστατούμενου ή με την κήρυξη του σε αφάνεια, οπότε αυτός θεωρείται νεκρός και αφετέρου, με δικαστική απόφαση, η οποία αίρει την δικαστική συμπαράσταση, καταργεί δηλαδή το καθεστώς της δικαστικής συμπαράστασης, οπότε το πρόσωπο επανέρχεται από πλευράς δικαιοπρακτικής ικανότητας και επιμέλειας στην κατάσταση στην οποία βρισκόταν πριν από την κήρυξη της δικαστικής συμπαράστασης (βλ. άρθρο 1685 του ΑΚ). Μετά τη λήξη της δικαστικής συμπαράστασης ο δικαστικός συμπαραστάτης είναι υποχρεωμένος σε απόδοση της περιουσίας στον συμπαραστατούμενο και σε λογοδοσία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Η "ΚΛΙΜΑΚΑ" στο πλαίσιο του Ε.Π. "ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006"

**του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τη συγχρηματοδότηση (75%) της Ε.Ε. (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) έχει αναλάβει την ίδρυση και λειτουργία επτά (7) Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης(Οικοτροφεία).
Ήδη βρίσκονται σε λειτουργία οι πέντε (5) από τις επτά (7) Μονάδες, στους νομούς Αττικής (2), στο νομό Κερκύρας (2), και στο νομό Αχαΐας (1).**

Κατά την υλοποίηση του προγράμματος και τη λειτουργία των εν λόγω Οικοτροφείων έχουν προκύψει διαφορα νομικά και άλλα προβλήματα, τα οποία απαιτούν λύσεις προκειμένου να υπάρξει μια σύννομη αντιμετώπισή τους.

Ο φορέας, για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων διατύπωσε προς τα Υπουργεία Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δικαιοσύνης συγκεκριμένες προτάσεις.

Τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα αφορούν τη διαδικασία διορισμού δικαστικού συμπαραστάτη.

Τα παραθέτουμε συνοπτικά καθώς και τις προτάσεις του φορέα.

1.Επιλογή του δικαστικού συμπαραστάτη

Οι ένοικοι ήλθαν στα οικοτροφεία από τα Δημόσια Ψυχιατρεία στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης τους. Οι άνθρωποι αυτοί έζησαν για πολλά χρόνια σε διάφορα άσυλα και πολλοί απ' αυτούς έζησαν ξεχασμένοι από όλους, γνώρισαν την εγκατάλειψη και την παντελή αδιαφορία των συγγενών τους. Γιαρισμένους δεν είναι γνωστά ούτε τα στοιχεία της αυτότητάς τους.

Είναι φυσικό, για όλους τους παραπάνω λόγους, έλλειψη στοιχείων ταυτότητας, εγκατάλειψη και αδιαφορία συγγενών κ.α. να υπάρχει αδυναμία έρευνας κατάλληλων προσώπων για να διοριστούν ως δικαστικοί συμπαραστάτες.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις το λύση δίνει η διατάξη του άρθρου 1671 του Α.Κ. που προβλέπει ως ελάχιστη

επιλογή, ότι: "...η δικαστική συμπαραστάση ανατίθεται σε σωματείο ή ίδρυμα, που έχουν συσταθεί ειδικά για το σκοπό αυτό και διαθέτουν το κατάλληλο προσωπικό και υποδομή.

Τα σωματεία ή τα ιδρύματα, πρέπει όμως να οριστούν με Προεδρικό Διάταγμα σύμφωνα με το άρθρο 64 του Ν.2447/1996.

Αλλά το διάταγμα αυτό δεν έχει εκδοθεί ακόμα.

Γι αυτό, τα αρμόδια Υπουργεία Δικαιοσύνης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης **πρέπει να φροντίσουν άμεσα για την έκδοσή του.**

2.Κίνηση της διαδικασίας διορισμού

Για να κινηθεί η διαδικασία διορισμού δικαστικού συμπαραστάτη,όλο το βάρος το επιφορμίζεται το προσωπικό των οικοτροφείων που επιβαρύνεται έτσι με πρόσθετες εργασίες. Η διαδικασία διορισμού γίνεται από τον κατά τόπον αρμόδιο εισαγγελέα.

Η εισαγγελία μεταθέτει στο Οικοτροφείο την επιμέλεια έκδοσης όλων των απαιτούμενων δικαιολογητικών εγγράφων (πιστοποιητικό Δήμου περί οικογενειακής κατάστασης, ληξιαρχικές πράξεις θανόντων προσώπων - γονεων, συζυγίου, παιδιών - ιατρική βεβαίωση, ενορκη βεβαίωση ενώπιον ειρηνοδίκη περί εγγύτερων συγγενών κ.α.

Με αυτόν τον τρόπο όμως η κίνηση της διαδικασίας διορισμού δικαστικού συμπαραστάτη καθίσταται επίπονη, αν όχι αδύνατη, αφού ο υπάλληλος που αναλαμβάνει την έρευνα και την έκδοση και συγκεντρωση των απαιτούμενων εγγράφων είναι υποχρεωμένος να μετακινηθεί από τον τόπο της έδρας

τροφείου στον τόπο καταγωγής ή της
ς διαμονής του νοίκου.

**αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα
πει:**

λοποιηθεί η διαδικασία (λιγότερα
ύμενα έγγραφα).

**κολύνεται το προσωπικό στην
τρωση των εγγράφων από τα αρμόδια**

ή όργανα (Δήμοι, Ληξιαρχεία κ.α.)

κρίεται επιλέξιμη η σχετική δαπάνη

ρησης του αρμόδιου προσωπικού των

κρειών που αναλαμβάνει τη συγκέντρωση
αιτούμενων εγγράφων για το διορισμό
κού συμπαραστάτη.

κρέωση ενημέρωσης του δικαστηρίου

να με τις διατάξεις του άρθρου 1668 Α.Κ. σε
ό με τις διατάξεις των άρθρων 51,1&2 του
/ 1999 υπάρχει υποχρέωση γραπτής
σης του δικαστηρίου, μέσα σε εύλογο
άστημα, για τα περιστατικά που μπορούν να
νται την υποβολή ενός προσώπου σε
συμπάρασταση.

ήκον αυτό βαρύνει τους υπαλλήλους του
των Ο.Τ.Α., τους εισαγγελέις, τα όργανα των
κοινωνικών υπηρεσιών, τους προϊστάμενους
δων ψυχικής Υγείας και, επιπροσθέτα, τους
πιστήμονες που υπηρετούν στην περιφέρεια
τηρίου το οποίο είναι αρμόδιο να επιληφθεί
έλωκ της σχετικής περίπτωσης.

αυτά πρόσωπα θα ρυνην εξ άλλου και η
η να αναφέρουν, είτε στον συντονιστή, ώστε
μεταφέρει την αναφορά στο δικαστήριο, είτε
ν στο ίδιο το δικαστήριο κάθε άλλη
η προσώπου, που λόγω των μειονεσιών που
ζει, έχει ανάγκη από δικαστική προστασία και
ανάγκαια την αυτεπαγγέλτη ενεργεία του
ου.

πλήρωση αυτού του καθήκοντος ενημέρωσης
ε βάρος των προσώπων που είναι υποχρεά
νόμ τις συνέπειες της μη εκπλήρωσης
ς και, ανάλογως, ποινικές και κοινωνικές

**αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα
εται**

**κοινοποιείται εξώδικος πρόσκληση του
είου προς τους αναφερόμενους στο
τικό συγγενείς καθώς και σε άλλους τους**

γνωστούς στο οικοτροφείο συγγενείς στην οποία, αφού
θα περιγράφεται επακριβώς η κατάσταση του
νοίκου,θα καλούνται τα πρόσωπα αυτά,μεση σε
εύλογη χρονική προθεσμία να κινήσουν τη διαδικασία
υποβολής του του σε δικαστική συμπαράσταση.

Σε περίπτωση που δεν προτίθενται να αναλάβουν
τη δικαστική συμπαράστασή του θα καλούνται μέσα
στην ίδια προθεσμία να δηλώσουν και να
γνωστοποιήσουν εγγράφως την απόφασή τους αυτή.

**β) Να γνωστοποιείται η εξώδικος πρόσκληση και
στον κατά τόπο Εισαγγελέα** για την ενημέρωσή του και
τις δικές του ενέργειες.

γ) Να εγκρίνεται η σχετική δαπάνη για την άμεση
έκδοση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης του
νοίκου.

4. Επίβλεψη της δικαστικής συμπαράστασης

Όπως παρατηρήθηκε στην πράξη και επισημάνθηκε
απο τους κοινωνικούς λειτουργούς,για ορισμένους
ενοίκους των οικοτροφείων ή άλλων δομών, οι οποίοι
βρίσκονται σε δικαστική συμπάρασταση υπάρχουν
κίνδυνοι τόσο για τη διαβίωσή τους όσο και γενικότερα
για τα αστικά τους συμφέροντα απο τη στάση του
ιδίου του διορισμένου δικαστικού συμπαραστάτη τους.

Αυτό μπορεί να συμβεί όταν ο δικαστικός
συμπαραστάτης παραμελεί τα καθήκοντα του
εγκατάλειψη,αστοργία,αδιαφορία για την υγεία του
ασθενούς κ.α. είτε αδυνατεί να ανταποκριθεί στις
υποχρεώσεις π.χ. για λόγους υγείας, ασθένειας,
γεροντική ηλικία κ.α.

Υπήρξαν επίσης περιπτώσεις στις οποίες ο
δικαστικός συμπαραστάτης, αλλά και συγγενής ζωός
να έχει διοριστεί δικαστικός συμπαραστάτης
λυσιανόντας τα περιουσιακά στοιχεία του νοίκου π.χ.
συντάξη, αδιαφορώντας πάντως για την
υποτιμημένη εσω διαβίωσή του και τις καθημερινές του
ανάγκες.

Τα παραπάνω φαινόμενα είναι ανεξάρτητα μιστι,
όπως έχει παρατηρηθεί επίσης στην πράξη τα
εποπτικά συμβούλια που εποπτεύουν το έργο της
δικαστικής συμπαραστάσης (άρθρο 1682 εδ.β Α.Κ.)
παιζουν στην κυριολεξία διακοσμητικό ρόλο.

Αλλά, ούτε και η κοινωνική υπηρεσία, όπως
προβλεπεται στα άρθρα 1645 και 1646 παρ. 1 του Α.Κ.,
έχει αναλάβει ακόμα τον σημαντικό ρόλο του ονόμου
της έταξ.

Για την εξάλειψη των κινδύνων θα πρέπει να δοθεί
το δικαίωμα στον Κοινωνικό Λειτουργό να συντάσσει
σχετική έκθεση, στην οποία θα αναφέρονται τα

πρακτικά περιστατικά των πράξεων και ελλείψεων του δικαστικού συμπαραστάτη που βλν σε κίνδυνο τα αστικά συμφέροντα του παραστρατούμενου.

Η έκθεση αυτή να τη διαβιβάζει σε αρμόδια αρχή η οποία στη συνέχεια θα προβαίνει σε ενέργειες προς τον δικαστικό συμπαραστάτη, λαμβάνοντας του ταυτόχρονα και τις ευθύνες του απορρέουν από την πλημμελή εκτέλεση του καθήκοντός του.

Επιπρόσθετα, η περίπτωση μη συμμόρφωσης ή και αδυναμίας του δικαστικού συμπαραστάτη να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του, **η έκθεση θα πρέπει να υποβληθεί στα μέλη του εποπτικού συμβουλίου,** οι οποίοι θα ελέγχουν τις πράξεις τους ενέργειες και τυχόν αντικατάστασή

Διαχείριση περιουσιακών στοιχείων των Οικοτρόφων:

Η διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων των οικοτρόφων διαχειρίζεται τα προσωπικά στοιχεία των οικοτρόφων (π.χ. χρήματα, ακίνητα, συντάξεις) κατά τη χρονική περίοδο ώσπου να ληφθούν τα μέτρα που απαιτούνται, με τον τρόπο δικαστικός συμπαραστάτης.

Κατά τη διαχείριση όμως των περιουσιακών στοιχείων των οικοτρόφων το προσωπικό είναι υποχρεωμένο σε αστικές και ποινικές, ενδεχομένως, ενέργειες σε κάθε κακόπιστο ή και κακόβουλο τρίτο. Η αποφυγή αυτών των δυσάρεστων καταστάσεων θα πρέπει στο μεσοδιάστημα αυτό και με την διορισμό δικαστικού συμπαραστάτη να **αποτελεί τριμελής επιτροπή η οποία θα αποτελείται από δύο εργαζομένους του οικοτροφείου και έναν δικηγόρο που έχει αυτήν την ικανότητα,** κατά αναλογική αναλογία της διαχείρισης των οικονομικών στοιχείων του οικοτροφείου σύμφωνα με το άρθρο 15 της υπ. αριθ. 117/87 Υπουργ. Απόφασης.

Ιατρικές γνωματεύσεις

Σε περιπτώσεις όπου εμφανίζονται μακρινοί κίνδυνοι ή και τρίτοι, γνωστοί των νοσοκομείων, οι οποίοι έχουν ιατρικές γνωματεύσεις από το οικοτροφείο και οι οποίοι επιστημονικούς υπευθύνους, επικαλούμενοι θέμενη εναντίον διαδικασίας διορισμού δικαστικού συμπαραστάτη χωρίς όμως, ταυτόχρονα να **αποδεικνύουν επαρκώς το αίτημά τους, ούτε να υποβάλλουν σχετική απευθυνόμενη προς το αρμόδιο δικαστήριο αίτηση.**

Η ανεπιλόγητη χορήγηση τέτοιων ιατρικών

γνωματεύσεων, το περιεχόμενο των οποίων εμπίπτει και προστατεύεται ως προσωπικό δεδομένο των ασθενών, ενδεχομένως να ενέχει αστικές και ποινικές ευθύνες για τους υπογράφοντες ιατρούς και τους συμπράττοντες στις γνωματεύσεις αυτές.

Για να διευκολύνονται οι συγγενείς αλλά και να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των οικοτρόφων και η νομιμότητα χορήγησης των ιατρικών γνωματεύσεων **πρέπει η σχετική αίτηση να συνοδεύεται από δικαστική απόφαση ή εισαγγελική παραγγελία ή έγκριση χορήγησής της από τον Συνήγορο του Πολίτη ή φωτοαντίγραφο του δικογράφου της αίτησης που έχει κατατεθεί στο αρμόδιο δικαστήριο κατά την εκούσια διαδικασία με την οποία ζητείται από τον αιτούντα να τεθεί ο οικοτρόφος σε δικαστική συμπαράσταση.**

(Επισημαίνεται ότι σύμφωνα με το άρθρο 1672 του Α.Κ. στην τελευταία σελίδα της αίτησης αυτής, μετά την σχετική πράξη προσηγορισμού δικαστικού, πρέπει να υπάρχει σχετική Προσωρινή Διαταγή του Δικαστή με την οποία ο αιτών διορίζεται προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης του οικοτρόφου με τις αναγραφόμενες σε αυτήν εξουσίες).

7. Σύσταση Κεντρικής Υπηρεσίας.

Εκτός από τα παραπάνω, κατά την υλοποίηση των Προγραμμάτων αλλά και την λειτουργία των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευόμενα Διαμερίσματα κ.α. έχουν προκύψει και άλλα προβλήματα νομικά, διαχειριστικά κ.α. Από αυτά άλλα έχουν επιλυθεί και άλλα χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Είναι απόλυτα βέβαιο πως κατά την συνέχιση των Προγραμμάτων θα προκύπτουν συνεχώς νέα προβλήματα.

Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα συνολικά και ενιαία στο χώρο της ψυχικής υγείας και πάντα σύμφωνα με το νόμο, είναι αναγκαία **να συσταθεί μια Κεντρική Υπηρεσία** που θα αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, νομικούς και άλλους, η οποία σε συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς θα έχει ως αντικείμενο την έρευνα, την καταγραφή, τη διαμόρφωση στρατηγικών, την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων, τη νομική υποστήριξη των οικοτρόφων, την ευαισθητοποίηση του κοινού κ.α. και την παρέμβασή της όπου αυτή είναι απαραίτητη.

Σημειώνουμε ότι η Κλίμακα έχει ήδη θέσει σε λειτουργία μία αναλογική Υπηρεσία και επεξεργάζεται και προωθεί την σύσταση νομικού προσωπικού με τις παραπάνω δραστηριότητες.

Ακαταλόγιστο

της Σωτηρίας Γούλι
Εγκληματολόγος

**"Ο καλύτερος τρόπος για να σιγουρευτείς
ότι είσαι γνωστικός, δεν είναι
να κλείσεις μέσα το γείτονα σου."**

Ντοστογιέφσκι

α εγκλήματα, με ιδιαίτερα αποτροπή και
ελάχιστον μη κατανοητή για τους τρίτους,
συγκλονίζουν την κοινή γνώμη και συνείδηση
ένα μυστηριώδη φόβο απεναντί σε
ες ομάδες ανθρώπων. Χαρακτηριστικό των
αυτών είναι ένα είδος 'λογικής' από τη
δράστη μη κατανοητό και ταυτόχρονα μη
από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
έρσον η λογική της πράξης δεν θεωρείται
και ο δράστης είναι ψυχικά ασθενής, χρίζει
ς αντιμετώπισης όχι μόνο από το κοινωνικό
α πολύ περισσότερο από το ποινικό

ναί προφανές η διαφορετική μεταχείριση
ασθενών δραστών από τους υπολοίπους
ριζέται στην παραδοχή ότι δεν είναι ορθό να
άποιος υπεύθυνος για την πράξη του,
έχει συνείδηση του τι πράττει. Βασικό
ου ασθενούς που διαπράττει κάποιο
εφροσον έχει διαπιστωθεί στο μέτρο του
δεν είχε γνώση των πράξεων του είναι να
αλογίζεται η πράξη του.

Ποινικό πλαίσιο

Άρση του καταλογισμού.

34 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι οι
α για την άρση του καταλογισμού είναι η
αρση των πνευματικών λειτουργιών και η
αρση των δυνάμεων της βούλησης των οποίων ο
α δεν μπορεί να ανταφμε το νόμο της
α να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψη
αυτικού αυτού.

αίσθησε, καλύτερα η ευκαιριότητα για
α το ποινικό σύστημα χρησιμοποιεί τη
αδικη-ψυχολογική μεθοδο. Βιολογικές
αρση προκειμένου να μην καταλογιστεί μια
α πράξη είναι αυτές που αναφέρονται στο
α. Ψυχοκινητική διατάραξη των πνευματικών
α αποτελούν οι ψυχικές ασθένειες, οι
α κενετικές διαταραχές, οι παθήσεις,
α και οι καταστάσεις όπως μνήμη και
α παρορμήσεις, το ποινικό τριβύνημα
α διαταραχές μνήμης.

αικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την φυσική

κατάσταση του δράστη. Ταυτόχρονα αποτελούν τη
βάση πάνω στην οποία θα στηριχθεί η μεθοδος της
ψυχολογίας μια και οι συνέπειες των βιολογικών αυτών
παράγοντων μπορεί και να συντέλεσαν στην
ψυχολογική κατάσταση του δράστη να διακρίνει και να
συμμορφωθεί.

Παρόλα αυτά, στον προσδιορισμό των βιολογικών
προϋποθέσεων ανακύπτουν διάφορα σημαντικά
προβλήματα. Για παράδειγμα, το άρθρο 34 Π.Κ δεν
αναφέρει τίποτα για ψυχικές διαταραχές που δεν εχει
αποδειχθεί ότι αποδίδονται σε οργανικούς παράγοντες.
Φαίνεται λοιπόν ότι οι διαταραχές που είναι ασαφείς η
υπονοούνται από το νόμο αφήνονται ελεύθερες στο
πεδίο της ψυχιατρικής να τις προσδιορίσει, υπόκεινται
δηλαδή στην υποκειμενική άποψη του ψυχιάτρου
εμπειρογνώμονα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων
αυτών δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια για την
άρση του καταλογισμού.

Εφαρμογή του νόμου:

θεωρία και πραγματικότητα

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον προκαλεί η εφαρμογή του
νόμου στη διαμορφωση της δικαστικής αποφασής για
την άρση του καταλογισμού. Βασικές προϋποθέσεις
για την αθώωση του παραβάτη αποτελούν η διαπράξη
αδικήματος καθώς και η διαπίστωση ότι το άτομο
κατά τη διάρκεια της πράξης του αδικήματος δεν ήταν
σε θέση να γνωρίζει το αδικο της πράξης του.
Διαπίστωση, που όπως προαναφέρθηκε, γίνεται
συμφωνά με ψυχιατρική γνωμάτευση.

Πολύ συχνά η διαπίστωση και μόνο της ύπαρξης
ψυχικής ασθένειας οδηγεί στην υποστήριξη της άρσης
του καταλογισμού και συνεπώς στην αθώωση του
δράστη. Πιο όλ' αυτά, η συγκεκριμένη διαπίστωση
δεν πρέπει να οδηγεί αυτονοητά στο συμπέρασμα ότι ο
δράστης δεν γνωρίζει το αδικο των πράξεων του.

Ένα άλλο πρόβλημα που προκύπτει από την
εφαρμογή του νόμου είναι ότι η ψυχιατρική
γνωμάτευση λαμβάνει χώρα συνήθως μετά από μεγάλο
χρονικό διάστημα και αφότου έχουν απολαβήσει η
σύλληψη του δράστη, η βίαιη προσαγωγή του στην
αυτονομία, ο εγκλεισμός του στη φυλακή και άλλα
γεγονότα που είναι ικανά, όπως αναφέρει ο
Σκαργάκας να διαφοροποιήσουν την ψυχική εικόνα

και
δια
περ
διά
στο
περ
εγκ
ξα
αδι
τέτ

τα
πα

πνε
αρ
διά
νόμ
δικι
θερ
επι

αρι

σημ

στη
απο
δικι
επι
δια

λέξ
φρι
την
περ
Αν
αφρ
της
σε
παρ
κτλ
των
μορ
επι
απο
ε
αδι

κατάσταση του ατόμου. Σοβιφό πρόβλημα αποτελεί επίσης και η χρονοβορα δίκασια της εκδίκασης των αποκράσεων. Η χρονική ροδος της δικης απέχει συνήθως μεγάλο χρονικό στήμα από την τέλεση του αδικήματος. Διάστημα ο οποίο ο δράστης μπορεί να έχει θεραπευτεί. Στην ρίπτωση που έχει συμβεί κάτι τέτοιο, τότε το άτομο λείεται ξανά στο ψυχιατρείο για να ναθεραπευτεί. Στο σημείο αυτό φαίνεται η ναμία του συστήματος να καλυφει κάποιες τυχόν οίες περιπτώσεις.

Φύλαξη ακαταλόγιστων προσώπων ...εκεί που η θεραπεία δεν έχει χώρο

Το ελληνικό νομοθετικό σύστημα ορίζει τη φύλαξη ακαταλόγιστων προσώπων, σύμφωνα με τα ακάτω άρθρα.

Άρθρο 69: Φύλαξη ακαταλόγιστων εγκληματιών.

Αν κάποιος λόγω νοσηρής διατάραξης των εματικών λειτουργιών του (άρθ.34η κωφαλαίας θ.33, παρ.1., απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη νξη για κακούργημα ή πλημμέλημα για το οποίο ο ος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το αστήριο διατάσει τη φύλαξη του σε δημόσιο αθεραπευτικό κατάσταση εφόσον κρίνει ότι είναι κίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια.

Άρθρο 70: Διάρκεια της φύλαξης

1. Για να εκτελεστεί η διαταγή της απόφασης που ορά τη φύλαξη φροντίζει η εισαγγελική αρχή.
2. Η φύλαξη συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η οσια ασφάλεια.
3. Κάθε τρίτη τη το δικαστήριο των πλημμελειοδικών περιφέρεια του οποίου εκτελείται η φύλαξη ορασιζει αν αυτή πρέπει να εξεκολοιθρηει. Το διο αστήριο μπορεί όμως οποτεδήποτε με αίτηση του αγγελα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να τάσει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται.

Στα παραπάνω άρθρα αναφέρεται μόνο μια φορά η αθεραπεία και επτά φορές η μέλη φύλαξη και οικά αναλογία είναι και η εφαρμογή. Το προϊόν από η εφαρμογή του νομού καθρεφτίζει καθαρά στο οδείγμα που παραθετεί ο Ν. Παρασκευασπουλος. αφέρεται ότι για τους κρατούμενους με βάση το θρο 69, τους ακαταλόγιστους, απαραίτητο στοιχείο θεαπευτικής διαδικασίας είναι η συμβί τολη τους ορισμένες οργανωμένες εξόδους όπως για οδείγμα ταβερνες εκδρομές, ολιγοχρονες αδειες, τις περιπτώσεις που ζήτηθηκε η εγκριση αυτών η εξόδων η εισαγγελια φωνήθηκε λυγώντας ότι καθαρή εξόδου προσκαληη, οργανωμένη η απειριση θα ήταν δυνατά μόνο με τη την οραση απόλυσης τους από το δικαστήριο.

Οι επιστημονικές ψυχικές υγείες διλώνουν η α να νική η αποθεραπεία αν δεν προηγηθούν κάποιες

απελευθερώσεις, ενώ με τη σειρά της η εισαγγελια δηλώνει ότι η απελευθέρωση είναι αδύνατη αν δεν προηγηθεί η αποθεραπεία και η απόλυση.

Αδιέξοδο.

Στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 70 ορίζεται η φύλαξη του ατόμου σε αόριστα πλαίσια μια και αυτή μπορεί να συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια. Μέτρο αρκετά ασαφές, βασισμένο στην πρόγνωση της επικινδυνότητας και χωρίς την αναφορά στη θεραπεία ή την υγεία. Στην πράξη φαίνεται ότι οι δράστες σοβαρών ποινικών αδικημάτων παραμένουν ισόβια στο Ψυχιατρείο. Ο Ποινικός Κώδικας, όπως προκύπτει, υποτάσσει πλήρως τη θεαπευτική στη φυλακτική δεοντολογία και έτσι έρχεται σε σύγκρουση με τα ανθρώπινα δικαιώματα, με τις επιστημονικές θέσεις, καθώς και με το νομικό πλαίσιο της Σύμβασης της Ρώμης.

Η έννοια του ακαταλόγιστου δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με την επικινδυνότητα, όπως επίσης δεν θα πρέπει και η βαρύτητα του εγκλήματος να είναι απόδειξη της επικινδυνότητας. Παρολα αυτά πρακτικά διαπιστώνουμε ότι ο νομοθετης συναρτά την απόλυση του παραβάτη από το ψυχιατρικό κατάσταση με βάση την εξάλειψη της επικινδυνότητας και όχι την εξάλειψη του ψυχικού προβλήματος. Φαίνεται δηλαδή ότι στο πνεύμα του νόμου κυριαρχεί ο κατασταλατικός σκοπός, η περιφρούρηση της δημόσιας ασφάλειας και όχι η θεραπεία του ατόμου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρα την κοινή αντιληψη ότι η έννοια της ψυχικής διαταραχής και εκείνη της επικινδυνότητας είναι στενά συνυφασμένες, έρευνες ανά τον κόσμο σε μεγάλους πληθυσμούς ψυχικά διαταραγμένων ατομων δεν εδειξαν ότι τα άτομα αυτά διαπράττουν αδικήματα σε μεγαλύτερη συχνότητα από αυτήν του γενικού πληθυσμού.

Καθίσταται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη του εννοιολογικού διαχωρισμού. Ο παραβάτης που έχει αραση του καταλογισμού θα πρέπει να αντιμετωπίζεται για αυτό που πραγματικά είναι και όχι για κάτι που υποθετικά μπορεί να κάνει. Θα πρέπει, δηλαδή να του δίνεται η αθεραπεία στην θεραπεία. Σε τη ρίσταση του διαπράξει αδικήμα και οντας υγιής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται οικροετικά.

Ακαταλόγιστος παραβάτης-απροσδιόριστο καθεστώς;

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω ο ακαταλόγιστος παραβάτης υποβάλλεται σε ένα ιδιότυπο νομικο-ψυχιατρικό καθεστώς το οποίο διαφέρει και μεμονωτά τόσο από το καθεστώς του απλού παραβάτη όσο και από το καθεστώς των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρική μονάδα. Ο ακαταλόγιστος παραβάτης αταρτίζεται με μέληνται του ποινικού κρατούμενου (αρχικά στην χρονικό προσδιορισμό της ποινής από ο δεύτερος

ται σε μια αοριστού χρόνου διάρκειας εξέδου του από τη νοσηλευτική μονάδα στα υποκειμενικά κριτήρια του εκαστοτέ. Επιπλέον, ο ακαταλόγιστος στερείται και φέρματός της έφρασης στη δικαστική απόφαση τιβάλλει την ποινή.

κρίση με τον νοσηλευόμενο σε κλινική η μονάδα, ο ακαταλόγιστος στερείται τού της εξέδου το οποίο είναι αντικείμενο ; απόφασης. Επιπλέον στερείται της ντης αδειας εξέδου από το χώρο της η οποία συμβάλλει στην κοινωνική και του επανένταξη. Διαπιστώνεται ότι ο στος παραβάτης στερείται τόσο των εγγυήσεων που εξασφαλίζει η ποινική όσο και των δικαιωμάτων που διασφαλίζει η ή νοσηλεία. Αντίθετα, φαίνεται ότι ο τρόπος τησης του ακαταλόγιστου προσώπου είναι το μα των αρνητικών επιπτώσεων τόσο του σο και του κλινικού συστήματος.

ηματομοί

ς προκύπτει από τα παραπάνω, ο στος παραβάτης αιωρείται στις ελλείψεις και όσο του νομοθετικού πλαισίου όσο και του ρς υγείας. Ο αιτιοκρατικός-γραμμικός τρόπος ταρουσιάζει αδυναμία στη σύλληψη της ης αντιθετικών εννοιών όπως καλό και κακό, ιελευθερία, βασισμένος στο μοντέλο πριζή- μα. Η ίδια η επιστημονική κοινότητα τα βιώνει κάποια αμηχανία στον μμό του ακαταλόγιστου, καθώς η ανάγκη για και καταλογισμό ή η συνήθεια της στερει- τως ήρθε η ώρα να συμφιλιωθούμε με έναν ορο κυκλικό τρόπο σκεψής, να συνθέσουμε τις ι να επιλέξουμε περισσότερο ελευθερίας. Η αναθεώρηση της λογικής της νοσηλείας ήμερνης πρακτικής του συστήματος υγείας επείγουσες λύσεις. Τόσο η υγεία όσο και η είναι αναμφίβολα ποιότητα ζωής. Ο μιας κοινωνίας φαίνεται από το σεβασμό



στη διαφορετικότητα και η ανωτερότητα του ανθρώπου φαίνεται από τη συμπεριφορά και τη μεταχείριση του προς τους ασθενέστερους.

...δεν μπορείτε να ξεχωρίσετε τον δίκαιο από τον αδίκo και τον καλό από τον τονηρο γιατί και οι δύο στέκονται μαζί απροστά στο προσώπο του ελίου καθώς η αίσθη και η όσση είναι στο φαινόματά μαζί και όταν η αίσθη κλάσσει σπάζει ο φαινόματός θα προσέξει άλλο το άδικο και θα ελατώσει και τον καλό με ο.

φρασεύ ο Άσκη Γκιμπριν

...κας, Συγχρονή Νοσηλεία, Εξοδός 2001

Α. Δικαστική Ψυχιατρική, Εξοδός Σακουλιά, ... α και ενδιαφέροντα στο κοινό - ... Δ. Η ίωση του καταλογισμού των ψυχικά των παραιτών. Τετάρτη Ψυχιατρικής,

...ακαταλόγιστος. Ενδεικτικά, τα μηνύματα ... τκα σε τού και τις άλλες περιπτώσεις που ... τανικά κωδικά ... οργάνωσης Νο 99

Συκοίονα σε τη Συμβάση της Ρώμης όπου η ψυχική ισθένεια μπορεί να δικαιολογήσει την κλάσση ενός αρ ... νοχού και όχι η αποκλισηνοσή. Ταυτόχρονα το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο στην Δικαιοσύνη του Άμστερνταμ έχει αποφασίσει να ηετική φιλοσοφία του τον σπινθηρ δικαιωμάτος τωσφονός του σπουδ μετωμολογίας της Αιθιουσίας του με δικαστήριο της πειστημένης εκάστην ισφαιρείται ανάλογον από τον κλάσση εν και 70. 73 προς έλεγχο της οαυατήτης των ψυχικών πειστημένης της Αιθιουσίας εκάστην. Στρωπατάλος Ν. Πανική Δικαιοσύνη 15/94.

Γ
Ερε
σκε
δίλι
φφ
αυ
Απ.
φρ
νομ
πρι
συλ
και
τον
Τ
φρ
τοί
επι
επι
σπ
ου
Ν
κος
κρί
μα
πέρ
εδα
σε
πυ
το
ικ
Δ
ικ
εγ
πν
φρ
κον
μν

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ & ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνέντευξη με τον Νικόλαο Κωνσταντινίδη

του Γιώργου Κωνσταντινικόπουλου
και της Παναγιώτας Φουρική

Ποιον καλείται να προστατεύσει ο θεσμός της ακουσίας νοσηλείας; Τον ασθενή ή κάποιους από τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο; Το δικαίωμα του ασθενούς στη θεραπεία ή τη δημόσια τάξη και ασφάλεια;

«Α πολλά χρόνια η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα ήταν καταφατική ως προς το δεύτερο μέρος τους. Στην πραγματικότητα κανένα τέτοιο όρισμα δεν υπήρχε. Ο ψυχικά πάσχων άνθρωπος ήταν ενδοβλαβής ή πνευματικά διαταραγμένος και γι' αυτό αυτομάτως επικινδύνος για τους άλλους. Αντιπαραταχόντας αυτήν την κοινωνική επικινδυνότητα του ασθενούς ο εγκλεισμός του σε κάποιο ασύλο ήταν η ορθή, θεσμικά και ηθικά επιβεβλημένη λύση, κειμένου να προστατευθεί από αυτόν το κοινωνικό σύνολο. Η αναγκαστική νοσηλεία ήταν μέτρο φυλακτικό λιγότερο ενός καθόλου θεραπευτικό - προνοϊκό για ασθενόντα».

«Προαναφερόμενο δηλαδή για το διπλό ρόλο της ιατρικής, το θεραπευτικό και το φυλακτικό, και οι λαμπρές συνεισφορές και αντιρρήσεις που προκύπτουν από αυτό, τεθήκαν σε νέες βάσεις από τη σύγχρονη κτηρή και από την επίδοξη των φρονών για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών».

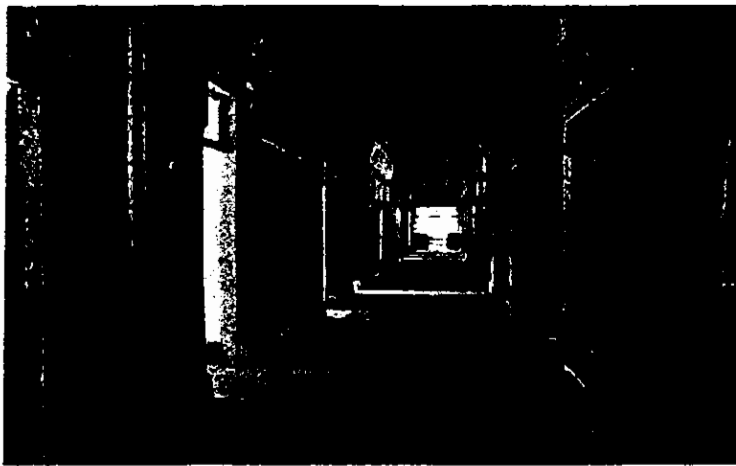
«Νέες προσημασμένες ρυθμίσεις στο πλαίσιο του σύγχρονου νόμου της νοσηλείας 27 χρόνια πριν από την υιοθέτηση της ακακασίας. Η ορθή κληρονομιά των αρχών δεοντολογίας των νοσηλευτών, η τήρηση της απεμπόλητης αντιμετώπισης του ασθενούς και η διατήρηση της ηθικής δικαιοσύνης, η προστασία των δικαιωμάτων του και την προστασία των συμφερόντων του. Από αυτήν το νόμο για νοσηλεία και τον νόμο για την ηθική στα χρόνια δικαστικό πλαίσιο του νόμου νοσηλείας νόμος 2971/92 (φρ. 14/92)».

«Νέες, ωστόσο, απαλλαγές υπήλκε ο ψυχίατρος και σήμερα από το φυλακτικό της ρόλο από εξουσιοδότηση από το κοινό πλαίσιο και νόμους από παρανομιότητα. Προς αυτήν οργάνωση των υπηρεσιών των νοσηλευτών, η επένδυση σε εκπαιδευτικές υπηρεσίες από τους φορείς υγείας, η εκπαίδευση των κληρικών, η υιοθέτηση της 77ης απόφασης του 1992, η υιοθέτηση της 1992».

«ακουσία νοσηλεία μπορεί να εφαρμοστεί είτε για να μην στερηθεί ο ασθενής την αναγκαία θεραπεία και μην επιδεινωθεί έτσι η κατάσταση της υγείας του είτε για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων. Με τη δεύτερη αυτή προϋπόθεση διατηρούνται ως στόχος της νοσηλείας η προστασία της κοινωνίας από τον πάσχοντα ως κριτήριο γι' αυτήν η επικινδυνότητα του τελευταίου και ως ρόλος του ψυχίατρου να προστατεύσει το κοινωνικό σύνολο εγκλείοντας τον ασθενή υπό θεραπεία και για όσο διαρκεί αυτή».

«Σαφέστερα και αυστηρώς τα παραπάνω ισχύουν όσον αφορά στη νοσηλεία των ψυχικά πάσχόντων που διέπραξαν εγκλήματα για τα οποία κρίθηκε από το δικαστήριο ότι δεν έχουν τον καταλογισμό. Δηλαδή ότι λόγω της ψυχικής διαταραχής αυτοί δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν το αίτιο της πράξης τους. Οι άνθρωποι αυτοί δεν φυλακίζονται, αλλά εγκλείονται με απόφαση του δικαστηρίου σε θεραπευτική μονάδα από την οποία θα βγουν όταν το δικαστήριο κρίνει μετά από γνωμοδότηση των θεραπόντων ιατρών ότι δεν υπάρχει πλέον κίνδυνος διαπράξης εγκλημάτων. Τα δικαιώματα του ασθενούς και οι όροι που διασφαλίζονται από το νόμο 2071/92 για τη διαδικασία και τη λήξη της ακουσίας νοσηλείας δεν ισχύουν για αυτούς τους ασθενείς, αφού δεν νοσηλεύονται για να θεραπευτούν, αλλά κρατούνται από θεραπεία και δεν αφήνονται στην ελεύθερη επιτακή βελτίωση της





κωνα με την εκτίμηση των ψυχιάτρων αλλά και πια επικίνδυνοι σύμφωνα με την κρίση των!

ουν μέχρι σήμερα γραφτεί για την ασάφεια και επικινδυνότητα, για το μεγάλο βαθμό της κατά την εκτίμησή της και για το μύθο επικινδυνότητας των ψυχοασθενών ως γενικά πιθανότητας να εγκληματήσουν σε σύγκριση με τον πληθυσμό. Αρκετά επίσης έχουν ειπωθεί και στο πλαίσιο του συνεχιζόμενου διαλόγου περί νοσηλείας για τη διασφάλιση ή μη των δικαιωμάτων των ασθενών από το ισχύον νομικό πλαίσιο τα προβλήματα κατά την εφαρμογή του πλαισίου που προκύπτουν από την σκοπιά των δικαιωμάτων των ασθενών. Επίσης από τις σελίδες του περιοδικού έχουμε επανειλημμένα αναφερθεί σχετικά θέματα.

Ενώ ωστόσο τραγικά επίκαιρη μια κεντρική θεματική της κριτικής στην σημερινή κατάσταση είναι η μοναδική άρνηση της φυλακτικής φύσης και η αξιοποίηση του θεσμού της ακουσίας ως όσο καιρό θα είναι αναγκαία, με τέτοιο πλαίσιο έκτασης και εντός τέτοιου πλαισίου, να είναι απαντά αποκλειστικά και μόνο στη θεραπευτική ανάγκη του πασχοντα και να εξασφαλίζει το δικαίωμα του για περιθαλψη πέρα από φάρμακα και τιτσεις.

Προσημαίνει ο Μανιτάκης (1997): Το πλαίσιο είναι μια περιθαλψη που πρέπει να λειτουργεί ως ένα καθεστώς προστατευόμενης ελευθερίας καθώς και μια ελευθερία που βιώνεται σε ένα καθεστώς αξιοπρεπούς περιθαλψης και εξασφαλισμένης αυτονομίας. Αυτό το ζητούμενο όμως δεν πρέπει να εστιάζεται σε ευκολογία. Αντιθέτως πρέπει να εστιάζεται σε συγκεκριμένες πρακτικές και με σαφείς τρόπους, όπως:

1. Αύξηση επαρκών σε αριθμό και δυνατότητες μοναδών ψυχικής υγείας και

2. ολοκληρωμένων συστημάτων κοινοτικής ψυχιατρικής (π.χ. τομέας ψυχικής υγείας), που θα εξασφαλίζουν την έγκαιρη παρέμβαση και το συνεχές της φροντίδας εντός της κοινότητας.

- Η καλλιέργεια αντίστοιχης κουλτούρας στις μονάδες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

- Η περαιτέρω ανάπτυξη του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου που θα διασφαλίζει την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, παράλληλα με το μέγιστο δυνατό περιορισμό του φυλακτικού-ελεγκτικού ρόλου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Αυτοί οι προσανατολισμοί έχουν από καιρό τώρα προταθεί στο πλαίσιο του διαλόγου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας. Η πρόοδος της μεταρρύθμισης τα τελευταία χρόνια έχει ορισμένες θετικές συνέπειες και στα παραπάνω πεδία. Είναι ωστόσο ακόμα πολλά αυτά που πρέπει να γίνουν για να θεωρήσουμε ότι το πνεύμα της κοινοτικής φροντίδας έχει επικρατήσει στο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σ' αυτό το κείμενο δεν θα αναλύσουμε συστηματικά τα οποία ελλείμματα και τις δυνατές βελτιώσεις. Θα επιχειρήσουμε απλώς μέσα από την παρουσίαση χαρακτηριστικών περιπτώσεων να αναδείξουμε ορισμένα ζητήματα που αφορούν την σχέση μεταξύ ακουσίας νοσηλείας και δικαιωμάτων του ασθενούς, όπως αυτά αναδύονται από την καθημερινή εμπειρία. Παρουσιάζουμε συνοπτικά και σχολιάζουμε δύο περιπτώσεις που επιλέξαμε από το αρχείο μονάδων της ΚΛΙΜΑΚΑΣ και στις οποίες λόγω της έλλειψης οικογενειακού υποστηρικτικού πλαισίου αναδύεται με σαφήνεια το αίτημα για ολοκληρωμένη παρέμβαση και υποστηρικτή του πασχοντα από τις δημόσιες υπηρεσίες. Παράλληλα όμως αναδεικνύονται και γενικότερα ζητήματα για την αξιοποίηση των θεσμών και των υπηρεσιών υπέρ των συμφερόντων και των δικαιωμάτων των ασθενών.

Γ
Γ
Ε
πρι
νης
αδε
μικ
συν
κάτ
πι
παν
είχε
αγρ
αλλ
Αφε
είχε
ήτο
δεν
περ
άρχ
γει
νύχ
του
στο
ποι
βρε
ωστ

ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΕΡΑΠΕΥΤΗΡΉ ΔΕΡΨ



Παρουσίαση περιπτώσεων

Περίπτωση Α

Η κα. Κάτια Σ. γεννήθηκε σε ένα νησί των Κυκλάδων 76 χρόνια. Όταν ήταν δέκα χρονών έφυγε από το νησί με τη μητέρα της και τα δυο μεγαλύτερα της παιδιά για μια καλύτερη τύχη στην πρωτεύουσα. Από τότε ήταν μοναχικό παιδί και απέφευγε τις παρέες με άλλα παιδιά. Από νωρίς στη βιοπάλη, κατάφερε να βρει μια στιγμή να μπει σαν καθαρίστρια σε μια δημόσια υπηρεσία, όπου δούλεψε για πάνω από 35 χρόνια. Δεν άργησε να διακοπεί από νωρίς. Με τις οικονομίες της αγόρασε ένα οικοπέδο και έχτισε ένα σπίτι σε μια απομονωμένη περιοχή των νοτιών προαστίων, όπου ζει σχεδόν μόνη της, επειδή θεωρούσε ότι θα ζούσε καλύτερα εκεί μακριά από τους ανθρώπους που δεν την αγαπούσαν και δεν την ήθελαν μιας και ήταν διαφορετική... Ωστόσο η γειτονία μεγάλωσε και η κα. Κάτια άρχισε να νιώθει ότι απειλείται από την παρουσία των γειτόνων και των παράνομων συνδιαλλαγών τους τις βραδιές και έτσι άρχισε να μην κοιμάται τα βράδια για να μην παρακολουθεί, καθώς ήταν σίγουρη ότι εμπαιναν στο σπίτι της και της κατεστρεφάν την περιουσία της, με τόσο κόπο απέκτησε... Οι διαμαρτυρίες της τα έκαναν να μην φωνάζει και οι φωνές της έσηκωναν την γειτονία. Το μια μερά το Μάιο 2002 δυο αστυνομικοί της

χτύπησαν το κουδούνι. Για να τους ανοίξει της είπαν ότι επιτέλους ανταποκριθήκαν στις αλλεπάλληλες κλήσεις της και ήρθαν τάχα για να την βοηθήσουν.. Η κα. Κάτια άνοιξε τις κλειστές πόρτες και οι αστυνομικοί χωρίς περαιτέρω εξηγήσεις τις φόρεσαν χειροπέδες και την υποβάσταξαν να κατέβει τις σκάλες μιας και η κα. Κάτια περπατάει μόνο με τη βοήθεια της αδελφής της. Κάτια περπατάει μόνο με τη βοήθεια της αδελφής της, όπως ήταν δεμένη πίσωπλάτα. Την οδήγησαν στο τμήμα όπου της είπαν ότι οι γείτονες της έκαναν καταγγελία και θα τη μεταφέρουν σε ψυχιατρική κλινική για να εξετασθεί από γιατρούς. Αφού την εξέτασαν οι ψυχίατροι, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική όπου νοσηλεύτηκε για είκοσι περίπου μέρες με διάγνωση ψύχωση παρανοϊκού τύπου. Μετά την νοσηλεία και με ύφεση της συμπτωματολογίας η κα. Κάτια γύρισε στο σπίτι της, Μόνη της. Δύο χρόνια μετά και αφού δεν υπάρχει πρόβλεψη για την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση και περίθαλψη ούτε υποστηρικτικό περιβάλλον να την βοηθήσει και να επιβλέπει τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η κα. Κάτια είναι σε χειρότερη κατάσταση από αυτή που ήταν πριν τη νοσηλεία της... Τώρα εκτός των άλλων είναι πιο πολύ θυμωμένη με τους γείτονες της, γιατί στείλανε στο τρελαδικο μια μεγάλη γυναίκα κουτση, που το μόνο που έκανε, ήταν να θέλει να προστάτευσει την περιουσία της... Η κα. Κάτια εξακολουθεί να μην κοιμάται τα βράδια και να μένει όρθια μέχρι το πρωί, εξακολουθεί να φωνάζει στους γείτονές της και να τους καταριέται για το κακό που της έκαναν και που εξακολουθούν να κάνουν...



Παύση Β

Η Τασία γεννήθηκε στην Αθήνα πριν 27 χρόνια. Μεγάλωσε σε μια γειτονιά των δυτικών προαστίων όπως προκύπτει από την παιλία της φωτογραφίας. Το Μάρτιο του 2003 εντοπίστηκε από την ομάδα του Κέντρου Στήριξης Ασθενών της ΚΑΜΜΙΑΚ να κοιμάται σε μια καλοβατη ανάμικτη σε ένα σκουπίδια στους κήπους του Σαραφείου νοτίου. Βρισκόταν σε περιληψια και ήταν άσπαστη. Απέφυγε την επαφή με τους άλλους ασθενούς και σε καμία περίπτωση δεν μιλούσε στην Υπεύθυνη του Κέντρου που ήθελε να την προσεγγίσει. Οι ασθενείς που ζούσαν στο Σαραφείο για το καθημερινό φαγητό τους οι Αθηναίους, πληροφορήσαν την Υπεύθυνη ότι ένα βράδυ, πριν δύο χρόνια, η Τασία στο κολυμβητήριο μαζί με τους φίλους της, οι οποίοι έκαναν διακίνηση ναρκωτικών και την έβλεπαν εκεί. Η Τασία περνούσε τις μερες της ζωής της να έρθουν να την παρουν. Έλεγε επίσης παντρεμένη αλλά εξακολουθούσε να είναι άσπαστη και ότι ο αρραβωνιαστικός της, που την αγαπούσε, θα έρθει σύντομα να την πάρει. Το Κέντρο προσπάθησε να επηρεάσει στην προσπάθεια προσεγγίσεως της ασθενούς την επισκεπτόταν δυο-τρεις φορές την εβδομάδα. Πέρασαν έξι μήνες για να κερδίσει την εμπιστοσύνη της και να την πείσει να περαιοει από το κέντρο να κάνει υπαίτιο με την παρουσία της και να ζήσει ήσυχα. Παρόλο που η Τασία φοβόταν στο

Κέντρο και έτρωγε, δεν δεχόταν τη βοήθεια ψυχιάτρου. Εξακολουθούσε να παραμένει απρόσιτη και να την φοβιζέη η επαφή με τους ανθρώπους. Έτσι πάρθηκε η απόφαση από το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου να νοσηλευτεί η Τασία παρά τη θέληση της σε ψυχιατρική κλινική. Ωστόσο έγινε προσπάθεια να υποστηριχτεί η αίτηση για εισαγγελική παρεμβάση πέρα από το προσωπικό του Κέντρου και από τους συγκατοίκους της στο Σαραφείο, εφόσον δεν βρεθήκαν οι συγγενείς της. Έπειτα από πολλές συζητήσεις αρκετοί ασθενείς συνυπογράψανε την καταγγελία. Το Φεβρουάριο του 2004 δύο αστυνομικοί βρήκαν την Τασία στο εγκαταλελειμμένο φουτηγάκι όπου διέμενε και τη μετέφεραν στην ψυχιατρική κλινική μεγάλου νοσοκομείου. Η κατάσταση της υγείας της Τασίας βελτιώθηκε τον πρώτο μήνα αφού οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου κράτησαν την Τασία σχεδόν τρεις μήνες, ώσπου να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες μεταφοράς της σε ξενώνα της ΚΑΜΜΙΑΚΑΣ. Στο διαστήμα αυτό δεχόταν τακτικά επισκέψεις από το προσωπικό του Κέντρου Ασθενών και ακολούθως από το προσωπικό του ξενώνα στον οποίο θα μετεβάνε. Επειδή οι περισσότεροι ξενώνες φιλοξενούν άτομα που έχουν παραμείνει στις κρατικές ψυχιατρικές κλινικές για μεγάλα χρονικά διαστήματα, η ένταξη της Τασίας δεν ήταν εύκολη υπόθεση. Μετα όμως από την κινητοποίηση της αρμοδίου στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου, παρακαμφθήκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα νομικά κλληματα και η Τασία τελικά φιλοξενείται στον

Σελ
199
Εν
Σελ
Βο

Σ

Γ
περ
την
αλ
την
απ
περ
οπ
κ
ένε
γεγ
της
ασι
οτι
οπ
και
θεε
δικ
οπ



ώνει της ΚΑΜΙΑΚΑΣ. Σήμερα ο ύψιστος παράδειγμα είναι με τους υπολοίπους ενοίκους του ζαζάνι, η λειτουργική και συνεργαστική. Το προσωπικό του ζαζάνι έχει σκεφτεί με μεγάλη παύση στην Τζαζα και την μια να περπατήσει στο δρόμο της υγιεινότητας.

Ψυχολογισμός

Πρόκειται, όπως προαναφέραμε, για δύο οπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει υποστήριξη από την οικογένεια, όχι μόνο κατά την εκδήλωση της κρίσης αλλά και κατά την πορεία της νόσου, πολύ πιθανό από την έναρξη της. Η οικογένεια στην περίπτωση Α διακρίνεται από την περιεργή αδελφή και στην περίπτωση Β δεν ανευρίσκεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες και προφανώς αδιαφορεί για την ασθενή. Και στις δύο περιπτώσεις η νόσος διαδράμει από την έναρξη της και επί μακρόν χωρίς καμία θεραπεία, γεγονός που πιθανόν επιβαρύνει τη μετεπειτα πορεία της και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Και οι δύο ασθενείς επίσης δεν είχαν εναισθησία, δηλαδή επίγνωση του πάσχοντα και γι αυτό δε θεωρούσαν ότι χρειαζόνταν διαδήποτε ειδική θεραπεία. Θα λέγαμε συνεπώς ότι και στις δύο περιπτώσεις η θεραπευτική παρέμβαση υφίσταται απολύτως επιβεβλημένη και ότι αιτιολογείται η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον δεν υπάρχει εναλλακτική λύση.

Υπάρχει όμως στις συγκεκριμένες περιπτώσεις εναλλακτική λύση ή επιχειρήθηκε κάποια ηπιότερη παρέμβαση για την προσέγγιση της ασθενούς και τη θεραπεία της, πριν θεωρηθεί αναποφαικτική η ακούσια νοσηλεία της; Σε αυτό το σημείο οι δύο περιπτώσεις διαφέρουν. Στην περίπτωση Α η ασθενής οδηγείται χωρίς καμία διαπραγμάτευση και προειδοποίηση σε νοσηλεία παρά τη θέλησή της. Αντίθετα στην περίπτωση Β γίνεται επίμονη προσπάθεια από εξειδικευμένη υπηρεσία για την προσέγγιση της ασθενούς, που βρίσκεται σε μία εξαιρετικά δυσμενή και πολυπλοκή κατάσταση, αυτή του αστέγου ψυχικά πάσχοντα, και σχεδιάζεται η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση της αν και το σχέδιο αποτυγχάνει τελικά.

Μπορούμε να κατανοήσουμε πλήρως τη θέση του ψυχιάτρου όταν πρόκειται να γνωμοδοτήσει για την αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας ενός ασθενούς σε κατάσταση ανάλογη με αυτή της κας Κάτιας (περίπτωση Α). Ακόμα και αν κρίνει ότι ο ασθενής θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί σε εξωνοσοκομειακή βάση, ακόμα και αν επιτύχει τη συναίνεση του ασθενούς για τη θεραπεία κατ' οίκον, σε ποιον μπορεί να εμπιστευθεί τον ασθενή για να τον επιβλέπει και να τον υποστηρίζει κατά τη θεραπεία; Από τη στιγμή που δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον κατάλληλο για την υποστήριξη του ασθενούς, η αναγκαστική νοσηλεία είναι μονόδρομος και η ψυχιατρική κλινική είναι η μοναδική υπηρεσία που θα βοηθήσει άμεσα τον ασθενή





ς συναινεί για τη θεραπεία του είτε όχι. Σε αυτόν τον τρόπο συμβαίνει πολύ συχνά σε περιπτώσεις να μην εξασφαλίζεται τελικά η υγεία του ασθενούς μακροπρόθεσμα, όπως συνέβη στην Κάρλια. Αυτό που επιτυγχάνεται είναι μόνο η ύφεση της νόσου. Η υποτροπή θα επέλθει συνήθως λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής που θα αντιμετωπισθεί έγκαιρα και ο ασθενής θα επανέλθει στην ίδια προ της νοσηλείας κατάσταση.

Η περίπτωση Α θα μπορούσε να έχει και η Τασία Μ. Η περίπτωση Β: μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας ο ασθενής κινδυνεύει να πέσει ξανά στο δρόμο, όπως πολλοί άλλοι άστεγοι άρρωστοι που κατά καιρούς νοσηλεύονται, οι οποίοι όμως άστεγοι μετά τη νοσηλεία και αργά ή γρήγορα υποτροπιάζουν κ.ό.κ. (βλ. ειδικό αφιέρωμα στον αριθμό 2). Σε αυτήν την περίπτωση η βοήθεια του Κέντρου Αστέρων όχι μόνο δεν θα αρκεί για τη θεραπεία αλλά θα είχε επιπλέον ως αποτέλεσμα τη διάρρηξη της σχέσης με την ασθένη. Ο ασθενής αυτός απεφεύχθη λόγω της κινητοποίησης, της αλληλεγγύης και της συντονισμένης προσπάθειας των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, της κλινικής οπουδήποτε υπάρχει η ασθένης, της κεντρικής υπηρεσίας του Κέντρου Αστέρων και του ξενώνα που την υποδέχθηκε. Όμως η εξέλιξη αυτή είναι η εξαίρεση και όχι ο κανόνας. Άλλωστε στην παρουσία κρίσης της ασθένειας απο-αυτολοποίησης οι στεγαστικές μονάδες και οι υπηρεσίες αποκατάστασης ξενιών, οι οποίες έχουν πληρωθεί από πρώην χρονίους ασθενείς των ψυχιατρικών και ελάχιστες θέσεις για τους υγιείς. Συχνά οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί των ψυχιατρικών κλινικών αναζητούν λύσεις για να παραπέμψουν ασθενείς που δεν μπορούν να μείνουν στο νοσοκομείο, μετά την έξοδό τους. Γι' αυτό και παρατηρείται η ανάπτυξη τέτοιων μονάδων, αυξάνεται ο αριθμός των άστεγων με χρόνιας ψυχιατρικής παθολογίας.

Επομένως στην περίπτωση Β εξασφαλίστηκε η πρόσβαση στις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ψυχιατρικής φροντίδας και η επανένταξη της ασθενούς δεν θα έπρεπε να γίνει κάτι ανάλογο και στην περίπτωση Α, όταν μαάλιστα η συγκεκριμένη ασθενής ζει σε οικογενειακή κατάσταση.

Όσον αφορά σε αυτή την περίπτωση αναδεικνύει τα προβλήματα που υπάρχουν στην ενδοκοινωνική και κοινωνική ζωή της χώρας μας. Δεν υπάρχουν υπηρεσίες οι

οποίες να παρακολουθούν τον ασθενή διαμορφώνοντας παράλληλα το υποστηρικτικό - κοινωνικό πλαίσιο που αυτός έχει ανάγκη. Γιατί τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν αυξημένες ανάγκες υποστήριξης, με πρώτη ανάγκη μία σχέση εμπιστοσύνης με τις μονάδες και τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Τα άτομα αυτά συχνά δεν αναζητούν βοήθεια από μόνα τους και δεν ακολουθούν τη φαρμακευτική αγωγή ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσης. Γι' αυτούς τους ασθενείς χρειάζονται ειδικές μονάδες που να παρέχουν τακτική παρακολούθηση, πολυκλαδική παρέμβαση, κατ' οίκον φροντίδα και παρέμβαση στην κρίση. Τέτοιες μονάδες μπορεί να συγκροτούνται είτε αυτοτελώς (π.χ. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας) είτε στο πλαίσιο ευρύτερων κοινοτικών δομών, όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Θα μπορούσαν επίσης διαφορετικές κοινοτικές υπηρεσίες που εμπλέκονται στην ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς να συντονίζονται από ένα δίκτυο λειτουργιών κοινωνικών λειτουργιών, επισκεπτών υγείας ή κοινοτικών νοσηλευτών, όπως συμβαίνει σε αστικά κέντρα ορισμένων χωρών. Εναλλακτικά και συμπληρωματικά είναι δυνατό μέλη της ίδιας της κοινότητας να ενταχθούν εθελοντικά στο σύστημα φροντίδας, αναλαμβάνοντας την άμεση παρακολούθηση και υποστήριξη του ασθενούς, οργανωμένα με τη μορφή του Εθελοντικού Τοπικού Υποστηρικτικού Πυρήνα.

Όταν λειτουργούν υπηρεσίες που συνιστούν ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα, η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς με πρώτο το δικαίωμα στην περιθαλψη, τη θεραπεία και την κοινωνική ένταξη, εξασφαλίζονται με πολλούς τρόπους. Σε ασθενείς που ζουν στην κοινότητα υπο τη δέουσα φροντίδα και παρακολούθηση γίνεται έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της υποτροπής και αντιμετώπιση (δευτεροβάθμια πρόληψη) και λαμβάνεται μεριμνά ώστε να αποφευχθεί η αναπηρία λόγω μετάπτωσης της νόσου σε χρόνια ή τριτοβάθμια πρόληψη). Ο αριθμός των νοσηλείων ενός ασθενούς μπορεί να μειωθεί θεαματικά και η ακούσια νοσηλεία να αποφεύγεται. Το τελευταίο είναι σαφώς πιο πιθανό, όταν μέσα από την τακτική παρακολούθηση και την πολύπλευρη φροντίδα έχει εγκαθιδρυθεί ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και την υπηρεσία ψυχικής υγείας. Εφόσον η υπηρεσία εκτιμά ότι η

νοσ
εξο
δια
συν
ανέ
οξε
ακκ
διέν
ειδι
ουκ
δικι
Ε
πρι
νοσ
απι
ασπ
βία
αρν
παμ
επί
δικι
παμ
ικα

ηλεία είναι αναγκαία, έχει τη δυνατότητα να επαυάλσει τη συναίνεση του ασθενούς, αφού υραγματεύεται τη νοσηλεία στο πλαίσιο της εχούς παρακολούθησης του ασθενούς από τους ώπους που εμπιστεύεται. Σε περιπτώσεις που η α έναρξη ή υποτροπή της νόσου επιβάλλουν την οσια νοσηλεία (π.χ. έλλειψη εναισθησίας, έντονη ερη, επιθετικότητα) και πάλι η εμπλοκή μιας ής κοινοτικής υπηρεσίας εξασφαλίζει την αστική προστασία του ασθενούς και των ωμάτων του.

τσι στην περίπτωση Α ακόμα και αν η ακούσια αγωγή της ασθενούς για ψυχιατρική εκτίμηση και ηλεία ήταν αναπόφευκτη, θα μπορούσε να φευχθεί η υπερβολική βία που ασκήθηκε από τα νομικά όργανα και συνακολουθα το τραυματικό α της ασθενούς, που τροφοδότησε κατόπιν την ητική της στάση προς τη θεραπεία και την ανοική επιθετικότητά της για τους γείτονές της. Η ειξη σεβασμού προς την αξιοπρέπεια και τα ώμάτά της και η διασφάλιση της συνέχισης της ακολουθήσεως μετά τη νοσηλεία, θα ήταν συνθήκες ές να αναστρέψουν την αρχική έλλειψη

συνεργασίας από την ασθενή. Μπορεί κανείς να διαπιστώσει μια τέτοια θετική εξέλιξη στην περίπτωση Β, στην οποία επίσης υπήρξε προσαγωγή της ασθενούς από την αστυνομία αλλά με εντελώς διαφορετικούς όρους.

Παρόλο που η αναίτια βίαιη συμπεριφορά των αστυνομικών που συνοδεύουν τους πάσχοντες, δεν είναι ο κανόνας, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι οι στιγματιστικές, προκατειλημμένες και αναχρονιστικές αντιλήψεις για την ψυχική νοσο κυριαρχούν και ανάμεσα σ' αυτούς, όπως και σ' όλη την κοινωνία. Μια προγραμματισμένη δράση για την ευαισθητοποίηση και την ενημερωσή τους, θα μπορούσε να αμβλύνει ανάλογα προβλήματα κατά την εμπλοκή τους στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αλλά και σε άλλες περιπτώσεις εμπλοκής τους με ψυχικά πάσχοντες.

Τέλος, θεωρούμε ότι τόσο στην περίπτωση της κας Κάτιας μετά τη νοσηλεία της, όσο και σε πλήθος άλλων περιπτώσεων χωρίς να έχει προηγηθεί νοσηλεία, θα βοηθούσε μάλλον περισσότερο ο θεσμός της αναγκαστικής εξωνοσοκομειακής θεραπείας, ο οποίος ισχύει σε άλλες χώρες.





Δικαιώματα

Η κριτική που ασκείται στο σύγχρονο νομικό της ακούσια νοσηλεία και στα κενά κατά την εφαρμογή του βρίσκεται αντιμετώπιση με τους οποίους αφορά σε λεπτομέρειες, γι' αυτούς που στον παλαιό χρόνο δόθηκαν απαντήσεις και του «πολλού» ποσοστού των κλινικών ευρημάτων που οδηγούν στην ακούσια νοσηλεία εκτός του κέντρου, καθώς και προβλεπόμενα που αποκρίθηκαν από την αρχή του τελευταίου. Πιστεύουμε ότι οι πληροφορίες, όπως οι υποστηρίχθηκε, που μας δόσαν, όπως η εφαρμογή του ακούσια νοσηλείας, που εφαρμόζεται στα κέντρα και στα νοσοκομεία, το δικαίωμα της άσκησης, όπως η εφαρμογή του σε όλα τα δικαιώματα τους, της διακρίσεως των ασθενών, δεν είναι μόνο και λεπτομέρειες, είναι υποθέσεις και δεν θα μπορούσε να εφαρμοστεί παρά μόνο στο πλαίσιο της υγιούς κοινωνικής πολιτικής και το δικαίωμά τους.

Εάν η πολιτική υγιούς νοσηλείας, η οποία είναι η βάση της υγιούς κοινωνικής πολιτικής, η οποία είναι η βάση της υγιούς κοινωνικής πολιτικής και μόνο στο

βάθμο που αυτό επιβάλλεται από το συμφέρον του ίδιου για τη δική του προστασία και τη διαφύλαξη του δικαιώματός του στην περίθαλψη. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο όμως ο θεραπευτής έχει κάθε λόγο και χρέος να υπερασπιστεί τα δικαιώματα που ο νομος παρέχει στον ασθενή.

Το ζήτημα που τέθηκε εδώ, βρίσκεται πέρα απ' αυτό το σημείο. Από την σκοπιά του συμφεροντος του ασθενούς και του δικαιώματός του στη θεραπεία, το νομικό πλαίσιο για την ακούσια νοσηλεία είναι τελείως ανεπαρκές από μόνο του, όσο φιλελεύθερο και αν είναι, όσο τοπικά και αν εφαρμόζεται. Γιατί το δικαίωμα αυτό υλοποιείται μόνο αν το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας το εγγυηθεί στην πράξη.

Έτσι δυστυχώς για τους καθ' όλα συμπαθείς, ευσυνείδητους θεραπευτές, μια ορθώς αποφασισμένη και επιτυχώς ολοκληρωμένη ακούσια νοσηλεία δεν εγγυάται το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί παρ' όλα αυτά να είναι καταδικασμένη σ' αποτυχία. Είναι συνεπώς και δικό τους καθήκον να μην επαναπαύονται με την υγιή τεχνολογική πρακτική αλλά να παίρνουν θέση στο ζήτημα των αναγκών και του δικαιώματος των ασθενών στην ολοκληρωμένη φροντίδα και την κοινωνική ενταξή.

Μπορεί να μας αντίτεινε κανείς ότι επιλέξαμε να παρουσιάσουμε περιπτώσεις που είναι πέρα από τα σύνορα μετράει ιδιαίτερα επιβαρημένες κοινωνικά. Οι περιπτώσεις αυτές δεν είναι λίγες δυστυχώς και υλοποιούνται κάθε μέρα, αλλά επιπλέον πιστεύουμε ότι

με
αξία
πρε
στη
πτε
παρ
περ
νόσ
ειδη
γνώ
σε η
οικε
κατ
συρ
αίτε
Η ο
πρε
αντ

Υπ
Ψυ
ασ
Τε
έγ
Ψυ
Κά
ψυ
σ.7
υπ
κα.

βουή αυτές τις περιπτώσεις μπορούμε να ενοχοποιήσουμε αντικειμενικά την έπαρεια της ντιδας που προσφέρει το σύστημα των δημοσίων υπηρεσιών. Άλλωστε η ύπαρξη μίας οικογένειας που στηρίζει ολοπλευρά τον ασθενή πολλές φορές φέρνει ευχή, ενώ στην πράξη το οικογενειακό ίβαλλον πολύ συχνά επιβαρύνει την πορεία της ου και συμβάλλει στην έκλυση κρίσεων, όπως όλοι οι οι γνωρίζουν. Πολυ συχνά ο ψυχίατρος καλείται να μοδοτήσει για την ακούσια νοσηλεία εμπλεκόμενος μια διαπραγμάτευση ανάμεσα στον ασθενή και το γενειακό του περιβάλλον και να κρίνει υπεύθυνα ά πόσο το περιβάλλον αυτό λειτουργεί υπέρ των φερόντων του ασθενούς, τόσο τη στιγμή που ίται την ακούσια νοσηλεία του όσο και γενικότερα. οικογένεια του ασθενούς μπορεί να είναι μέρος του βλήματος ή να λειτουργήσει ως ενεργό μέρος στην μετώπιση του. Καταλήγουμε έτσι και πάλι στην

αναγκαιότητα της κοινοτικής ανοιχτής φροντίδας, που περιλαμβάνει τη στηρίξη, εκπαίδευση και θεραπεία των οικογενειών με πάσχοντα μέλη.

Δεν ήταν στις προθέσεις μας να αναπτύξουμε ολοκληρωμένη προβληματική σχετικά με την οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αρκούμαστε στην επισήμανση ότι στο βιθμο που η ακούσια νοσηλεία χρειάζεται - και χρειάζεται πράγματι όταν λόγω της ψυχικής νόσου κινδυνεύει σοβαρά η υγεία και τραυματίζεται η αξιοπρέπεια του ασθενούς - πρέπει να εξετάζεται από πολλές πλευρές το κατά πόσο καλύπτονται παράλληλα οι ανάγκες του ασθενούς για φροντίδα και μετά από τη νοσηλεία. Παρόλο που το δικαίωμα στην περιθαλψη αναγνωρίζεται απ' όλους, ο δρόμος που οδηγεί στη διασφάλιση αποτελεσματικής και αξιοπρεπούς φροντίδας για όλους τους ψυχικά πασχοντες είναι ακόμα μακρύς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεβίζος Β. Το σκεπτικό του Νόμου 2071/92 για την ακούσια νοσηλεία', Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.132-136
- Bhugra D., Loff J. (eds), *Social Psychiatry*, 1993, Blackwell
- Κοσμάτος Κ. 'Το έκτο κεφάλαιο του ν.2071/1992 μετά από ένα έτος εφαρμογής: έρευνα της δοκιμασίας στην πράξη'. Εράσπιση, 1994, σ.203-211
- Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, 1994, εκδ. Παπαζήση, σ.421-439
- Λειβαδίτης Μ. 'Η εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο', Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.137-140
- Μανιτάκης Α. 'Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός θενούς στην υγεία;', Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.54-68
- Μεγαλοοικονόμου Θ. 'Προβλήματα εφαρμογής του νόμου 2071 για την Ψυχική Υγεία στην περιφέρεια Δαδεκανήσου'. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.141-146
- Μεγαλοοικονόμου Θ. 'Κρίση, Ίδρυμα, Κοινότητα - Η διαδρομή του ψυχικά πάσχοντα από τον εγκλεισμο στην ατάλειψη'. Τετράδια Ψυχιατρικής, 2003, τ.83, σ.25-34
- Ντουράκη Θ. 'Επικινδυνότητα, ψυχιατρική αγωγή και Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου'. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.111-125
- Παρασκευόπουλος Ν. 'Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού δικα', Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.27-30
- Πλουμπιδης Δ. 'Παρατηρήσεις για την εφαρμογή του νόμου 2071/92 σχετικά με την αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρικά ιδρύματα', Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.147-151
- Σακελαρόπουλος Π., Λειβαδίτης Μ. (εκδ.), *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, 1991, εκδ. Παπαζήση
- Σκαραγκάς Δ. 'Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών', Τετράδια Ψυχιατρικής, 2003, τ.83, σ.4-81
- Στυλιανίδης Σ. 'Κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με την εφαρμογή της ψυχιατρικής νομοθεσίας και το ψυχωτικό ροκείμενο'. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, τ.60, σ.37-47
- Szasz T. 'Psychiatric diagnosis, psychiatric power and psychiatric abuse'. *Journal of Medical Ethics*, 1994, σ.134-138
- Τσαλίκουλου Φ. 'Ψυχικά πάσχοντες και στερηση της ελευθερίας', στο *Η στερηση της ελευθερίας στο ποινικό σύστημα τα δικαιώματα του ανθρώπου*, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, 1991, σ.279-297

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Το θεσμικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα αξιολογείται ως επαρκές στο βαθμό που εγγυάται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα οποία στο ευρύτερο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν βρίσκονται πλέον στο περιθώριο του δικαίου και της δικαιοσύνης.

Η άσκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών προϋποθέτει την ενθάρρυνσή τους από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι κατεξοχήν επιβάλλεται να απέχουν από πρακτικές περιορισμού των δικαιωμάτων, αντιθέτως δε να δρουν με τέτοιο τρόπο που να ενισχύει και υποστηρίζει την άσκηση των δικαιωμάτων τους, στη λογική του «μαζί» και όχι στη λογική της υποκατάστασης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υιοθετήθηκε με το ψήφισμα 46/119 από τη Γενική Σύνοδο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991

Εφαρμογή

Οι αρχές αυτές εφαρμόζονται χωρίς κανενός είδους διάκριση με βάση την αναπηρία, την εθνικότητα, το φύλο, το χρώμα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, πολιτικές ή άλλες απόψεις, εθνική, νομική ή κοινωνική υπόσταση, ηλικία ή περιουσία.

Ορισμοί

Σε αυτές τις Αρχές:

«Συνήγορος» είναι ένας νομικός ή άλλος ειδικευμένος εκπρόσωπος.

«Ανεξάρτητη αρχή» είναι μια ικανή και ανεξάρτητη αρχή που περιγράφεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Η «Φροντίδα για την ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ανάλυση και διάγνωση της κατάστασης ενός ατόμου και τη θεραπεία, φροντίδα και αποκατάσταση για μια ψυχική ασθένεια ή πιθανή ψυχική ασθένεια.

«Υπηρεσία ψυχικής υγείας» είναι οποιαδήποτε υπηρεσία ή τμήμα υπηρεσίας, που σαν πρωταρχική του λειτουργία έχει να παρέχει φροντίδα για την ψυχική υγεία.

«Επαγγελματίας ψυχικής υγείας» μπορεί να είναι ένας γιατρός, κλινικός ψυχολόγος, νοσηλευτής, κοινωνικός λειτουργός ή άλλο κατάλληλα εκπαιδευμένο και ειδικευμένο άτομο εφοδιασμένο με τα απαραίτητα προσόντα για την παροχή φροντίδας για την ψυχική υγεία.

«Ασθενής» είναι ένα άτομο που λαμβάνει φροντίδα για την ψυχική υγεία και περιλαμβάνει όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

«Νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας» σημαίνει ένα άτομο που του έχει ανατεθεί από το νόμο, το καθήκον της εκπροσώπησης των συμφερόντων ενός ασθενή με οποιαδήποτε καθορισμένη άποψη ή την άσκηση καθορισμένων δικαιωμάτων εκ μέρους των ασθενών, και περιλαμβάνει το γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα ανηλίκου, εκτός από τις περιπτώσεις που καθορίζει διαφορετικά η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

«Σώμα ελέγχου» είναι το σώμα που θεμελιώθηκε βάση της Αρχής 17 για τον έλεγχο της αναγκαστικής νοσηλείας ή κράτησης ενός ασθενή σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Περιορισμοί/ Γενική περιοριστική ρήτρα

Η εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων υπόκεινται μόνο σε περιορισμούς της νομοθεσίας για την προστασία της υγείας ή της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου ή τρίτων ή για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας, τάξης, υγείας ή ηθικής και των βασικών δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων.

Αρχή 1^η

Θεμελιώδεις ελευθερίες και βασικά δικαιώματα

1. Όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή φροντίδα, που παρέχεται ως τμήμα του συστήματος υγείας και κοινωνική φροντίδας.
2. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, θα τους παρέχεται φροντίδα με την ανθρωπιά και το σεβασμό που αρμόζει στην έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπου.
3. Όλα τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ή όσα νοσηλεύονται για ψυχικό νόσημα, έχουν το δικαίωμα της προστασίας από οικονομική, σεξουαλική και άλλους τύπους εκμετάλλευσης, από φυσική ή άλλη κακοποίηση και από υποτιμητική/εξευτελιστική συμπεριφορά.
4. Δεν θα γίνεται καμία διάκριση λόγω της ψυχικής νόσου. Ο όρος «διάκριση» σημαίνει οποιαδήποτε άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση ή εξαφάνιση της ισότιμης απόλαυσης των δικαιωμάτων. Ειδικά μέτρα που λαμβάνονται αποκλειστικά για την προστασία ή τη διασφάλιση της προαγωγής των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικά νοσήματα δεν θα θεωρούνται μεροληπτικά. Η διάκριση δεν περιλαμβάνει καμία άνιση μεταχείριση, αποκλεισμό ή προνομιακή μεταχείριση που γίνεται σύμφωνα με τις παροχές αυτών των Αρχών και είναι αναγκαίες για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό νόσημα ή άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να ασκεί όλα τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που του έχουν αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, τη Διεθνή Συνθήκη για τα Πολιτικά και Πολιτειακά Δικαιώματα και από άλλα

αρμόδια όργανα, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων και το Σώμα των Αρχών για την Προστασία Όλων των Ατόμων από Οποιαδήποτε Μορφή Κράτησης ή Φυλάκισης.

6. Οποιαδήποτε απόφαση ανάθεσης κηδεμονίας ή νομικής εκπροσώπησης σε τρίτο πρόσωπο, λόγω ψυχικής νόσου εξαιτίας της οποίας το άτομο στερείται νομικής ικανότητας, θα γίνεται μόνο έπειτα από δίκαιη ακροαματική διαδικασία από ένα ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται δικαιούται να εκπροσωπείται από συνήγορο, ενώ σε περίπτωση που το ίδιο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια τέτοια εκπροσώπηση, θα διατίθεται άνευ πληρωμής από τη στιγμή που δεν διαθέτει επαρκή μέσα να πληρώσει για αυτήν. Δεν είναι δυνατόν να εκπροσωπούνται από τον ίδιο συνήγορο και στην ίδια ακροαματική διαδικασία η υπηρεσία ψυχικής υγείας ή το προσωπικό της ή ακόμα και άλλα μέλη της οικογένειας του ατόμου του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται παρά μόνον αν το δικαστήριο αποφασίσει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφέροντος. Τέτοιου τύπου αποφάσεις θα πρέπει να αναθεωρούνται σε τακτικά και λογικά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Το άτομο του οποίου η νομική ικανότητα κρίνεται, το άτομο που αναλαμβάνει τη νομική εκπροσώπηση και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, θα έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση σε ανώτατο δικαστήριο ενάντια οποιασδήποτε τέτοιας απόφασης.
7. Σε περίπτωση που το δικαστήριο ή άλλο αρμόδιο δικαστήριο κρίνει ότι το άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν είναι σε θέση να χειριστεί τις υποθέσεις του/ της, θα αναλαμβάνονται τα αναγκαία και κατάλληλα για την κατάσταση μέτρα για τη διασφάλιση των συμφερόντων του/ της.

Αρχή 2^η

Προστασία ανηλίκων

Ειδική φροντίδα θα δίδεται σύμφωνα με τη σκοπιμότητα αυτών των Αρχών και στα πλαίσια της εσωτερικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία ανηλίκων σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων τους, που περιλαμβάνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο την ανάθεση της νομικής εκπροσώπησης σε άτομο εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Αρχή 3^η

Ζωή στην κοινότητα

1. Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα.

Αρχή 4^η

Καθορισμός/ προσδιορισμός/ διάγνωση της ψυχικής νόσου

1. Ο διαγνωστικός καθορισμός ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο θα γίνεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες προδιαγραφές.

2. Ο καθορισμός/ Η διάγνωση της ψυχικής νόσου δεν θα πρέπει να γίνεται ποτέ με βάση κριτήρια πολιτικά, οικονομικά ή κοινωνικής υπόστασης, ή λόγω συμμετοχής σε φυλετικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές ομάδες ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο που δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου.
3. Οικογενειακές ή επαγγελματικές συγκρούσεις, ή η μη συμμόρφωση με ηθικές, κοινωνικές, πολιτιστικές ή πολιτικές αξίες ή με την κυρίαρχη θρησκευτική πίστη της κοινότητας στην οποία υπάγεται το άτομο, δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διάγνωση της ψυχικής νόσου.
4. Τυχόν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ή νοσηλείας δεν θα πρέπει από μόνο του να δικαιολογεί παρούσα ή μελλοντική διάγνωση ψυχικής νόσου.
5. Κανένα άτομο ή φορέας εξουσίας δεν θα πρέπει να ταξινομεί ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο να αναφέρει ότι ένα άτομο έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο για λόγους που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο ή με τις συνέπειές της.

Αρχή 5^η

Ιατρική εξέταση

Κανένα άτομο δεν θα πρέπει να υποχρεώνεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με την προοπτική καθορισμού αν έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο, παρά μόνο σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπει και ορίζει η εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 6^η

Εμπιστευτικότητα/ Απόρρητο

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας της πληροφόρησης, που αφορά όλα τα άτομα για τα οποία ισχύουν οι Αρχές αυτές, θα πρέπει να γίνεται σεβαστό. / Θα πρέπει να είναι σεβαστό το δικαίωμα του απόρρητου των προσωπικών δεδομένων όλων των ατόμων στα οποία απευθύνονται αυτές οι Αρχές.

Αρχή 7^η

Ο ρόλος της κοινότητας και του πολιτισμού

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται και να του παρέχεται φροντίδα, όσο αυτό είναι δυνατό, στην κοινότητα όπου αυτός ή αυτή διαμένει.
2. Όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε έναν οργανισμό ψυχικής υγείας, ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα, όταν αυτό είναι δυνατό, να νοσηλεύεται κοντά στο σπίτι του/ της ή κοντά στον συγγενών ή φίλων του/ της και θα έχει το δικαίωμα να επιστρέψει στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
3. Κάθε ασθενής θα έχει δικαίωμα σε θεραπεία κατάλληλη για το δικό του/ της πολιτιστικό υπόβαθρο.

Αρχή 8^η

Επίπεδα φροντίδας

1. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τόση φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα, όση χρειάζεται για τις ανάγκες υγείας του/ της και δικαιούται φροντίδα και θεραπεία με τις ίδιες προδιαγραφές που τη δικαιούνται και άτομα που νοσούν από άλλες παθήσεις.
2. Κάθε ασθενής θα προστατεύεται από βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της αδικαιολόγητης λήψης φαρμάκων, της κακοποίησης από άλλους ασθενείς, προσωπικό ή άλλα άτομα και πράξεις που του προκαλούν ψυχικό άγχος ή σωματική δυσφορία.

Αρχή 9^η

Θεραπεία

1. Κάθε ασθενής θα έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενή και την ανάγκη προστασίας της φυσικής ασφάλειας των άλλων.
2. Η θεραπεία και φροντίδα κάθε ασθενή θα βασίζεται σε ένα εξατομικευμένο σχέδιο, έπειτα από συζήτηση με τον ασθενή, που θα αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, θα αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες και θα παρέχεται από ειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό.
3. Η φροντίδα ψυχικής υγείας θα παρέχεται πάντοτε σύμφωνα με τις κατάλληλες προδιαγραφές ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων διεθνώς αποδεκτών προδιαγραφών, όπως οι Αρχές Ιατρικής Ηθικής που υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ. Η γνώση για την ψυχική υγεία και οι δεξιότητες δεν θα γίνονται ποτέ αντικείμενο εκμετάλλευσης.
4. Η θεραπεία κάθε ασθενή θα κατευθύνεται προς τη διατήρηση και ενδυνάμωση της προσωπικής του αυτονομίας.

Αρχή 10^η

Φαρμακευτική αγωγή

1. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή, να χορηγείται στον ασθενή μόνο για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους και ποτέ να μην χρησιμοποιείται σαν τιμωρία ή για τη διευκόλυνση τρίτων. Σύμφωνα με την παράγραφο 15 της Αρχής 11, οι γιατροί θα χορηγούν μόνο φάρμακα με γνωστή ή αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα.
2. Όλα τα φάρμακα θα συνταγογραφούνται από γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας που διαθέτει άδεια για αυτό και θα καταγράφονται στο φάκελο του ασθενή.

Αρχή 11^η

Συναίνεση για θεραπεία

1. Καμία θεραπεία δεν θα γίνεται σε ασθενή αν δεν υπάρχει συναίνεση μετά από ενημέρωση παρά μόνο στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω.
2. Η μετά από ενημέρωση συναίνεση είναι συναίνεση που παραχωρείται ελεύθερα, χωρίς απειλές ή ακατάλληλα κίνητρα, και μετά από την αντίστοιχη αποκάλυψη στον ασθενή επαρκούς και κατανοητής πληροφόρησης, με μορφή και γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή στα εξής θέματα:
 - i. Τη διαγνωστική αξιολόγηση.
 - ii. Το λόγο, τη μέθοδο, την πιθανή διάρκεια και τα αναμενόμενα οφέλη από την προτεινόμενη θεραπεία.
 - iii. Εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο παρεμβατικές.
 - iv. Πιθανό πόνο ή δυσφορία, κινδύνους και παρενέργειες από την προτεινόμενη θεραπεία.
3. Ο ασθενής μπορεί να ζητήσει την παρουσία ατόμου ή ατόμων της επιλογής του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραχώρησης συναίνεσης.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει τη θεραπεία, εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13 και 15 παρακάτω. Οι συνέπειες της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή.
5. Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να καλείται ή να παρακινείται του δικαιώματος της μετά από ενημέρωση συναίνεσης. Αν ο ασθενής επιθυμεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ότι η θεραπεία δεν μπορεί να δίνεται χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση.
6. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 7, 8, 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, θα μπορεί να εφαρμόζεται ένα προτεινόμενο πλάνο θεραπείας χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, αν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:
 - i. Ο ασθενής, τη δεδομένη στιγμή κρατείται παρά τη θέλησή του.
 - ii. Μια ανεξάρτητη αρχή, που θα έχει στην κατοχή της όλη τη σχετική πληροφόρηση, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης που καθορίζει η παράγραφος 2 παραπάνω, θα ικανοποιείται ότι τη δεδομένη στιγμή, ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να δώσει ή να αρνηθεί την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της στο προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ή αν προβλέπεται από τη νομοθεσία, στις περιπτώσεις που απειλείται η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή ή τρίτων, ότι ο ασθενής χωρίς λόγο αρνείται να δώσει αυτή τη συναίνεση, και

- iii. Η ανεξάρτητη αρχή θα πρέπει να ικανοποιείται ότι το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες υγείας του ασθενή.
7. Η παράγραφος 6 παραπάνω δεν ισχύει στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα για να δώσει συναίνεση στη θεραπεία του ασθενή, αλλά εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε έναν τέτοιο ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, έχοντας λάβει όλη την πληροφόρηση που αναφέρεται στην παράγραφο 2 παραπάνω, συναινέσει εκ μέρους του ασθενή.
8. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους 12, 13, 14 και 15 παρακάτω, η θεραπεία μπορεί, επίσης, να παρέχεται σε έναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, αν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που έχει άδεια από το κράτος, κρίνει ότι είναι επείγουσα ανάγκη, προκειμένου να εμποδιστεί άμεση ή επικείμενη βλάβη στον ίδιο τον ασθενή ή σε άλλα άτομα. Τέτοιου είδους θεραπεία δεν θα επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο.
9. Στις περιπτώσεις που δίνεται εντολή για οποιαδήποτε θεραπεία χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεση του ασθενή, θα πρέπει παρ' όλα αυτά να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενή για τη φύση της θεραπείας και για οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία και να εμπλέκεται ο ασθενής, όσο αυτό είναι εφικτό, στη δημιουργία του πλάνου θεραπείας του.
10. Οποιαδήποτε θεραπεία θα καταγράφεται αμέσως στον ιατρικό φάκελο του ασθενή, καθώς και ένδειξη του αν δόθηκε εθελοντικά ή αναγκαστικά.
11. Ο φυσικός περιορισμός ή η αναγκαστική απομόνωση ενός ασθενή δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται παρά μόνο σύμφωνα με τις επίσημα αποδεκτές διαδικασίες για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μόνο όταν είναι το μοναδικό διαθέσιμο μέσο παρεμπόδισης άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο τον ασθενή ή για άλλους. Δεν θα πρέπει να επιμηκύνεται πέραν της περιόδου που είναι αυστηρά αναγκαία για αυτό το λόγο. Όλες οι περιπτώσεις φυσικού περιορισμού ή αναγκαστικής απομόνωσης, οι λόγοι που τα προκάλεσαν και η φύση και διάρκειά τους, θα πρέπει να καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Ένας ασθενής που περιορίζεται ή απομονώνεται θα πρέπει να κρατείται κάτω από ανθρώπινες συνθήκες και με τη φροντίδα και στενή και τακτική εποπτεία ειδικευμένων επαγγελματιών – μελών του προσωπικού. Ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, αν υπάρχει και αν σχετίζεται θα ενημερώνεται άμεσα για οποιοδήποτε φυσικό περιορισμό ή αναγκαστική απομόνωση του ασθενή.

12. Η στείρωση δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να αποτελέσει θεραπεία για τη ψυχική νόσο.
13. Ένας ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μια μεγάλη ιατρική ή χειρουργική επέμβαση μόνο όταν επιτρέπεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, στις περιπτώσεις που θεωρείται ως ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των αναγκών υγείας του και που ο ασθενής μπορεί να δώσει την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, ενώ στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει συναίνεση, μόνο ένα ανεξάρτητο σώμα θα μπορεί να δώσει εντολή για μια τέτοια διαδικασία.
14. Ψυχοχειρουργική και άλλες παρεμβατικές και αμετάκλητες θεραπείες για ψυχικά νοσήματα δεν θα πρέπει ποτέ να γίνονται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας με αναγκαστική νοσηλεία και στο μέτρο που η εσωτερική νομοθεσία επιτρέπει κάτι τέτοιο, μπορούν να γίνονται σε ασθενείς που έδωσαν την μετά από ενημέρωση συναίνεσή τους και ένα ανεξάρτητο σώμα αποδέχεται ότι πρόκειται για γνήσια συναίνεση και ότι η θεραπεία αυτή εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες υγείας του ασθενή.
15. Κλινικές δοκιμές και πειραματικές θεραπείες δεν θα γίνονται ποτέ σε κανέναν ασθενή χωρίς την μετά από ενημέρωση συναίνεσή του/ της, με εξαίρεση τις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι σε θέση να τη δώσουν και οι οποίοι μπορούν να μετέχουν σε κλινικές δοκιμές και συγκεκριμένες πειραματικές θεραπείες, αλλά μόνο με την έγκριση ενός αρμόδιου και ανεξάρτητου σώματος ελέγχου που έχει ιδρυθεί για αυτό το λόγο.
16. Στις περιπτώσεις που περιγράφονται στις παραγράφους 6, 7, 8, 13, 14 και 15 παραπάνω, ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας, ή οποιοδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο άτομο, θα έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε δικαστική ή άλλη ανεξάρτητη αρχή για θέμα που αφορά οποιαδήποτε θεραπεία του/ της δόθηκε.

Αρχή 12^η

Γνωστοποίηση δικαιωμάτων

1. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή, με τρόπο και γλώσσα κατανοητή για τον ασθενή, για όλα του/ της τα δικαιώματα σύμφωνα με αυτές τις βασικές αρχές και τη νομοθεσία του κράτους και επιπλέον να παρέχεται εξήγηση αυτών των δικαιωμάτων και του τρόπου που μπορεί να τα εξασκήσει.
2. Εάν και για όσο διάστημα ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τέτοιες πληροφορίες, τα δικαιώματά του θα διαβιβάζονται μέσω του νομίμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του, αν υπάρχει και αν σχετίζεται, και μέσω του ατόμου

ή ατόμων που είναι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε θέση να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα του ασθενή και είναι πρόθυμοι να το κάνουν.

3. Ένας ασθενής που έχει την απαιτούμενη ικανότητα έχει το δικαίωμα να διορίσει το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να ενημερώνεται για λογαριασμό του, καθώς επίσης και το άτομο που θεωρεί ότι θα πρέπει να εκπροσωπεί τα συμφέροντά του/ της στις αρχές της υπηρεσίας.

Αρχή 13^η

Δικαιώματα και συνθήκες στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Κάθε ασθενής σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, έχει δικαίωμα σε πλήρη σεβασμό, στα εξής:
 - (α) αναγνώριση ενώπιον του νόμου της ιδιότητας ως ατόμου
 - (β) της προσωπικής του/ της ζωής
 - (γ) ελευθερία στην επικοινωνία του με άλλα άτομα εντός και εκτός της υπηρεσίας, ελευθερία να στέλνει και να λαμβάνει μη λογοκριμένα προσωπικά έγγραφα, ελευθερία να λαμβάνει ιδιωτικές επισκέψεις από συνήγορο ή νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα και σε λογικές ώρες και από άλλους επισκέπτες και ελευθερία πρόσβασης σε ταχυδρομικές και τηλεφωνικές υπηρεσίες και σε εφημερίδες, ραδιόφωνο και τηλεόραση.
 - (δ) ελευθερία θρησκευματος ή πίστης
2. Το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει, όσο το δυνατόν, να προσομοιάζουν στη φυσιολογική ζωή ατόμων παρόμοιας ηλικίας και ειδικότερα θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - (α) εγκαταστάσεις για ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ασχολίες ελεύθερου χρόνου
 - (β) εγκαταστάσεις για εκπαίδευση
 - (γ) εγκαταστάσεις για την αγορά και παραλαβή αντικειμένων καθημερινής χρήσης, ψυχαγωγίας και επικοινωνίας
 - (δ) εγκαταστάσεις και ενθάρρυνση για τη χρήση τέτοιων εγκαταστάσεων, για την εμπλοκή του ασθενή σε δραστηριότητες ανάλογες με το κοινωνικό και πολιτιστικό του/ της υπόβαθρο και παρελθόν και για κατάλληλα μέτρα επαγγελματικής αποκατάστασης για την προαγωγή της επανένταξης στη κοινότητα. Αυτά τα μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν επαγγελματική καθοδήγηση, επαγγελματική εκπαίδευση και υπηρεσίες τοποθέτησης σε εργασίες προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διασφαλίσουν ή να διατηρήσουν απασχόληση στην κοινότητα.
3. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ένας ασθενής να εξαναγκάζεται να εργαστεί. Μέσα στα όρια των αναγκών του ασθενή και με τις προδιαγραφές της διοίκησης

της υπηρεσίας, ένας ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το είδος της εργασίας που αυτός/ ή επιθυμεί να εκτελεί.

4. Η εργασία ενός ασθενή μέσα σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας δεν θα πρέπει να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Κάθε τέτοιος ασθενής θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την ίδια αμοιβή για κάθε εργασία που αυτός ή αυτή ασκεί, όπως θα αμειβόταν, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους, για την ίδια εργασία οποιοσδήποτε μη ασθενής. Κάθε τέτοιος ασθενής και σε κάθε περίπτωση, θα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει δίκαιο μερίδιο από οποιαδήποτε αμοιβή που πληρώνεται η υπηρεσία ψυχικής υγείας για τη δουλειά του/ της.

Αρχή 14^η

Πόροι για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

1. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα ίδια επίπεδα πόρων με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας και ειδικότερα:
 - i. Ειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό σε επαρκή αριθμό και με αρκετό χώρο ώστε να εξασφαλίσουν σε κάθε ασθενή τον ανάλογο προσωπικό του χώρο και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργούς θεραπείας
 - ii. Διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για τον ασθενή
 - iii. Κατάλληλη επαγγελματική φροντίδα, και
 - iv. Κατάλληλη, τακτική και περιεκτική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας φαρμάκων.
2. Κάθε υπηρεσία ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιθεωρείται από τις αρμόδιες αρχές με τακτική συχνότητα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών συμμορφώνεται με αυτές τις Αρχές.

Αρχή 15^η

Αρχές εισαγωγής

1. Στις περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται θεραπεία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας, θα γίνεται κάθε προσπάθεια προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαστική νοσηλεία.
2. Η πρόσβαση σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας θα γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η πρόσβαση σε οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας.
3. Οποιοσδήποτε ασθενής δεν έχει εισαχθεί με αναγκαστική νοσηλεία θα έχει το δικαίωμα να φύγει από τις εγκαταστάσεις της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, οποιαδήποτε στιγμή, εκτός και ισχύουν τα κριτήρια κράτησής του/ της ως

ασθενής σε αναγκαστική νοσηλεία, όπως έχουν καθοριστεί στην Αρχή 16 παραπάνω, και αυτός/ ή θα ενημερώνονται γι' αυτό το δικαίωμά τους.

Αρχή 16 "

Αναγκαστική εισαγωγή/ νοσηλεία

1. Ένα άτομο μπορεί (i) να εισαχθεί αναγκαστικά σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ως ασθενής ή (ii) ενώ έχει ήδη εισαχθεί με τη θέλησή του ως ασθενής, να κρατείται στη συνέχεια αναγκαστικά, εάν, και μόνο εάν, ένας ειδικευμένος ψυχίατρος εξουσιοδοτημένος από το νόμο επ' αυτού αποφασίζει, σύμφωνα με την Αρχή 4, ότι το άτομο έχει ψυχικό νόσημα και εξετάζει τα εξής:

i. Ότι, λόγω της ψυχικής νόσου, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα άμεσης ή επικείμενης βλάβης για τον ίδιο ή για άλλα άτομα

ii. Στην περίπτωση ατόμου που η ψυχική νόσος του είναι πολύ βαριά και η κρίση του έχει εξασθενήσει, η αποτυχία να εισαχθεί ή να κρατηθεί μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του/ της ή μπορεί να παρεμποδίσει τη λήψη κατάλληλης θεραπείας που θα μπορούσε να παρασχεθεί μόνο με την εισαγωγή ή νοσηλεία σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας, σύμφωνα με την αρχή της λιγότερο περιοριστικής εναλλακτικής λύσης.

Στην περίπτωση ατόμου που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (ii), θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ψυχιάτρου, ανεξάρτητου από τον πρώτο, όπου αυτό είναι δυνατό. Αν μια τέτοια δεύτερη γνώμη ή συμβουλή δοθεί, τότε η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση δεν θα γίνει παρά μόνο αν και ο δεύτερος ψυχίατρος συμφωνήσει.

2. Η αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση θα γίνεται αρχικά για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους, για παρακολούθηση και μια προκαταρκτική θεραπεία εν αναμονή της αναθεώρησης της εισαγωγής ή της κράτησης από το σώμα ελέγχου. Οι συνθήκες της εισαγωγής θα πρέπει να μεταβιβαστούν στον ασθενή χωρίς καθυστέρηση και το γεγονός και το «σκεπτικό» της εισαγωγής θα μεταβιβάζονται επίσης άμεσα και λεπτομερώς στο σώμα ελέγχου, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του ασθενή, αν υπάρχει, και στην οικογένεια του ασθενή, εφόσον αυτός/ ή δεν έχει αντίρρηση.

3. Μια υπηρεσία ψυχικής υγείας μπορεί να δέχεται ασθενείς που εισάγονται με αναγκαστική νοσηλεία, μόνο αν η υπηρεσία έχει οριστεί για αυτό το λόγο από μια αρμόδια αρχή, σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 17 "

Σώμα ελέγχου

1. Το σώμα ελέγχου θα πρέπει να είναι δικαστικό ή άλλο ανεξάρτητο και αμερόληπτο σώμα θεμελιωμένο από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους και το οποίο θα λειτουργεί σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία. Στη διαμόρφωση των αποφάσεών του θα συμβάλλουν ένας ή περισσότεροι ειδικευμένοι και ανεξάρτητοι ψυχιάτρους, των οποίων η γνώμη θα λαμβάνεται υπόψη.
2. Ο αρχικός έλεγχος του σώματος ελέγχου της απόφασης για την αναγκαστική νοσηλεία ή κράτηση ενός ατόμου, όπως απαιτείται από την παράγραφο 2 της Αρχής 16, θα γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση και θα διεξάγεται σύμφωνα με απλές και σκόπιμες διαδικασίες, οι οποίες καθορίζονται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
3. Το σώμα ελέγχου θα επαναξιολογεί περιοδικά τις περιπτώσεις αναγκαστικής νοσηλείας ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
4. Ένας ασθενής που νοσηλεύεται με αναγκαστική νοσηλεία θα μπορεί να αιτείται στο σώμα ελέγχου για την εξαγωγή του ή για να βρίσκεται σε κατάσταση εκούσιας νοσηλείας, σε λογικά χρονικά διαστήματα, όπως καθορίζεται από την εσωτερική νομοθεσία του κράτους.
5. Σε κάθε έλεγχο, το σώμα ελέγχου θα εξετάζει αν τα κριτήρια αναγκαστικής εισαγωγής που καθορίζονται από την παράγραφο 1 της Αρχής 16, εξακολουθούν να πληρούνται, και αν δεν πληρούνται τότε ο ασθενής θα εξέρχεται ως αναγκαστικής νοσηλείας ασθενής.
6. Αν σε οποιαδήποτε στιγμή ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είναι υπεύθυνος για την περίπτωση πιστεύει ότι οι λόγοι κράτησης ενός ατόμου με αναγκαστική νοσηλεία, δεν πληρούνται πλέον, αυτός ή αυτή θα πρέπει να διατάσσει την έξοδό του ως τέτοιου ασθενή.
7. Ένας ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή κηδεμόνας θα έχει το δικαίωμα να προσβάλλει σε ανώτερο δικαστήριο την απόφαση της εισαγωγής ή κράτησής του σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 18^η

Διαδικαστικές εγγυήσεις/ ασφαλιστικές δικλίδες

1. Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα να επιλέξει και να ορίσει ένα συνήγορο για να τον εκπροσωπήσει, συμπεριλαμβανομένης της εκπροσώπησης σε οποιαδήποτε διαδικασία παραπόνων ή έφεσης. Αν ο ασθενής δεν διασφαλίσει τέτοιες υπηρεσίες για τον εαυτό του, τότε θα του διατεθεί ένας συνήγορος δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τον πληρώσει.

2. Ο ασθενής θα έχει, επίσης, το δικαίωμα, αν είναι αναγκαίο, σε υπηρεσίες διερμηνείας. Στις περιπτώσεις όπου τέτοιες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και ο ασθενής δεν μπορεί να τις διασφαλίσει για τον εαυτό του, τότε θα του διατίθενται δωρεάν, εφόσον ο ασθενής δε διαθέτει επαρκή μέσα για να τις πληρώσει.
3. Ο ασθενής και ο συνήγορός του μπορούν να ζητήσουν και να παρουσιάσουν μια ανεξάρτητη έκθεση ψυχικής υγείας και οποιεσδήποτε άλλες αναφορές, και προφορικά, γραπτά και άλλα αποδεικτικά στοιχεία που είναι σχετικά και αποδεκτά.
4. Αντίγραφο του φακέλου του ασθενή και οποιεσδήποτε εκθέσεις και έγγραφα πρόκειται να υποβληθούν θα πρέπει να παραδίδονται στον ασθενή και το συνήγορό του, με εξαίρεση κάποιες ειδικές περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι κάποια συγκεκριμένη αποκάλυψη στον ασθενή θα προκαλούσε σοβαρή βλάβη στην υγεία του ή θα έθετε σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιοδήποτε έγγραφο δεν παραδίδεται στον ασθενή, θα πρέπει, όταν αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα, να παραδίδεται στον νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του και στο συνήγορό του. Όταν οποιοδήποτε τμήμα ενός εγγράφου αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
5. Ο ασθενής και ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του και ο συνήγορός του θα έχουν το δικαίωμα να παρακολουθήσουν, να συμμετάσχουν και να ακουστούν ατομικά σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία.
6. Αν ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος ή κηδεμόνας του ή ο συνήγορός του ζητήσουν ένα συγκεκριμένο άτομο να είναι παρών σε οποιαδήποτε ακροαματική διαδικασία, αυτό το άτομο θα γίνεται δεκτό, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου καθορίζεται ότι η παρουσία του ατόμου, θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή ή να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τρίτων.
7. Οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το αν η ακροαματική διαδικασία ή οποιοδήποτε τμήμα της θα γίνει δημόσια ή ιδιωτικά και δημοσιευτεί έπειτα, θα γίνει με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.
8. Η απόφαση που θα προκύψει από την ακροαματική διαδικασία και οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτήν θα πρέπει να εκφράζονται γραπτώς. Αντίγραφέ της θα δίνονται στον ασθενή, στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της. Σχετικά με το ζήτημα αν η απόφαση θα δημοσιευτεί

ολόκληρη ή κάποιο τμήμα της, θα γίνεται με πλήρη εξέταση των επιθυμιών του ίδιου του ασθενή, της ανάγκης για σεβασμό της εμπιστευτικότητάς του ασθενή και άλλων ατόμων, του δημοσίου ενδιαφέροντος για την ανοιχτή/ διαφανή διαχείριση της δικαιοσύνης και της ανάγκης για προστασία από σοβαρή βλάβη της υγείας του ασθενή ή αποφυγής κινδύνου της ασφάλειας των άλλων.

Αρχή 19^η

Πρόσβαση σε πληροφορίες

1. Ο ασθενής (όρος που σε αυτή την Αρχή συμπεριλαμβάνει έναν πρώην ασθενή) θα έχει δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία του/ της, και στους προσωπικούς φακέλους που τηρεί η υπηρεσία υγείας. Αυτό το δικαίωμα γίνεται αντικείμενο περιορισμών προκειμένου να αποφευχθεί σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενή και να αποφευχθεί σοβαρός κίνδυνος της ασφάλειας των άλλων. Σύμφωνα με όσα ορίζει η νομοθεσία του κράτους, οποιαδήποτε πληροφορία δεν δίνεται στον/ στην ασθενή, θα πρέπει να δίνεται στο νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της και στο συνήγορό του/ της, εφόσον αυτό μπορεί να γίνει με εμπιστευτικότητα. Όταν οποιαδήποτε πληροφορία αποκρύπτεται από τον ασθενή, ο ασθενής ή ο συνήγορός του/ της, αν υπάρχει, θα πρέπει να λαμβάνει γνώση αυτής της απόκρυψης και των λόγων για τους οποίους γίνεται και η απόκρυψη θα αποτελεί αντικείμενο δικαστικού ελέγχου.
2. Οποιαδήποτε γραπτά σχόλια από τον ασθενή ή το νόμιμο εκπρόσωπο ή κηδεμόνα του/ της ή το συνήγορό του/ της θα πρέπει, αν ζητηθεί, να περιληφθούν στο φάκελό του/ της.

Αρχή 20^η

Ποινικοί παραβάτες

1. Αυτή η Αρχή αφορά άτομα που εκτίουν ποινές φυλάκισης για ποινικά αδικήματα, ή που με κάποιο τρόπο εμπλέκονται σε ποινικές διαδικασίες ή σε έρευνες σε βάρος τους, και που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα ή που πιστεύεται ότι ίσως πάσχουν από ένα τέτοιο νόσημα.
2. Όλα αυτά τα άτομα δικαιούνται να λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για την ψυχική τους υγεία, όπως καθορίζεται από την Αρχή 1. Αυτές οι Αρχές θα ισχύουν για αυτούς στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, και μόνο με τόσες περιορισμένες τροποποιήσεις και προσδοκίες όσες είναι αναγκαίες βάση των δεδομένων συνθηκών. Καμία τέτοιου είδους τροποποίηση και προσδοκία δεν θα πρέπει να δημιουργεί προκατάληψη σε βάρος των δικαιωμάτων των ατόμων ενώπιον των οργάνων που αναφέρονται στην παράγραφο 5 της 1^{ης} Αρχής.
3. Η εσωτερική νομοθεσία ενός κράτους μπορεί να αναθέτει τη δικαιοδοσία σε ένα δικαστήριο ή άλλη αρμόδια αρχή, που ενεργεί στη βάση αρμοδιότητας και

ανεξαρτησίας της ιατρικής γνωμοδότησης, να διατάξει τον εγκλεισμό τέτοιων ατόμων σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

4. Η θεραπεία ατόμων που έχει εξακριβωθεί ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι σύμφωνη με την Αρχή 11.

Αρχή 21 "

Καταγγελίες

1. Κάθε ασθενής και πρώην ασθενής έχει το δικαίωμα να κάνει μία καταγγελία μέσα από διαδικασίες που καθορίζονται από τη νομοθεσία του κράτους.

Αρχή 22 "

Έλεγχος και βελτιώσεις/ διορθώσεις/ αποκατάσταση

Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι λειτουργούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί που προωθούν τη συμμόρφωση σε αυτές τις Αρχές, για τον έλεγχο των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για τον ισχυρισμό, τη διερεύνηση και την κατάληξη της διεξαγωγής μιας έρευνας για καταγγελίες και για την εγκαθίδρυση κατάλληλων πειθαρχικών και δικαστικών διαδικασιών για τα παραπτώματα ή την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους επαγγελματίες.

Αρχή 23 "

Εφαρμογή

1. Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις Αρχές μέσα από κατάλληλους νομοθετικούς, δικαστικούς, διοικητικούς, εκπαιδευτικούς, και άλλους μηχανισμούς και μέτρα, τα οποία θα επανεξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
2. Τα κράτη θα πρέπει να καταστήσουν τις Αρχές αυτές, ευρέως γνωστές με κατάλληλα και ενεργητικά μέσα.

Αρχή 24 "

Πεδίο εφαρμογής των αρχών που αφορούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αυτές οι Αρχές εφαρμόζονται σε όλα τα άτομα που εισάγονται σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Αρχή 25 "

Διασφάλιση υπαρχόντων δικαιωμάτων

Δε θα υπάρξει κανένας περιορισμός ή υποτίμηση σε βάρος οποιουδήποτε υπάρχοντος δικαιώματος των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται από διεθνή ή κρατική νομοθεσία που εφαρμόζεται με την πρόφαση ότι αυτές οι Αρχές δεν αναγνωρίζουν εκείνα τα δικαιώματα ή ότι τα αναγνωρίζουν σε μικρότερη έκταση.

Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι λαοί της Ευρώπης, εγκαθιδρύοντας μεταξύ τους μια διαρκώς στενότερη ένωση, αποφάσισαν να μοιραστούν ένα ειρηνικό μέλλον θεμελιωμένο σε κοινές αξίες.

Η Ένωση, έχοντας επίγνωση της πνευματικής και ηθικής κληρονομιάς της, εδράζεται στις αδιαίρετες και οικουμενικές αξίες της αξιοπρέπειας του ανθρώπου, της ελευθερίας, της ισότητας και της αλληλεγγύης· ερείδεται στις αρχές της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου.

Η Ένωση τοποθετεί τον άνθρωπο στην καρδιά της δράσης της, καθιερώνοντας την ιθαγένεια της Ένωσης και δημιουργώντας ένα χώρο ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης.

Η Ένωση συμβάλλει στη διαφύλαξη και την ανάπτυξη αυτών των κοινών αξιών, σεβόμενη την πολυμορφία των πολιτισμών και των παραδόσεων των λαών της Ευρώπης καθώς και την εθνική ταυτότητα των κρατών μελών της και την οργάνωση της δημόσιας εξουσίας τους σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο_ επιδιώκει να προαγάγει ισόρροπη και αειφόρο ανάπτυξη και εγγυάται την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων, των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων καθώς και την ελευθερία εγκατάστασης.

Προς το σκοπό αυτό είναι αναγκαίο να ενισχυθεί η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, υπό το πρίσμα των κοινωνικών αλλαγών, της κοινωνικής προόδου και των επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων, καθιστώντας τα πιο αντιληπτά σε ένα Χάρτη.

Ο παρών Χάρτης επιβεβαιώνει, σεβόμενος τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα της Κοινότητας και της Ένωσης, καθώς και την αρχή της επικουρικότητας, τα δικαιώματα που απορρέουν ιδίως από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις και τις διεθνείς υποχρεώσεις των κρατών μελών, τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τις Κοινοτικές Συνθήκες, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, τους Κοινωνικούς Χάρτες που έχουν υιοθετηθεί από την Κοινότητα και το Συμβούλιο της Ευρώπης καθώς και από τη νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Η απόλαυση των δικαιωμάτων αυτών συνεπάγεται ευθύνες και καθήκοντα έναντι τόσο των τρίτων όσο και της ανθρώπινης κοινότητας και των μελλοντικών γενεών. Κατά συνέπεια, η Ένωση αναγνωρίζει τα δικαιώματα, τις ελευθερίες και τις αρχές που ορίζονται κατωτέρω.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι - ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ

Άρθρο 1

Ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Πρέπει να είναι σεβαστή και να προστατεύεται.

Επεξήγηση.

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια δεν είναι μονο θεμελιώδες δικαίωμα αυτή καθαυτήν, αλλά αποτελεί την ίδια τη βάση των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Η Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου του 1948 κατοχυρώνει την αρχή αυτή στο προοίμιό της: «...επειδή η αναγνώριση της αξιοπρέπειας που είναι σύμφυτη σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και των ίσων και αναπαλλοτρίωτων δικαιωμάτων τους, αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο».

Από τα ανωτέρω συνάγεται, ιδίως, ότι κανένα από τα δικαιώματα που ορίζει ο παρών χάρτης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προσβολή της αξιοπρέπειας άλλου προσώπου και ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια ανήκει καθ' υποστήριξη στα δικαιώματα που ορίζει ο παρών χάρτης. Δεν μπορεί ως εκ τούτου να θιγεί ούτε κατά τον περιορισμό δικαιώματος.

Άρθρο 2

Δικαίωμα στη ζωή

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη ζωή.
2. Κανείς δεν μπορεί να καταδικαστεί στην ποινή του θανάτου ούτε να εκτελεστεί.

Επεξήγηση.

1. Η παράγραφος 1 του άρθρου αυτού βασίζεται στο άρθρο 2 παρ. 1, πρώτη φράση, της ΕΣΑΔ που έχει ως εξής: «1. Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωή προστατεύεται υπό του νόμου...»
2. Η δεύτερη φράση της εν λόγω διατάξεως, η οποία έχει ως αντικείμενο τη θανατική ποινή, αχρηστεύθηκε με την έναρξη ισχύος του άρθρου 1 του πρωτοκόλλου αριθμ. 6 της ΕΣΑΔ, το οποίο ορίζει τα εξής:
«Η θανατική ποινή καταργείται. Κανείς δεν μπορεί να καταδικασθεί σε μια τέτοια ποινή, ούτε να υποβληθεί στην εκτέλεσή της».
Σε αυτή τη διάταξη βασίζεται η παράγραφος 2 του άρθρου 2 του Χάρτη.
3. Οι διατάξεις του άρθρου 2 του Χάρτη αντιστοιχούν σε εκείνες των προαναφερθέντων άρθρων της ΕΣΑΔ και του πρόσθετου πρωτοκόλλου. Έχουν την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια σύμφωνα με το άρθρο 52, παράγραφος 3 του Χάρτη. Επομένως οι «αρνητικοί» ορισμοί που αναφέρονται στην ΕΣΑΔ πρέπει να θεωρούνται ότι αναφέρονται και στο Χάρτη:
α) άρθρο 2 παράγραφος 2 της ΕΣΑΔ: «Ο θάνατος δεν θεωρείται ως επιβαλλόμενος κατά παράβασην του άρθρου τούτου, εις ας περιπτώσεις θα επήρχετο συνεκεία χρήσεως βίας εις καταστάσεις απολύτως αναγκαίας:
α. δια την υπεράσπισιν οιουδήποτε προσώπου κατά παρανόμου βίας,
β. δια την πραγματοποίησιν νομίμου συλλήψεως ή προς παρεμπόδισιν αποδράσεως προσώπου νομίμως κρατουμένου.
γ. δια την καταστολήν, συμφώνως τω νόμω, στάσεως ή ανταρσίας».
β) άρθρο 2 του πρωτοκόλλου αριθ. 6 της ΕΣΑΔ:
«Ένα Κράτος μπορεί να προβλέπει στη νομοθεσία του την θανατική ποινή για πράξεις που έχουν τελεσθεί σε καιρό πολέμου ή επικείμενου κινδύνου πολέμου. Μια τέτοια ποινή θα απαγγέλλεται μόνο στις περιπτώσεις που θα προβλέπει η νομοθεσία του και σύμφωνα με τις διατάξεις της...»

Άρθρο 3

Δικαίωμα στην ακεραιότητα του προσώπου

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη σωματική και διανοητική ακεραιότητά του.
2. Στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας πρέπει να τηρούνται ιδίως τα εξής: η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται από το νόμο, η απαγόρευση των ευγονικών πρακτικών, ιδίως όσων αποσκοπούν στην επιλογή των προσώπων, η απαγόρευση της μετατροπής του ανθρωπίνου σώματος και των μερών του καθαυτών σε πηγή κέρδους, η απαγόρευση του αναπαραγωγικού κλωνισμού των ανθρωπίνων όντων.

Επεξήγηση.

1. Οι αρχές του άρθρου 3 του Χάρτη περιέχονται στη Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, που εγκρίθηκε στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ευρώπης (ΣτΕ 164 και πρόσθετο πρωτόκολλο ΣτΕ 168). Ο παρών Χάρτης δεν εισάγει παρεκκλίσεις από τις εν λόγω διατάξεις και απαγορεύει μόνον την αναπαραγωγική κλωνοποίηση. Δεν επιτρέπει ούτε απαγορεύει τις άλλες μορφές κλωνοποίησης. Επομένως, ουδόλως εμποδίζει το νομοθέτη να απαγορεύσει τις άλλες μορφές κλωνοποίησης.
2. Η αναφορά στις πρακτικές της ευγονικής, ιδίως σε αυτές που αποσκοπούν στην επιβολή των προσώπων, έχει ως στόχο τις περιπτώσεις στις οποίες οργανώνονται και εφαρμόζονται προγράμματα επιλογής που περιλαμβάνουν, π.χ. εκστρατείες στείρωσης, εξαναγκασμένες εγκυμοσύνες, υποχρεωτικούς γάμους μεταξύ της ίδιας εθνότητας... όλες τις πράξεις οι οποίες θεωρούνται διεθνή εγκλήματα από το Καταστατικό του Διεθνούς Ποινικού Δικαστηρίου που υπεγράφη στη Ρώμη, στις 17 Ιουλίου 1998 (βλέπε

άρθρο 7, παράγραφος 1, εδάφιο ζ).

Άρθρο 4

Απαγόρευση των βασανιστηρίων και των απάνθρωπων ή εξευτελιστικών ποινών ή μεταχείρισης

Κανείς δεν μπορεί να υποβληθεί σε βασανιστήρια ούτε σε απάνθρωπες ή εξευτελιστικές ποινές ή μεταχείριση.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα του άρθρου 4 αντιστοιχεί στο προβλεπόμενο από το άρθρο 3 της ΕΣΑΔ, το οποίο έχει την ίδια ακριβώς διατύπωση. «Κανείς δεν μπορεί να υποβληθεί σε βασανιστήρια ούτε σε απάνθρωπες ή εξευτελιστικές ποινές ή μεταχείριση».

Κατ' εφαρμογή του άρθρου 52, παράγραφος 3 του Χάρτη, το παρόν άρθρο έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το τελευταίο αυτό άρθρο.

Άρθρο 5

Απαγόρευση της δουλείας και της αναγκαστικής εργασίας

1. Κανείς δεν μπορεί να κρατηθεί σε δουλεία ούτε σε ειλωτεία.
2. Κανείς δεν μπορεί να υποβληθεί σε αναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία.
3. Απαγορεύεται η εμπορία των ανθρωπίνων όντων.

Επεξήγηση.

1. Το δικαίωμα που κατοχυρώνεται στο άρθρο 5, παρ. 1 και 2, αντιστοιχεί στο ταυτόσημο άρθρο 4 παρ. 1 και 2 της ΕΣΑΔ.

Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 3 του Χάρτη, το δικαίωμα αυτό έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το άρθρο 4 της Σύμβασης. Ως εκ τούτου:

- Ουδείς περιορισμός δύναται να θίξει νομίμως το δικαίωμα που προβλέπεται στην παράγραφο 1.

- Στην παράγραφο 2, η έννοια της «αναγκαστικής ή υποχρεωτικής εργασίας» πρέπει να εννοείται λαμβάνοντας υπ' όψιν τους «αρνητικούς» ορισμούς του άρθρου 4, παρ. 3 της ΕΣΑΔ: «Δεν θεωρείται ως «αναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία» υπό την έννοια του παρόντος άρθρου:

α. πάσα εργασία ζητούμενη παρά προσώπου κρατουμένου συμφώνως προς τας διατάξεις του άρθρου 5 της παρούσης Συμβάσεως ή κατά τη διάρκεια της υπό όρους απολύσεώς του,

β. πάσα υπηρεσία στρατιωτικής φύσεως ή, εις την περίπτωση των εχόντων αντιρρήσεις συνειδήσεως εις τας χώρας όπου τούτο αναγνωρίζεται ως νόμιμον, πάσα άλλη υπηρεσία εις αντικατάστασιν της υποχρεωτικής στρατιωτικής υπηρεσίας,

γ. πάσα υπηρεσία ζητούμενη εις περιπτώσιν κρίσεων ή θεομηνιών, αι οποίαι απειλούν την ζωήν ή την ευδαιμονίαν του συνόλου,

δ. πάσα εργασία ή υπηρεσία απαραίτουσα μέρος των τακτικών υποχρεώσεων του πολίτου».

2. Η παράγραφος 3 απορρέει άμεσα από την αρχή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και λαμβάνει υπόψη νεοφανείς μορφές οργανωμένου εγκλήματος, όπως η οργάνωση κερδοσκοπικών κυκλωμάτων παράνομης μετανάστευσης ή σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Η σύμβαση Ευρωπαϊκή περιέχει στο παράρτημα τον ακόλουθο ορισμό της εμπορίας ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση: «Η εμπορία ανθρώπων, η υπαγωγή ενός προσώπου στην πραγματική και παράνομη εξουσία άλλων προσώπων δια χρήσεως βίας, απειλών ή δια της εκμεταλλεύσεως σχέσεως εξαρτήσεως ή δια τεχνασμάτων, με σκοπό ιδίως την εκμετάλλευση της κορνεϊας άλλων, την εκμετάλλευση και άσκηση σεξουαλικής βίας κατ' ανηλικών ή τη διενέργεια εμπορίου, συνδεόμενον προς εγκατάλειψη τέκνου». Το Κεφάλαιο VI της σύμβασης εφαρμογής της Συμφωνίας Σένγκεν που έχει ενσωματωθεί στο κοινοτικό κεκτημένο και στο οποίο συμμετέχει το Ηνωμένο Βασίλειο, έχει δε ζητήσει να συμμετάσχει και η Ιρλανδία, περιέχει στο άρθρο 27, παρ. 1, την εξής φράση που αφορά τα κυκλώματα λαθρομετανάστευσης: «Τα συμβαλλόμενα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να θεσμοθετήσουν τις αρμόζουσες κυρώσεις κατά οιοδήποτε, ο οποίος για κερδοσκοπικούς λόγους βοηθά ή επιχειρεί να βοηθήσει αλλοδαπό να εισέλθει ή να

διαμείβει στο έδαφος ενός εκ των συμβαλλόμενων μερών, κατά παράβαση της νομοθεσίας του συμβαλλόμενου αυτού μέρους της σχετικής με την είσοδο και διαμονή των αλλοδαπών».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II - ΕΛΕΥΘΕΡΙΕΣ

Άρθρο 6

Δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια

Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια.

Επεξήγηση.

Τα δικαιώματα που προβλέπονται στο άρθρο 6 αντιστοιχούν στα δικαιώματα που κατοχυρώνονται με το άρθρο 5 της ΕΣΑΔ, με τα οποία, σύμφωνα με το άρθρο 52, παράγραφος 3 του Χάρτη, έχουν την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια. Ως εκ τούτου οι περιορισμοί που μπορούν νομίμως να τους επιβληθούν δεν μπορούν να υπερβαίνουν εκείνους που επιτρέπονται από την ΕΣΑΔ, στην ίδια τη διατύπωση του άρθρου 5:

«1. Παν πρόσωπον έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν και την ασφάλειαν. Ουδείς επιτρέπεται να στερηθή της ελευθερίας του ειμή εις τας ακόλουθους περιπτώσεις και συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν:

α. εάν κρατήται κανονικώς κατόπιν καταδίκης υπό αρμοδίου δικαστηρίου, β. εάν υπεβλήθη εις κανονικὴν σύλληψιν ἢ κράτησιν λόγω ανυποταγῆς εις νόμιμον διαταγὴν δικαστηρίου, ἢ εις εγγύησιν εκτελέσεως υποχρεώσεως οριζομένης υπό του νόμου, γ. εάν συνελήφθη και κρατείται ὡπως οδηγηθῆ ενώπιον της αρμοδίας δικαστικῆς αρχῆς εις την περίπτωσιν ευλόγου υπονοίας ὅτι διέπραξεν ἀδίκημα, ἢ υπάρχουν λογικά δεδομένα προς παραδοχὴν της ἀνάγκης ὡπως οὗτος ἐμποδισθῆ ἀπὸ του να διαπράξῃ ἀδίκημα ἢ δραπετεύσῃ μετὰ την διάπραξιν τούτου.

δ. εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ἀνηλίκου, ἀποφασισθείσης δια την ἐπιτήρησιν της ἀνατροφῆς του, ἢ την νόμιμον κράτησίν του ἵνα παραπεμφθῆ ενώπιον της αρμοδίας αρχῆς

ε. εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως προσώπου, το οποίο ἐνδέχεται να διαδόσῃ μολυσματικὴν ἀσθένεαν, ψυχοπαθοῦς, ἀλκοολικοῦ, τοξικομανοῦς ἢ πλάνητος

στ. εάν πρόκειται περί νομίμου συλλήψεως ἢ κρατήσεως ἀτόμου ἐπὶ σκοπῶ ὡπως ἐμποδισθῆ ἀπὸ τυ να εἰσέλθῃ παρανόμως ἐν τη χώρα, ἢ ἐναντίον του οὐοίου ἐκκρεμὴ διαδικασία ἀπελάσεως ἢ ἐκδόσεως.

2. Παν συλληφθέν πρόσωπον δέον να πληροφορηθῆι κατὰ το δυνατόν συντομώτερον και εις γλώσσαν την οὐοίαν ἐννοεῖ, τους λόγους της συλλήψεώς του ὡς και πάσαν διατυπωμένην ἐναντίον του κατηγορίαν.

3 Παν πρόσωπον συλληφθέν ἢ κρατηθέν, ὑπὸ τας προβλεπομένας ἐν παραγράφῳ 1γ του παρόντος ἀρθρου συνθήκας οφείλει να παραπεμφθῆ συντόμως ἐνώπιον δικαστοῦ ἢ ἐτέρου δικαστικοῦ λειτουργοῦ νομίμως ἐντεταλμένου ὡπως ἐκτελῆ δικαστικὰ καθήκοντα, ἔχει δε το δικαίωμα να δικασθῆ ἐντὸς λογικῆς προθεσμίας ἢ ἀπολυθῆ κατὰ την διαδικασίαν. Η ἀπόλυσις δύνάται να ἐξαρτηθῆ ἀπὸ ἐγγύησιν ἐξασφαλίζουσαν την παράστασιν του ἐνδιαφερομένου εις την δικάσιμον.

4 Παν πρόσωπον στερούμενον της ελευθερίας του συνεπεία συλλήψεως ἢ κρατήσεως ἔχει δικαίωμα προσφυγῆς ἐνώπιον δικαστηρίου, ἵνα τούτο ἀποφασίση ἐντὸς βραχείας προθεσμίας ἐπὶ του νομίμου της κρατήσεώς του και διατάξῃ την ἀπόλυσίν του ἐν περιπτώσει παρανόμου κρατήσεως.

5 Παν πρόσωπον θύμα συλλήψεως ἢ κρατήσεως ὑπὸ συνθηκῆς ἀντιθέτους προς τας ἀνωτέρω διατάξεις, ἔχει δικαίωμα ἐπανορθώσεως».

Εφόσον ο Χάρτης ἐφαρμόζεται στο πλαίσιο της Ἐνώσης, τα κατὰ το ἀρθρο 6 δικαιώματα θα πρέπει να γίνονται ἰδίως σεβαστά ὅταν, σύμφωνα με τον Τίτλο VI της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκὴ Ἐνωση, ἡ Ἐνωση ἐκδίδει ἀποφάσεις-πλαίσια για τον καθορισμό των ἐλαχίστων κοινῶν διατάξεων ὅσον ἀφορὰ το χαρακτηρισμό των ἐγκλημάτων και για τις ποινές.

Άρθρο 7

Σεβασμός της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής

Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και των επικοινωνιών του.

Επεξήγηση.

Τα δικαιώματα που κατοχυρώνονται στο άρθρο 7 αντιστοιχούν στα προβλεπόμενα στο άρθρο 8 της ΕΣΑΔ. Για να ληφθεί υπόψη η εξέλιξη της τεχνολογίας η λέξη «αλληλογραφία» έχει αντικατασταθεί από την λέξη «επικοινωνίες».

Σύμφωνα με το άρθρο 52, παράγραφος 3, το δικαίωμα αυτό έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το αντίστοιχο άρθρο της ΕΣΑΔ. Ως εκ τούτου οι περιορισμοί που μπορούν να τους επιβληθούν συννόμως είναι οι ίδιοι με εκείνους που επιτρέπονται στο πλαίσιο του εν λόγω άρθρου 8:

«1. Παν πρόσωπον δικαιούται εις τον σεβασμόν της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και της αλληλογραφίας του.

2. Δεν επιτρέπεται να υπάρξει επέμβασις δημοσίας αρχής εν τη ασκήσει του δικαιώματος τούτου, εκτός εάν η επέμβασις αυτή προβλέπεται υπό του νόμου και αποτελεί μέτρον το οποίον, εις μίαν δημοκρατικήν κοινωνίαν, είναι αναγκαίον δια την εθνικήν ασφάλειαν την δημοσίαν ασφάλειαν, την οικονομικήν ευημερίαν της χώρας, την προάσπισιν της τάξεως και την πρόληψιν ποινικών παραβάσεων, την προστασίαν της υγείας ή της ηθικής, η την προστασίαν των δικαιωμάτων και ελευθεριών άλλων».

Άρθρο 8

Προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν.
2. Η επεξεργασία αυτών των δεδομένων πρέπει να γίνεται νομίμως, για καθορισμένους σκοπούς και με βάση τη συγκατάθεση του ενδιαφερομένου ή για άλλους θεμιτούς λόγους που προβλέπονται από το νόμο. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να έχει πρόσβαση στα συλλεγμένα δεδομένα που το αφορούν και να επιτυγχάνει τη διόρθωσή τους.
3. Ο σεβασμός των κανόνων αυτών υπόκειται στον έλεγχο ανεξάρτητης αρχής.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο βασίζεται στο άρθρο 286 της Συνθήκης ΕΚ και στην οδηγία 95/46/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και με την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών (ΕΕ αριθμ. L281 της 23.11.95), καθώς και στο άρθρο 8 της ΕΣΑΔ και στην Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των προσώπων έναντι της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα της 28ης Ιανουαρίου 1982, η οποία έχει κυρωθεί από όλα τα κράτη μέλη. Το δικαίωμα προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ασκείται υπό τους όρους που προβλέπονται από την προαναφερθείσα οδηγία μπορεί να περιοριστεί υπό τους όρους του άρθρου 52 του Χάρτη.

Άρθρο 9

Δικαίωμα γάμου και δικαίωμα ίδρυσης οικογένειας

Το δικαίωμα γάμου και το δικαίωμα ίδρυσης οικογένειας διασφαλίζονται σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες που διέπουν την άσκησή τους.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό βασίζεται στο άρθρο 12 της ΕΣΑΔ, το οποίο έχει ως εξής: «Άμα τη συμπλήρωσει ηλικίας γάμου, ο ανήρ και η γυνή έχουν το δικαίωμα να συνέρχονται εις γάμον και ιδρύωσιν οικογένειαν συμφώνως προς τους διέποντας το δικαίωμα τούτο εθνικούς νόμους». Η διατύπωση του εν λόγω δικαιώματος εκσυγχρονίσθηκε ούτως ώστε να καλύπτει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι εθνικές νομοθεσίες αναγνωρίζουν άλλους τρόπους ίδρυσης οικογένειας πλην του γάμου. Το άρθρο αυτό δεν απαγορεύει ούτε επιβάλλει την αναγνώριση ως γάμου των ενώσεων μεταξύ προσώπων του ίδιου φύλου. Το εν λόγω δικαίωμα προσομοιάζει επομένως στο δικαίωμα που προβλέπονται από την ΕΣΑΔ, αλλά η εμβέλειά του ενδέχεται να είναι ευρύτερη, οσάκις προβλέπεται

από την εθνική νομοθεσία.

Άρθρο 10

Ελευθερία σκέψης, συνείδησης και θρησκείας

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην ελευθερία σκέψης, συνείδησης και θρησκείας. Το δικαίωμα αυτό συνεπάγεται την ελευθερία μεταβολής θρησκευμάτων ή πεποιθήσεων καθώς και την ελευθερία εκδήλωσης του θρησκευματος ή των πεποιθήσεών του, ατομικά ή συλλογικά, δημοσία ή κατ' ιδίαν, με τη λατρεία, την εκπαίδευση, την άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων και τις τελετές.
2. Το δικαίωμα αντίρρησης συνειδήσεως αναγνωρίζεται σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες που διέπουν την άσκησή του.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται στην παράγραφο 1 αντιστοιχεί στο δικαίωμα που κατοχυρώνεται στο άρθρο 9 της ΕΣΑΔ και, σύμφωνα με το άρθρο 52, παραγ. 3, έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με αυτό. Οι περιορισμοί πρέπει ως εκ τούτου να γίνονται εντός των πλαισίων της παραγ. 2 του εν λόγω άρθρου 9, η οποία έχει ως εξής: «Η ελευθερία εκδήλωσης της θρησκείας ή των πεποιθήσεων δεν επιτρέπεται να αποτελέσει αντικείμενο ετέρων περιορισμών πέραν των προβλεπόμενων υπό του νόμου και αποτελούντων αναγκαία μέτρα, εν δημοκρατική κοινωνία, δια την δημοσίαν ασφάλειαν, την προάσπισιν της δημοσίας τάξεως, υγείας και ηθικής, ή την προάσπισιν των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων».

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται στην παράγραφο 2 αντιστοιχεί στις εθνικές συνταγματικές παραδόσεις και στην εξέλιξη των εθνικών νομοθεσιών ως προς το σημείο αυτό.

Άρθρο 11

Ελευθερία έκφρασης και πληροφόρησης

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην ελευθερία έκφρασης. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει την ελευθερία γνώμης και την ελευθερία λήψης ή μετάδοσης πληροφοριών ή ιδεών, χωρίς την ανάμειξη δημοσίων αρχών και αδιακρίτως συνόρων.
2. Η ελευθερία των μέσων μαζικής ενημέρωσης και η πολυφωνία τους είναι σεβαστές.

Επεξήγηση.

1. Το άρθρο 11 αντιστοιχεί στο άρθρο 10 ΕΣΑΔ, που έχει ως εξής: «1. Παν πρόσωπο έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν εκφράσεως. Το δικαίωμα τούτο περιλαμβάνει την ελευθερίαν γνώμης ως και την ελευθερίαν λήψεως ή μεταδόσεως πληροφοριών ή ιδεών, άνευ επεμβάσεως δημοσίων αρχών και ασχέτως συνόρων.

Το παρόν άρθρον δεν κωλύει τα Κράτη από του να υποβάλωσι τας επιχειρήσεις ραδιοφωνίας, κινηματογράφου ή τηλεοράσεως εις κανονισμούς εκδόσεως αδειών λειτουργίας.

2. Η άσκησις των ελευθεριών τούτων, συνεπαγομένων καθήκοντα και ευθύνas, δύναται να υπαχθή εις ωρισμένας διατυπώσεις, όρους, περιορισμούς ή κυρώσεις, προβλεπόμενους υπό του νόμου και αποτελούντας αναγκαία μετρα εν δημοκρατική κοινωνία δια την εθνικήν ασφάλειαν, την εδαφικήν ακεραιότητα ή δημοσίαν ασφάλειαν, την προάσπισιν της τάξεως και πρόληψιν του εγκλήματος, την προστασίαν της υγείας ή της ηθικής, την προστασίαν της υπολήψεως ή των δικαιωμάτων των τρίτων, την παρεμπόδισιν της κοινολογήσεως εμπιστευτικών πληροφοριών ή την διασφάλισιν του κύρους και της αμεροληψίας της δικαστικής εξουσίας».

Κατ' εφαρμογή της παραγράφου 3 του άρθρου 52, το δικαίωμα αυτό έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το δικαίωμα που κατοχυρώνεται στην ΕΣΑΔ.

Οι περιορισμοί που μπορούν να επιβληθούν σε αυτό δεν μπορούν επομένως να υπερβαίνουν τους προβλεπόμενους στην παράγραφο 2 του άρθρου 10, με την επιφύλαξη των περιορισμών τους οποίους μπορεί να επιφέρει το κοινοτικό δίκαιο περι ανταγωνισμού στην ευχέρεια των κρατών μελών να εγκαθιδρύσουν τα καθεστώτα εκδόσεως αδειών λειτουργίας που προβλέπονται στο άρθρο 10 παρ. 1, τρίτη φράση

της ΕΣΑΔ.

2. Η παράγραφος 2 του άρθρου αυτού διευκρινίζει τις συνέπειες της παραγράφου 1 όσον αφορά την ελευθερία των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Στηρίζεται κυρίως στην νομολογία του Δικαστηρίου σχετικά με την τηλεόραση ιδίως στην υπόθεση C-288/89 (απόφαση της 25ης Ιουλίου 1991. *Stichting Collectieve Antennevoorziening Gouda e.a.*, Συλλ. 1991 - σελ. 1-4007) και στο πρωτόκολλο για το σύστημα δημόσιας ραδιοτηλεόρασης στα κράτη μέλη, το οποίο προσαρτήθηκε στη συνθήκη ΕΚ καθώς επίσης και στην οδηγία 89/552/ΕΚ του Συμβουλίου (βλέπε ιδίως την αιτιολογική σκέψη 17ε).

Άρθρο 12

Ελευθερία του συνέρχεσθαι και του συνεταιριζέσθαι

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην ελευθερία του συνέρχεσθαι ειρηνικώς και στην ελευθερία του συνεταιριζέσθαι σε όλα τα επίπεδα, ιδίως στον πολιτικό και το συνδικαλιστικό τομέα καθώς και στους τομείς που αναφέρονται στον πολίτη, πράγμα που συνεπάγεται το δικαίωμα κάθε προσώπου να ιδρύει με άλλους συνδικαλιστικές ενώσεις και να προσχωρεί σ' αυτές για την υπεράσπιση των συμφερόντων του.

2. Τα πολιτικά κόμματα, στο επίπεδο της Ένωσης, συμβάλλουν στην έκφραση της πολιτικής βούλησης των πολιτών της Ένωσης.

Επεξήγηση.

1. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού αντιστοιχούν στις διατάξεις του άρθρου 11 της ΕΣΑΔ το οποίο έχει ως εξής: «1. Παν πρόσωπον έχει δικαίωμα εις την ελευθερίαν του συνέρχεσθαι ειρηνικώς και εις την ελευθερίαν συνεταιρισμού συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος ιδρύσεως μετ' άλλων συνδικάτων και προσχωρήσεως εις συνδικάτα επί σκοπώ προασπίσεως των συμφερόντων του. 2. Η άσκηση των δικαιωμάτων τούτων δεν επιτρέπεται να υπαχθή εις ετέρους περιορισμούς πέραν των υπό του νόμου προβλεπομένων και αποτελούντων αναγκαία μέτρα εν δημοκρατική κοινωνία, δια την εθνικήν ασφάλειαν, την δημοσίαν ασφάλειαν την προάσπισιν της τάξεως και πρόληψιν του εγκλήματος, την προστασίαν της υγείας και της ηθικής, ή την προστασίαν των δικαιωμάτων και ελευθεριών των τρίτων. Το παρόν άρθρον δεν απαγορεύει την επιβολήν νομίμων περιορισμών εις την άσκησιν των δικαιωμάτων τούτων υπό μελών των ενόπλων δυνάμεων, της αστυνομίας ή των διοικητικών υπηρεσιών του Κράτους». Οι διατάξεις της παραγρ. 1 του παρόντος άρθρου 12 έχουν την ίδια έννοια με τις διατάξεις της ΕΣΑΔ, αλλά η εμβέλειά τους είναι ευρύτερη, δεδομένου ότι μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλα τα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου του ευρωπαϊκού επιπέδου. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 3 του Χάρτη οι περιορισμοί του δικαιώματος αυτού δεν δύνανται να υπερβαίνουν αυτούς που θεωρούνται ως νόμιμοι δυνάμει της παραγράφου 2 του άρθρου 11 της ΕΣΑΔ. 2. Αυτό το δικαίωμα θεμελιώνεται επίσης στο άρθρο 11 του Κοινοτικού Χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζόμενων. 3. Η παρ. 2 του παρόντος άρθρου αντιστοιχεί στο άρθρο 191 της Συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Άρθρο 13

Ελευθερία της τέχνης και της επιστήμης

Η τέχνη και η επιστημονική έρευνα είναι ελεύθερες. Η ακαδημαϊκή ελευθερία είναι σεβαστή.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα αυτό συνάγεται πρωτίστως από τις ελευθερίες σκέψης και έκφρασης. Ασκείται στα πλαίσια του άρθρου 1 και μπορεί να υπαχθεί στους περιορισμούς που επιτρέπονται από το άρθρο 10 της ΕΣΑΔ.

Άρθρο 14

Δικαίωμα εκπαίδευσης

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην πρόσβαση στην επαγγελματική και συνεχή κατάρτιση.
2. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει την ευχέρεια δωρεάν παρακολούθησης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.
3. Η ελευθερία ίδρυσης εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με σεβασμό των δημοκρατικών αρχών καθώς και το δικαίωμα των γονέων να εξασφαλίζουν την εκπαίδευση και τη μόρφωση των τέκνων τους σύμφωνα με τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές και παιδαγωγικές πεποιθήσεις τους, γίνονται σεβαστά σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες που διέπουν την άσκησή τους.

Επεξήγηση.

1. Το άρθρο αυτό εμπνέεται τόσο από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών όσο και από το άρθρο 2 του πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΑΔ, που έχει ως εξής: «Ουδείς δύναται να στερηθή του δικαιώματος όπως εκπαιδευθή. Παν Κράτος εν τη ασκήσει των αναλαμβανομένων υπ' αυτού καθηκόντων επί του πεδίου της μορφώσεως και της εκπαίδευσεως θα σέβεται το δικαίωμα των γονέων όπως εξασφαλίζωσι την μόρφωσιν και εκπαίδευσιν ταύτην συμφώνως προς τας ιδίας αυτών θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις».

Κρίθηκε σκόπιμο να επεκταθεί το δικαίωμα αυτό στην επαγγελματική και συνεχή κατάρτιση (βλέπε σημείο 15 του Κοινοτικού Χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων και άρθρο 10 του Κοινωνικού Χάρτη) καθώς και να προστεθεί η αρχή του δωρεάν χαρακτήρα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Όπως έχει διατυπωθεί η αρχή αυτή, συνεπάγεται απλώς ότι, όσον αφορά την υποχρεωτική εκπαίδευση, κάθε παιδί πρέπει να έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε εκπαιδευτικό ίδρυμα που παρέχει δωρεάν υπηρεσίες. Δεν επιβάλλει σε όλα τα ιδρύματα που παρέχουν υποχρεωτική εκπαίδευση, ιδίως δε τα ιδιωτικά, να προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες. Ούτε απαγορεύει ορισμένους μορφές διδασκαλίας να παρέχονται επι πληρωμή, εφόσον το κράτος λαμβάνει μέτρα για να χορηγήσει οικονομική αντιστάθμιση.

Στο βαθμό που ο Χάρτης εφαρμόζεται στην Ένωση, αυτό σημαίνει ότι, στο πλαίσιο των πολιτικών της για την κατάρτιση, η Ένωση υποχρεούται να σέβεται το δωρεάν χαρακτήρα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, χωρίς να δημιουργούνται βεβαίως κατά τον τρόπο αυτό νέες αρμοδιότητες. Όσον αφορά το δικαίωμα των γονέων, πρέπει να ερμηνεύεται σε σχέση με τις διατάξεις του άρθρου 24.

2. Η ελευθερία ίδρυσης εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, δημοσίων ή ιδιωτικών, κατοχυρώνεται ως μορφή της επιχειρηματικής ελευθερίας, όμως περιορίζεται από το σεβασμό των δημοκρατικών αρχών και ασκείται σύμφωνα με τις διαδικασίες που ορίζουν οι εθνικές νομοθεσίες.

Άρθρο 15

Ελευθερία του επαγγέλματος και δικαίωμα προς εργασία

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να εργάζεται και να ασκεί το επάγγελμα, το οποίο επιλέγει ή αποδέχεται ελεύθερα.
2. Κάθε πολίτης της Ένωσης είναι ελεύθερος/η να αναζητεί απασχόληση, να εργάζεται, να εγκαθίσταται ή να παρέχει υπηρεσίες σε κάθε κράτος μέλος.
3. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν άδεια να εργάζονται στο έδαφος των κρατών μελών δικαιούνται συνθηκών εργασίας αντίστοιχων με εκείνες που απολαύουν οι πολίτες της Ένωσης.

Επεξήγηση.

Η ελευθερία του επαγγέλματος που κατοχυρώνεται στην πρώτη παράγραφο, του άρθρου 15 αναγνωρίζεται στη νομολογία του Δικαστηρίου (βλ. μεταξύ άλλων τις αποφάσεις της 14ης Μαΐου 1974, υποθ. 4/73, Nold, Συλλ. 1974, σ. 491, αριθ. 12-14, της 13ης Δεκεμβρίου 1979, υποθ. 44/99, Hauer, Συλλ. 1979, σ. 3727, της 8ης Οκτωβρίου 1986, υποθ. 234/85, Keller, Συλλ. 1986, 2897, αριθ. 8).

Η παράγραφος αυτή εμπνέεται επίσης από το άρθρο 1 παρ. 2 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη ο οποίος υπεγράφη στις 18 Οκτωβρίου 1961, και έχει κυρωθεί από όλα τα κράτη μέλη καθώς και από το σημείο 4 του Κοινοτικού Χάρτη των θεμελιωδών

κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζόμενων της 9ης Δεκεμβρίου 1989. Η έκφραση «συνθήκης εργασίας» πρέπει να εννοηθεί όπως στο άρθρο 140 της συνθήκης ΕΚ. Η δεύτερη παράγραφος προβλέπει τις τρεις ελευθερίες που κατοχυρώνονται στα άρθρα 39, 43 και 49 και επομ. της συνθήκης ΕΚ, δηλαδή την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων, την ελευθερία εγκατάστασης και την ελευθερία παροχής υπηρεσιών. Η τρίτη παράγραφος βασίζεται στο άρθρο 137 (3) τέταρτο εδάφιο της ΣΕΚ καθώς και στο άρθρο 19 αριθ. 4 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, ο οποίος υπεγράφη στις 18 Οκτωβρίου 1961 και κυρώθηκε από όλα τα κράτη μέλη, εφαρμόζεται επομένως το άρθρο 52, παράγραφος 2 του Χάρτη. Το θέμα της πρόσληψης ναυτών που έχουν την ιθαγένεια τρίτων κρατών στα πληρώματα πλοίων που φέρουν τη σημαία κράτους μέλους της Ένωσης ρυθμίζεται από το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Άρθρο 16

Επιχειρηματική ελευθερία

Η επιχειρηματική ελευθερία αναγνωρίζεται σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό βασίζεται στη νομολογία του Δικαστηρίου το οποίο έχει αναγνωρίσει την ελευθερία άσκησης οικονομικής ή εμπορικής δραστηριότητας (βλ. τις αποφάσεις της 14ης Μαΐου 1974, υποθ. 4/73, Nold, Συλλ. 1974, 49, αριθ. 14 και της 27ης Σεπτεμβρίου 1979, υποθ. 230-78, SPA Eridania et al., Συλλ. 1979, 2749, αριθ. 20 και 31) και την ελευθερία των συμβάσεων (βλ. μεταξύ άλλων, καθώς και τις αποφάσεις "Sukkerfabriken Nykoebing", υποθ. 151/78, Συλλ. 1979, 1, αριθ. 19, 5 Οκτωβρίου 1999, Ισπανία κατά της Επιτροπής, C - 240/97 [δεν έχει δημοσιευθεί ακόμη] αριθ.99) καθώς και στο άρθρο 4 (1) και (2) ΣΕΚ το οποίο αναγνωρίζει την ελευθερία ανταγωνισμού.

Το δικαίωμα αυτό ασκείται βεβαίως τηρουμένου του κοινοτικού δικαίου και των εθνικών νομοθεσιών. Μπορεί να υπόκειται στους περιορισμούς που προβλέπονται στο άρθρο 52, παρ. 1 του Χάρτη.

Άρθρο 17

Δικαίωμα ιδιοκτησίας

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να είναι κύριος των νομίμως κτηθέντων αγαθών του, να τα χρησιμοποιεί, να τα διαθέτει και να τα κληροδοτεί. Κανείς δεν μπορεί να στερείται την ιδιοκτησία του, παρά μόνον για λόγους δημόσιας ωφέλειας, στις περιπτώσεις και υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στο νόμο και έναντι δίκαιης και έγκαιρης αποζημίωσης για την απώλειά της. Η χρήση των αγαθών μπορεί να υπόκειται σε περιορισμούς από το νόμο, εφόσον αυτό είναι αναγκαίο προς το γενικό συμφέρον.

2. Η πνευματική ιδιοκτησία προστατεύεται.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό αντιστοιχεί στο άρθρο 1 του πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΑΔ: «Παν φυσικόν ή νομικόν πρόσωπον δικαιούται σεβασμού της περιουσίας του. Ουδείς δύναται να στερηθή της ιδιοκτησίας αυτού ειμή δια λόγους δημοσίας ωφελείας και υπό τους προβλεπομένους υπό του νόμου και των γενικών αρχών του διεθνούς δικαίου όρους».

Αι προαναφερόμεναι διατάξεις δεν θίγουν το δικαίωμα παντός Κράτους όπως θέση εν ισχύι Νόμους ους ήθελε κρίνει αναγκαίον προς ρύθμισιν της χρήσεως αγαθών συμφώνως προς το δημόσιον συμφέρον ή προς εξασφάλισιν της καταβολής φόρων ή άλλων εισφορών ή προστίμων».

Πρόκειται για θεμελιώδη αρχή που είναι κοινή σε όλα τα εθνικά συντάγματα. Έχει κατοχυρωθεί παγίως από τη νομολογία του Δικαστηρίου και κατά κύριο λόγο στην απόφαση Hauer (13 Δεκεμβρίου 1979, Συλλ. 1979, σ. 3727).

Η διατύπωση εκσυγχρονίστηκε, αλλά σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 3 το δικαίωμα αυτό έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το δικαίωμα που κατοχυρώνεται

στην ΕΣΑΔ και δεν επιτρέπεται η υπέρβαση των περιορισμών που προβλέπονται σε αυτήν.

Λόγω της αυξανόμενης σημασίας της, και του παράγωγου κοινοτικού δικαίου, γίνεται ρητή αναφορά στην παράγραφο 2, στην προστασία της διανοητικής ιδιοκτησίας, η οποία αποτελεί μία από τις πτυχές του δικαιώματος ιδιοκτησίας.

Η διανοητική ιδιοκτησία καλύπτει, πέραν της λογοτεχνικής και καλλιτεχνικής ιδιοκτησίας, το δικαίωμα ευρεσιτεχνίας και σημάτων καθώς και τα συγγενικά δικαιώματα. Οι διασφαλίσεις που προβλέπονται στην παράγραφο 1 εφαρμόζονται καταλλήλως στην διανοητική ιδιοκτησία.

Άρθρο 18

Δικαίωμα ασύλου

Το δικαίωμα ασύλου διασφαλίζεται τηρουμένων των κανόνων της Σύμβασης της Γενεύης της 28ης Ιουλίου 1951 και του Πρωτοκόλλου της 31ης Ιανουαρίου 1967 σχετικά με το καθεστώς των προσφύγων και σύμφωνα με τη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Επεξήγηση.

Το κείμενο του άρθρου βασίζεται στο άρθρο 63 ΕΚ το οποίο επιβάλλει στην Ένωση την τήρηση της Σύμβασης της Γενεύης για τους πρόσφυγες.

Είναι αναγκαία η παραπομπή στις διατάξεις των πρωτοκόλλων σχετικά με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία που είναι προσαρτημένα στη συνθήκη του Άμστερνταμ καθώς και με τη Δανία, για να προσδιορισθεί σε ποιο βαθμό τα εν λόγω κράτη μέλη εφαρμόζουν το κοινοτικό δίκαιο εν προκειμένω και σε ποιο βαθμό το εν λόγω άρθρο εφαρμόζεται σε αυτά τα κράτη μέλη. Το άρθρο αυτό τηρεί το πρωτόκολλο σχετικά με το άσυλο, το οποίο είναι προσαρτημένο στην συνθήκη ΕΚ.

Άρθρο 19

Προστασία σε περίπτωση απομάκρυνσης, απέλασης και έκδοσης

1. Απαγορεύονται οι συλλογικές απελάσεις.
2. Κανείς δεν μπορεί να απομακρυνθεί, να απελαθεί ή να εκδοθεί προς κράτος όπου διατρέχει σοβαρό κίνδυνο να του επιβληθεί η ποινή του θανάτου ή να υποβληθεί σε βασανιστήρια ή άλλη απάνθρωπη ή εξευτελιστική ποινή ή μεταχείριση.

Επεξήγηση.

Η παράγραφος 1 του άρθρου αυτού έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το άρθρο 4 του πρόσθετου πρωτοκόλλου αριθ. 4 της ΕΣΑΔ όσον αφορά τις συλλογικές απελάσεις. Στόχος της είναι να εξασφαλισθεί ότι κάθε απόφαση θα βασίζεται σε ειδική εξέταση και ότι δεν θα είναι δυνατόν να αποφασίζεται με ενιαίο μέτρο η απέλαση όλων των προσώπων που έχουν την ιθαγένεια συγκεκριμένου κράτους (βλέπε επίσης το άρθρο 13 του Συμφώνου για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα).

Η παράγραφος 2 ενσωματώνει τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου όσον αφορά το άρθρο 3 της ΕΣΑΔ (βλ. Ahmed κατά Αυστρίας, απόφαση της 17ης Δεκεμβρίου 1996, VI-2206 και Soering, απόφαση της 7ης Ιουλίου 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ - ΙΣΟΤΗΤΑ

Άρθρο 1

Ισότητα έναντι του νόμου

Όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι έναντι του νόμου.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό αντιστοιχεί στην αρχή, η οποία είναι εγγεγραμμένη σε όλα τα ευρωπαϊκά συντάγματα και την οποία το Δικαστήριο έκρινε ως θεμελιώδη αρχή του κοινοτικού δικαίου (απόφαση της 13ης Νοεμβρίου 1984, Racke, υπόθεση 283/83, Συλλ. 1984, σ. 3791, απόφαση της 17ης Απριλίου 1997, C - 15/95, EARL, Συλ. 1997, I-1961 και απόφαση της 13ης Απριλίου 2000, C - 292/97, Karlsson, δεν έχει

δημοσιευθεί ακόμη).

Άρθρο 21

Απαγόρευση διακρίσεων

1. Απαγορεύεται κάθε διάκριση ιδίως λόγω φύλου, φυλής, χρώματος, εθνοτικής καταγωγής ή κοινωνικής προέλευσης, γενετικών χαρακτηριστικών, γλώσσας, θρησκείας ή πεποιθήσεων, πολιτικών φρονημάτων ή κάθε άλλης γνώμης, ιδιότητας μέλους εθνικής μειονότητας, παρουσίας, γέννησης, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού.

2. Απαγορεύεται κάθε διάκριση λόγω ιθαγενείας, εντός του πεδίου εφαρμογής της Συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και με επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων των εν λόγω Συνθηκών.

Επεξήγηση.

Η παράγραφος 1 πηγάζει από το άρθρο 13 της συνθήκης ΕΚ και το άρθρο 14 της ΕΣΑΔ καθώς και από το άρθρο 11 της σύμβασης για τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη βιοϊατρική όσον αφορά τη γενετική κληρονομιά. Εφόσον συμπίπτει με το άρθρο 14 της ΕΣΑΔ, εφαρμόζεται σύμφωνα με το εν λόγω άρθρο.

Η παράγραφος 2 αντιστοιχεί στο άρθρο 12 της Συνθήκης ΕΚ και πρέπει να εφαρμόζεται σύμφωνα με το εν λόγω άρθρο.

Άρθρο 22

Πολιτιστική, θρησκευτική και γλωσσική πολυμορφία

Η Ένωση σέβεται την πολιτιστική, θρησκευτική και γλωσσική πολυμορφία.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό βασίζεται στο άρθρο 6 της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση και στα άρθρα 151 παρ. 1 και 4 της συνθήκης ΕΚ σχετικά με τον πολιτισμό. Εμπνέεται επίσης από τη δήλωση αριθ. 11 στην τελική πράξη της συνθήκης του Άμστερνταμ για το καθεστώς των εκκλησιών και των μη ομολογιακών οργανώσεων.

Άρθρο 23

Ισότητα ανδρών και γυναικών

Η ισότητα ανδρών και γυναικών πρέπει να εξασφαλίζεται σε όλους τους τομείς, μεταξύ άλλων στην απασχόληση, την εργασία και τις αποδοχές. Η αρχή της ισότητας δεν αποκλείει τη διατήρηση ή τη θέσπιση μέτρων που προβλέπουν ειδικά πλεονεκτήματα υπέρ του υποεκπροσωπούμενου φύλου.

Επεξήγηση.

Το εδάφιο 1 του παρόντος άρθρου βασίζεται στα άρθρα 2 και 3, παράγραφος 2 της συνθήκης ΕΚ τα οποία επιβάλλουν ως στόχο στην Κοινότητα την προώθηση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών και στο άρθρο 141 παρ. 3 της συνθήκης ΕΚ. Εμπνέεται από το άρθρο 20 του αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη της 3.5.1996 και από το σημείο 16 του Κοινοτικού Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζόμενων.

Βασίζεται επίσης στο άρθρο 141 παράγραφος 3 της συνθήκης ΕΚ και στο άρθρο 2 παράγραφος 4 της οδηγίας 76/207/ΕΟΚ του Συμβουλίου περί της εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών όσον αφορά την πρόσβαση στην απασχόληση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και προώθηση, και τις συνθήκες εργασίας.

Η παράγραφος 2 επαναδιατυπώνει με πιο σύντομο τρόπο το άρθρο 141 παράγραφος 4 της συνθήκης ΕΚ σύμφωνα με το οποίο η αρχή ίσης μεταχείρισης δεν αποκλείει τη διατήρηση ή τη θέσπιση μέτρων σχετικά με ειδικά πλεονεκτήματα προς διευκόλυνση της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας από το υποεκπροσωπούμενο φύλο ή προς πρόληψη ή αντιστάθμιση μειονεκτημάτων στην επαγγελματική σταδιοδρομία.

Σύμφωνα με το άρθρο 51, παράγραφος 2, η παρούσα παράγραφος δεν τροποποιεί το άρθρο 141 παράγραφος 4 της συνθήκης ΕΚ.

Άρθρο 24

Δικαιώματα του παιδιού

1. Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην προστασία και τη φροντίδα που απαιτούνται για την καλή διαβίωσή τους. Τα παιδιά μπορούν να εκφράζουν ελεύθερα τη γνώμη τους. Η γνώμη τους σχετικά με ζητήματα που τα αφορούν λαμβάνεται υπόψη σε συνάρτηση με την ηλικία και την ωριμότητά τους.
2. Σε όλες τις πράξεις που αφορούν τα παιδιά, είτε επιχειρούνται από δημόσιες αρχές είτε από ιδιωτικούς οργανισμούς, πρωταρχική σημασία πρέπει να δίνεται στο υπέρτατο συμφέρον του παιδιού.
3. Κάθε παιδί έχει δικαίωμα να διατηρεί τακτικά προσωπικές σχέσεις και απευθείας επαφές με τους δύο γονείς του, εκτός εάν τούτο είναι αντίθετο προς το συμφέρον του.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο βασίζεται στην Σύμβαση της Νέας Υόρκης για τα δικαιώματα του παιδιού, η οποία υπεγράφη στις 20 Νοεμβρίου 1989 και έχει επικυρωθεί από όλα τα κράτη μέλη, ιδίως δε στα άρθρα 3, 9, 12 και 13 της εν λόγω Σύμβασης.

Άρθρο 25

Δικαιώματα των ηλικιωμένων

Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο.

Άρθρο 26

Ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες

Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες να επωφελούνται μέτρων που θα τους εξασφαλίζουν την αυτονομία, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στον κοινοτικό βίο.

Επεξήγηση.

Η αρχή που περιέχεται στο παρόν άρθρο στηρίζεται στο άρθρο 15 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και εμπνέεται επίσης από το άρθρο 23 του αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη και το σημείο 26 του Κοινοτικού Χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζόμενων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV - ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ

Άρθρο 27

Δικαίωμα των εργαζομένων

στην ενημέρωση και τη διαβούλευση στο πλαίσιο της επιχείρησης

Εξασφαλίζεται στους εργαζομένους ή τους εκπροσώπους τους, στα ενδεδειγμένα επίπεδα, εγκαίρως ενημέρωση και διαβούλευση, στις περιπτώσεις και υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπονται από το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο περιέχεται από τον αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (άρθρο 21) και τον Κοινοτικό Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζομένων (σημεία 17 και 18).

Εφαρμόζεται υπό τους όρους που προβλέπονται από το κοινοτικό δίκαιο και τα εθνικά δίκαια.

Η αναφορά στα ενδεδειγμένα επίπεδα παραπέμπει στα επίπεδα που προβλέπονται από το κοινοτικό δίκαιο ή από το εθνικό δίκαιο και εθνικές πρακτικές, πράγμα που μπορεί να περιλαμβάνει το ευρωπαϊκό επίπεδο, εφόσον προβλέπεται από την κοινοτική νομοθεσία.

Το κοινοτικό κекτημένο στον τομέα αυτό είναι σημαντικό: άρθρα 138 και 139 της

συνθήκης ΕΚ, οδηγίες 98/59/ΕΚ (συλλογικές απολύσεις), 77/187/ΕΟΚ (μετεγκατάσταση των επιχειρήσεων) και 94/45/ΕΚ (ευρωπαϊκές επιτροπές επιχειρήσεων).

Άρθρο 28

Δικαίωμα διαπραγματεύσεως και συλλογικών δράσεων

Οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες, ή οι αντίστοιχες οργανώσεις τους, έχουν, σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές, δικαίωμα να διαπραγματεύονται και να συνάπτουν συλλογικές συμβάσεις στα ενδεδειγμένα επίπεδα καθώς και να προσφεύγουν, σε περίπτωση σύγκρουσης συμφερόντων, σε συλλογικές δράσεις για την υπεράσπιση των συμφερόντων τους, συμπεριλαμβανομένης της απεργίας.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο βασίζεται στο άρθρο 6 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη καθώς και στον Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων (σημεία 12 έως 14). Το δικαίωμα συλλογικής δράσης έχει αναγνωρισθεί από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των δικαιωμάτων του ανθρώπου ως ένα από τα στοιχεία του συνδικαλιστικού δικαιώματος που ορίζεται στο άρθρο 11 της ΕΣΑΔ. Όσον αφορά τα ενδεδειγμένα επίπεδα τα οποία μπορεί να αφορούν τη συλλογική διαπραγματεύση, βλέπε τις επεξηγήσεις του προηγούμενου άρθρου. Οι συλλογικές δράσεις, μεταξύ των οποίων και η απεργία εμπίπτουν στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές, συμπεριλαμβανομένου και του κατά πόσον μπορούν να διεξαχθούν παράλληλα σε διάφορα κράτη μέλη.

Άρθρο 29

Δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες ευρέσεως εργασίας

Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα πρόσβασης σε δωρεάν υπηρεσίες ευρέσεως εργασίας.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο βασίζεται στο άρθρο 1 παρ. 3 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, καθώς και στο σημείο 13 του Κοινοτικού Χάρτη των Θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων.

Άρθρο 30

Προστασία σε περίπτωση αδικαιολόγητης απόλυσης

Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα προστασίας έναντι κάθε αδικαιολόγητης απόλυσης, σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο εμπνέεται από το άρθρο 24 του αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη. Βλέπε επίσης τις οδηγίες 77/187 για την προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων σε περίπτωση μετεγκατάστασης των επιχειρήσεων, 80/987 για την προστασία των εργαζομένων σε περίπτωση αφερεγγυότητας.

Άρθρο 31

Δίκαιες και πρόσφορες συνθήκες εργασίας

1. Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα σε υγιεινές, ασφαλείς και αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας.
2. Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα σε ένα όριο μέγιστης διάρκειας εργασίας, σε ημερήσιες και εβδομαδιαίες περιόδους ανάπαυσης καθώς και σε ετήσια περίοδο αμειβόμενων διακοπών.

Επεξήγηση.

1. Το άρθρο 31 βασίζεται στην οδηγία 89/391/ΕΟΚ σχετικά με την εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία. Εμπνέεται επίσης από το άρθρο 3 του Κοινωνικού Χάρτη και από το σημείο 19 του Κοινοτικού Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζομένων, καθώς και,

όσον αφορά το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια κατά την εργασία από το άρθρο 26 του αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη. Η έκφραση «συνθήκες εργασίας» πρέπει να εννοηθεί όπως στο άρθρο 140 της συνθήκης ΕΚ.

2. Η παράγραφος 2 βασίζεται στην οδηγία 93/104/ΕΚ όσον αφορά ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας, καθώς και στο άρθρο 2 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και στο σημείο 8 του Κοινοτικού Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζόμενων.

Άρθρο 32

Απαγόρευση της εργασίας των παιδιών και προστασία των νέων στην εργασία

Η εργασία των παιδιών απαγορεύεται. Η ελάχιστη ηλικία για την ανάληψη εργασίας δεν μπορεί να είναι μικρότερη από την ηλικία κατά την οποία λήγει η υποχρεωτική σχολική φοίτηση, υπό την επιφύλαξη ευνοϊκότερων κανόνων για τους νέους και εξαιρέσει περιορισμένων παρεκκλίσεων.

Οι νέοι που εργάζονται πρέπει να απολαύουν συνθηκών εργασίας προσαρμοσμένων στην ηλικία τους και να προστατεύονται από την οικονομική εκμετάλλευση ή από οποιαδήποτε εργασία που θα μπορούσε να βλάψει την ασφάλειά τους, την υγεία τους, τη σωματική, πνευματική, ηθική ή κοινωνική ανάπτυξή τους ή να θέσει σε κίνδυνο την εκπαίδευσή τους.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο βασίζεται στην οδηγία 94/33/ΕΚ σχετικά με την προστασία των νέων κατά την εργασία, καθώς και στο άρθρο 7 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και στα σημεία 20 έως 23 του Κοινοτικού Χάρτη των Θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζόμενων.

Άρθρο 33

Οικογενειακή ζωή και επαγγελματική ζωή

1. Η οικογένεια απολαμβάνει νομική, οικονομική και κοινωνική προστασία.
2. Κάθε πρόσωπο, προκειμένου να μπορεί να συνδυάζει την οικογενειακή με την επαγγελματική ζωή του, έχει δικαίωμα προστασίας από την απόλυση για λόγους που συνδέονται με τη μητρότητα καθώς και δικαίωμα αμειβόμενης άδειας μητρότητας και γονικής άδειας μετά τη γέννηση ή την υιοθεσία παιδιού.

Επεξήγηση.

Η παράγραφος 1 του άρθρου 33 βασίζεται στο άρθρο 16 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Η παράγραφος 2 εμπνέεται από την οδηγία 92/85/ΕΟΚ του Συμβουλίου σχετικά με την εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων κατά την εργασία και από την οδηγία 96/34/ΕΚ σχετικά με την συμφωνία πλαίσιο για τη γονική άδεια η οποία έχε συναφθεί από την UNICE, τη CEEP και τη CES. Βασίζεται επίσης στο άρθρο 8 (προστασία της μητρότητας) του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και εμπνέεται από το άρθρο 27 (δικαίωμα των εργαζομένων με οικογενειακές ευθύνες για παροχή ίσων ευκαιριών και ίση μεταχείριση), του αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη. Ο όρος «μητρότητα» καλύπτει την περίοδο από τη σύλληψη έως το θηλασμό.

Άρθρο 34

Κοινωνική ασφάλεια και κοινωνική αρωγή

1. Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.
2. Κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

3. Η Ένωση, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Επεξήγηση.

Η αρχή που προβλέπεται στην πρώτη παράγραφο του άρθρου 34 βασίζεται στα άρθρα 137 και 140 της συνθήκης ΕΚ καθώς και στο άρθρο 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και στο σημείο 10 του Κοινοτικού Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζόμενων. Πρέπει να γίνεται σεβαστή από την Ένωση κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων που διαθέτει δυνάμει του άρθρου 140 της συνθήκης για την ίδρυση της ΕΚ. Η μνεία των κοινωνικών υπηρεσιών αφορά τις περιπτώσεις κατά τις οποίες τέτοιες υπηρεσίες έχουν συσταθεί για να εξασφαλίζουν ορισμένες παροχές, αλλά ουδόλως σημαίνει ότι πρέπει να δημιουργούνται τέτοιες υπηρεσίες όταν δεν υπάρχουν. Η έκφραση «μητρότητα» πρέπει να εννοηθεί όπως στο προηγούμενο άρθρο. Η δεύτερη παράγραφος βασίζεται στο άρθρο 13 παρ. 4 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, καθώς και στο σημείο 2 του Κοινοτικού Χάρτη των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζόμενων και αντικατοπτρίζει τους κανόνες που απορρέουν εκ του κανονισμού 1408/71 και εκ του κανονισμού 1612/68. Η Τρίτη παράγραφος εμπνέεται από τα άρθρα 30 και 31 του αναθεωρημένου Κοινωνικού Χάρτη, καθώς και από το σημείο 10 του Κοινοτικού Χάρτη των δικαιωμάτων των εργαζόμενων. Πρέπει να τηρείται από την Ένωση στα πλαίσια των πολιτικών που βασίζονται στο άρθρο 137, παρ. 3 της συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και ιδίως στο τελευταίο του εδάφιο.

Άρθρο 35

Προστασία της υγείας

Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου.

Επεξήγηση.

Οι αρχές που περιέχονται σε αυτό το άρθρο βασίζονται στο άρθρο 152 της συνθήκης ΕΚ, καθώς και στο άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Η δεύτερη φράση του άρθρου αναπαράγει την παρ. 1 του άρθρου 152.

Άρθρο 36

Πρόσβαση στις υπηρεσίες γενικού οικονομικού ενδιαφέροντος

Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται την πρόσβαση στις υπηρεσίες γενικού οικονομικού ενδιαφέροντος, όπως αυτό προβλέπεται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές, σύμφωνα με τη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, προκειμένου να προαχθεί η κοινωνική και εδαφική συνοχή της Ένωσης.

Επεξήγηση.

Το παρόν άρθρο σέβεται πλήρως το άρθρο 16 της συνθήκης για την ίδρυση της ΕΚ και δεν δημιουργεί νέο δικαίωμα.

Θέτει απλώς την αρχή ότι η Ένωση σέβεται την πρόσβαση στις υπηρεσίες γενικού οικονομικού ενδιαφέροντος που προβλέπεται στις εθνικές νομοθεσίες, εφόσον οι νομοθεσίες αυτές συνάδουν προς το κοινοτικό δίκαιο.

Άρθρο 37

Προστασία του περιβάλλοντος

Υψηλό επίπεδο προστασίας του περιβάλλοντος και η βελτίωση της ποιότητάς του πρέπει να ενσωματώνονται στις πολιτικές της Ένωσης και να διασφαλίζονται σύμφωνα με την αρχή της αειφόρου ανάπτυξης.

Επεξήγηση.

Η αρχή που περιέχεται στο άρθρο αυτό βασίζεται στα άρθρα 2,6 και 174 της συνθήκης ΕΚ. Εμπνέεται επίσης από τις διατάξεις ορισμένων εθνικών συνταγμάτων.

Άρθρο 38

Προστασία του καταναλωτή

Οι πολιτικές της Ένωσης διασφαλίζουν υψηλό επίπεδο προστασίας του καταναλωτή.

Επεξήγηση.

Η αρχή που περιέχεται στο άρθρο αυτό βασίζεται στο άρθρο 153 της συνθήκης ΕΚ.

Άρθρο 39

Δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι στις εκλογές του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου

1. Κάθε πολίτης της Ένωσης έχει το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι στις εκλογές του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στο κράτος μέλος κατοικίας του, υπό τους ίδιους όρους με τους υπηκόους τού εν λόγω κράτους.

2. Τα μέλη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου εκλέγονται με άμεση και καθολική, ελεύθερη και μυστική ψηφοφορία.

Επεξήγηση.

Το άρθρο 39 εφαρμόζεται υπό τους όρους που προβλέπει η συνθήκη, σύμφωνα με το άρθρο 52 παρ. 3 του Χάρτη.

Στην πραγματικότητα, η παρ. 1 του άρθρου 39 αντιστοιχεί στο δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο 19, παρ. 2 της συνθήκης ΕΚ και η παρ. 2 του εν λόγω άρθρου στο άρθρο 190 παρ. 1. Το άρθρο 190, παρ. 1 αναπαράγει τις βασικές αρχές του εκλογικού καθεστώτος ενός δημοκρατικού συστήματος.

Άρθρο 40

Δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι στις δημοτικές και κοινοτικές εκλογές

Κάθε πολίτης της Ένωσης έχει το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι στις δημοτικές και κοινοτικές εκλογές στο κράτος μέλος κατοικίας του, υπό τους ίδιους όρους με τους υπηκόους του εν λόγω κράτους.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό αντιστοιχεί στο δικαίωμα που κατοχυρώνεται στο άρθρο 19, παρ. 1, της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2, εφαρμόζεται υπό τους όρους που προβλέπει η Συνθήκη.

Άρθρο 41

Δικαίωμα χρηστής διοίκησης

1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην αμερόληπτη, δίκαιη και εντός ευλόγου προθεσμίας εξέταση των υποθέσεών του από τα όργανα και τους οργανισμούς της Ένωσης.

2. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει ιδίως: το δικαίωμα κάθε προσώπου σε προηγούμενη ακρόαση προτού ληφθεί ατομικό μέτρο εις βάρος του, το δικαίωμα κάθε προσώπου να έχει πρόσβαση στο φάκελό του, τηρουμένων των νομίμων συμφερόντων της εμπιστευτικότητας και του επαγγελματικού και επιχειρηματικού απορρήτου, την υποχρέωση της διοίκησης να αιτιολογεί τις αποφάσεις της.

3. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην αποκατάσταση εκ μέρους της Κοινότητας της ζημίας που του προξένησαν τα όργανα ή οι υπάλληλοί της κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, σύμφωνα με τις γενικές αρχές που είναι κοινές στα δίκαια των κρατών μελών.

4. Κάθε πρόσωπο μπορεί να απευθύνεται στα όργανα της Ένωσης σε μία από τις γλώσσες των Συνθηκών και πρέπει να λαμβάνει απάντηση στην ίδια γλώσσα.

Επεξήγηση.

Το άρθρο 41 βασίζεται στην ύπαρξη Κοινότητας δικαίου και έχει αναπτυχθεί από την νομολογία στην οποία κατοχυρώνεται η αρχή της χρηστής διοίκησης (βλ. Μεταξύ

άλλων την απόφαση του Δικαστηρίου της 31ης Μαρτίου 1992, C - 255/90 P. *Burban*, Συλλ. 1992, I-2253, καθώς και τις αποφάσεις του Πρωτοδικείου της 18ης Σεπτεμβρίου 1995, T - 167/94, *Nfille*, Συλλ. 1995, II-2589, 9 Ιουλίου 1999, T- 231/97, *New Europe Consulting* κ.α. Συλλ. II-2403.

Οι εκφράσεις του δικαιώματος αυτού που περιέχονται στις δύο πρώτες παραγράφους απορρέουν από τη νομολογία (αποφάσεις του Δικαστηρίου της 15ης Οκτωβρίου 1987, υποθ. 222/86, *Heylens*, Συλλ. 1987, αριθ. 15, της 18ης Οκτωβρίου 1989, υποθ. 374/87, *Okrem*, Συλλ. 1989, 3283 της 21ης Νοεμβρίου 1991, C - 269/90 *TU München*, Συλλ. 1991, I-5469, και αποφάσεις του Πρωτοδικείου της 6ης Δεκεμβρίου 1994, T - 450/93, *Lisrestal*, Συλλ. 1994, II-1177, της 18ης Σεπτεμβρίου 1995, T - 167/94 *Nfille*, Συλλ. 1995, II -258) και, όσον αφορά την υποχρέωση αιτιολόγησης από το άρθρο 253 της συνθήκης ΕΚ. Η παράγραφος 3 αναπαράγει το δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο 288 της συνθήκης ΕΚ.

Η παράγραφος 4 αναπαράγει το δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο 21, τρίτο εδάφιο της συνθήκης ΕΚ.

Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2, τα δικαιώματα αυτά ασκούνται υπό τους όρους και εντός των ορίων που προβλέπονται από τις συνθήκες. Το δικαίωμα αποτελεσματικής προσφυγής, το οποίο αποτελεί σημαντική πτυχή αυτού του θέματος διασφαλίζεται στο άρθρο 47 του παρόντος Χάρτη.

Άρθρο 42

Δικαίωμα πρόσβασης στα έγγραφα

Κάθε πολίτης της Ένωσης ή κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που κατοικεί ή έχει την καταστατική έδρα του σε ένα κράτος μέλος έχει δικαίωμα πρόσβασης στα έγγραφα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Συμβουλίου και της Επιτροπής.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται σε αυτό το άρθρο είναι το δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο 255 της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2, ασκείται υπό τους όρους που προβλέπει η συνθήκη.

Άρθρο 43

Διαμεσολαβητής

Κάθε πολίτης της Ένωσης ή κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που κατοικεί ή έχει την καταστατική έδρα του σε κράτος μέλος, έχει δικαίωμα να προσφεύγει στο Διαμεσολαβητή της Ένωσης, σχετικά με περιπτώσεις κακής διοίκησης στο πλαίσιο της δράσης των κοινοτικών οργάνων ή οργανισμών, με εξαίρεση το Δικαστήριο και το Πρωτοδικείο κατά την άσκηση των δικαιοδοτικών καθηκόντων τους.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται σε αυτό το άρθρο είναι το δικαίωμα που διασφαλίζεται στα άρθρα 21 και 195 της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52 παρ. 2 ασκείται υπό τους όρους που προβλέπει η συνθήκη.

Άρθρο 44

Δικαίωμα αναφοράς

Κάθε πολίτης της Ένωσης ή κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που κατοικεί ή έχει την καταστατική έδρα του σε κράτος μέλος, έχει δικαίωμα αναφοράς προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο αυτό είναι το προβλεπόμενο στο άρθρο 20 της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2 ασκείται υπό τους όρους που προβλέπει η συνθήκη.

Άρθρο 45

Ελευθερία κυκλοφορίας και διαμονής

1. Κάθε πολίτης της Ένωσης έχει δικαίωμα να κυκλοφορεί και να διαμένει ελεύθερα στο έδαφος των κρατών μελών.

2. Η ελευθερία κυκλοφορίας και διαμονής μπορεί να χορηγείται, σύμφωνα με τη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, στους υπηκόους των τρίτων χωρών που διαμένουν νομίμως στο έδαφος κράτους μέλους.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται στην πρώτη παράγραφο είναι το δικαίωμα το οποίο εγγυάται το άρθρο 18 της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2, ασκείται υπό τους όρους και εντός των ορίων που προβλέπει η συνθήκη.

Η δεύτερη παράγραφος υπενθυμίζει την αρμοδιότητα που παρέχεται στην Κοινότητα σύμφωνα με τα άρθρα 62, παράγραφοι 1 και 3, και 63, παρ. 4 της συνθήκης ΕΚ. Εξ αυτού συνάγεται ότι η χορήγηση αυτού του δικαιώματος εξαρτάται από την άσκηση της σχετικής αρμοδιότητας εκ μέρους των οργάνων.

Άρθρο 46

Διπλωματική και προξενική προστασία

Κάθε πολίτης της Ένωσης απολαύει, στο έδαφος τρίτων χωρών στις οποίες δεν αντιπροσωπεύεται το κράτος μέλος του οποίου είναι υπήκοος, της διπλωματικής και προξενικής προστασίας κάθε κράτους μέλους, υπό τους ίδιους όρους που ισχύουν και έναντι των υπηκόων του κράτους αυτού.

Επεξήγηση.

Το δικαίωμα που διασφαλίζεται στο άρθρο αυτό είναι το δικαίωμα το οποίο εγγυάται το άρθρο 20 της συνθήκης ΕΚ. Σύμφωνα με το άρθρο 52, παρ. 2, ασκείται υπό τους όρους που προβλέπει η συνθήκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI - ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ

Άρθρο 47

Δικαίωμα πραγματικής προσφυγής και αμερόληπτου δικαστηρίου

Κάθε πρόσωπο του οποίου παραβιάστηκαν τα δικαιώματα και οι ελευθερίες που διασφαλίζονται από το δίκαιο της Ένωσης, έχει δικαίωμα πραγματικής προσφυγής ενώπιον δικαστηρίου, τηρουμένων των προϋποθέσεων που προβλέπονται στο παρόν άρθρο.

Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να δικαστεί η υπόθεσή του δίκαια, δημόσια και εντός ευλόγου προθεσμίας, από ανεξάρτητο και αμερόληπτο δικαστήριο, που έχει προηγουμένως συσταθεί νομίμως.

Κάθε πρόσωπο έχει τη δυνατότητα να συμβουλευέται δικηγόρο και να του αναθέτει την υπεράσπιση και εκπροσώπησή του. Σε όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, παρέχεται ευεργέτημα πενίας, εφόσον το ευεργέτημα αυτό είναι αναγκαίο για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική πρόσβαση στη δικαιοσύνη.

Επεξήγηση.

Το πρώτο εδάφιο βασίζεται στο άρθρο 13 της ΕΣΑΔ:

«Πάν πρόσωπον του οποίου τα αναγνωριζόμενα εν τη παρούση Συμβάσει δικαιώματα και ελευθερίαί παρεβιάσθησαν, έχει το δικαίωμα πραγματικής προσφυγής ενώπιον εθνικής αρχής, έστω και αν η παραβίαση διεπράχθη υπό προσώπων ενεργούντων εν τη εκτελέσει των δημοσίων καθηκόντων των».

Εντούτοις στο κοινοτικό δίκαιο, η προστασία είναι ευρύτερη, δεδομένου ότι εγγυάται δικαίωμα αποτελεσματικής προσφυγής ενώπιον δικαστή. Το Δικαστήριο κατοχύρωσε την αρχή αυτή με την απόφαση του της 15ης Μαΐου 1986 (Johnston, υποθ. 222/84, Συλλογή Νομολογίας σ. 1651, βλ. επίσης τις αποφάσεις της 15ης Οκτωβρίου 1987, υπόθεση 222/86, - Heylens - Συλλ. 1987, 4097 και της 3ης Δεκεμβρίου 1992, C - 97/91, - Borelli -, Συλλ. 1992, 1-6313). Κατά το Δικαστήριο, η αρχή αυτή ισχύει επίσης για τα κράτη μέλη κατά την εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου. Με την ενσωμάτωση της σχετικής νομολογίας στο Χάρτη δεν επιδιώκεται η τροποποίηση του συστήματος προσφυγών που προβλέπεται στις συνθήκες και ιδίως των κανόνων που διέπουν το παραδεκτό των προσφυγών. Η αρχή αυτή εφαρμόζεται σύμφωνα με τους

οικονομικούς κανόνες που προβλέπονται στις συνθήκες. Ισχύει έναντι των οργάνων της Ένωσης και έναντι των κρατών μελών όταν εφαρμόζουν το δίκαιο της Ένωσης και για όλα τα δικαιώματα που διασφαλίζονται από το δίκαιο της Ένωσης.

Το δεύτερο εδάφιο βασίζεται στο άρθρο 6 παράγραφος 1 της ΕΣΑΔ, που έχει ως εξής: «Παν πρόσωπον έχει δικαίωμα όπως η υποθεσίς του δικασθή δικάως, δημοσία και εντός λογικής προθεσμίας υπό ανεξαρτήτου κα αμερολήπτου δικαστηρίου, νομίμως λειτουργούντος, το οποίον θα αποφασίση είτε επί των αμφισβητήσεων επί των δικαιωμάτων και υποχρεώσεών του αστικής φύσεως, είτε επί του βασίμου πάσης εναντίον του κατηγορίας ποινικής φύσεως.

Η απόφασις δέον να εκδοθή δημοσία, η είσοδος όμως εις την αίθουσαν των συνεδριάσεων δύναται να απαγορευθή εις τον τύπον και το κοινόν καθ' όλην η μέρος της διαρκείας της δίκης προς το συμφέρον της ηθικής, της δημοσίας τάξεως ή της εθνικής ασφαλείας εν δημοκρατική κοινωνία, όταν τούτο ενδείκνυται υπό των συμφερόντων των ανηλίκων ή της ιδιωτικής ζωής των διαδίκων, η εν τω κρινομένω υπό του Δικαστηρίου ως απολύτως αναγκαίω μέτρω, όταν υπό ειδικάς συνθήκας η δημοσιότης θα ηδύνατο να παραβλάψη τα συμφέροντα της δικαιοσύνης». Στο κοινοτικό δίκαιο, το δικαίωμα σε δικαστήριο δεν ισχύει μόνο επί αμφισβητήσεων για δικαιώματα και υποχρεώσεις αστικής φύσεως. Αυτό αποτελεί μία από τις συνέπειες του γεγονότος ότι η Κοινότητα είναι κοινότητα δικαίου όπως το διαπίστωσε το Δικαστήριο στην υπόθεση 294/83, Πράσινοι κατά Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (απόφαση της 23ης Απριλίου 1986, συλλογή σ. 1339).

Ωστόσο, αν εξαιρεθεί το πεδίο εφαρμογής τους, οι εγγυήσεις που προσφέρει η σύμβαση εφαρμόζονται κατά παρεμφερή τρόπο στην Ένωση. Όσον αφορά το τρίτο εδάφιο, σημειωτέον ότι, κατά την νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, πρέπει να προβλέπεται νομική αρωγή στην περίπτωση που η έλλειψη της θα καταστούσε απρόσφορη την εξασφάλιση αποτελεσματικής προσφυγής (Απόφαση ΕΔΑΔ της 9.10.1979, Airey, Σειρά Α, Τόμος 32, 11). Υφίσταται επίσης σύστημα νομικής αρωγής ενώπιον του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Άρθρο 48

Τεκμήριο αθωότητας και δικαιώματα της υπεράσπισης

1. Κάθε κατηγορούμενος τεκμαίρεται ότι είναι αθώος μέχρι αποδείξεως της ενοχής του σύμφωνα με το νόμο.

2. Διασφαλίζεται ο σεβασμός των δικαιωμάτων της υπεράσπισης σε κάθε κατηγορούμενο.

Επεξήγηση.

Το άρθρο 48 είναι το ίδιο με το άρθρο 6 παράγραφοι 2 και 3 της ΕΣΑΔ που έχει ως εξής:

«2. Παν πρόσωπον κατηγορούμενον επί αδικήματι τεκμαίρεται ότι είναι αθών μέχρι της νομίμου αποδείξεως της ενοχής του.

3. Ειδικότερον, πας κατηγορούμενος έχει δικαίωμα:

α. όπως πληροφορηθή εν τη βραχυτέρα προθεσμία εις γλώσσαν την οποίαν εννοεί και εν λεπτομερεία την φύσιν και τον λόγον της εναντίον της κατηγορίας,

β. όπως διαθέτη τον χρόνον και τας αναγκαίας ευκολίας προς προετοιμασίαν της υπερασπίσεώς του,

γ. όπως υπερασπίση ο ίδιος εαυτόν ή αναθέση την υπεράσπισίν του εις συνήγορον της εκλογής του, εν ή δε περιπτώσει δεν διαθέτει τα μέσα να πληρώσει συνήγορον να τω παρασχεθή τοιούτος δωρεάν, όταν τούτο ενδείκνυται υπό του συμφέροντος της δικαιοσύνης,

δ. να εξετάση ή ζητήση όπως εξετασθώσιν οι μάρτυρες κατηγορίας και επιτύχη την πρόσκλησιν και εξέτασιν των μαρτύρων υπερασπίσεως υπό τους αυτούς όρους ως των μαρτύρων κατηγορίας

ε. να τύχη δωρεάν παραστάσεως διερμηνέως, εάν δεν εννοή ή δεν ομιλή την χρησιμοποιούμενη εις το δικαστήριο γλώσσαν».

Σύμφωνα με το άρθρο 52 παρ. 3 το δικαίωμα αυτό έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το δικαίωμα που κατοχυρώνεται στην ΕΣΑΔ.

Άρθρο 49

**Αρχές της νομιμότητας και της αναλογικότητας
αξιοποιούνων πράξεων και ποινών**

1. Κανείς δεν μπορεί να καταδικαστεί για πράξη ή παράλειψη, η οποία δεν αποτελούσε, κατά τη στιγμή της τέλεσής της, αδίκημα κατά το εθνικό ή το διεθνές δίκαιο. Επίσης δεν επιβάλλεται ποινή βαρύτερη από εκείνη, η οποία επιβλήτετο κατά τη στιγμή της τέλεσης του αδικήματος. Εάν, μετά την τέλεση του αδικήματος, προβλεφθεί με νόμο ελαφρύτερη ποινή, επιβάλλεται αυτή η ποινή.

2. Το παρόν άρθρο δεν επηρεάζει τη δίκη και την τιμωρία ατόμου ενόχου για πράξη ή παράλειψη η οποία, κατά τη στιγμή της τέλεσής της, ήταν εγκληματική σύμφωνα με τις γενικές αρχές που αναγνωρίζονται από όλα τα έθνη.

3. Η αυστηρότητα της ποινής δεν πρέπει να είναι δυσανάλογη προς το αδίκημα.

Επεξήγηση.

Το άρθρο αυτό περιλαμβάνει την κλασική αρχή της μη ανδρομικότητας των νόμων και ποινών στο ποινικό δίκαιο.

Έχει προστεθεί η αρχή της αναδρομικότητας του ευνοϊκότερου ποινικού δικαίου που ισχύει σε αρκετά κράτη μέλη και περιέχεται στο άρθρο 15 του Συμφώνου για τα αστικά και πολιτικά δικαιώματα.

Το άρθρο 7 της ΕΣΑΔ έχει ως εξής:

«1. Ουδείς δύναται να καταδικασθή δια πράξιν ή παράλειψιν η οποία, καθ' ην στιγμήν διεκράχθη, δεν απετέλει αδίκημα συμφώνως προς το εθνικόν ή διεθνές δίκαιον. Ούτε και επιβάλλεται βαρύτερα ποινή από εκείνην η οποία επεβάλλετο κατά την στιγμήν της διαπράξεως του αδικήματος.

2. Το παρόν άρθρον δεν σκοπεί να επηρεάσει την δίκην και τιμωρίαν ατόμων ενόχων δια πράξεις ή παραλείψεις αι οποίαι καθ' ην στιγμήν διεκράχθησαν, ήσαν εγκληματικαί συμφώνως προς τα αναγνωρισμένας υπό των πολιτισμένων εθνών γενικάς αρχάς δικαίου». Διεγράφη απλώς, στην παράγραφο 2, ο όρος «πολιτισμένα» χωρίς αυτό να συνεπάγεται καμιά μεταβολή στην έννοια της παραγράφου, που αφορά τα εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας. Σύμφωνα με το άρθρο 52 παρ. 3, το διασφαλιζόμενο δικαίωμα έχει επομένως την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το δικαίωμα που εγγυάται η ΕΣΑΔ. Η παράγραφος 3 περιλαμβάνει την γενική αρχή της αναλογικότητας των αδικημάτων και των ποινών η οποία κατοχυρώνεται από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών και από την νομολογία του Δικαστηρίου των ΕΚ.

Άρθρο 50

**Δικαίωμα του προσώπου να μη δικάζεται ή να μην
τιμωρείται ποινικά δύο φορές για την ίδια αξιόποινη πράξη**

Κανείς δεν διώκεται ούτε τιμωρείται ποινικά για αδίκημα για το οποίο έχει ήδη αθωωθεί ή καταδικαστεί εντός της Ένωσης με οριστική απόφαση ποινικού δικαστηρίου σύμφωνα με το νόμο.

Επεξήγηση.

Το άρθρο 4 του πρωτοκόλλου αριθ. 7 της ΕΣΑΔ έχει ως εξής:

«1. Κανένας δεν μπορεί να διωχθεί ή καταδικασθεί ποινικά από τα δικαστήρια του ίδιου Κράτους, για μια παράβαση για την οποία ήδη αθώωθηκε ή καταδικάσθηκε με αμετάκλητη απόφαση σύμφωνα με το νόμο και την ποινική δικονομία του Κράτους αυτού.

2. Οι διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου δεν εμποδίζουν την επανάληψη της διαδικασίας, σύμφωνα με το νόμο και την ποινική δικονομία του Κράτους για το οποίο πρόκειται, εάν υπάρχουν αποδείξεις ή νέα ή μεταγενέστερα της απόφασης γεγονότα, ή υπήρξε θεμελιώδες σφάλμα της προηγούμενης διαδικασίας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της υπόθεσης.

3. Καμιά παρέκκλιση από αυτό το άρθρο δεν επιτρέπεται με βάση το άρθρο 15 της Σύμβασης».

Η αρχή του δεδικασμένου εφαρμόζεται στο κοινοτικό δίκαιο (βλ. μεταξύ της σημαντικής νομολογίας, απόφαση της 5ης Μαΐου 1966, *Buttman* κατά Επιτροπής,

υπόθεση 18/65 και 35/65, Συλλ. 1966, σ. 150 και για μια πρόσφατη υπόθεση, αδημοσίευτη απόφαση του Πρωτοδικείου της 20ης Απριλίου 1999, συνεκδικαζόμενες υποθέσεις T - 305/94 και άλλες, Limburgse Vinyl Maatschappij NV κατά Επιτροπής, Συλλ. 11-931).

Διευκρινίζεται ότι ο κανόνας της μη σώρευσης αφορά τη σώρευση δύο κυρώσεων της αυτής φύσεως, ποινικών εν προκειμένω. Σύμφωνα με το άρθρο 50, η αρχή του δεδικασμένου δεν ισχύει μόνο εντός της δικαιοδοσίας ενός και του αυτού κράτους, αλλά επίσης μεταξύ των δικαιοδοσιών διαφορών κρατών μελών.

Αυτό αντιστοιχεί στο κεκτημένο του δικαίου της Ένωσης βλ. τα άρθρα 54-58 της Σύμβασης για την εφαρμογή της συμφωνίας του Σένγκεν, το άρθρο 7 της Σύμβασης σχετικά με την προστασία των οικονομικών συμφερόντων της Κοινότητας το άρθρο 10 της Σύμβασης για την καταπολέμηση της δωροδοκίας.

Οι πολύ εξαιρετικές περιπτώσεις στις οποίες οι εν λόγω συμβάσεις επιτρέπουν στα κράτη μέλη να παρεκκλίνουν από την αρχή του δεδικασμένου καλύπτονται από την οριζόντια διάταξη του άρθρου 52 παράγραφος 3, σχετικά με τους περιορισμούς. Όσον αφορά τις καταστάσεις που αναφέρονται στο άρθρο 4 του πρωτοκόλλου αριθ. 7 δηλαδή την εφαρμογή της αρχής στο εσωτερικό ενός κράτους μέλους, το διασφαλιζόμενο δικαίωμα έχει την ίδια έννοια και την ίδια εμβέλεια με το αντίστοιχο δικαίωμα της ΕΣΑΔ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII - ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 51

Πεδίο εφαρμογής

1. Οι διατάξεις του παρόντος Χάρτη απευθύνονται στα όργανα και τους οργανισμούς της Ένωσης, τηρουμένης της αρχής της επικουρικότητας, καθώς και στα κράτη μέλη, μόνον όταν εφαρμόζουν το δίκαιο της Ένωσης. Κατά συνέπεια, οι ανωτέρω σέβονται τα δικαιώματα, τηρούν τις αρχές και προάγουν την εφαρμογή τους, σύμφωνα με τις αντίστοιχες αρμοδιότητές τους.

2. Ο παρών Χάρτης δεν δημιουργεί καμία νέα αρμοδιότητα και κανένα νέο καθήκον για την Κοινότητα και για την Ένωση και δεν τροποποιεί τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα που καθορίζονται από τις Συνθήκες.

Επεξήγηση.

Στόχος του άρθρου 51 είναι να προσδιορισθεί το πεδίο εφαρμογής του Χάρτη.

Επιδιώκει να καταστήσει σαφές ότι ο Χάρτης εφαρμόζεται κατ' αρχάς στα όργανα και τους οργανισμούς της Ένωσης με την τήρηση της αρχής της επικουρικότητας.

Η διάταξη αυτή είναι πιστή στο άρθρο 6 παρ. 2 της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση που επιβάλλει στην Ένωση υποχρέωση σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων καθώς και στην εντολή που έδωσε το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Κολωνίας. Ο όρος «όργανο» κατοχυρώνεται στην συνθήκη ΕΚ που απαριθμεί τα θεσμικά όργανα στο άρθρο 7. Ο όρος «οργανισμός» χρησιμοποιείται συνήθως αναφερόμενος σε όλα τα επικουρικά όργανα που δημιουργούνται βάσει των συνθηκών ή βάσει πράξεων παραγώγου δικαίου (βλ. το άρθρο 286, παραγρ. 1 της συνθήκης για την ίδρυση της ΕΚ).

Όσον αφορά τα κράτη μέλη, από τη νομολογία του Δικαστηρίου απορρέει πέραν πάσης αμφιβολίας ότι η υποχρέωση σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων που καθορίζονται στο πλαίσιο της Ένωσης επιβάλλεται και στα κράτη μέλη, όταν ενεργούν το πλαίσιο του κοινοτικού δικαίου. (Απόφαση της 13ης Ιουλίου 1989, Wachauf, υπόθεση 5/88, Συλλογή 1989, σ. 2609).

Όπως προσφάτως το Δικαστήριο επιβεβαίωσε τη νομολογία αυτή ως εξής: «Επιπλέον, υπενθυμίζεται ότι οι υποχρεώσεις που απορρέουν από την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην κοινοτική έννομη τάξη δεσμεύουν και τα κράτη μέλη όταν υλοποιούν κοινοτικές ρυθμίσεις...» (Απόφαση της 13ης Απριλίου 2000, υπόθεση C-292/97, αιτιολογική σκέψη 37, δεν έχει ακόμη δημοσιευθεί).

Εννοείται ότι η εν λόγω αρχή, όπως κατοχυρώνεται στον παρόντα Χάρτη, εφαρμόζεται εξίσου στις κεντρικές αρχές και στις περιφερειακές ή τοπικές δικαστικές αρχές καθώς

επίσης και στους δημοσίους οργανισμούς οσάκις εφαρμόζουν το δίκαιο της Ένωσης. Η δεύτερη παράγραφος επιβεβαιώνει ότι ο Χάρτης δεν μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να επεκτείνει τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα που απονέμονται στην Κοινότητα και την Ένωση από τις συνθήκες.

Πρέπει να μνημονεύεται ρητώς αυτό που απορρέει λογικά από την αρχή της επικουρικότητας και το γεγονός ότι η Ένωση διαθέτει μόνον κατ' ανάθεσιν αρμοδιότητες.

Τα θεμελιώδη δικαιώματα όπως διασφαλίζονται στην Ένωση παράγουν αποτελέσματα μόνον στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων αυτών που καθορίζονται από τη συνθήκη.

Άρθρο 52

Εμβέλεια των διασφαλιζόμενων δικαιωμάτων

1. Κάθε περιορισμός στην άσκηση των δικαιωμάτων και ελευθεριών που αναγνωρίζονται στον παρόντα Χάρτη πρέπει να προβλέπεται από το νόμο και να τηρεί το βασικό περιεχόμενο των εν λόγω δικαιωμάτων και ελευθεριών.

Τηρουμένης της αρχής της αναλογικότητας, περιορισμοί επιτρέπεται να επιβάλλονται μόνον εφόσον είναι αναγκαίοι και ανταποκρίνονται πραγματικά σε στόχους γενικού ενδιαφέροντος που αναγνωρίζει η Ένωση ή στην ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων και ελευθεριών των τρίτων.

2. Τα δικαιώματα που αναγνωρίζονται στον παρόντα Χάρτη και θεμελιώνονται στις κοινοτικές Συνθήκες ή στη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, ασκούνται υπό τους όρους και εντός των ορίων που καθορίζονται σε αυτές.

3. Στο μέτρο που ο παρών Χάρτης περιλαμβάνει δικαιώματα που αντιστοιχούν σε δικαιώματα τα οποία διασφαλίζονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, η έννοια και η εμβέλειά τους είναι ίδιες με εκείνες που τους επιφυλάσσει η εν λόγω Σύμβαση. Η διάταξη αυτή δεν εμποδίζει το δίκαιο της Ένωσης να παρέχει ευρύτερη προστασία.

Επεξήγηση.

Στόχος του άρθρου 52 είναι να καθορίσει την εμβέλεια των διασφαλιζόμενων δικαιωμάτων. Η παράγρ. 1 αφορά το καθεστώς των περιορισμών.

Η διατύπωση εμπνέεται από τη νομολογία του Δικαστηρίου: «... κατά πάγια νομολογία μπορεί να επέλθουν περιορισμοί στην άσκηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων, ιδίως στο πλαίσιο κοινής οργάνωσης της αγοράς, υπό την προϋπόθεση ότι οι εν λόγω περιορισμοί ανταποκρίνονται πράγματι σε στόχους γενικού συμφέροντος που επιδιώκει η Κοινότητα και δεν συνιστούν, ενόψει του επιδιωκόμενου στόχου, υπέρμετρα και επαχθή επέμβαση, η οποία θα έθιγε την ίδια την ουσία των δικαιωμάτων αυτών» (Απόφαση της 13ης Απριλίου 2000, υπόθεση C' -292/97, αιτιολογική σκέψη 45). Η μνεία των γενικών συμφερόντων που αναγνωρίζονται από την Ένωση καλύπτει τόσο τους στόχους που αναφέρονται στο άρθρο 2 όσο και άλλα συμφέροντα που προστατεύονται από ειδικές διατάξεις της συνθήκης, όπως το άρθρο 30 ή 39 παράγραφος 3 ΕΚ.

Η παράγραφος 2 διευκρινίζει ότι όταν ένα δικαίωμα απορρέει από τις συνθήκες, υπάγεται στους όρους και τα όρια που καθορίζονται σε αυτές. Ο Χάρτης δεν τροποποιεί το καθεστώς των δικαιωμάτων που απονέμονται από τις συνθήκες.

Η παράγραφος 3 επιδιώκει τη διασφάλιση της αναγκαίας συνοχής μεταξύ του Χάρτη και της ΕΣΑΔ, θέτοντας την αρχή ότι, στο μέτρο που τα δικαιώματα του παρόντος Χάρτη αντιστοιχούν επίσης σε δικαιώματα που διασφαλίζονται από την ΕΣΑΔ, η έννοια και η εμβέλειά τους, συμπεριλαμβανομένων των αποδεκτών περιορισμών, είναι ίδιες με αυτές που προβλέπει η ΕΣΑΔ.

Από τα παραπάνω προκύπτει ιδίως ότι ο νομοθέτης, θέτοντας περιορισμούς στα δικαιώματα αυτά οφείλει να τηρεί τα ίδια πρότυπα με αυτά που ορίζονται από το λεπτομερές καθεστώς των περιορισμών που προβλέπεται στην ΕΣΑΔ, χωρίς αυτό να θίγει την αυτονομία του κοινοτικού δικαίου και του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Η μνεία της ΕΣΑΔ στοχεύει συγχρόνως στη Σύμβαση και τα πρωτόκολλά της. Η έννοια και η εμβέλεια των δικαιωμάτων που διασφαλίζονται καθορίζονται όχι μόνον από το

κείμενο των πράξεων αυτών, αλλά και από τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των δικαιωμάτων του ανθρώπου και από το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Στόχος της τελευταίας φράσης της παραγράφου είναι να δοθεί η δυνατότητα στο δίκαιο της Ένωσης να διασφαλίσει ευρύτερη προστασία.

Ο κατάλογος των δικαιωμάτων που μπορούν επί του παρόντος και χωρίς αυτό να αποκλείει την εξέλιξη του δικαίου της νομοθεσίας και των συνθηκών να θεωρηθεί ότι αντιστοιχούν σε δικαιώματα της ΕΣΑΔ με την έννοια της παρούσας παραγράφου περιλαμβάνεται κατωτέρω.

Δεν επαναλαμβάνονται τα δικαιώματα που προστίθενται σε αυτά της ΕΣΑΔ.

1. Άρθρα του Χάρτη, των οποίων η έννοια και η εμβέλεια είναι οι ίδιες με εκείνες των αντίστοιχων άρθρων της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

- το άρθρο 2 αντιστοιχεί στο άρθρο 2 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 4 αντιστοιχεί στο άρθρο 3 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 5 παρ. 1 και 2 αντιστοιχεί στο άρθρο 4 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 6 αντιστοιχεί στο άρθρο 5 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 7 αντιστοιχεί στο άρθρο 8 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 10 παρ. 1 αντιστοιχεί στο άρθρο 9 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 11 αντιστοιχεί στο άρθρο 10 ΕΣΑΔ με την επιφύλαξη των περιορισμών τους οποίους το κοινοτικό δίκαιο μπορεί να επιφέρει στην ευχέρεια των κρατών μελών να εγκαθιδρύσουν τα καθεστάτα εκδόσεως αδειών λειτουργίας που προβλέπονται στο άρθρο 10, παρ. 1, τρίτη φράση της ΕΣΑΔ
- το άρθρο 17 αντιστοιχεί στο άρθρο 1 του πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΑΔ
- το άρθρο 19 παρ. 1 αντιστοιχεί στο άρθρο του πρόσθετου πρωτοκόλλου αριθ. 4
- το άρθρο 19 παρ. 2 αντιστοιχεί στο άρθρο 3 ΕΣΑΔ όπως ερμηνεύεται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
- το άρθρο 48 αντιστοιχεί στο άρθρο 6 παρ. 2 και 3 ΕΣΑΔ
- το άρθρο 49 παρ. 1 (εκτός της τελευταίας φράσης) και 2 αντιστοιχεί στο άρθρο 7 ΕΣΑΔ

2. Άρθρα των οποίων η έννοια είναι η ίδια με εκείνη των αντίστοιχων άρθρων της ΕΣΑΔ αλλά έχουν ευρύτερη εμβέλεια:

- το άρθρο 9 καλύπτει το πεδίο του άρθρου 12 ΕΣΑΔ αλλά το πεδίο εφαρμογής του μπορεί να επεκταθεί σε άλλες μορφές γάμου, εφόσον θεσπισθούν από την εθνική νομοθεσία
- το άρθρο 12 παρ. 1 αντιστοιχεί στο άρθρο 11 της ΕΣΑΔ αλλά το πεδίο εφαρμογής του επεκτείνεται στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- το άρθρο 14 παρ. 1 αντιστοιχεί στο άρθρο 2 του πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΑΔ, αλλά το πεδίο εφαρμογής του επεκτείνεται στην πρόσβαση στην επαγγελματική και συνεχή κατάρτιση
- το άρθρο 14 παρ. 3 αντιστοιχεί στο άρθρο 2 του πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΑΔ, όσον αφορά τα δικαιώματα των γονέων.

Άρθρο 53

Επίπεδο προστασίας

Καμία διάταξη του παρόντος Χάρτη δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως περιορίζουσα ή θίγουσα τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις θεμελιώδεις ελευθερίες που αναγνωρίζονται στα αντίστοιχα πεδία εφαρμογής από το δίκαιο της Ένωσης, το διεθνές δίκαιο καθώς και από τις διεθνείς συμβάσεις, στις οποίες είναι μέρη η Ένωση, η Κοινότητα ή όλα τα κράτη μέλη, και ιδίως από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, καθώς και από τα Συντάγματα των κρατών μελών.

Επεξήγηση.

Αυτή η διάταξη επιδιώκει να διατηρήσει το επίπεδο προστασίας που παρέχεται σήμερα στο αντίστοιχο πεδίο εφαρμογής τους από το δίκαιο της Ένωσης, το δίκαιο των κρατών μελών και το διεθνές δίκαιο.

Λόγω της σημασίας της, μνημονεύεται η ΕΣΑΔ.

Δικαιώματα των Ψυχικά Πασχόντων

Ποιος απ' τους προστάτες θα μας προστατεύσει;

να ήθελε κανείς να επαναπαυτεί, θεωρώντας ότι τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων έχουν ισχυστεί επαρκώς και γίνονται σεβαστά, έρχεται η ίδια η καθημερινή εμπειρία να του υπενθυμίσει πόσο παραμένει το ζήτημα και πώς με νέους όρους επανατίθενται με οξύτητα τα ίδια ερωτήματα.

Ψυχικά πάσχων πολίτης ισότιμος με τους άλλους ή ανήκει σε μια ειδική κατηγορία χωρίς δικαιώματα και σεβασμούς, χωρίς συμμετοχή τελικά στην κοινωνική ζωή;

Είναι σωστά ο Νόμος όταν θέτει σχετικούς περιορισμούς;

Είναι σεβαστά τα δικαιώματα του ψυχασθενούς στην πράξη, όταν αυτά κατοχυρώνονται από το Νόμο;

Είναι τελικά σεβαστή η ανθρώπινη υπόστασή του, άρρηκτα δεμένη με την αξιοπρέπεια του ατόμου και τη ζωή του να τη βιώνει;

Η προώθηση της επιστημονικής εξέλιξης, έγινε εφικτό τις προηγούμενες δεκαετίες να τεθούν με σύγχρονους όρους πάνω ερωτήματα, να σπάσουν τα όρια της απόρριψης, του εγκλεισμού, του άσυλου. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αντίστοιχη δικαστική μεταρρύθμιση γεφύρωσαν κατ' αρχήν την ψυχική νόσο με τα δικαιώματα των πολιτών, επιχειρώντας να συντονιστούν οι έννοιες αυτές με το περιεχόμενο που τους προσδίδεται στη κοινωνία. Το βέβαιο είναι ότι μπήκαν τα θεμέλια. Το ζητούμενο είναι κατά πόσο οικοδομήσαμε και τι έχουμε καταφέρει πάνω σ' αυτά.

Αντικαταστήσαμε όμως την άγνοια, την προκατάληψη, την απόρριψη και το άσυλο; Μετά από δύο δεκαετίες απο-ασυλοποίησης, θεσμικών αλλαγών και οργάνωσης της κοινοτικής ψυχιατρικής στη χώρα μας, ζουν ακόμα ψυχικά πάσχοντες, ιδιαίτερα όσοι ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, με αξιοπρέπεια και σεβασμό; Δεν μπορεί να αγνοήσει κανείς το έλλειμμα που εμφανίζεται καθημερινά μπροστά μας με τη μορφή των απομονωμένων κοινωνικά, ανθρώπων εγκαταλειμμένων από την οικογένεια, ανθρώπων που δεν μπορούν να βοηθηθούν και άλλων που στοιβάζονται στον προθάλαμο εξωτερικών ιατρείων και σε λίστες αναμονής ή αναζητούν μάταια μία ειδική βοήθεια στην περιοχή τους.

Η πρώτη φάση θεωρήθηκε δεδομένο ότι τα ζητήματα σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα σε ένα νομικό πλαίσιο που αφορά κυρίως - αν όχι αποκλειστικά - το ειδικό νομικό πλαίσιο. Σήμερα μπορούμε καλύτερα να αντιμετωπίσουμε τα δικαιώματα των πασχόντων; Μπορούμε να κατοχυρώσουμε σήμερα τα δικαιώματα που αφορούν κυρίως - αν όχι αποκλειστικά - το ειδικό νομικό πλαίσιο. Σήμερα μπορούμε να συζητήσουμε σήμερα τα δικαιώματα παρά μόνο σε συνάρτηση με το είδος, την επάρκεια και την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Είναι σωστά, όπως και να είναι, ότι σε ό,τι αφορά το νομικό πλαίσιο για την προστασία των ασθενών και των δικαιωμάτων τους, παρά την ύπαρξη των κινήσεων και τις ατέλειες που υπάρχουν σ' αυτό, τα μείζονα προβλήματα προκύπτουν κατά την εφαρμογή του νόμου. Γιατί πέρα από το γράμμα του νόμου, που πολλές φορές παρακάμπτεται, το πνεύμα του νόμου, η ουσιαστική ενδιάφερον και ο σεβασμός προς τον πάσχοντα, δεν επιβάλλεται αλλά καλλιεργείται ως στοιχείο νομιμότητας και δικαιοσύνης.

Επομένως, οι ψυχίατροι, οι άλλοι λειτουργοί της ψυχικής υγείας, θεωρήσουν τα όσα ο νόμος επιβάλλει, να μην είναι απλώς διαδικασίες προς διεκπεραίωση και όχι κοινωνική τους ευθύνη απέναντι σε έναν άνθρωπο που πάσχει, τότε το πνεύμα του νόμου χάνεται, ακόμα και αν το γράμμα τηρείται. Βρισκόμαστε καθημερινά μπροστά σε φαινόμενα παρέκκλισης από το νόμο, κατά τη διαδικασία της ακούσιας ή της δικαστικής συμπαράστασης. Κι αυτό σημαίνει ότι η παρέκκλιση είναι πολύ μεγαλύτερη αν



ομοίωση με την ουσία των πραγμάτων, δηλαδή κατά πόσο υπάρχει μέριμνα για να προστατευτεί και να ωφεληθεί ο νόμος ο ασθενής. Αν, για παράδειγμα, έχουν δικαστική συμπαράσταση όσοι ασθενείς δικαιούνται και αν αυτοί που έχουν δικαστική συμπαράσταση ωφελούνται όπως πρέπει απ' αυτήν.

Όλο που μέσα από την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής γίνονται συνεχώς βήματα προόδου, η έλλειψη του σεβασμού προς τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων δεν μπορεί να αφηθεί σε μία τροχιά αργής εξέλιξης. Στις μέρες μας άλλωστε προβάλλουν συνεχώς νέα αιτήματα για την προστασία των ασθενών από την κακοχείριση και εκμετάλλευση, όπως στο πεδίο της ηθικής και της δεοντολογίας της έρευνας, στον τομέα των δικαιωμάτων, στη μεταχείριση ατόμων με ψυχικές διαταραχές από τα Μ.Μ.Ε.

Ο «Κώδικας του εγκλεισμού», η επιστροφή και η παραμονή των ψυχασθενών στην κοινότητα διευρύνει το ζήτημα της προστασίας τους και του σεβασμού των δικαιωμάτων τους, σε βαθμό που η κοινωνία εμφανίζεται ανήλικη και ανεπαρκής να ανταποκριθεί στις αντίστοιχες ανάγκες. Είναι συνεπώς επιτακτική ανάγκη να ενισχυθούν οι ασθενείς από τις ανεπάρκειες, τους αναχρονισμούς και την ασυνέπεια του ίδιου του κράτους προστασίας. Το ζήτημα των δικαιωμάτων τους πρέπει να τεθεί στο κέντρο του ενδιαφέροντος των πολιτών, κωτίστως αλλά και όλων όσων εργάζονται και κινητοποιούνται για μία νέα αντίληψη για την ψυχική υγεία.

Γιώργος Κωνσταντακόπουλος



ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ*

Κατερίνα Κασσαπάκη

Κοινωνική Λειτουργός

Σπουδάστρια της Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης Ψυχοδραματιστών - Κοινωνικοθεραπευτών

Μέλος του Επιστημονικού Προσωπικού του Ανοικτού Ψυχοθεραπευτικού Κέντρου

Μέλος της "Κίνησης για τα Δικαιώματα των Ψυχασθενών"

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ μέρους της Κίνησης για τα Δικαιώματα των Ψυχασθενών, την Οργανωτική Επιτροπή της Ημερίδας, για την πρόσκληση της συμμετοχής μας στο τόσο καυτό και επίκαιρο θέμα των "Ανθρώπινων Δικαιωμάτων", το οποίο μας αφορά άμεσα ως Κίνηση για τα Δικαιώματα των Ψυχασθενών.

Γίνεται πολύ συζήτηση τελευταία στους κύκλους των επιστημόνων και ευρύτερα, για τους ψυχικά πάσχοντες, τα ανθρώπινα δικαιώματά τους και τον τρόπο που οι ισχύουσες σήμερα νομοθετικές ρυθμίσεις τους προστατεύουν ή κατ' άλλους τους περισσότερους - τα καταστραφούν.

Εμείς, ως Κίνηση, στα 14 χρόνια λειτουργίας, έχουμε ασχοληθεί επισταμένως με την καταπάτηση των δικαιωμάτων των ψυχασθενών μέσα από την ωμή και σκληρή πραγματικότητα που βιώνουμε καθημερινά ως καταναλωτές υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ως μειοψηφία που συστηματικά σπρώχνεται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής όπου και γνωρίζει κάθε είδους εξευτελισμό και εκμετάλλευση.

Ο περιορισμένος χρόνος δεν μας επιτρέπει να αναφερθούμε σ' όλα αυτά τα θέματα που μας απασχολούν ως Κίνηση (π.χ. συστήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, συνθήκες νοσηλείας στα ψυχιατρεία, φάρμακα, σφαίραση διπλωμάτων, κοινωνικό στίγμα).

Στη σημερινή ανακοίνωση θα περιγράψω αρχικά τους σκοπούς και τις δραστηριότητες της Κίνησης για να γνωριστούμε καλύτερα και έπειτα θα περιγράψουμε την υπάρχουσα νομοθεσία περί ακούσιου εγκλεισμού για τους ψυχικά πάσχοντες.

Η Κίνηση Δ.Ψ. ιδρύθηκε τον Οκτώβριο του 1979, στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής - Κέντρο Θεραπείας Ημέρας στην Αθήνα, όταν μία ομάδα ασθενών οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί εκεί αποφάσισαν να διαμαρτυρηθούν για τις παρεμβάσεις του Δ.Σ. του Κέντρου στις σχέσεις τους με τους θεραπευτές τους. Τον Φεβρουάριο του 1980 οι ίδιοι άνθρωποι, μαζί με τους άλλους ασθενείς ή πρώην ασθενείς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και ανθρώπους οι οποίοι ενδιαφέρονταν για την κοινωνική και πολιτική πλευρά

* *Εισήγηση στην Ημερίδα "Ανθρώπινα Δικαιώματα και Κοινωνική Εργασία" που οργάνωσε η Επιτροπή Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΣΚΛΕ, 15 Απριλίου 1994, στην αίθουσα "Γουλιανδρή - Χόρν" στην Πλάκα - Αθήνα.*

του θέματος Ψυχική Υγεία, ίδρυσαν μία οργάνωση και την ονόμασαν "Κίνηση για τα Δικαιώματα των Ψυχοσθενών" με τους παρακάτω στόχους:

- α) Να πληροφορήσει την κοινή γνώμη για τη σημασία της διανοητικής και ψυχολογικής πάθησης και να προσπαθήσει να αλλάξει τη λανθασμένη αντίληψη ότι η διανοητική διαταραχή αποτελεί **κοινωνικό στίγμα**.
- β) Να προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχοσθενών ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τον αμφισβητούμενο ρόλο τους στην κοινωνία και την εκμετάλλευση που υφίστανται ως συνέπεια αυτού.
- γ) Να ενδιαφερθεί για τον τρόπο που τα ψυχιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζονται από το επίσημο Κράτος.

Η Κίνηση, στα 14 χρόνια της λειτουργίας της, έχει δραστηριοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα: Έχει πάρει μέρος και έχει οργανώσει συνεντεύξεις, διαλέξεις στην Ελλάδα και το εξωτερικό, παρουσιάσεις σε εφημερίδες, ραδιοφωνικούς σταθμούς, σε Συνέδρια, όπως το Παγκόσμιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, το 1989, το Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών, το 1985, κλπ. Βρίσκεται σε επαφή με παρόμοια κινήματα του εξωτερικού για ανταλλαγή πληροφοριών. Από το 1992 η Κίνηση είναι μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου για τα Δικαιώματα των Ψυχοσθενών, με έδρα το Άμστερνταμ, και πρόσφατα έγινε μέλος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Ψυχικής Υγείας. Από το 1982 εκδίδουμε το περιοδικό με τίτλο "Η ελευθερία είναι θεραπευτική". Επίσης η Κίνηση έχει κάνει διάφορες προσπάθειες να σταματήσει την ακούσια εισαγωγή ψυχοσθενών σε άσυλα όταν οι ίδιοι έχουν ζητήσει την παρέμβαση μας. Παρέχουμε νομικές και ιατρικές συμβουλές σε περιπτώσεις καταπίεσης των δικαιωμάτων των ψυχοσθενών (άδεια οδήγησης).

Ένα λοιπόν από τα ζητήματα που απασχολούν ιδιαίτερα την Κίνηση είναι η υπάρχουσα νομοθεσία περί ακούσιου εγκλεισμού, η οποία πολλές φορές συντελεί στην κατάφορη παραβίαση των δικαιωμάτων του απόμου με ψυχιατρικά προβλήματα.

Ας δούμε πώς η πολιτεία αντιμετωπίζει τους ψυχικά πάσχοντες πολίτες της.

Σύντομη ιστορική αναδρομή: Το 1973 κατά τη διάρκεια της δικτατορίας εισήχθη ο Νόμος 104/73 στη θέση του Νόμου του 1862, ο οποίος ρύθμιζε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Αυτός ο νόμος προέβλεπε το αποκαλούμενο "επικίνδυνος ψυχοσθενής", χωρίς να καθορίζει κάποιο κριτήριο το οποίο να προσδιορίζει τι είναι επικίνδυνος. Ο ασθενής μεταφερόταν ακουσίως σε ψυχιατρείο και στους συγγενείς έδωσε απερκρίστη δύναμη να εγκλείουν κάποιον. Το 1978 δίνεται το δικαίωμα στον ασθενή ή σε κάθε τρίτο που ενδιαφέρεται να ζητήσει την επανένταξη του εγκλειστού ώστε να ανακληθεί η απόφαση ακούσιου εγκλεισμού, πράξη όμως που δεν εφαρμόστηκε εξαιτίας πολλών γραφειοκρατικών εμποδίων. Το 1983 (Ε.Σ.Υ.) τα άσυλα μετονομάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο νόμος δεν αλλάζει την πεποίθηση ότι ο ψυχοσθενής είναι επικίνδυνος στο κοινό, με συνέπεια η αντιμετώπιση - φροντίδα να ταυτίζεται με την καστοολή.

Η σημερινή πραγματικότητα: Στις 15 Ιουλίου 1992 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο νέος Νόμος 2071/92 που αφορά τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας.

Το πνεύμα που τον διακατέχει είναι η αοριστία και η υποτίμηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και δεν

υπάρχει καμμία ο των ατομικών δικι εξής:

Άρθρο 95: Ακ

1) Είναι η χωρ: Μονάδα Ψυχικής

2) Προϋποθέσ

α) Ο ασί

β) Να μι

γ) Η έλλ η κατ

3) Η νοσηλεία ι βίας κατά του ίδι

4) Η αδυναμία φαίνεται να επικρ

Ας δούμε ανα νοσηλεία: Στις α΄ διαταραχής" και " μπορεί να επιβληθ τους να δηλώσου περιθαλψη) επιθυ από τον ψυχικά ακ τα οποία έχουν οι αυτές τις περιπτώσ στον άρρωστο κα μπορούν να βοηθ

Στη δεύτερη πο βίας" από τον ψυα κτική αφού βάσει ι πράξεις του, τις ετ θούν, υπάρχουν τ τρελλού" που ακε εγκληματικότητας σης, αναιρεθεί απι των εγκλημάτων η

υπάρχει καμία ουσιαστική αλλαγή από τον Χουντικό Νόμο 104/73 στα θέματα της ακούσιας νοσηλείας και των ατομικών δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Τα άρθρα που αναφέρονται σ' αυτά τα θέματα είναι τα εξής:

Άρθρο 95: Ακούσια νοσηλεία.

1) Είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2) Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

- α) Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.
- β) Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
- γ) Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.

3) Η νοσηλεία ασθενούς που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

4) Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία δεν αποτελεί καθ' εαυτή ψυχική διαταραχή.

Ας δούμε αναλυτικά τις προϋποθέσεις που θέτει ο Νόμος για να "νομιμοποιήσει" την αναγκαστική νοσηλεία: Στις α' και β' προϋποθέσεις εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται οι αόριστοι όροι "ψυχικής διαταραχής" και "να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του". Έτσι, ακούσια νοσηλεία μπορεί να επιβληθεί σε πάσχοντες που η ψυχική τους διαταραχή όμως δεν ασκεί επίδραση στην ικανότητά τους να δηλώσουν τη βούλησή τους και τη ειδους μεταχείριση και θεραπεία (π.χ. άσυλο ή εξωνοσοκομειακή περιθαλψη) επιθυμούν για τον εαυτό τους ή αν επιθυμούν κάποια θεραπεία. Μ' αυτόν τον τρόπο στερούν από τον ψυχικά ασθενή όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών ελευθεριών του και τα οποία έχουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία εκτός της ψυχικής διαταραχής. Ακόμη και σ' αυτές τις περιπτώσεις που αναφέρει ο Νόμος, εξειδικευμένες θεραπευτικές δραστηριότητες απευθυνόμενες στον άρρωστο και την οικογένειά του (στο δικό τους χώρο) μαζί με τη διάθεση του απαραίτητου χρόνου, μπορούν να βοηθήσουν (στο να είναι σε θέση να επιλέξει ο ασθενής ποιο είναι το συμφέρον της υγείας του).

Στη δεύτερη παράγραφο αναφέρεται ως προϋπόθεση της αναγκαστικής νοσηλείας "η αποτροπή πράξεων βίας" από τον ψυχικά ασθενή. Πρόκειται δηλαδή για προληπτική φυλάκιση. Έννοια τελείως αντισυνταγματική αφού βάσει του Συντάγματος "κανείς δεν διώκεται, φυλακίζεται προληπτικά για τις σκέψεις του, τις πράξεις του, τις επιθυμίες του". Χωρίς πράξη έγκλημα δεν υπάρχει. Γι' αυτές τις πράξεις, αν ποτέ υλοποιηθούν, υπάρχουν τα ποινικά δικαστήρια. Δεν χρειάζονται τα ψυχοατρεία και ο στιγματισμός "του επικίνδυνου τρελλού" που ακολουθεί τον ψυχικά πάσχοντα σ' όλη του τη ζωή. Η περίφημη υπόθεση περί αυξημένης εγκληματικότητας των ψυχικά ασθενών, η οποία ουσιαστικά καλλιεργείται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αναιρεθεί από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει στη Γερμανία. Οι ειδικοί μας λένε ότι γενικά το ποσοστό των εγκλημάτων που γίνεται γνωστό δεν είναι πάνω από 10%. Ο τεράστιος όγκος των εγκλημάτων παραμένει

μη επισημασμένος και ως εκ τούτου δεν εκπροσωπείται στις επίσημες στατιστικές. Το ερώτημα είναι αν την ίδια δυνατότητα έχουν και τα ψυχικά ασθενή άτομα, που όλες οι έρευνες μας λένε πως αν τύχει να διαπράξουν κάποια εγκληματική ενέργεια, δεν φροντίζουν για άλλοθι ή το κάνουν με ένα τελείως ορατό τρόπο. Το ότι μπορεί να υπερεκπροσωπούνται στις στατιστικές, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι εγκληματούν πιο συχνά αλλά ότι είναι περισσότερο ορατοί στις καταδικαστικές αρχές, είναι πολύ πιο ευάλωτοι σ' αυτό που λέμε επίσημο στίγμα της κοινωνικής αντίδρασης. Διαπιστώνεται λοιπόν από τα στατιστικά νούμερα ότι πρέπει να γίνουμε πιο προσεκτικοί στην αξιολόγησή τους. Με άλλα λόγια, ποιοι από μας δεν έχουμε την επιθυμία κατά καιρούς να ασκήσουμε βία; Όταν ο καρκινοπαθής δεν παίρνει το φάρμακό του δεν βλάπτει τον εαυτό του; Δεν υπάρχει όμως νόημα εγκλεισμού γι' αυτόν. Μόνο για τον ψυχοασθενή.

Άρθρο 96: Διαδικασία Εισαγωγής.

Παράγραφος 1. Την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση του ασθενούς μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής (ευθεία γραμμή) απερίκοριστα ή συγγενής εκ πλάγιου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Σε επείγουσα περίπτωση την Α.Ν. μπορεί να ζητήσει αυτεπάγγελα και ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας και διαμονής του ασθενή.

Παράγραφος 2. Η αίτηση απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών. Την αίτηση αυτή πρέπει να συνοδεύουν απολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων ή επί αδυναμίας εξευρέσεως, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, οι οποίοι δεν έχουν συγγένεια με τον απούντα και τον ασθενή. Ο εισαγγελέας αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας διατάσσει την μεταφορά του ασθενούς σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του άλλου. Εάν οι γνωματεύσεις διαφέρουν μεταξύ τους ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενούς, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία (παρ. 6 του άρθρου αυτού).

Βασική λοιπόν προϋπόθεση σύμφωνα με το Άρθρο 96, η αίτηση και η γνωμάτευση δύο γιατρών, που αν συμφωνούν μεταξύ τους, ο ασθενής είναι πλέον "καταδικασμένος" να νοσηλευθεί ακούσια χωρίς να του παρέχεται η δυνατότητα να υπερασπίσει τον εαυτό του και τα δικαιώματά του με κάποιο ένδικο μέσο. Και οι προϋποθέσεις βέβαια αυτές δεν εξασφαλίζουν στο ελάχιστο την προστασία από περιπτώσεις προσωπικών ή οικονομικών συμφερόντων συγγενών. Αν οι γνωματεύσεις διαφέρουν μεταξύ τους, αρχίζει μια δικαστική διαδικασία, ενώ ο ασθενής μπορεί να έχει ήδη εισαχθεί για θεραπεία ύπερα από εντολή του εισαγγελέα κατά την οποία ο ασθενής δικαιούται: α) να ενημερωθεί για το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο και για την ενημέρωσή αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται από τον υποχρεώμενο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενούς. Διαδικασία βέβαια που δεν εξασφαλίζεται από κανέναν και πουθενά, αφού και ο συνοδός και ο υποχρεώμενος σε ενημέρωση, μπορούν να υπογράψουν πρακτικά ενημέρωσης χωρίς αυτή να έχει γίνει ποτέ ώστε να αποφύγουν τις αναδράσεις του ασθενή. β) Να παραστεί στο Πολυμελές Πρωτοδικείο με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Η συζήτηση στο Πολυμελές να γίνει χωρίς

την παρουσία ή η υπερασπίσει τον εαυτό του, αφού δεν και αν έχει ενημερωθεί και βέβαια και στ έως ότου περατωθεί

Αυτός είναι ο κριτικός τρόπος αντιμετώπισης των ψυχιάτρων (θ στο σύνολό τους) η εναρμόνιση της λ. σχετικά επαγγελματικός νόμος ασχολείται

Πιστεύουμε ότι στον τομέα της θετικής τεχνικές που κενδυχομένως να είναι οικογένειας, πλην ρόλος του Κ.Λ. και

Όσο για τη γενική μόνο σίγουρο είναι εξουσία στη δικαστική να αποφασίζει εάν πολίτες με όλα τα πάσχει ή όχι, να μι

την παρουσία ή την υποχρεωτική εκπροσώπηση του ασθενούς από δικηγόρο, ώστε να μπορέσει να υπερασπίσει τον εαυτό του. Ουσιαστικά δηλαδή όλες "οι προστατευτικές διατάξεις του νόμου αυτοκαταργούνται, αφού δεν κατοχυρώνεται με κανέναν τρόπο η ομαλή διεξαγωγή τους (καταγγελία)". Αλλά και ακόμη αν έχει ενημερωθεί για όλα αυτά, η δυνατότητα του παρέχεται για να μπορέσει πραγματικά να το ασκήσει; Και βέβαια και στην περίπτωση που δικαιώνεται από το δικαστήριο έχει ήδη υποστεί την ακούσια νοσηλεία έως ότου περατωθούν όλες οι γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Αυτός είναι ο καινούργιος νόμος που ελπίζαμε ότι κάποια ουσιαστική αλλαγή θα έφερνε στον ανθρώπινο τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Νόμος που από ό,τι φαίνεται λαμβάνει υπόψη του μόνο τη γνώμη των ψυχιάτρων (θέσεις γιατρών, ιεραρχία γιατρών, υποχρεώσεις γιατρών, μισθοί γιατρών κλπ.), οι οποίοι στο σύνολό τους δεν εκπαιδεύονται ούτε στην κοινωνική ψυχιατρική, ούτε στην ψυχοθεραπεία, ούτε στην εναρμόνιση της λειτουργίας τους με τους συνεργάτες ως ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας. Για τα άλλα σχετικά επαγγέλματα - τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοθεραπευτή, το νοσοκόμο, ο νόμος ασχολείται ελάχιστα, ίσα για να πει ότι πρέπει κι αυτοί να εκπαιδευτούν ψυχιατρικά.

Πιστεύουμε ότι η συμβολή του ειδικευμένου Κοινωνικού Λειτουργού θα μπορούσε να είναι ουσιαστική στον τομέα της θεραπείας και της αποκατάστασης των ψυχοασθενών. Ο ψυχιατρικός Κ.Λ. με τις γνώσεις και τις τεχνικές που κατέχει (κοινωνική εργασία με οικογένεια, με κοινότητα), θα μπορούσε να διερευνήσει και ενδεχομένως να βοηθήσει ώστε να υπάρξει μια πιο ευνοϊκή λύση για το διαταραγμένο ασθενή - μέλος της οικογένειας, πλην αυτής του ακούσιου εγκλεισμού. Πρέπει να σταματήσει επιτέλους να παραγνωρίζεται ο ρόλος του Κ.Λ. και να περιορίζεται σε γραφειοκρατικό και διεκπεραιωτικό έργο.

Όσο για τη γνώμη του άμεσα ενδιαφερόμενου, δηλαδή του ψυχικά πάσχοντα, ούτε λόγος να γίνεται. Το μόνο σίγουρο είναι ότι οι ψυχοασθενείς εξαπτός της ισχύουσας νομοθεσίας στέλνονται από την ψυχιατρική εξουσία στη δικαστική εξουσία και το αντίθετο. Φαίνεται ότι κανένας δεν έχει σκεφτεί ότι εκείνος που πρέπει να αποφασίζει είναι ο ίδιος μια και η δική του ζωή είναι αυτή που παίζεται. Οι ψυχοασθενείς είναι ενήλικοι πολίτες με όλα τα δικαιώματα που ορίζει το Σύνταγμα: Ο εις Έλλην πολίτης να μπορεί να αποφασίζει αν πάσχει ή όχι, να μπορεί να διαλέγει αν θέλει ή δεν θέλει να θεραπευτεί, με ποιο τρόπο και με ποιο θεραπευτή.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχική νόσο
και για την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

της Βασίλης Βαλιρά,
Ψυχολόγος

Η εκπόνηση κειμένου που διατυπώνονται οι αρχές
οργάνωσης για την προστασία των ψυχικά
πόντων και την επίτευξη της ποιότητας των
υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας.

Οι αρχές αυτές προεβλήθησαν από τον Οργανισμό
έναν Εθνών σε πρόσφατη της Γενικής Συνέλευσης
(7-12-1991).

Ο σκοπός για ένα κείμενο που στόχο έχει την
επίσημη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά
πόντων σύμφωνα με τις αντιλήψεις της
επιστήμης.

Ο κείμενο αυτό η Π.Ο.Υ. επέλεξε να συμπεριλάβει
στην περιγραφή των δικαιωμάτων των ψυχικά
πόντων όσο και τις παρεχόμενες ή αυτούς
επιστήμης. Αυτό είναι κατανοητό και δείχνει ότι η
επίσημη των δικαιωμάτων των ψυχικά πάσχοντων
αλληλεγγύη με την παροχή κατάλληλης
αξίας σε αυτούς. Χώρια την κατάλληλη φροντίδα
πορεί να βοηθή διασφάλιση των δικαιωμάτων.

Όσο και οι νόμοι, οι ήθη και οι έθνη, έτσι και αυτές
επιστήμης θα κατανοηθούν την παροχή φροντίδα μέσω η
επιχειρημάτων σχετικά με την παροχή φροντίδα
ασθενών που δεν διασφαλίζονται το πλαίσιο των
υπηρεσιών ψυχικής υγείας που οι πασχόντων τα
δικαιώματα και τις υπηρεσίες που τους παρέχονται των
ασθενών.

Οι αρχές από απόφαση του ανθρωπισμού και της
αυτικής ηθικής, είναι και το επιστέγασμα της
επίσης αντιλήψης της την υγεία σε κοινότητα βάση
του ψυχικά πάσχοντα και το δικαίωμα του
προσκόπη προσπάθεια σε αυτήν.

Εξέλιξη σε αυτό το κείμενο η Π.Ο.Υ. επιχειρεί να
παραστήσει πέρα από γενικές διακηρύξεις για τα
δικαιώματα των ψυχικά πάσχοντων και πιο
καθιέρωση αρχές πάνω σε ένα ευρύ φάσμα
ατόμων που άπτονται του γενικότερου θέματος
και με τις υπηρεσίες, την πρακτική των
ελαφιαίων, την πρόληψη διαφόρων μορφών
επιχειρήσεων κ.α.

Το περιεχόμενο των αρχών της Π.Ο.Υ. είναι
συνοπτικά:

1. ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η διατύπωση για τα γενικά δικαιώματα του ψυχικά
πάσχοντα έχει ως εξής:

*Κάθε άτομο με ψυχική ασθένεια πρέπει να έχει το
δικαίωμα να εξασκεί όλα τα πολιτικά, πολιτιστικά,
οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα
όπως αυτά έχουν αναγνωρισθεί από την Παγκόσμια
Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και από
άλλες διακηρύξεις (άρχη 1 παρ. 5).*

Διακρίνεται επιπλέον ότι οι ψυχικά πάσχοντες
έχουν το δικαίωμα στην καλύτερη διαθεσιμότητα φροντίδα
ψυχικής υγείας, η οποία πρέπει να είναι μέρος του
Συντάγματος, νόμου και κοινωνικής Πρόνοιας (άρχη 1
παρ. 1).

Ακόμη, ότι οι ψυχικά πάσχοντες έχουν το δικαίωμα
προστασίας από κάθε μορφής εκμετάλλευση
οικονομικά, βιομηχανικά και από ψυχική ή άλλη
κακοποίηση καθώς και από εξεπτελιστική φροντίδα.

Η φροντίδα πρέπει να γίνεται με σεβασμό στην
ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Επίσης δεν πρέπει να υπόκεινται σε κανέναν είδους
διακρίσεις ή αποκλεισμούς (άρχη 1 παρ. 2, 3, 4).

Για να διασφαλιστούν αυτά τα δικαιώματα οι
εγχώριες αρχές μέσα στα πλαίσια του νόμου οφείλουν
να παρουν όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας
του ψυχικά πάσχοντα και να προχωρούν, αν αυτό είναι
αναγκαίο, στον διορισμό ενός προσωπικού
εκπροσώπου (άρχη 2).

Έχουν υποχρέωση να ενημερώνουν τον ασθενή για
όλα τα δικαιώματά του και τον τρόπο με τον οποίο
μπορεί να τα εξασκήσει.

Αν ο ψυχικά πάσχων είναι ανίκανος να κατανοήσει
τέτοιες πληροφορίες τότε τα δικαιώματά του ασθενή

αυτή να υλοτοποιούνται στον προσωπικό του προσώπου. Διορισμοί προσωπικών εκπροσωπούμενων από συγγενείς ή αν δεν υπάρχουν τέτοιου είδους άτομα ή ιδρύματα.

Καίριος να διοδησει εντα άτομο που θα ενημερωθη του λογαριασμο του η και θα εκπροσωπηει τα φρονοντα του στις εφες εχει και ο ασθενης που θετει ικανοτητα κατανοησης (αρχη 12).

**ΕΙΔΙΚΑ ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ
Α ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ**

το κείμενο γίνεται πρόβλεψη σε σχετικά με την ικανότητα δικαιοπραξίας (αρχή 1 παρ.β), όπου ορίζεται η λήψη μέτρων για την εξασφάλιση της στασίας του ασθενούς και την πραγματοποίηση των δικαιωμάτων του και υποδεικνύονται οι τρόποι ισμού προσωπικών εκπροσώπων και βιχετικά με ημματα της ακούσιας νοσηλείας (αρχές 16,17,18). ο αναφέρονται τα περιστατικά που χρήζουν ίσιας εισήωγής σε θεραπεία, περιγράφονται τα ριότητα σωματα επιθεώρησης και διατυπώνονται καστικές δικλεις ασφαλείας για την εξέταση και εξέταση αυτων των περιστατικών.

κάθε περίπτωση η Π.Ο.Υ. ξεκαθαρίζει ότι η ίσια νοσηλεία πρέπει να θεωρείται έσχατη λύση και γίνεται προσπάθεια να αποφεύγεται όσο αυτό είναι τό (αρχή 15).

ί πλέον θεωρεί ότι πρέπει να λαμβάνεται μόνιμη να για να επιτυγχάνεται η συναίνεση του ασθενη θεραπεία που λαμβάνει. Η συναίνεση πρέπει να ελευθερη, να δίνεται κατόπιν πληροφόρησης απειλές η ανάρμοστες προτροπές (αρχή 11 παρ.

ην αρχή 11 προβλέπονται και οι μόνες εξαιρέσεις τον γενικό κανόνα της συναίνεσης και σχετίζονται καταστάσεις όπου π.χ. ένα πλάνο θεραπείας είναι όντως αναγκαίο για την πρόληψη άμεσης η ίμενης βλάβης στον ίδιο τον ασθενή η σε τρίτους. πιο απλές απο αυτές τις περιπτώσεις αρκεί η ίνεση του προσωπικού εκπροσώπου, ενώ στις οότερες σοβαρή ιατρική η χειρουργική επέμβαση, χειρουργικές παρεμβάσεις, κλινικές δοκιμές και ματική θεραπεία απαιτείται οπωσδήποτε η ίση ενός ανεξάρτητου σώματος (αρχή 11 παρ. 13,15).

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

κείμενο της Π.Ο.Υ. αναφέρεται: Κάθε άτομο με ή ασθένεια έχει το δικαίωμα να ζει και να εται όσο αυτό είναι δυνατό, μέσα στην κοινότητα. η κάθε ασθενής έχει δικαίωμα φροντιδας κοντά οινότητα, να λαμβάνει θεραπεία κοντά στο σπίτι τον αυτό είναι δυνατό, και η θεραπεία να είναι

παρανομιαν, στο ποσοφικη του αποφαση (αρχή 7).

Η αστική και κοινωνική φροντιδα σε τριτο, να παριεχει στις ανγκες του και να ειναι δικη ποιητας α ελλα φρονοντα (αρχη 3 παρ. 1).

Η φροντιδα του παιδι να λαμβανεται στο δε, πω, ονομα, τριτοστικη, παριελλον, παιδι, παριελλον, η ανγκες της υγείας του και η ποιητας της εφ, δικης ασφαλείας τριτων (αρχη 9 παρ. 1).

Θα πρέπει να βασίζεται σε εξωτερικευμένο πλάνο, να έχει συζητηθεί με τον ασθενη, να παρεχεται απο ικανους επαγγελματιες, να επιθεωρηται σε τικτα χρονικα διαστηματα και να ανεθεωρηται οταν αυτο ειναι αναγκαίο (αρχή 9 παρ. 2).

4. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ-ΗΘΙΚΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Μεγάλο μέρος του κειμένου αφορά την εξειδίκευση των γενικών αρχών δεοντολογίας και ηθικής της Ιατρικής και των επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Κανένα άτομο δεν επιτρέπεται να εξαναγκάζεται σε ιατρικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί εάν τισχε, απο κάποια ψυχική ασθένεια, χωρίς την συναίνεση του (αρχή 5).

Το απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν την κατάσταση της υγείας του πρέπει να είναι σεβαστό (αρχή 6).

Η φροντιδα της ψυχικής υγείας οφειλει να παρεχεται σύμφωνα με τα κριτήρια της δεοντολογίας απο τους επαγγελματιες ψυχικής υγείας, χωρίς καταχρηση των γνώσεων και των δεξιοτητων τους (αρχή 9 παρ. 1).

Η φαρμακευτική ιαγωγή θα πρέπει να είναι συνιδάτη με τις ανέγκες της υγείας του, να χορηγεται μονο για θεραπευτικούς η διαγνωστικούς σκοπους και ποτε ως τιμωρία η διευκόλυνση άλλων. Επιπλέον, να είναι γνωστής η αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητας, να συνταγογραφείται απο εξουσιοδοτημενους απο τον νομο επαγγελματιες της ψυχικής υγείας και να καταγραφεται στο φακελο του ασθενους (αρχή 10).

Καμία θεραπεία δεν πρέπει να δίνεται στον ασθενη χωρίς την συγκατάθεση του κατόπιν ενημερωσης, εκτός απο τις εξαιρέσεις της αρχης 11 που προαναφερθηκαν.

Δεν επιτρέπεται η εφαρμογή κλινικών δοκιμών και πειραματικής θεραπείας σε κανέναν ασθενη χωρίς την συναίνεσή του.

Σε άτομα ανικανα να παρεχουν συναίνεση η κλινική δοκιμή και η πειραματική θεραπεία απαιτει την εγκριση ενός αρμόδιου, ανεξάρτητου σώματος που εχει δημιουργηθει ειδικα γι αυτό το σκοπό (αρχή 11 παρ. 15).

Στα ζητήματα της δεοντολογίας ανηκει και το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει πληροφορίες για τον ίδιο και την υγεία του που κρατούνται απο κάποια υπηρεσια ψυχικής υγείας.

Όταν αυτό το δικαίωμα υπόκειται σε περιορισμούς

η αποφυγή της σοβαρής βλάβης στην υγεία του ασθενούς ή η αποφυγή να τεθεί σε κίνδυνο η υγεία του. Πρέπει η πληροφόρηση να δίνεται με αντικείμενο στον προσωπικό εκπρόσωπο ή τον ίδιο τον ασθενή.

Η αποφυγή φωνητικής παύσης της πληροφορίας ή η υποχρέωση να ειδοποιηθεί τον ασθενή ή τον οικογενή του για την αποκρυψη και τους λόγους επιβάλλουν και αυτό θα υπόκεινται σε εξέταση (αρχή 10).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΚΟΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ο χρόνος ιστορικό κακομεταχειρισμών των ασθενών από την ίδια την κοινωνία και το κράτος και η επιβίωση μέχρι τις μέρες μας οφείλονται σε αντιλήψεις, κριτικές επιτακτική την καλύτερης αναφοράς στην απεργία κάθε χειρίσθη των ασθενών.

Η πρόληψη πρέπει να προστατεύεται από κάθε βλάβη που μπορεί να προέλθει από τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, κακοποίηση από ασθενείς, το προσωπικό ή τρίτους, και από την προκαλούν ψυχική καταπόνηση ή δυσφορία (αρχή 3 παρ. 2).

Ο περιορισμός ή η ακούσια απομόνωση των ασθενών δεν επιτρέπονται. Στην περίπτωση που με τις επίσημα εγκεκριμένες διαδικασίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κάτι τέτοιο είναι ο μόνος τρόπος για την πρόληψη άμεσης ή μετέπειτα βλάβης του ίδιου ή τρίτων, ο σωματικός περιορισμός ή η ακούσια απομόνωση δεν πρέπει να γίνεται πέρα από την περίοδο που αυτό είναι αναγκαίο.

Ο ασθενής στην περίοδο που κρατείται σε ανθρωπίνες συνθήκες και υπό την φροντίδα των υπηρεσιών ακολουθώντας από κατάλληλα μέλη του προσωπικού.

Οι περιπτώσεις σωματικού περιορισμού ή απομόνωσης πρέπει να ειδοποιείται άμεσα ο οικογενής εκπαιδευτής. Οι λόγοι, η φύση και η διάρκεια της ανθρωπίνης αυτής να καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενή (αρχή 11 παρ. 2).

Η πρόληψη είναι ανεπιτήρητη και δεν μπορεί ποτέ να αντικατασταθεί ως θεραπεία για την ψυχική νόσο (αρχή 12).

Οι επεμβάσεις στις σοβαρές ιατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, αυτές μπορούν να γίνουν, εάν το επιτρέπει ο νόμος και αν θεωρείται ότι εξυπηρετούν τις ανάγκες της υγείας του ασθενούς αλλά και την συναίνεση του ίδιου. Όταν ο ασθενής είναι ανίκανος να δώσει συναίνεση οι επεμβάσεις αυτές γίνονται μόνο ύστερα από εξέταση ενός ιατρού ή νοσηλευτή (αρχή 11 παρ. 13).

Οι επεμβάσεις και άλλες παρεμβατικές και μη

αντιστρέψιμες θεραπείες για την ψυχική υγεία δεν επιτρέπεται να εφαρμοστούν ακούσια σε ασθενείς.

Σε όλους τους άλλους ασθενείς για να εφαρμοστούν οι παραπάνω παρεμβάσεις απαιτείται εκτός από τη συναίνεση τους και η έγκριση ενός ανεξάρτητου σώματος, το οποίο κατόπιν εξέτασης θα έχει πειστεί ότι η συναίνεση είναι γνήσια και ότι η θεραπεία εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες της υγείας τους (αρχή 11 παρ. 14).

Όπως σημειώθηκε ήδη παραπάνω σημ. 4 οι ψυχικά ασθενείς πρέπει να προστατεύονται από την εφαρμογή κλινικών δοκιμών και πειραματικών θεραπειών.

6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως είπαμε και στην αρχή του άρθρου η υψηλή επίπεδο ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ολοκληρώνει και διασφαλίζει την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να έχουν προσβίση στους πόρους στο ίδιο επίπεδο όπως όλες οι άλλες δομές υγείας.

Πρέπει να διαθέτουν κατάλληλο και ευάριθμο ιατρικό και λοιπό επαγγελματικό προσωπικό, κατάλληλους χώρους ώστε να μπορούν να παρέχουν στον ασθενή το ιδιωτικό του περιβάλλον και ένα πρόγραμμα κατάλληλης και ενεργητικής θεραπείας. Να διαθέτουν τον απαραίτητο διαγνωστικό και θεραπευτικό εξοπλισμό για να παρέχουν την αρμόζουσα επαγγελματική φροντίδα για επαρκή, τακτική και πλήρη θεραπεία των ασθενών.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οφείλουν να σεβονται πλήρως τους ψυχικά ασθενείς. Να παρέχουν το κατάλληλο περιβάλλον και συνθήκες διαβίωσης που να βρίσκονται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο περιβάλλον και τις συνθήκες της κανονικής ζωής ατόμων της ίδιας ηλικίας.

Δεν επιτρέπεται οι ασθενείς να υποβάλλονται σε υποχρεωτική εργασία.

Σε περίπτωση που εργάζονται, ο τύπος της εργασίας θα αποφασίζεται από τους ίδιους και θα παίρνουν αμοιβή ίδια όπως και ένας μη ασθενής για την ίδια απασχόληση.

Για να διασφαλίζεται το ότι οι συνθήκες, η θεραπεία και η φροντίδα των ψυχικά ασθενών είναι σύμφωνη με τις αρχές της Π.Ο.Υ. οι αρμόδιες εθνικές και τοπικές αρχές έχουν χρέος να επιθεωρούν με επαρκή συχνότητα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (αρχές 13 και 14).

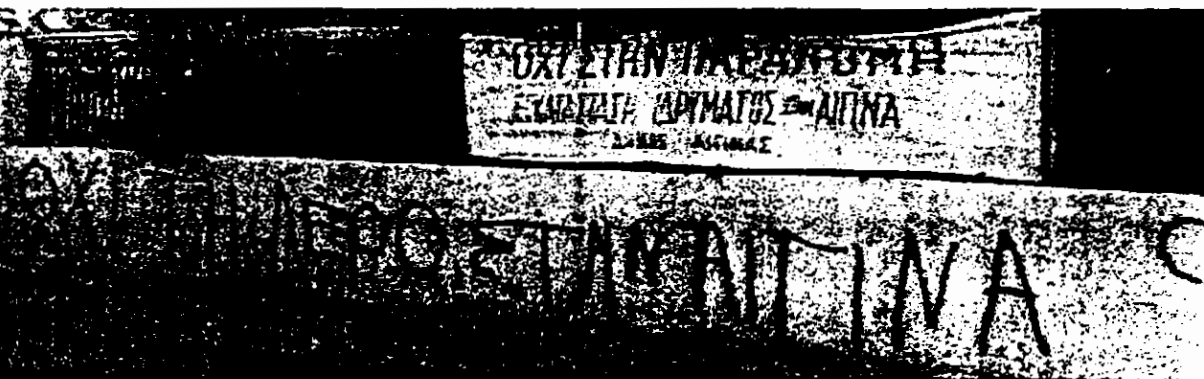
Επίσης οφείλουν να θέσουν σε ισχύ κατάλληλους μηχανισμούς που θα επιβλέπουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να θεσπίσουν ικανοποιητικές πειθαρχικές και δικαστικές διαδικασίες για την αντιμετώπιση της παράβασης καθηκόντος των επαγγελματιών και την παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Στίγμα και προκατάληψη

Βάση των αντιδράσεων μερίδας κατοίκων της Αίγινας

της ΔΕΠ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣ
Ψυχολόγος



στιγμα και οι προκαταλήψεις για την ψυχική υγεία όχι μόνο υφίστανται στην κοινότητα αλλά οδηγούν ορισμένες φορές σε ακραίες αντιδράσεις, όπως αυτές που έζησαν οι εργαζόμενοι της Κλίμακας στην Αίγινα.

Πρόκειται φυσικά για κάτι πρωτόγνωρο, αλλά ακόμη εκδήλωση κατά τη διαδικασία της αποποίησης, της κοινωνικής αντίδρασης που γίνεται από την άγνοια και το φόβο. Ωστόσο, χωρίς η σχετική εμπειρία, αυτού του είδους οι αντιδράσεις περιοίκων και δημοτικών αρχών, γίνονται πάντα στην πορεία σε αποδοχή και προσαρμογή στο επίπονο εγχείρημα της κοινωνικής αποδοχής των ψυχικά ασθενών. Στην Αίγινα, αυτό έγινε ακόμα στην αρχή αυτής της πορείας...

Η Αίγινα, έχει ανακλύψει και βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σημαντικό έτος σοβαρό πρόβλημα όσον αφορά την λειτουργία Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποδοχής (Οικοτροφείο) του Φορέα στην Αίγινα. Η πρόκειται να στεγαστεί μέχρι 15 ασθενείς με ψυχική Υστερήση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές προερχόμενες από το Ψ.Ν.Α. Αίγινας. Το κτίριο έχει ενοικιασθεί από τον Ιούνιο του 2003. Ήδη από τον Αύγουστο του 2003 πριν ξεκινήσουν οι εργασίες διαμόρφωσης του κτιρίου εκδηλώθηκε θύελλα αντιδράσεων από τους κατοίκους της Αίγινας, με την στήριξη της Δημοτικής Αρχής, παρά το γεγονός ότι η τελευταία είχε εκφραστεί ιδιαίτερα θετικά στην προοπτική λειτουργίας της εν λόγω Μονάδας στο νησί, όπως προέκυψε από την από 23.7.2003 επιστολή του Φορέα.

Στη συνέχεια, έγινε αντίρρηση, έγραφε τότε ο Δήμαρχος, στην λειτουργία και τη λειτουργία του Οικοτροφείου. Η πρόταση όλων μας να συμβάλουμε στην αντιμετώπιση πανένταξη ψυχικά πασχόντων. Η απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου του 2003 αποφασίστηκε η συγκρότηση επιτροπής

εμπειρογνημόνων για την εξέταση του ζητήματος, με τη συμμετοχή σε αυτή εκπροσώπων του Υπουργείου Υγείας, του Π.Ο.Υ. της Εκκλησίας της Ελλάδος κλπ. Η επιτροπή δεν συγκροτήθηκε ποτέ, καθώς τα μέλη της έκριναν στην πλειοψηφία τους ότι οι εκφρασμένες κατ'επίσημο παρελθόν θετικές θέσεις τους για την λειτουργία της συγκεκριμένης ή και ανάλογων Μονάδων ήταν επαρκείς. Εντούτοις, εκφράστηκαν θετικά στην προοπτική περαιτέρω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των κατοίκων της τοπικής κοινότητας. Ωστόσο, οι συνεχείς αναβολές της συνεδρίασης της Επιτροπής είχαν ως συνέπεια τη διακοπή κάθε εργασίας στο χώρο επί μακρό χρονικό διάστημα. Η Κλίμακα εκμεταλλεύτηκε το διάστημα αυτό μέσα από συναντήσεις και συζητήσεις με τους αντιδρώντες εκπροσώπους της Δημοτικής Αρχής καθώς και με την υλοποίηση προγράμματος ενημέρωσης της τοπικής κοινότητας με παρουσιάσεις ανοιχτές στο κοινό, συναντήσεις με εκπροσώπους φορέων, συλλόγων κ.λπ.





ον περασμένο Απρίλιο ξεκίνησαν και πάλι διαμαρτυρίες του κτιρίου σύμφωνα με τα επίβλητοις μηχανικοί και τις υποδείξεις της Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης. Με το πέρας των εργασιών η προχώρηση στην πρόσδεση με τους τοίχους σκόνη την προετοιμασία των χώρων προώθη των τοίχων. Λόγω της σημασίας του αντικείμενου ορισμένοι από τους κατοίκους της Μελισσίων είναι δυνάμει κατοίκου του Πελοποννήσου. Δεχόμενοι τις διαμαρτυρίες των κατοίκων η υπηρεσία κάλεσε τον υπεύθυνο της υπηρεσίας να την επισκεφθεί με την άδεια του πρώτου.

Ο κατά τη στιγμή κρίσης πελοποννησιακός υπεύθυνος Δημοτικής Αρχής επέλεξε να μιλήσει με τον υπεύθυνο της υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης και την ολοκλήρωση της έρευνας του κτιρίου. Εξάλλου οι καταρτισμένες ομάδες είναι αυτές που κλείνουν περιόχων εργασιών στη Δημοτική Οικοτροφείο, οι δε υπηρεσίες όπως η Διεύθυνση της Παιδείας, η Περιφερειακή Υπηρεσία Ολοκλήρωσης των Σπουδών και η Περιφερειακή Οικονομική.

Ο υπεύθυνος της Οκλιμακία τμήμα Αρχιτεκτονική Ομάδα προσδοκώντας τη χρήση του



αντιδράσεων και εξομάλυνση της κατάστασης. Μετά την εξέταση όμως των αντιδράσεων π.χ. εκφραζόμενος αντικείμενων μεταξύ των οποίων και αυτοσχέδιο μηχανισμοί πρόκλησης φθορίας, ο Φορέας αναγκάστηκε να απευθυνθεί στις Δικαστικές αρχές, και αρχίσει με υποβολή μηνύσεων στους κατοίκους οι οποίοι διεπρέσαν αξιόποινες πράξεις σε βάρος της εταιρείας και των εργαζομένων σε αυτή καθώς και κατά των περιοριστικών στοιχείων του Οικοτροφείου. Ακολούθησε η κατάθεση ενώπιον του Πρωτοδικείου Πελοποννήσου αιτήσεως ασφαλιστικών μέτρων σε βάρος της Δημοτικής Αρχής με αίτημα την απομάκρυνση παντός ατόμου από την είσοδο του κτιρίου. Επί της αιτήσεως αυτής εκδόθηκε προσωρινή διαταγή.

Αυτές οι ακραίες ενέργειες δεν εκφραζούν φυσικά την πλειοψηφία των κατοίκων του νησιού. Η Οκλιμακία εννοεί τη συμπεριφορά από πολλούς κατοίκους και φορείς του νησιού και την απόλυτη στήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο υπεύθυνος, κ. Νικόλαος Κικιλαμένος, σε μήνυση του στην Εισαγγελία στις 21/7/2004 καλεί τους κάτοικους του κτιρίου να συμπεριφερθούν στην προσπάθεια αποκατάστασης και προσηύχεται διαφορετικά μέσα υποχρεωμένος, κόντρα στο ρεζιμί, να πει και να εκκαταστήσει προσωπικά για τα 12 άτομα.

Οι αρμόδιοι του Π.Σ.Α. Δρομοκατασκευή ήταν ενήμεροι καθ' όλο το δυνατό χρονικό διάστημα για την κατάσταση που έχει προκύψει με το Οικοτροφείο στην Αγία. Στις 16/07/04 με έγγραφο μας τους ενημερώσαμε για την ολοκλήρωση όλων των απαραίτητων εργασιών από την πλευρά μας και τη δυνατότητα έναρξης έργου 10ήμερο με τακτικές 3 ημέρες στο Οικοτροφείο. Ωστόσο, δεν μπορούσαμε να φρονίσουμε συνέπεια στο χρονικό αυτό περιβάλλον, καθώς παρά τη θετική στάση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και παρότι ο αριθμός των αντιδρώντων φαινόταν να είναι μικρός, αδυνατούσαμε να προχωρήσουμε από τις επικρατούσες συνθήκες στην απομάκρυνση από τον χώρο, θεωρώντας ότι μια τέτοια κίνηση θα τους φρόνιζε συναισθηματικά με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο κατά την πρώτη τους εμφάνιση στην Αγία και τους κατοίκους εκεί.

Οι αντιδράσεις των μεμονωμένων αυτών κατοίκων και του Δημοτικού τμήμα συντάχθηκαν κατοχυρωμένα δικαιώματα της συγκεκριμένης κατηγορίας πολιτών, που χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα. Δικαιώματα που κατοχυρώνουν το εθνικό και την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, την ελευθερία του σπυριού να διαφανεί όπου αυτό επιθυμεί και το κοινωνικό δικαίωμα στην κατοικία, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια.

Από τη ζωή της

της Αντίς Αλαμάνου

Άλληλες δράσεις στον δρόμο την επανένταξη.

η Ιουνίου είχαμε την χαρά να γιορτάσουμε τα
του Κέντρου Προώθησης Προϊόντων
Επιχειρήσεων. Πρόκειται για ένα
α που λειτουργεί ο συνεταιρισμός ΚΜΜΑΕ
εισιακό του χώρα και είναι προϊόν της
ας του με το ΠΡΑΞΙΣ - Πανελλήνιο Δίκτυο
κων Εργαστηρίων Α.μ.Ε.Α.

έναν ιδιαίτερα ευχαριστο χώρο, με λαμπρά
περιτεχνα διακοσμημένο, δίνεται η
α προβολής και πώλησης προϊόντων από τα
ί του Συνεταιρισμού ΚΜΜΑΕ και πολλών
αστηρίων ανά την Ελλάδα που απασχολούν
κρυμμένες ευαισθησίες υπό το βάρος της
αταραχής, της νοητικής στέρησης ή άλλης
Με ευαισθησία και εμείς όλοι από την
αγκαλιάσαμε από την πρώτη στιγμή αυτό το
που σηματοδοτεί έναν νέο σταθμό στην
ο Συνεταιρισμού - και είχαμε κοντά μας
α να το γιορτάσουμε. Εργαζόμενοι, φίλοι και
ευαισθητοποιημένοι συμπολίτες μας αλλά
όλοι από την γειτονιά κατέκλυσαν το
της οδού Μ. Αλεξάνδρου στον Κεραμικό
άττω και συμβολικά τις δυνάμεις τους στην
η προσπάθεια για επαγγελματική και
ατάξη άτομων κοινωνικά αποκλεισμένων.
από τους εθισμένους καλεσμένους, με
πρωτοβουλία από μια ιδιαίτερα συγκινητική
α των παιδιών του ΚΕΑ Α.μ.Ε.Α και της
του Ξενοφών της ΚΜΜΑΚΑΣ και με την
ημ πάντοτε ανεσπόμενοι φίλοι μας κοστή
αυρή αυτή ήταν ένα σημαντικό γεγονός
αλλάς πολιτιστική ζωή της ΚΜΜΑΚΑΣ.
ην έκτασης των υγειονόμων κανόνες για
όσοι, ευερεσκόμε με άλλη διαφορά την
η ΚΜΜΑΕ - χοντας όψει το πλήρωμα του
όσην την ΚΜΜΑΚΑ.

νητες αυτές, λοιπόν ΚΜΜΑΕ ευχόμεστε
α βιώζοντες και μες σε παράλληλα
τον δρόμο του δρόμο για την επανένταξη.



1
Α
πλ
ατη
τα
Κα
στε
Πρ
επι
άφ
γλυ
αυ
του
Υ
και
και

Α
Αθ
κα
ται

από τη ζωή της

Υπό το σελινόφως

Μια ζεστή βραδιά του καλοκαιριού, κατά Ομόνοια κυρά, απολαύσαμε - με έκπληξη - την ειδολλιακή πόσφαιρα που μπορεί να προσφέρει μια μικρή δάτσα κάτω από τον αττικό έναστρο ουρανό. Μεσμένοι σε βραδινό cocktail party που διοργάνωσαν στον χώρο τους οι ένοικοι και το προσωπικό του εστιατορίου Διαμερισματος, εναντιωθήκαμε τυχεώς απέναντι στην δίψα και την ζέστη με θονους χυμούς, με φρούτα, με παγωτά και δροσερά κά, και κυρίως με την φρεσκάδα και την όρεξη των που ανοίξαν διάπλατα τις πόρτες του σπιτιού να μας καλοδεχτούν.

Υπό το σελινόφως αφεθήκαμε άλλοι να ρεμβάζουμε άλλοι να χυρευουμε προς τέρψιν της καρδιάς μας της ομήγυρης.

Υπό το ζεστο βράδυ με φεγγάρι, στο κέντρο της ννας, στο cocktail party -άνευ αλκοόλ- νιώσαμε τόσο ά που αναθεωρήσαμε για λίγο τις απόψεις μας περί μεντουπολης και ποιότητας ζωής.



ΕΘΝΟΣ
Διαδικτυακή Έκδοση

Μάθετε ΑΓΓΛΙΚΑ με εύκολο και
διασκεδαστικό τρόπο με τη νέα σειρά
cd-rom **Εθνος** για μικρούς και μεγάλους

30/3/2005

Εθνος
Εθνος
Εθνος
Εθνος
Εθνος
Εθνος
Εθνος
Εθνος

ΘΛΙΒΕΡΗ ΠΡΩΤΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Αποθήκες ψυχασθενών



20% αυξάνεται η εισαγωγή ασθενών πριν από 3ήμερες αργίες ή διακοπές
Ποσοστό εισαγωγής με εισαγγελική εντολή 8% στην Ευρώπη, 30% στη χώρα μας

Γράφει ο Δημ. Καραγιώργος

[29.3.2005] Ανέτοιμη είναι η χώρα

μας να αντιμετωπίσει την επερχόμενη «επιδημία» ψυχικών παθήσεων.

Την επόμενη δεκαετία, ένας στους τέσσερις εφήβους και νέους θα χρειαστούν βοήθεια για κάποιο ψυχικό πρόβλημα που θα αντιμετωπίσουν, ενώ υψηλά είναι και τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ενήλικες.

Οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζονται συχνά με βία και «καθήλωση» από τους επαγγελματίες της Υγείας, ενώ οι συγγενείς τους ζητούν εισαγγελική εντολή για εισαγωγή τους σε ίδρυμα, όταν θέλουν να φύγουν για τριήμερο ή διακοπές!

Τα παραπάνω υπογράμμισαν, χθες, οι εκπρόσωποι ψυχιατρικών νοσοκομείων, με αφορμή ημερίδα με θέμα «Υγεία και Δικαιοσύνη», η οποία θα πραγματοποιηθεί στις 4 Απριλίου στην Αθήνα.

Εισαγωγές

Οι ειδικοί τόνισαν ότι οι υπάρχουσες υποδομές δεν είναι κατάλληλα οργανωμένες, ώστε να αντιμετωπιστούν σωστά οι ασθενείς. Ενδεικτικό είναι το περιστατικό ασθενούς, ο οποίος «ξεχάστηκε» επί μέρες στην καθήλωση στα Χανιά και αποκαλυπτικό το στοιχείο ότι περίπου οι μισές εισαγωγές σε ψυχιατρεία γίνονται με εισαγγελική εντολή, όταν στην Ευρώπη το ποσοστό δεν ξεπερνά το 8%.

Εκτιμούν, μάλιστα, ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν προχωρεί με τους προβλεπόμενους ρυθμούς, ενώ ακόμη και οι ψυχιατρικές δομές εκτός νοσοκομείων δεν έχουν την ποιότητα που θα έπρεπε. Τα οικοτροφεία, οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα, όπου διαβιών πρώην τρόφιμοι ψυχιατρικών, «... δεν είναι πιστοποιημένης αξίας», όπως ανέφεραν χαρακτηριστικά.

Πρότειναν, δε, τη δημιουργία ειδικών «καταστημάτων» για τον εγκλεισμό ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι καταδικάζονται για ποινικά αδικήματα, περιργάφοντας, δηλαδή, φυλακές για ψυχικά πάσχοντες.

Οι διοικητές των ψυχιατρικών Νοσοκομείων Δαφνίου, Χανίων και του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Αθανάσιος Κοσμόπουλος, Παναγιώτης Θεοδωράκης και Χριστίνα Οικονομοπούλου, επεσήμαναν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση κινούνταν με αργούς ρυθμούς.

Η κατάσταση -είπαν- έχει κάπως βελτιωθεί, με εξαίρεση το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το οποίο δεν αναμένεται να κλείσει, όπως είχε προγραμματιστεί, καθώς δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί οι κοινοτικές δομές.

Περίπτωση

Ο κ. Θεοδωράκης είπε ότι στα ψυχιατρεία χρησιμοποιείται βία σε βάρος των ασθενών, αναφέροντας χαρακτηριστικά την περίπτωση ασθενούς ο

οποίος είχε «ξεχαστεί» για μέρες στην καθηλωση.

Με εντολή της διοίκησης -σημείωσε- υποχρεώθηκαν οι επαγγελματίες Υγείας να καταγράφουν τις καθηλώσεις σε ειδικό μητρώο, γεγονός το οποίο μείωσε κατά 70% το φαινόμενο.

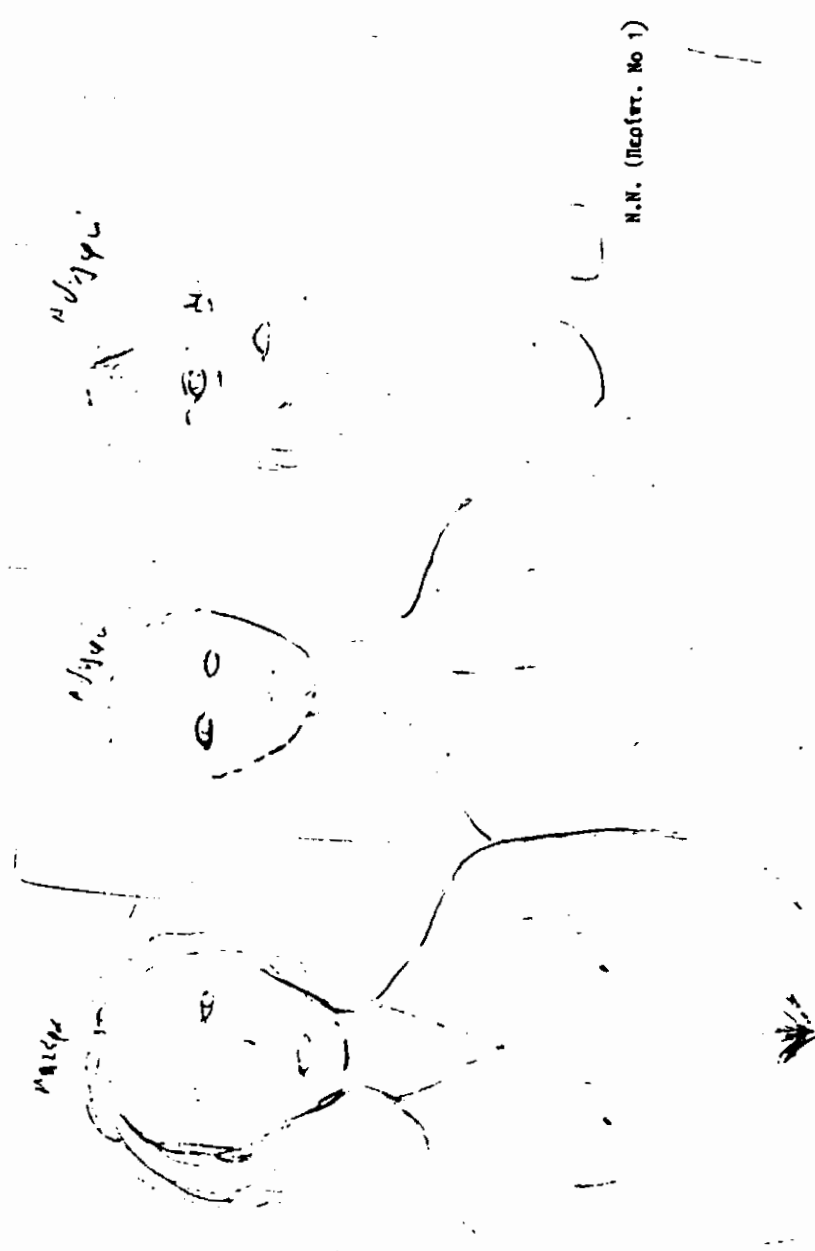
Εκτός από τους νοσηλευτές, οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζονται με άσχημο τρόπο και από τους συγγενείς τους. Οι διοικητές των νοσοκομείων είπαν ότι λίγο πριν από την έναρξη των εορταστικών τριημέρων, αυξάνονται κατά 20% οι εισαγγελικές εντολές για εισαγωγή ασθενών σε ψυχιατρεία. Σε ορισμένες περιοχές, η αύξηση είναι θεαματική κατά την περίοδο συγκομιδής των ελιών!

ΕΥΘΕΩΣ...

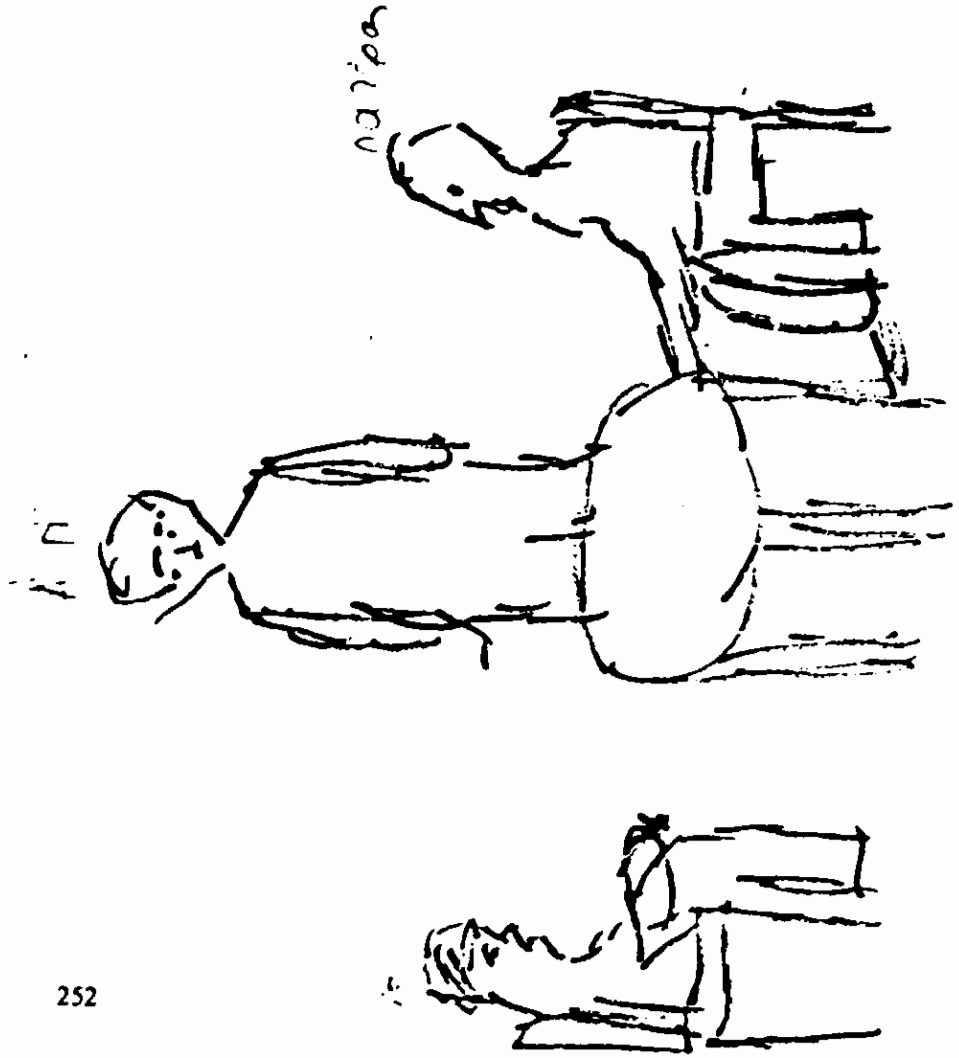
Υπανάπτυκτες οι δομές

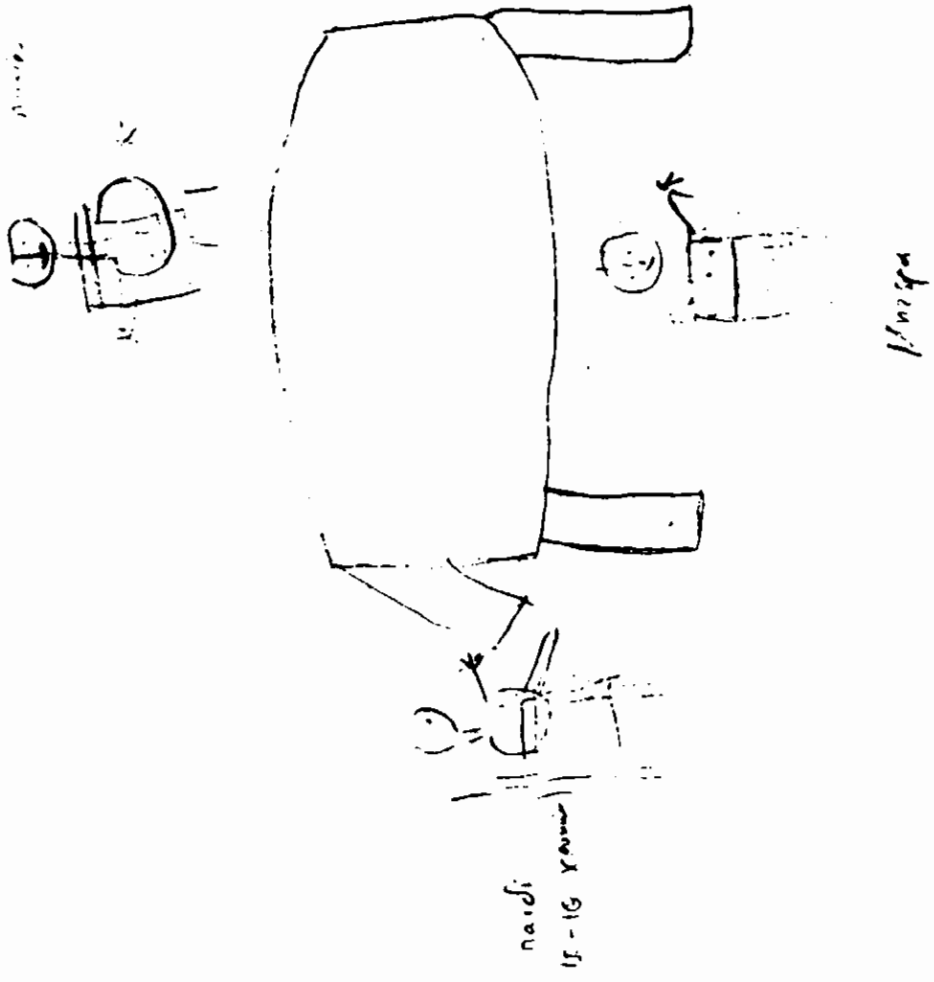
Είναι γεγονός ότι ο εγκλεισμός των ψυχωτικών και ασθενών με σοβαρές ψυχωτικές καταστάσεις σε ιδρύματα αποτελεί μια τακτική των συγγενών. Με αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζουν ησυχία για τις διακοπές τους. Το δυστύχημα είναι ότι αυτό συμβαίνει με τρόπο απρόοπτο και απρογραμματίστο, με αποτέλεσμα να μη συμβάλει στη θεραπεία των ασθενών. Θα μπορούσε να είναι προγραμματισμένο, ώστε να συνδυάζεται το τερπνόν μετά του ωφελίμου. Σε προηγμένες χώρες, προβλήματα αυτού του είδους λύνονται με μόνιμη διαβίωση σε ειδικά ιδρύματα ασθενών, οι οποίοι αδυνατούν να επιβιώσουν ανεξάρτητα στο σπίτι. Τα ιδρύματα αυτά προσφέρουν και θεραπεία και προστατευόμενη διαμονή. Αυτού του τύπου οι δομές δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς στη χώρα μας.

Ιωάννης Κούρος, επιστημονικός διευθυντής Εταιρείας Ψυχολογικής



М.М. (Перев. No 1)





Мозга

nardi
15-16 years

Muzga

K.N. (Defert. No 5)

254

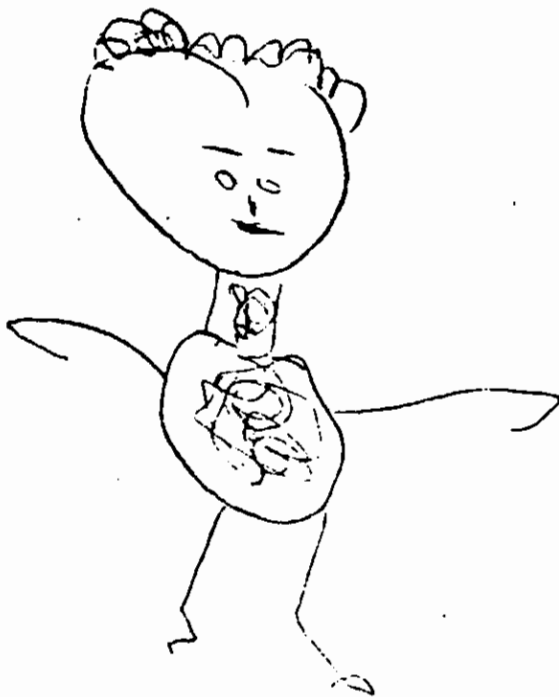


Γ.Α



Α.Δ. (Περ/πτ. Νο 6)

Нитѣк



П.П. (Періпт. Но 14)

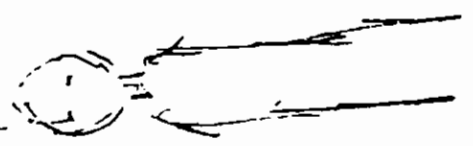
Γ. Π.

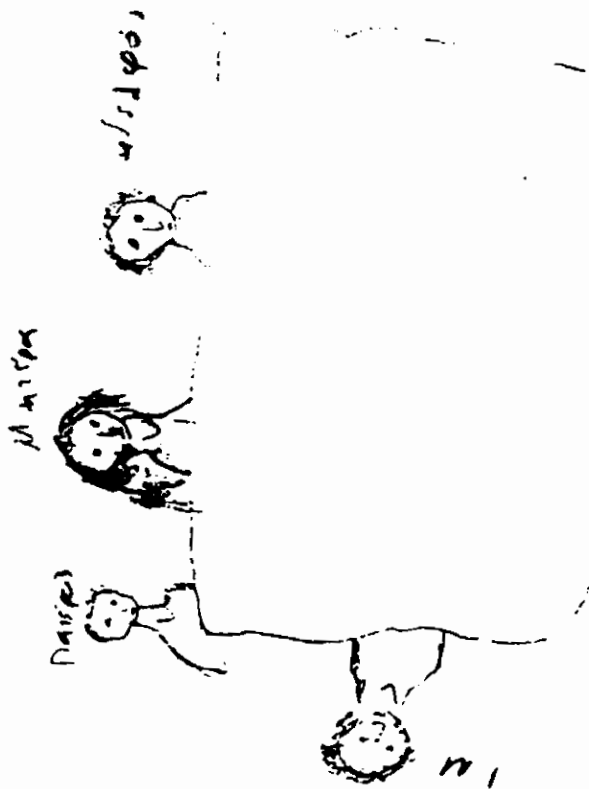


Παργας



Μιζήρας





Ι.Μ. (Δεξίπτ. Νο 17)

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Back, W. Kurt, Πανεπιστήμιο Duke, 2000

Holloway, F. Case management for the mentally ill. looking at evidence , Int. Journal of Soc. Psychiatry, 1991

Kaplan, I. Harold, Sadock, J. Benjamin, Grebb, A. Jack
Γοχιατρική Ψυχικές Εκδόσεις Αίτρου, Αθήνα 2000

Kaplan, S. Sadock's – "Comprehensive textbook of psychiatry"
Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, USA, 2000

Lieberman, R.P. "Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients", Washington, American Psychiatric Press, 1988

Scheff, I. "Being Mentally Ill. A Sociological Theory" Aldine,
Chicago, 1966

Szasz, Thomas – "Insanity, the idea and its Consequences" J. Wiley
and Sons, 1987, 1990

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

www.depnet.gr

www.epipsy.gr

www.iatronet.gr

www.inhealth.gr

www.msu.gr

www.stree.gr/poy/poy02o.nim1

www.womansworld.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνοπούλου Αιμιλία – «Στιγμα και προκατάληψη με βάση των αντιδράσεων μερίδας κατοίκων της Αιγίνας», Περιοδικό Κλίμακα, σελ. 55

Βούρβαχης, Αλεξάνδρος, Καλαϊτζή Στυρούλα – «Αλέξανδρο», Εκδόσεις Mendoz, 2005

Ευρωπαϊκή Διακήρυξη Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, 12/10/1948

Καραγιωργός Δημήτρης – «Θλίβερη πρωτα για τα ιδρύματα», Εφημερίδα Έθνος, 30/05/2005

Κουκλάκη Δέσποινα – «Στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς με βίντεο clip» Εφημερίδα «Τα Νέα», 29/05/2005

Μαδιανός Γ. Μιχάλης – «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική» Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000

Μαδιανός, Γ. Μιχάλης – «Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000

Μάνος Νίκος – «Βασικά Στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» Οπινείσιν Στιάδιο Press Α. Ε. Θεσσαλονίκη, 1997

Μουζακίτης Χρήστος – «Κοινωνική Έκλειση των ψυχικά αρρώστων – μια διερευνητική μελέτη», Σ.Κ.Α.Ε. Κοινωνική Έργασία, Τεύχος 25, Έτος 7", Αθήνα 1992

Μπλού, Έμι – «Η δημιουργία της Ελληνικής ψυχιατρικής» Ξάντα 1999

Παπαγεωργίου, Γ. Ευάγγελος – «Ψυχιατρική», Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991

Παπαδοπούλου Χρυσή – «Στιγμα και προκατάληψη της σχιζοφρένειας, μια γενική άποψη» 2005

Παρασκευόπουλος Ιωάννης, «Κλινική ψυχολογία», Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1988

Παπερόπουλος Γιώργος – «Εξαρτήσεις και αποκλίσεις», Εκδόσεις πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2002

Σταθοπούλος Α. Πέτρος – «Κοινωνική Πρόνοια: μια γενική θεώρηση», Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα, 1990

Τσαλικογίου Φωτεινή – «Σχιζοφρένεια και φόβος, μια ψυχολογική εγκλημασιολογική έρευνα», Εκδόσεις Παλασση, Αθήνα 1989

Υπουργείο Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια 2000-2006 – δικαιώματα ψυχικώς ασθενών», Αθήνα Δεκέμβριος 2004.

Υπουργείο Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό κοινωνικό ταμείο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια 2000-2006 – μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για τη ψυχική νόσο», Αθήνα Ιανουάριος 2004.

Χαριστοκόλλης Πέτρος – «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική» Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991

Χριστοδούλου, Γ. Ν. και Συνεργάτες – «Ψυχιατρική» Τομος Α&Β, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε., Αθήνα 2002

Χριστοδούλου, Γ. Ν., Κονταξάκης, Β. Π. Οικονόμου, Μ. – «Αροληγική Ψυχιατρική», Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2000

Ψήφισμα 46/119, Γενική Σύνοδος Οργανισμού Πινωμένων Εθνών, 17/12/1991

Ψήφισμα Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης «Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας», 18/11/1999

