



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**  
**«Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα  
και οι Δομές Ψυχικής Υγείας»**



**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:**

**ΣΥΡΑΝΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΤΣΑΝΤΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΣΤΡΑΤΙΚΗ-ΠΑΝΤΑΖΑΚΑ**

**ΑΘΑΝΑΣΙΑ**

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

Πάτρα, Δεκέμβριος 2010



*Στις οικογένειές μας, στην καθηγήτριά μας για την πολύτιμη  
συνδρομή τους στη συγγραφή αυτής της εργασίας.*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελ.

Ευχαριστίες .....	
Περίληψη πτυχιακής .....	
Abstract .....	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1-4</b>
Αναγκαιότητα μελέτης .....	1-4
Σκοπός μελέτης .....	1-4
Ορισμοί όρων .....	1-4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ .....</b>	<b>5</b>
1.1 Ιστορική αναδρομή .....	5
1.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη στο Ελληνικό κράτος μέχρι τη δεκαετία του 1980 .....	13
1.3 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση .....	17
1.3.1 Ορισμός ψυχιατρικής μεταρρύθμισης .....	17
1.3.2 Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική .....	18
1.3.3 Αποασυλοποίηση .....	21
1.3.4 Αποϊδρυματοποίηση .....	22
1.3.5 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση .....	25
1.3.6 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και το πρόγραμμα «ψυχαργός» .....	28
1.3.7 Η Α΄ φάση του προγράμματος «ψυχαργός» .....	30
1.3.8 Η Β΄ φάση του προγράμματος «ψυχαργός» .....	33
1.3.9 Προγράμματα «ψυχαργός» - Στόχοι και Αποτελέσματα .....	35
1.4 Δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας .....	38

<b>1.4.1 Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) .....</b>	<b>39</b>
<b>1.4.2 Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργώς Β' Φάση .....</b>	<b>43</b>
<b>1.4.3 Μονάδες και προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.....</b>	<b>50</b>
<b>1.5 Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στην ψυχική υγεία .....</b>	<b>66</b>
<b>1.6 Στίγμα και Ψυχιατρική .....</b>	<b>77</b>
<b>1.7 Νομοθεσία για την ψυχική υγεία (ΠΟΥ &amp; Ελληνική Νομοθεσία) .....</b>	<b>81</b>
<b>1.8 Κριτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης .....</b>	<b>91</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>98</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ &amp; ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>100</b>
<b>3.1 Συμπεράσματα .....</b>	<b>100</b>
<b>3.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες .....</b>	<b>101</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>104</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>116</b>
<b>Παράρτημα Α' Ν.2716/1999 .....</b>	<b>116</b>
<b>Παράρτημα Β' Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» .....</b>	<b>143</b>



## Τείχη

Χωρίς περίσκεψιν, χωρίς λύπην, χωρίς αιδώ  
μεγάλα κ' υψηλά τριγύρω μου έκτισαν τείχη.

Και κάθομαι και απελπίζομαι τώρα εδώ.  
Άλλο δεν σκέπτομαι: τον νουν μου τρώγει αυτή η τύχη.

διότι πράγματα πολλά έξω να κάμω είχαν.  
Α όταν έκτιζαν τα τείχη πώς να μην προσέξω.

Αλλά δεν άκουσα ποτέ κρότον κτιστών ή ήχον.  
Ανεπαισθήτως μ' έκλεισαν από τον κόσμον έξω.

Κ.Π Καβάφης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Επιχειρείται αναδρομή στο παρελθόν σχετικά με την ερμηνεία και διαχείριση της ψυχικής ασθένειας σε συγκεκριμένα ιστορικά πλαίσια, συνάμα με τη γένεση και θεσμοθέτηση του ψυχιατρικού ασύλου. Ακολουθεί η περιγραφή της ψυχιατρικής περίθαλψης στο ελληνικό κράτος έως το 1980 που αποτελεί σταθμό στη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Έπεται μία προσπάθεια ανάλυσης του τι εστί ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ποιες είναι οι βασικές συνιστώσες της, παράλληλα με αναφορά στην έννοια της κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής που συνιστά τη σύγχρονη ψυχιατρική, ενώ παρουσιάζονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τους ψυχικά ασθενείς και το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική ασθένεια. Κατόπιν, γίνεται εκτενής αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στον ελλαδικό χώρο. Παρουσιάζονται η Α' και Β' φάση του προγράμματος «Ψυχαργώς», η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργώς Β' Φάση και τέλος το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006. Εξετάζονται ακόμα, οι αλλαγές που επέφερε η υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώς» με ιδιαίτερη μνεία στην αρχή της τομεοποίησης και στην ίδρυση εξωνοσοκομειακών μονάδων. Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας με ιδιαίτερη έμφαση στη θέση και τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού, όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα στα νέα ψυχιατρικά δρώμενα. Υπογραμμίζεται η ανάγκη ύπαρξης νομοθετικού πλαισίου στην ψυχική υγεία και γίνεται αναφορά στο περιεχόμενο της υπάρχουσας νομοθεσίας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την αποτίμηση της συνολικής προσπάθειας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Τονίζονται οι θετικές αλλαγές που απέφερε, αλλά και τα μελανά σημεία που καθιστούν το μέλλον της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αβέβαιο.



## ABSTRACT

This study investigates the Psychiatric Reform in Greece. It attempts a flashback on the interpretation and management of mental illness in particular historical contexts, along with the genesis and institutionalization of the psychiatric asylum. What follows is a description of the greek mental health care until 1980, which is a milestone in the reform effort in the field of mental health in our country. It follows an effort definition of what a psychiatric reform constitutes and what are its key components, along with special reference to the concept of social-community psychiatry as the modern psychiatric stream. The social representations for the mentally ill and the stigma surrounding mental illness are also presented. After that follows a detailed report on psychiatric reform in Greece. The A and B phase of the 'Psychargos, the Support and Monitoring Unit of Psychargos program B' phase and finally the Operational Programme "Health - Welfare " 2000-2006 are presented. The changes brought about by the implementation of the "Psychargos" with particular reference to the principle of sectorization and establishing outpatient units are also considered. Then the role of the treatment team is presented with particular emphasis on the position and responsibilities of social workers, as reflected in the new psychiatric events. Stressed the need for legislative framework to mental health and made reference to the content of existing legislation. The paper concludes with the assessment of the overall effort of the psychiatric reform in our country. The positive changes that resulted are highlighted, along with the black spots that make the future of the reform of mental health services uncertain.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος ψυχική νόσος καλύπτει μια ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά του ατόμου, ενώ επηρεάζουν και το επίπεδο της επικοινωνίας του με το περιβάλλον του. Οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν τους πάντες, σε όλες τις χώρες και κοινωνίες, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο, επηρεάζουν οικονομικά τις κοινωνίες, καθώς και την ποιότητα ζωής των πασχόντων και των οικογενειών τους.

Σε όλες τις κοινωνίες οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν σημαντική επιβάρυνση της υγείας, ενώ εκτιμάται ότι η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών θα αυξηθεί τις επόμενες δεκαετίες. Μέχρι το 2020 υπολογίζεται ότι οι ψυχικές διαταραχές θα ευθύνονται για το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (ΠΟΥ, 2003), ενώ η κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη κύρια αιτία ανικανότητας στον κόσμο (Murray & Lopez, 1996). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) μέσα από την Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 και το Πρόγραμμα Παγκόσμιας Δράσης για την Ψυχική Υγεία επιδιώκει να αναδείξει ως κεντρική τη θέση που πρέπει να κατέχει το πλαίσιο της ψυχικής υγείας και να κατευθύνει τη χάραξη της πολιτικής των κρατών μελών.

Πέρα από την οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας και τους εθνικούς προϋπολογισμούς, το επιπλέον άυλο κόστος αφορά στον τρόπο, με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ψυχικά ασθενείς και τα άτομα με αναπηρία. Παρά τις βελτιωμένες επιλογές θεραπείας και τις θετικές εξελίξεις στην ψυχιατρική περίθαλψη, τα άτομα με κακή ψυχική υγεία ή αναπηρία εξακολουθούν να πλήττονται από τον κοινωνικό αποκλεισμό, το στιγματισμό, τις διακρίσεις ή την έλλειψη σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005).

Η παρούσα εργασία έχει σαν στόχο να προσεγγίσει το ζήτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και να παρουσιάσει τις δομές Ψυχικής Υγείας που προέκυψαν ως εναλλακτική απάντηση στην

παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη. Η εργασία δεν αποσκοπεί σε μια απλή καταγραφή των δράσεων και προγραμμάτων που υλοποιήθηκαν, αλλά διατηρεί μια στάση κριτική απέναντι σε αυτή την προσπάθεια αλλαγής και αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος της χώρας μας.

Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη.

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στην Ελλάδα βασισμένη στο νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Κανονισμού 815/84, ο οποίος έθεσε και τα θεμέλια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ο νόμος του 1983 διευρύνθηκε με το Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες διατάξεις».

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που εφαρμόζεται στη χώρα μας με τη συνδρομή της Ε.Ε., δίνει έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας.

Στο πλαίσιο αυτής της μεταρρύθμισης, αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ψυχικά αρρώστου να περιθάλπεται μέσα στην κοινότητα, χωρίς να απομακρύνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον. Μια σημαντική πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνίσταται στο κλείσιμο των ασύλων και τη φιλοξενία των αρρώστων σε σύγχρονες κοινοτικές δομές. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο με ψυχικές και νοητικές ιδιαιτερότητες δεν απομονώνεται, δεν περιορίζεται, αλλά μετέχει ισότιμα, στο μέτρο των δυνατοτήτων του, σε όλες τις δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής. Η αποασυλοποίηση ορίζεται ως μια δυναμική διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα με ψυχικές ιδιαιτερότητες θα κερδίσουν το δικαίωμα της ισότιμης μεταχείρισης και όχι ως απλή μετάβασή τους από ένα χώρο σε έναν άλλο (<http://www.ygeia-pronoia.gr/>).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν μπορεί να αναχθεί μόνο στο άθροισμα των δομών που προέκυψαν, τον αριθμό των ψυχιατρείων που έκλεισαν και

των αρρώστων που αποϊδρυματοποιήθηκαν, αλλά πρέπει να αντιμετωπιστεί ως φορέας ενός νέου παραδείγματος στην ψυχιατρική, ως εκφραστής ενός οράματος αλλαγής, υπέρβασης της ασυλικής ψυχιατρικής νοοτροπίας και προάσπισης των διαχρονικά καταστρατηγημένων δικαιωμάτων των ασθενών. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση διατυπώνει ένα νέο επιστημονικό παράδειγμα που επικεντρώνει το ενδιαφέρον στον άρρωστο και τις δυσκολίες του, αντιμετωπίζοντάς τον ως ενεργό υποκείμενο, φορέα λόγου και όχι μόνο ως σύνολο συμπτωμάτων και ως νοσογραφική οντότητα. Η αναδρομή στο παρελθόν συμβάλλει στη διατήρηση της ιστορικής συνέχειας και συνάμα στο να απαντηθούν ερωτήματα, όπως ποιες είναι οι συνθήκες που ευνόησαν την καθιέρωση του ασύλου, ποιες οι ιστορικά προσδιορισμένες αντιλήψεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ποια η κατάσταση στη χώρα μας, πώς εμφανίστηκε η ανάγκη μεταρρύθμισης του υπάρχοντος ψυχιατρικού οικοδομήματος σε συνάρτηση πάντα με τις ιστορικές και κοινωνικές συγκυρίες.

Η ανάγκη υπέρβασης του ασυλικού μοντέλου εκφράζει το σύγχρονο αίτημα για καλύτερες, εξανθρωπισμένες και αποδοτικότερες μορφές υπηρεσιών.

Πώς υλοποιήθηκε το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ποιες υπήρξαν οι βασικές της συνιστώσες, ποιες αλλαγές επέφερε, πού απέτυχε, πώς διαγράφεται το μέλλον των υπηρεσιών στη χώρα μας; Όλα τα παραπάνω συνιστούν βασικά ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας.

Παράλληλα, επαναπροσεγγίζεται ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας μέσα στα νέα ψυχιατρικά δρώμενα. Απώτερος σκοπός της εργασίας είναι να ευαισθητοποιήσει και να προβληματίσει τον επαγγελματία ψυχικής υγείας ως προς την αντίληψη του θεραπευτικού του ρόλου μέσα στη συγκεκριμένη ιστορική περίοδο με τις ελλείψεις και τις δυσκολίες που θα συναντήσει, αλλά και με τις νέες προοπτικές που διανοίγονται, ώστε να ασκήσει με συνέπεια το κλινικό και θεραπευτικό του έργο ανταποκρινόμενος στις ανάγκες του ασθενούς και σεβόμενος τα δικαιώματά του, που αποτελούν άλλωστε θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες αποτελούν ένα βασικό τομέα απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού. Κατά συνέπεια, αναγκαίο είναι οι μελλοντικοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας να είναι ενήμεροι σχετικά με τις δομές

ψυχικής υγείας, με τη λειτουργία τους, με το πώς αυτές οι δομές συνεργάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες θεραπευτικές επιταγές και ανάγκες. Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος μελέτης δεν μπορεί παρά να πηγάζει από αυτήν ακριβώς την αναγκαιότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο χώρος της ψυχικής ασθένειας αποτέλεσε πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη μιας πλούσιας μυθολογίας, όπου η διαρκής κατασκευή κι εναλλαγή μύθων γύρω από το φαινόμενο της τρέλας αλλοιώνουν τις πραγματικές του διαστάσεις εγκλωβίζοντάς το μέσα σε απολυτότητες πολιτισμικά χρωματισμένες.

Η ιστορική διαδρομή από την Αρχαιότητα έως και σήμερα αποκαλύπτει ριζικούς μετασχηματισμούς των αντιλήψεων και στάσεων για την τρέλα, μια πολύπλοκη πορεία των κοινωνικών αναπαραστάσεων, που ταλαντεύεται ανάμεσα στην παλινδρόμηση και την πρόοδο απέναντι στα θεμελιακά υπαρξιακά ερωτήματα που θέτει η ψυχιατρική ασθένεια. Η εξέλιξη της ψυχιατρικής ακολούθησε, ακολουθεί και θα συνεχίσει να ακολουθεί την εξέλιξη των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αναπαραστάσεων της τρέλας και τους ιστορικούς και πολιτισμικούς κώδικες που συνοδεύουν την προσέγγισή της (Στυλιανίδης και συν., 2007).

Στις πρωτόγονες κοινωνίες ο «σαμάνας» είναι ο αρμόδιος θεραπευτής των ψυχιατρικών παθήσεων. Ο σαμάνας βυθιζόταν, με τη βοήθεια διαφόρων φυσικών ή χημικών μέσων, σε μια κατάσταση έκστασης, κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνούσε με τα παθογόνα πνεύματα και με κάποιον τελετουργικό τρόπο τα υποχρέωνε να εγκαταλείψουν το σώμα του αρρώστου. Μια έκφραση του σαμανισμού συναντάμε στα ορφικά μυστήρια της ελληνικής αρχαιότητας (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες - την ινδική, την αιγυπτιακή, την εβραϊκή και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και στις αττικές τραγωδίες. Αναφέρουμε ενδεικτικά τη μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και του «μαινόμενου» Ηρακλή, τη σχιζοτυπική κρίση του μητροκτόνου Ορέστη, οι οποίες έχουν ως σημείο αναφοράς την προέλευσή τους από κακά πνεύματα που στην αρχαία

ελληνική μυθολογία αντιπροσωπεύονταν από τις θεότητες Λύσσα και Μανία (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στην ελληνική κλασική περίοδο η αντίληψη για την ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών, και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων (Μαδιανός, 1994α).

Στην αρχαία Ελλάδα η λειτουργία του ψυχιάτρου ασκείται από τους ιερείς του θεού Ασκληπιού στα θεραπευτικά κέντρα, τα ονομαζόμενα Ασκληπιεία. Τα όνειρα χρησιμοποιούνταν ως μέσα επικοινωνίας με τη θεότητα που εμπλεκόταν στην αρρώστια, γι' αυτό και μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ήταν η ερμηνεία των ονείρων τόσο του αρρώστου όσο και του ιερέα που αναλάμβανε τη θεραπεία του (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Ιπποκράτης πρώτος απέρριψε τις υπερφυσικές ερμηνείες των ψυχικών διαταραχών αναζητώντας την αιτιολογία τους είτε σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού είτε στις παθογόνες επιδράσεις του περιβάλλοντος. Μάλιστα η περιγραφή που έκανε των βασικών ψυχικών διαταραχών (υστερία, μανία, μελαγχολία, άνοια) είναι καθολικά αποδεκτή μέχρι σήμερα. Ο ίδιος απέδιδε τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των «χυμών» του σώματος, δηλαδή, του αίματος, της λέμφου, της κίτρινης και της μαύρης χολής (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται στους *Νόμους* του Πλάτωνα. Στην πραγματικότητα, όμως, στην αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνταν αν τους παραμελούσαν ή τους εγκατέλειπαν (Μαδιανός, 1994α; Πλουμπίδης, 1995).

Στη Ρωμαϊκή περίοδο έχουμε και τα πρώτα νομικά θέματα για την ψυχική ασθένεια και τον ασθενή (Ευτυχιάδης, 1995).

Στην ελληνορωμαϊκή αρχαιότητα δεν σημειώθηκε, με ελάχιστες εξαιρέσεις, ιδιαίτερη πρόοδος στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, καθώς κυριάρχησαν μυστικιστικές, μαγικοθηρησκευτικές αντιλήψεις, που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στο χριστιανισμό (Χαρτοκόλλης, 1991).

Τον 3ο αιώνα μ.Χ. ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος αναπτύσσουν ανθρωπιστικές θέσεις γύρω από τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων. Οι

ασθενείς διέμεναν σε ειδικά δωμάτια με ησυχία χωρίς την επίσκεψη των συγγενών τους (Στυλιανίδης και συν., 2007). Ο Αρεταίος έδωσε μεγάλη σημασία στο πώς σκέφτεται και αισθάνεται ο άρρωστος και ο Σωρανός τόνισε την ατομικότητα του αρρώστου, την αναγκαιότητα ο ιατρός να τον αντιμετωπίζει ως άνθρωπο και να προσπαθεί να τον εξυπηρετήσει παρά να τον ελέγξει, ενώ ο ίδιος υιοθέτησε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, αποφεύγοντας όσο μπορούσε τη χρήση αλυσίδων και σωματικής βίας, διότι αυτές οι πρακτικές χειροτέρευαν την κατάστασή τους (Χαρτοκόλλης, 1991; Μαδιανός, 1994α).

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με το Γαληνό, ο οποίος και θα δημιουργήσει μια ιατρική παράδοση που θα διαρκέσει σχεδόν ως τα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα (Χαρτοκόλλης, 1991).

Τα πρώτα χρόνια του Βυζαντίου ο ψυχίατρος συνδέεται με τον επίσκοπο, ο οποίος και ως τα τέλη του 5ου αιώνα αναλαμβάνει τη θέση του ψυχικού θεράποντα. Η ιδιότητα αυτή μεταφέρεται και στους ηγουμένους των μοναστηριών. Ίσως και το πτωχοτροφείο που ίδρυσε ο Μ. Βασίλειος να αποτελεί εκτός των άλλων και το πρώτο δείγμα ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο Μ. Βασίλειος αναφέρει ότι οι μανιακοί νοσηλεύονται σε έσχατη περίπτωση, μόνο όταν η νόσος είναι βαρύτερη και δεν είναι εφικτό όλα τα μέτρα να ληφθούν στο σπίτι των ασθενών. Την ίδια άποψη με την κατ' οίκον νοσηλεία συναντούμε και στα κείμενα του Παύλου Αιγινήτη χρόνια αργότερα (Στυλιανίδης και συν., 2007).

Στους βυζαντινούς χρόνους η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται από το δαιμονισμό και εισάγονται από νωρίς αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, ενώ η ψυχική ασθένεια θεωρείται βαρύτερη και σοβαρότερη της σωματικής. Ο ψυχικά ασθενής δεν απομονώνεται, ενώ αναγνωρίζεται και η σημασία του περιβάλλοντος για τη θεραπεία του ασθενή, η οποία γίνεται συνήθως στο σπίτι του και η εισαγωγή του σε ίδρυμα πραγματοποιείται μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Θεοχαράκης, 2001). Βασική καινοτομία αυτήν την περίοδο είναι η νομοθετική διασφάλιση του ψυχιατρικού ασθενή. Θεσπίζεται ο θεσμός των περιοδευόντων ιατρών (πρόδρομοι των σημερινών κινητών μονάδων) κι εφαρμόζεται για πρώτη φορά η αρχή της τομεοποίησης (Θεοχαράκης, 2001; Θεοχαράκης και συν., 2003).



Η αναγωγή των αιτιών των ψυχικών διαταραχών σε δαίμονες ή δαιμόνια, ύστερα από μια σχετική ύφεση που επέφερε η επίδραση του Ιπποκράτη και των μεταγενέστερών του, αναζωπυρώθηκε κατά την ελληνιστική εποχή για να περάσει τελικά και στη χριστιανική θρησκεία. Η εκκλησία είχε αρχικά τις αμφιβολίες της για το τι συνιστούσε μια ψυχιατρική διαταραχή θέτοντας συχνά το ερώτημα αν ο τρελός ήταν άγιος ή οπαδός και όργανο του διαβόλου. Τον 6ο με 7ο αιώνα όμως κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχιατρική αρρώστια ήταν έργο του διαβόλου. Στην εξέλιξη αυτή αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του μεγάλου Πατέρα της Δυτικής Εκκλησίας Αγίου Αυγουστίνου. Οι ιδέες του Αυγουστίνου επικράτησαν στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης, οπότε κάθε διάκριση μεταξύ δαιμονισμένων και ψυχικά αρρώστων ουσιαστικά εξέλειπε. Η ψυχιατρική αρρώστια πέρασε στην δικαιοδοσία του ιερέα και του μοναχού που την αντιμετώπιζαν με τον εξορκισμό ή την καταδίωξη, ενώ περιφρόνηση επικρατούσε τόσο για το επάγγελμα του ψυχιάτρου όσο και για τον ψυχικά ασθενή (Χαρτοκόλλης, 1991).

Στα τέλη του 15<sup>ου</sup> αιώνα εκδίδεται μετά από έγκριση του Πάπα «Το σφυρί των μαγισσών», το βιβλίο που αποτέλεσε τον επίσημο οδηγό των αποφάσεων της Ιεράς Εξέτασης σχετικά με τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές που κατηγορούνταν ως αιρετικά και όργανα του διαβόλου. Το βιβλίο αυτό ταυτίζει τις ψυχιατρικές διαταραχές με τη μαγεία και τη θρησκευτική αίρεση παραγνωρίζοντας το ότι το πρόβλημα θα μπορούσε να είναι ιατρικό (Χαρτοκόλλης, 1991).

Κι αν στις ξεχωριστές συνεισφορές της ελληνικής αρχαιότητας ανήκει η συγκρότηση μιας ορθολογικής ιατρικής, απαλλαγμένης από την καταλυτικό ρόλο της θεϊκής παρέμβασης και τις έννοιες του αμαρτήματος και της ενοχής των ασθενών, την περίοδο του Μεσαίωνα η θεοκρατική ερμηνεία του κόσμου οδηγεί στην εγκαθίδρυση ενός νέου μεταφυσικού προτύπου της τρέλας, επαναφέροντας παράλληλα στο προσκήνιο την έννοια της ατομικής ευθύνης (Fabrega, 1990; Schlosberg, 1993). Η ασθένεια αποδίδεται στην αμαρτία, ενώ ο ασθενής θεωρείται ότι ενσαρκώνει σκοτεινές δαιμονικές δυνάμεις.

Η πίστη στη δαιμονική προέλευση της ψυχικής αρρώστιας επέζησε και μετά το Μεσαίωνα και πέρα από την Αναγέννηση (Χαρτοκόλλης, 1991).

Η πίστη ότι ο κόσμος κυριαρχείται από καλά και κακά πνεύματα τροφοδοτεί ένα μεταφυσικό πρότυπο για την τρέλα που θα διατηρηθεί μέχρι και τις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα. Ο ψυχικά ασθενής εξουσιάζεται από αόρατες δαιμονικές δυνάμεις και είτε εξαγνίζεται οδηγούμενος στην πυρά είτε στοιβάζεται μαζί με άλλους κοινωνικά αποκλίνοντες σε άσυλα-φυλακές, όπου δεσπόζει αυστηρή τιμωρία και καταστολή (Τσαλίκογλου, 1989).

Τον Μεσαίωνα, με τις απόψεις περί δαιμόνων κι άλλων στοιχείων να κυριαρχούν, η επιστημονική αναζήτηση και έρευνα αποδυναμώνονται και ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται προοδευτικά από την κοινωνία σαν κάτι το μισητό, άποψη που επικρατεί στη Δύση και με την πάροδο του χρόνου εξαπλώνεται σε όλο τον κόσμο. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στη Βαλένθια το 1409. Μεταξύ του 1412 και 1489 πέντε παρόμοια ιδρύματα ιδρύονται στην Ισπανία. Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα σε Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, πύργοι μετατρέπονται σε φρενοκομεία, όπου εγκαταλείπονται οι τρελοί, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι κλέφτες και τα ορφανά, σε πρωτόγονες συνθήκες και με το στίγμα της τιμωρίας από τον Θεό για τις αμαρτίες τους (Μαδιανός, 1994α; Στυλιανίδης και συν., 2007).

Ο 18ος αιώνας αποτελεί ορόσημο για την αλλαγή στην ψυχιατρική περίθαλψη. Τη νέα εποχή στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας σηματοδοτεί η ανθρωπιστική πράξη από τον Pinel το 1793 της απελευθέρωση των ασθενών από τις αλυσίδες τους και της εφαρμογή της «ηθικής θεραπείας» που θεμελιώνεται πάνω στην αρχή του σεβασμού προς τον ασθενή (Τσαλίκογλου, 1987). Ο Pinel αναδιοργανώνει κτιριακά τα άσυλα χωρίζοντάς τα σε πτέρυγες και διαχωρίζοντας τους τροφίμους (Στυλιανίδης και συν., 2007). Η οργάνωση της ζωής στο άσυλο στηρίχθηκε σε ένα πλέγμα νομικών και ηθικών κανόνων συνυφασμένων με τις αρχές της γαλλικής αστικής επανάστασης του 1789, δηλαδή, της ισότητας, της αδελφότητας και της ελευθερίας των πολιτών (Μάτσα, 1999). Η ηθική θεραπεία επιδιώκει να θέσει τέρμα στις προηγούμενες πρωτόγονες και απάνθρωπες μεθόδους θεραπείας.

Το παράδειγμα του Pinel θα ακολουθήσει ο Tuke ιδρύοντας το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο της Αγγλίας, όπου η θεραπεία βασίζεται στις αρχές της ηθικής μεταχείρισης των αρρώστων (Τσαλίκογλου, 1987).

Αν και υπήρχαν προσπάθειες υιοθέτησης ανθρωπιστικών πρακτικών, οι ασθενείς σπάνια εξέρχονταν από το άσυλο, ενώ η απομόνωση των πιο ανήσυχων αρρώστων ή η καθήλωσή τους με αλυσίδες, ζουρλομανδύα και άλλους τρόπους αποτελούσε καθημερινή πρακτική (Lempérière, Féline et al., 1995).

Τα πρώτα αυτά άσυλα θα λειτουργήσουν ως χώρος αναπαραγωγής των ιερών αξιών που στηρίζουν την αστική κοινωνία (Τσαλίκολου, 1987). Το μετά τον Pinel άσυλο έγινε ο χώρος αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής ως ασθένειας και της θεραπείας της μέσα από τη θεσμοποίηση όλων των αστικών αξιών. Η παντοδυναμία του ψυχιάτρου εκπορευόμενη από το ψυχιατρείο επεκτάθηκε σε ολόκληρη την κοινωνία, παρέχοντάς του το ρόλο του εγγυητή της κοινωνικής τάξης και ασφάλειας και ανάγοντάς τον σε φορέα άσκησης κοινωνικού ελέγχου (Μάτσα, 1999).

Τον 19ο αιώνα δεν έχουμε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στα άσυλα, οι οποίοι παρέμεναν στοιβαγμένοι, ρακένδυτοι ή γυμνοί και δεμένοι με αλυσίδες. Η τροφή τους ήταν ελάχιστη και υψηλά τα ποσοστά θνησιμότητας. Οι ανήσυχτοι ή διεγερτικοί ασθενείς κρατούνταν σε κλουβιά, ενώ ήταν σύνηθες το φαινόμενο τις Κυριακές σε ορισμένα άσυλα της Αγγλίας και της Γαλλίας, το κοινό να επισκέπτεται τους έγκλειστους, όπως στους ζωολογικούς κήπους, έναντι αντιτίμου εισόδου (Μαδιανός, 1994α).

Από το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη σηματοδοτείται από τη δημιουργία των μεγάλων ψυχιατρείων, όπου οι ασθενείς απομονωμένοι από την κοινωνία στερούνται κάθε δυνατότητας θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου (Lempérière, Féline et al., 1995).

Ο Φουκώ θα αποκαλέσει αυτή τη νέα εποχή που εγκαινιάζεται ως εποχή του «μεγάλου εγκλεισμού» (2004). Αναφέρει χαρακτηριστικά: *«Το άσυλο της εποχής του θετικισμού, που το φόρο τιμής για τη δημιουργία του τον αποτίουν στον Pinel, δεν είναι ένας ελεύθερος χώρος έρευνας, διάγνωσης και θεραπείας, είναι ένας χώρος νομικός, όπου ο τρελός κατηγορείται, δικάζεται και καταδικάζεται κι απ' όπου δεν απελευθερώνεται παρά με τη μετατροπή της δίκης του σε κατάσταση ψυχολογική, με τη μεταμέλεια. Η τρέλα στο άσυλο θα τιμωρηθεί ακόμα κι αν, κατά τα άλλα, είναι αθώα. Θα είναι για πολύ*

*καιρό ακόμα, και τουλάχιστον μέχρι τις μέρες μας, φυλακισμένη μέσα σε ένα ηθικό κόσμο».*

Η έννοια του ασύλου αναφέρεται σε έναν τόπο κατοίκησης που παρέχει προστασία και ειδική περίθαλψη, έναν τόπο ασφαλή και απαραβίαστο (Υφαντής, 2005), υπονοώντας την προστασία των ασθενών που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους. Με τον εγκλεισμό των ασθενών παράλληλα με την προστασία τους επιτυγχάνεται και η προστασία της κοινωνίας από τον άρρωστο (Lemperière, Féline et al., 1995).

Ο ψυχικά ασθενής αποβάλλει το μεταφυσικό του περίβλημα και παραδίδεται στα χέρια της επιστήμης, ενώ τα ψυχιατρεία έρχονται να αντικαταστήσουν τα άσυλα. Η απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης των ψυχικών διαταραχών συμπορεύεται με την ιατροκεντρική-βιολογική προσέγγιση, απόλυτα εναρμονισμένη με το ορθολογιστικό πνεύμα του 19<sup>ου</sup> αιώνα (Τσαλίκου, 1989). Την περίοδο της εξάπλωσης του καπιταλισμού κατά το 18<sup>ο</sup>-19<sup>ο</sup> αιώνα και των αλλαγών που επέφερε η Βιομηχανική Επανάσταση δημιουργείται ο θεσμός του ψυχιατρικού ασύλου.

Η αυξανόμενη επικράτηση του ορθολογισμού σήμανε το πέρασμα σε μια νέα μορφή αντιμετώπισης της ασθένειας, όπου ο πάσχων δε θεωρείται πλέον κακός, αλλά άρρωστος, ενώ τα αίτια της διαταραχής του αναζητώνται πια στους νόμους της βιολογίας. Η απομάκρυνση, όμως, από τις κοινά αποδεκτές νόρμες εξακολουθεί ν' αποτελεί ισοδύναμο της αμαρτίας, παραβίαση αυτή τη φορά του νόμου της λογικής (Τσαλίκου, 1987), λαμβάνοντας υπόψη ότι στη δυτική σκέψη η ηθικότητα και η αρετή είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την υγεία και τη λογική.

Έτσι, θεμελιώνεται ένα νέο πρότυπο της ψυχικής διαταραχής, το ιατρικό-νοσολογικό, που τη μετατρέπει σε μια μορφή βιολογικής ασθένειας. Εφόσον το πάσχον άτομο δεν επιλέγει τη συμπεριφορά του, η τιμωρία δεν μπορεί να έχει θεραπευτικές δυνατότητες και καθώς το άτομο δεν μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του, η κοινωνία οφείλει να τον βοηθήσει. Και ενώ το ιατρικό πρότυπο φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με το μεταφυσικό πρότυπο της παραφροσύνης, επί της ουσίας, ο ασθενής εξακολουθεί να συμβολίζει το κακό και τον κίνδυνο, όχι βέβαια παραβιάζοντας το νόμο του Θεού, αλλά αυτή τη φορά παραβιάζοντας το νόμο της λογικής και της παραγωγής που προωθεί η καπιταλιστική οργάνωση της κοινωνικής ζωής.

Η απόκλιση από τις κοινωνικά αποδεκτές νόρμες αποτελεί ισοδύναμο της αμαρτίας (Τσαλίκογλου, 1987).

Το εξαθλιωμένο προλεταριάτο και ιδιαίτερα τα πιο ανήσυχα, παρεκκλίνοντα, ψυχικά διαταραγμένα μέλη του αντιμετώπιστηκαν από την ανερχόμενη αστική τάξη ως μια ενδυνάμει ανατρεπτική της καθεστηκυίας τάξης πραγμάτων δύναμη. Οι ψυχικά άρρωστοι, εφόσον δε συνεισφέρουν και δεν εντάσσονται στην παραγωγική διαδικασία, υπονομεύουν την κοινωνική νόρμα και ειδικότερα την αξία της εργασίας που ανάγεται σε υπέρτατο ιδεώδες. Το φιλανθρωπικό ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς εκπορεύεται από την ανησυχία της ανερχόμενης αστικής τάξης για την απειλή που αυτή η ομάδα, καθώς και άλλες κατηγορίες κοινωνικά παρεκκλινόντων ατόμων συνιστούν για την κοινωνική τάξη και ασφάλεια. Η απειλή αυτή επέβαλε και την πολιτική της απομάκρυνσης, του πλήρους αποχωρισμού των ασθενών από την κοινωνία και του εγκλεισμού τους στο άσυλο. Το άσυλο δεν ήταν απλά ένας τόπος θεραπείας, αλλά κυρίως ένα χώρος επανεκπαίδευσης των ψυχικά διαταραγμένων στις ιερές κοινωνικές αξίες της εργασίας, της οικογένειας, της κοινωνικής γαλήνης. Αυτός υπήρξε και ο κορμός της ηθικής θεραπείας που εφαρμοζόταν στα άσυλα, της οποίας αναπόσπαστο τμήμα συνιστούσε η άσκηση βίας στον ασθενή, η καταστολή και ο έλεγχός του (Μάτσα, 1999).

Σύμφωνα με την Εμμανουηλίδου (2006), η κοινωνική διαχείριση των ασυνήθιστων ψυχικών φαινομένων, αυτών δηλαδή που ο κοινός νους ταύτιζε ανέκαθεν με την «τρέλα», είναι δυνατό να διαχωριστεί συνοπτικά σε τέσσερις μεγάλες περιόδους σταθμούς:

§ η φάση της μη θεσμοποιημένης διαχείρισης της τρέλας κατά τη βυζαντινή και εν μέρει κατά τη μεσαιωνική περίοδο, όπου οι ασθενείς διαβιούν στους κόλπους της κοινότητας, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται μοναστήρια για τον εγκλεισμό μιας κατηγορίας ασθενών, των «δαιμονισμένων» (Πλουμπίδης, 1995).

§ η περίοδος του «μεγάλου εγκλεισμού» κατά το Φουκώ, 17<sup>ος</sup> -19<sup>ος</sup> αιώνας στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη, όπου ιδρύονται μαζικά καταλύματα για τους ψυχικά ασθενείς, παράλληλα με τη συγκρότηση της ψυχιατρικής σε ξεχωριστό επιστημονικό κλάδο και την εδραίωση του

καπιταλιστικού μοντέλου παραγωγής και οργάνωσης της κοινωνίας. Είναι η περίοδος της μαζικής ιδρυματοποίησης του ψυχικού πόνου και της ψυχιατροποίησης ασυνήθιστων ψυχικών εμπειριών (Φουκώ, 2004).

§ η φάση της Κοινωνικής-Κοινοτικής ψυχιατρικής κατά τις δεκαετίες 1950-70, όπου το ιατρικό μοντέλο γίνεται αντικείμενο σφοδρής κριτικής. Η αρχή αυτής της περιόδου συμπίπτει με την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων (δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ)

§ η επόμενη περίοδος κατά τη δεκαετία του 1980 χαρακτηρίζεται από τη θεσμική κατοχύρωση και τη δημιουργία δομών ελέγχου της ψυχιατρικής περίθαλψης με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Έχει ανοίξει ο δρόμος για την άσκηση κριτικής στα ενδότερα της ψυχιατρικής και για τη συμμετοχή των άμεσα ενδιαφερομένων στα ψυχιατρικά δρώμενα (Εμμανουηλίδου, 2000), ενώ συγκροτούνται και οι πρώτες ομάδες αυτοβοήθειας ασθενών.

## **1.2 Η ψυχιατρική περίθαλψη στο ελληνικό κράτος μέχρι τη δεκαετία του '80**

Η ιστορική εξέλιξη της περίθαλψης των ψυχικά αρρώστων στη χώρα μας είναι παράλληλη με την έννοια της ψυχικής ασθένειας, όπως αυτή διαμορφώθηκε στην πορεία των χρόνων. Όπως είδαμε και παραπάνω, η λαϊκή αντίληψη για την ψυχική αρρώστια ήδη από τους κλασικούς χρόνους, παίρνει μία υπερφυσική διάσταση, μία αιτιολογία ότι ο ψυχικά ασθενής κατέχεται από τα πνεύματα της Μανίας και της Λύσσας. Με λίγα λόγια, ο ψυχικά πάσχων είναι ένα άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Τον 4<sup>ο</sup> αιώνα, με τον Ιπποκράτη, εισάγεται η άποψη για την ψυχική αρρώστια πως είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων των τεσσάρων σωματικών χυμών, του αίματος, της μαύρης και κίτρινης χολής και του φλέγματος. Αυτή η άποψη αποτελεί την πρώτη βάση για το βιολογικό υπόστρωμα της ψυχικής νόσου και διαφοροποιείται από την επικρατούσα θεολογική άποψη που ήθελε το θεό Απόλλωνα να τιμωρεί τους ασεβείς με «φρενοβλαβία». Βέβαια, η έννοια του εγκλεισμού των «τρελών», συναντάται για πρώτη φορά στους

«Νόμους» του Πλάτωνα, όπου ένας ψυχικά ασθενής καταδικαζόταν σε πενταετή φυλάκιση με ρητή απαγόρευση επαφής του με την κοινότητα. Μάλιστα, εάν μετά το διάστημα αυτό ο ασθενής δε συμμορφωνόταν, έπρεπε να θανατωθεί. Ο Αριστοτέλης εισήγαγε τον όρο μελαγχολία, συνδέοντάς τον με τη μέλαινα χολή για τα άτομα με διαταραχές της αντίληψης. Πολλές ακόμη θεωρίες αναπτύχθηκαν με το πέρασμα του χρόνου για να καταλήξουμε στην άποψη πως η αντίληψη των ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα των κλασικών χρόνων είναι ένα κράμα θεολογίας, φιλοσοφίας και ορθολογικών στοιχείων (Μαδιανός, 1994α).

Στον ελλαδικό χώρο τα πρώτα άσυλα ιδρύθηκαν σε συγκεκριμένους τόπους. Το άσυλο βέβαια ήταν κοινωνικό εφεύρημα του 18<sup>ου</sup> αιώνα για τον έλεγχο και τον περιορισμό των ανεπιθύμητων συμπεριφορών των μη παραγωγικών πολιτών, τρελών, γέρον, φτωχών και άλλων περιθωριακών σε μια παραγωγική κοινωνία (Τσαλίκου, 1987).

Το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε, υπό βρετανική κυριαρχία, στην Κέρκυρα, το 1838, με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων. Το άσυλο τότε κάλυπτε τις ανάγκες όλης της ελληνικής επικράτειας και οι άρρωστοι διέμεναν κάτω από άθλιες συνθήκες, καθώς το ψυχιατρείο στεγάστηκε στους στάβλους του ιππικού. Πρώτος Έλληνας γιατρός που διετέλεσε ως διευθυντής το 1874 υπήρξε ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης. Δύο χρόνια αργότερα, το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλονιά από τους Άγγλους, στα πρότυπα του ασύλου της Κέρκυρας, ένα άσυλο σε ένα στρατώνα, ενώ το 1885 λειτούργησε ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς στη Μαγνησία.

Ωστόσο, το πρώτο υγειονομικό διάταγμα έρχεται κάποια χρόνια αργότερα. Πρόκειται για το γνωστό νόμο ΨΜΒ/1862 «Περί των φρενοκομείων», ενώ ακολουθεί ο νόμος 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. Ο νόμος ΨΜΒ/1862 καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο ύστερα από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενή. Το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο με δωρεά του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου» και το ιδιωτικό φρενοκομείο στο Δαφνί που παραχωρήθηκε από το κράτος. (Πλουμπίδης,

1981; Μάτσα, 1984; Χαβιάρα-Καραχάλιου, 1987). Ο Χ. Τσιριγώτης διηύθυνε το Δρομοκαϊτείο από το 1887 έως το 1903. Η σύγχρονη εποχή του Δρομοκαϊτείου ξεκινά το 1948, όπου καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά, οι μανδύες, ενώ από το 1953 καταργήθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες, τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής, έγιναν χωροταξικές ρυθμίσεις, εξασφαλίστηκε ιδιωτικός χώρος για τον κάθε ασθενή και εξοπλίστηκαν με τραπέζια και καθίσματα. Παράλληλα, είναι η εποχή που πραγματοποιούνται για πρώτη φορά κάποιες κοινωνιολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης και θεραπείας των ασθενών. Ωστόσο, οι προοδευτικές αυτές κινήσεις έμειναν στο επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων και δεν ήταν εφικτό να εξαπλωθούν και σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα, ίσως λόγω των κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών συνθηκών της εποχής. Εξαιρέση αποτελούν κάποια μεμονωμένα παραδείγματα.

Στις αρχές του 20ού αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιλάμβανε το Δρομοκαϊτείο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλονιά. Από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από το νόμο ΨΜΒ. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, ενώ οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες (Μαδιανός, 1994α; Πλουμπίδης, 1995). Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε και το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη Μονή Δαφνίου (Φιλανδριανός, 1977; Πλουμπίδης, 1995).

Με το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου τα υπάρχοντα ψυχιατρεία στην Ελλάδα βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη, σε άθλιες συνθήκες όπου κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ασθενείς. Το 1957 αποφασίστηκε να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές ασχολίες. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με Βασιλικά Διατάγματα στις 28.5.57. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 οι άθλιες και απάνθρωπες συνθήκες νοσηλείας έγιναν το αντικείμενο διεθνούς κατακραυγής και το ψυχιατρείο της Λέρου απετέλεσε το παγκόσμιο σύμβολο της αθλιότερης ασυλικού τύπου περίθαλψης (Λιάκος, 2003).



Το 1957, το «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής», που ξεκινά τη λειτουργία του στην Αθήνα, σηματοδοτεί την προσπάθεια αλλαγής του τόπου θεραπείας από το ίδρυμα στην κοινότητα στη σύγχρονη ελληνική ιστορία.

Στη δεκαετία του 1970 παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Από πλευράς ψυχιατρικών υπηρεσιών ιδρύεται το 1971 το πρώτο Κέντρο Ημέρας στο ΚΨΥ στη Θεσσαλονίκη και το 1977 το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα. Βέβαια, ήδη από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής της παραδοσιακής ψυχιατρικής στον ελλαδικό χώρο, καθώς και ομάδες συμπαράστασης στους ψυχιατρικούς εγκλείστους των ασύλων. Παράλληλα, δημιουργούνται μικρές οργανωμένες ομάδες-κινήσεις για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη δυτική Ευρώπη, όπως το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, Pirella στην Ιταλία και άλλων. Μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική καθυστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός, 1994α).

Στην έκθεση επιτροπής εμπειρογνομόνων προς την Ε.Ο.Κ. σχετικά με τις υφιστάμενες ψυχιατρικές υπηρεσίες τονίζεται (Έκθεση Εμπειρογνομόνων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1984): «Η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα δινόταν στην περίθαλψη των ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας έχουν παραμείνει σχετικά υποανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων, που είναι σχεδόν στο σύνολό τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μια ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάστακτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό, και μια γενική κατάσταση, που καθιστά την ανάρρωση ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής αρρώστιας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης».

## 1.3 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση

### 1.3.1 Ορισμός ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, δηλαδή με άλλα λόγια, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν το σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Η μεταρρύθμιση αφορά το νομικό πλαίσιο, το οργανωτικό, το διοικητικό και το διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994α).

Αφού ως σκοπός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τίθεται η συρρίκνωση ή και κατάργηση της λειτουργίας των παραδοσιακών μεγάλων ψυχιατρείων, με την παράλληλη μετακίνηση των ψυχικά πασχόντων σε υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση και κοινωνική τους ενσωμάτωση (Tsiantis, 1995; Assimopoulos, 1998), μια σημαντική της πτυχή συνιστά το πέρασμα από την ασυλική της μορφή στην κοινοτική ψυχιατρική.

Ουσιαστικά πρόκειται για μια αλλαγή στον τρόπο, στον τόπο και το χρόνο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τη Μαυρατζώτου (2003) «η αλλαγή στον τρόπο αφορά την αλλαγή των στάσεων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων, τόσο στο χώρο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και γενικότερα στην κοινότητα. Η αλλαγή του τόπου αναφέρεται στη μετάβαση από μια ιδρυματικού τύπου περίθαλψη σε εκείνη που πραγματοποιείται στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου. Η αλλαγή ως προς το χρόνο σημαίνει έγκαιρη παρέμβαση και συνέχεια στη φροντίδα».

Έχει επικρατήσει η αναφορά σε δύο ορόσημα σε σχέση με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: τη θέσπιση του Κανονισμού 815 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και τις δράσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο αυτό και τις δύο, έως τώρα, φάσεις του εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία «Ψυχαργώς». Η ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας άλλαξε ριζικά τον υγειονομικό χάρτη της χώρας και κατά συνέπεια τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής

ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ») ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πολλά άρθρα του νόμου 2071/92 αφορούν την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα.

Παρά το γεγονός ότι εφαρμόζεται εντελώς αποσπασματικά ή καθόλου σε διάφορες περιοχές της χώρας μας, σημείο-σταθμός για το θεσμικό πλαίσιο, στο οποίο υλοποιείται η μεταρρύθμιση, θεωρείται η ψήφιση του νόμου 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» που ήρθε να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα διαιρέθηκε –όπως θα δούμε και παρακάτω- σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η τομεοποίηση όμως ως βασικό συστατικό της οργάνωσης συστήματος ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας άρχισε να εφαρμόζεται, τύποις τουλάχιστον, με καθυστέρηση 20 και 40 ετών σε σύγκριση με την Ιταλία και τη Γαλλία αντίστοιχα (Μαδιανός, 1994α).

### **1.3.2 Κοινωνική – Κοινοτική Ψυχιατρική**

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται άμεσα με την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η Κοινωνική-Κοινοτική Ψυχιατρική εγκαθιδρύει την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρικό σύστημα, διευρύνει τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης των ψυχικά αρρώστων, δίνοντας έμφαση στη θεραπεία περιβάλλοντος και εισάγοντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών ως προς την έκλυση της ασθένειας παραγόντων. Η ανάπτυξη αυτού του επιστημονικού κλάδου πρέπει να εξετάζεται παράλληλα με την αναδυόμενη ανάγκη για νέες, αποδοτικότερες

μορφές θεραπείας και έρευνας της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Bell et Speigel, 1966; Μαδιανός, 2000β).

Ως Κοινωνική Ψυχιατρική ορίζεται ο κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με τη διερεύνηση των κοινωνικών-πολιτιστικών αιτιών της ασθένειας, την επιδημιολογία, την πρόληψη και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών (Μαδιανός, 2000α). Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι στην ουσία η σύγχρονη ψυχιατρική, η οποία και αναγνωρίζει την κοινωνική διάσταση της νόσου και την ενσωματώνει στις πρακτικές και υπηρεσίες περίθαλψης (Lemperière, Féline et al., 1995).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική αποτελεί την πρακτική πλευρά της Κοινωνικής Ψυχιατρικής από την άποψη ότι η μεν πρώτη δίδει μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμογή στο πλαίσιο της κοινότητας των διαφόρων υπηρεσιών και στην αξιολόγησή τους, ενώ η δεύτερη δίνει αποκλειστική έμφαση στη θεωρία και την έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών (Goldston, 1956).

Πρόκειται για έναν τύπο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που σκοπό έχει την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών της κοινότητας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των μελών της, την ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, όπως αναπτύσσονται στην κοινότητα και όχι όπως γίνονται αντιληπτές και αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο (Μαδιανός, 2000β). Έμφαση δίδεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχικής αρρώστιας, δηλαδή στο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον, παράγοντες που ο ψυχιατρικός λόγος, επικεντρωμένος -κάτω από την έντονη επίδραση του βιολογισμού- στην έννοια της διαχείρισης είχε αφήσει εκτός της εμβέλειάς του (Μάτσα, 2006).

Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς και της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού (Lemperière, Féline et al., 1995).

Βασικοί στόχοι της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτελούν η αύξηση του εύρους των ψυχιατρικών υπηρεσιών (υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους, υπερήλικες και άλλες ευάλωτες ομάδες), η ύπαρξη υπηρεσιών ισότιμα διαθέσιμων και προσεγγίσιμων από κάθε άτομο, η ανάλογη των αναγκών

της κοινότητας παροχή υπηρεσιών, η μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία, η μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών, η πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών, η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση και ο συντονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στον τομέα. Η Κοινωνική Ψυχιατρική αποσκοπεί στην υποβάθμιση του διχοτόμου διαχωρισμού μεταξύ φυσιολογικού-μη φυσιολογικού, υγείας και ασθένειας. Οι ψυχικές αρρώστιες θεωρούνται σαν όλες τις αρρώστιες με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας, πόνου και χαράς, ενώ η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας ανάγεται σε ουτοπία (Μαδιανός, 2000β).

Δεν αποτελεί μια εναλλακτική στο άσυλο πρόταση, αλλά αφορά στην επανατοποθέτηση της ψυχιατρικής μέσα στην κοινότητα, το φυσικό της δηλαδή χώρο. Η αντίληψη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων μέσα στο χώρο και χρόνο υπερέχει από τη στατική θεώρηση του ατόμου ως μονάδας. Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να κατανοηθεί έξω από το φυσικό και κοινωνικό πολιτιστικό περιβάλλον, στο οποίο αναπτύσσεται και εκδηλώνεται. Το περιβάλλον πρέπει να μελετάται ως προς την επίδρασή του στην ατομική συμπεριφορά. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δρα μέσα σε έναν συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο, την κοινότητα, ενώ συνάμα επηρεάζεται από αυτόν. Έτσι, η ψυχιατρική πράξη δεν προβάλλει μετέωρη, ως πράξη περιοριστική, έξωθεν επιβαλλόμενη, αποξενωμένη από τον κοινωνικό της χώρο, αλλά ως μια κοινωνική διαλεκτική διαδικασία (Μαδιανός, 2000β).

Η κοινότητα αναδεικνύεται ως έννοια εναλλακτική έναντι του κράτους και της κοινωνίας, καθώς παρέχει μια αίσθηση «ανήκειν» σε έναν ανασφαλή κόσμο (Delanty, 2003). Η κοινότητα αποτελεί μια μορφή κοινωνικού δεσμού. Τα κοινωνικά σύνολα που συγγέονται από αυτό το είδος κοινωνικού δεσμού χαρακτηρίζονται από άτυπες, άμεσες και προσωπικές σχέσεις και παραδοσιακότητα (Τσαούσης, 1984). Κοινότητα είναι το σύνολο των ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς και διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ το άτομο είναι το σύνολο των κοινωνικών του σχέσεων.

Η ψυχική ζωή των ανθρώπων δε δομείται σε αντίθεση με την κοινωνική ζωή, αλλά αποτελεί συστατικό στοιχείο της, στοιχείο που αναπτύσσεται στα πλαίσια του «ζω μαζί». Η ψυχική υγεία είναι συνυφασμένη με αυτό το

«μαζί», με την κοινή δράση και το βίωμα της συλλογικότητας (Μάτσα, 2006).

Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι η μέθοδος και το εργαλείο για την ανάδειξη της σημασίας των κοινωνικών αντιθέσεων και αντιφάσεων στη γένεση της ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός, 1985α).

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 παράλληλα με τον όρο Κοινοτική Ψυχιατρική καθιερώνεται και ο όρος Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή με την έννοια ότι απευθύνεται σε υγιείς πληθυσμούς με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας χωρίς να ψυχιατρικοποιεί τα ψυχοκοινωνικά τους προβλήματα. Πρόκειται για έναν πολυδιακλαδικό τομέα που περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και που προάγουν την ψυχική υγεία των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας, σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχιατρική προσέγγιση που εστιάζει στο άτομο σε κρίση. Δίνει έμφαση στη σημασία του περιβάλλοντος, κοινωνικού και πολιτιστικού, κατά την έναρξη ή την πορεία μιας ψυχικής αρρώστιας, ενώ παράγοντες, όπως η κοινωνική απομόνωση, το επαγγελματικό στρες, η ανεργία, η κοινωνική παρέκκλιση, ενοχοποιούνται στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός, 2000β).

Κατά το Μαδιανό, η θεραπεία στην κοινότητα δεν είναι μόνο οικονομικά εφικτή, αλλά οικονομικότερη σε σχέση με την ψυχιατρική νοσηλεία και αποδεδειγμένα η αποδοτικότερη μορφή παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 2000β).

### **1.3.3 Αποασυλοποίηση**

Η αποασυλοποίηση θεωρείται βασική συνιστώσα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Για το Σακελλαρόπουλο (2003) η αποασυλοποίηση δεν πρέπει να ταυτίζεται μόνο με την έξοδο των αρρώστων από το ψυχιατρείο και την εγκατάστασή τους στην κοινότητα. Πρόκειται για διαδικασία ευρύτερη που περιλαμβάνει κατ' αρχήν τη βελτίωση της λειτουργίας των ίδιων των ψυχιατρείων ως προς τη θεραπευτική τους συνιστώσα, τις συνθήκες διαβίωσης, την προετοιμασία των ασθενών για την έξοδό τους και

μετέπειτα τη συνεργασία των ψυχιατρείων με τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα κλπ) και Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης (Ψυχιατρικοί τομείς Γενικών Νοσοκομείων).

Ενώ στην Ευρώπη η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτέλεσε τον πυρήνα της μεταρρύθμισης, με την αποασυλοποίηση να πραγματοποιείται παράλληλα ή να ακολουθεί, στη χώρα μας η αποασυλοποίηση μονοπώλησε το ενδιαφέρον της επίσημης πολιτικής.

Η απο-ασυλιακή μεταρρύθμιση έφερε στο προσκήνιο δύο τινά. Από τη μια την αντίσταση της κοινότητας στην εγκατάσταση ψυχικά ασθενών στους κόλπους της και από την άλλη τη μεταφορά του ιδρυματικού τρόπου ζωής των ασθενών και της ιδρυματικής νοσοτροπίας του προσωπικού από το ψυχιατρείο στις νέες δομές (Τομαράς και συν., 2006). Έχει επισημανθεί πως όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ασθενών και του προσωπικού ενός οικοτροφείου ή ξενώνα, τόσο πιο αυξημένος είναι ο κίνδυνος μετατροπής του σε μικρό ψυχιατρείο (Donnelly et al, 1997).

#### **1.3.4 Αποϊδρυματοποίηση**

Αποϊδρυματοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα μετά από κατάλληλη προετοιμασία και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα (Χριστοδούλου και συν., 2000). Η αναδιάταξη του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται στο κλείσιμο του ψυχιατρικού νοσοκομείου-ασύλου και την αντικατάστασή του από ένα σύνολο νέων εξωνοσοκομειακών δομών μέσα στην κοινότητα (Τζανάκης, 2003).

Αν και οι όροι αποασυλοποίηση και αποϊδρυματισμός συνήθως χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, εντούτοις αναφέρονται σε διαφορετικά φαινόμενα. Δεν είναι αυτονόητο ότι ο αποϊδρυματισμός συμπορεύεται με την αποασυλοποίηση, δηλαδή, την έξοδο των τροφίμων από τα ψυχιατρεία και τη μετεγκατάστασή τους στην κοινότητα. Αντίθετα, όταν στις νέες δομές αναπαράγονται από το προσωπικό ιδρυματικές πρακτικές, όταν οι δομές νοούνται ως ενδιάμεσες και όχι μεταβατικές, επιτελώντας

αποκλειστικά λειτουργίες στέγασης και όχι κατοικίας κι όταν είναι αποκομμένες από την κοινότητα και τις αντίστοιχες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τότε η αποασυλοποίηση μπορεί να συνοδεύεται από νέο-ιδρυματισμό (Τομαράς και συν., 2006).

Η αποϊδρυματοποίηση δεν μπορεί να ιδωθεί ως μια απλή μετεγκατάσταση των ασθενών, ως αλλαγή τόπου, αλλά τρόπου και μεθόδων αντιμετώπισης -θεραπείας και χειραφέτησης- των ψυχικά πασχόντων. Η μετάβαση από το «μέσα» στο «έξω», από το δημόσιο ψυχιατρείο στην κοινότητα, θα πρέπει να κινείται σε μια λογική μετασχηματισμού και υπέρβασης του ψυχιατρείου (Μεγαλοοικονόμου, 2006).

Το ασυλιακό σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών συνιστά ένα σύστημα διαχείρισης, δηλαδή ένα σύστημα που έχει ως ρόλο τη φύλαξη των αποκλινόντων. Η παραδοσιακή ψυχιατρική με τον εγκλεισμό στο άσυλο, αντί να οδηγεί στη θεραπεία της ασθένειας, οδηγεί στον αναδιπλασιασμό της, δηλαδή στην ιδρυματοποίηση, η οποία συνιστά μια ιατρογενή ασθένεια (Τζανάκης, 2003). Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο του στερούσε και τα λιγοστά υπολείμματα κοινωνικότητας που του απέμεναν μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου (Lemprière et Féline, 1995).

Το ψυχιατρείο επιτελεί περισσότερο λειτουργίες κοινωνικού ελέγχου και εγκλεισμού παρά θεραπευτικό ρόλο και λειτουργεί σαν μια μικρή απομονωμένη αυταρχική κοινωνία που επιδρά καταλυτικά στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ασθενών, παραβιάζοντας και τελικά καταργώντας τα δικαιώματά τους.

Για να επιτευχθεί, λοιπόν, η αποϊδρυματοποίηση είναι αναγκαία η κριτική τόσο της λειτουργίας των ψυχιατρικών θεραπευτικών θεσμών όσο και του ρόλου των επαγγελματιών μέσα στα θεραπευτικά δρώμενα και ο επαναπροσδιορισμός τους, συνοδευόμενος από αποκήρυξη κάθε ρόλου ισχύος και αυθεντίας. Η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης γίνεται κατανοητή ως μια συνεχής κριτική διεργασία (Μπαϊρακτάρης, 1994). Ο αποϊδρυματισμός συγκροτεί ένα πολύμορφο σύνολο θεωρίας και πρακτικής που αλλάζει το παραδοσιακό ψυχιατρικό παράδειγμα και προάγει καινοτόμες προσεγγίσεις, θέτοντας το πάσχον υποκείμενο στο κέντρο του συστήματος φροντίδας (Στυλιανίδης και Χονδρός, 2004).



Κατά το Μαδιανό ο αποϊδρυματισμός είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (άσυλα) προς την μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας (Μαδιανός, 2005). Ο αποϊδρυματισμός των ψυχιατρικών θεσμών ή της παραδοσιακής λογικής προηγείται εκείνου του αποϊδρυματισμού του ίδιου του ασύλου (Μαδιανός, 1994α).

Η οργάνωση των υπηρεσιών οφείλει να προάγει τη μετάθεση της βασικής ψυχιατρικής φροντίδας προς την κοινότητα. Βασική προϋπόθεση για αυτή τη μετατόπιση συνιστά η μετακίνηση του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την αρρώστια στο άτομο και την κοινωνική του μειονεξία, δηλαδή, η μετάθεση από την ατομική προσέγγιση της αρρώστιας σε μια συλλογική δράση κι ένα ολιστικό σχέδιο φροντίδας με επίκεντρο τους ασθενείς και το περιβάλλον τους (Στυλιανίδης και Χονδρός, 2004). Αναγκαία, λοιπόν, είναι η αλλαγή παραδείγματος στην εννοιολογική θεώρηση και πρακτική αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και ασθένειας και η υπέρβαση του ιατροκεντρικού μοντέλου που θέλει τους ασθενείς ανενημέρωτους, παθητικούς αποδέχτες υποδεικνυόμενων υπηρεσιών, χωρίς αντιπροσώπευση απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Kouchner, 2000).

Σύμφωνα με τον Del Aqua, «ο αποϊδρυματισμός είναι ταυτόχρονα μια πολιτιστική αλλαγή στο προσωπικό του ψυχιατρείου». «Αποϊδρυματισμός είναι να κριτικάρουμε το ρόλο μας, την ιστορία μας, να αμφισβητούμε την εξουσία μας, την ιεραρχία, να δούμε τον άρρωστο ως δυναμικό άτομο, μέρος ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που αλλάζει». «Αποϊδρυματισμός είναι το να έρθουμε στη θέση του αρρώστου, να του δώσουμε τη δυνατότητα να διαπραγματευθεί τη θεραπεία του. Ιδρυματισμός είναι όταν λέμε «ο άρρωστός μου», «ο γιατρός μου», ακόμα και αν εργαζόμαστε στη κοινότητα» (Μαδιανός, 1994α).

Η διαδικασία αποϊδρυματοποίησης κρίνεται επιτακτική αν αναλογιστεί κανείς τα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα της υιοθέτησης ιδρυματικών πρακτικών: στίγμα, απόσυρση από κοινωνικούς ρόλους, περιορισμό των κοινωνικών προσδοκιών, ρήξη των οικογενειακών δομών και του

κοινωνικού δικτύου υποστήριξης, παθητικοποίηση, αποπροσωποίηση, κακοποίηση.

### **1.3.5 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση**

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συγκροτεί μια πολυδιάστατη διαδικασία που προσφέρει ευκαιρίες σε χρόνιους ψυχικά αρρώστους με έκπτωση λειτουργικότητας, ανικανότητα ή αναπηρία, να πετύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας και ενσωμάτωσης στην κοινότητα (Μαδιανός, 2004).

Οι βασικοί άξονες της αποκατάστασης αφορούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και την ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του, αλλά παράλληλα και στην εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συναντούν τις ανάγκες του ασθενούς. Οι άξονες αυτοί σηματοδοτούν κατά κάποιο τρόπο τη μετάβαση από τη βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής σε μια περισσότερο ψυχο-κοινωνική προσέγγιση, όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται, όχι μόνο από συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες, αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες, οι οποίες μπορούν να αναγνωσθούν και να απαντηθούν (Ζήση, 2001).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την έναρξη και εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης. Γι' αυτό το λόγο, ο ασθενής πρέπει να βοηθηθεί να αποκαταστήσει τις κοινωνικές του σχέσεις και να διατηρήσει ή να ανακτήσει τα δικαιώματά του στην κοινότητα. Κάθε εργασία σχετικά με πλευρές της ανικανότητας του ασθενή αποτελεί αποκατάσταση. Η αποκατάσταση είναι απαραίτητη, όχι μόνο για τους ιδρυματικούς ασθενείς, αλλά για όλους όσους τείνουν προς τη χρονιότητα. Γι' αυτό και χρειάζεται να εκτελούνται προγράμματα αποκατάστασης για τους χρόνιους ιδρυματικούς ασθενείς, καθώς και για εκείνους που χρησιμοποιούν συνεχώς τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο χρόνιος ασθενής μπορεί να προσεγγίσει το πρόγραμμα αποκατάστασης, εφόσον έχει υλοποιηθεί πρώτα μια εργασία αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικοποίησης, ενώ ο ασθενής

που δε διαμένει μόνιμα στο ψυχιατρικό ίδρυμα μπορεί να ενταχθεί απευθείας στο πρόγραμμα (ΕΠΑΨΥ-ΚΚΨΥ Χαλκίδας, 1994).

Στο επίπεδο της κοινότητας ένας σημαντικός αριθμός ατόμων νοσεί από ψυχική αρρώστια μακράς διάρκειας, όπως είναι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις, οι συναισθηματικές και οργανικές ψυχώσεις, οι εξαρτήσεις από ουσίες (Μαδιανός, 1994β). Ως χρόνιος ορίζεται ο ασθενής που ανταποκρίνεται στο κριτήριο της διάγνωσης, δηλαδή, ότι νοσεί από σχιζοφρενικές και συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και στο κριτήριο της εξάρτησης για οικονομική υποστήριξη από την οικογένεια ή την κοινωνική πρόνοια (Lieberman, 1988). Αλλού τονίζεται ότι οι χρόνιοι ασθενείς υποφέρουν από διαταραχές που μπορεί να χρονίσουν και να διαταράζουν ή να εμποδίσουν τη λειτουργικότητά τους σε τρία ή περισσότερα επίπεδα της καθημερινής ζωής, όπως η προσωπική υγιεινή και φροντίδα, η δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με αποτέλεσμα την αδυναμία οικονομικής τους αυτονομίας (Goldman et al., 1981).

Σύμφωνα με τη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (ΠΟΥ, 1996): «Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα -με έκπτωση της λειτουργικότητας, ανίκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή- 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 περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατό περισσότερο ποιοτική για ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια που να παράγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας».

Η επίτευξη των τελικών στόχων της αποκατάστασης βασίζεται στην υλοποίηση ενδιάμεσων στόχων, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη μείωση της συμπτωματολογίας με επαρκείς φαρμακευτικές ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, τη μείωση των ιατρογενών προβλημάτων με περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών από τις ανωτέρω παρεμβάσεις και ιδιαίτερα της παρατεταμένης ιδρυματοποίησης, τη βελτίωση των

κοινωνικών δεξιοτήτων, της ψυχολογικής προσαρμοστικότητας και της εργασιακής λειτουργικότητας των ασθενών, τη μείωση των κοινωνικών διακρίσεων και του στιγματισμού, την παροχή υποστήριξης στις οικογένειες των πασχόντων, την παροχή κοινωνικής υποστήριξης με τη δημιουργία ενός μακροπρόθεσμου συστήματος που θα καλύπτει τουλάχιστον τις βασικές ανάγκες στέγασης, απασχόλησης, κοινωνικής δικτύωσης και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και τέλος, την ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών με προώθηση της αυτονομίας και αυτάρκειας τους.

Επομένως, η αποκατάσταση δε στοχεύει μόνο στην εκπαίδευση του ατόμου προκειμένου να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του, αλλά και στην παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα για την ενίσχυση της κοινωνικής του επανένταξης. Πρόκειται για μια συνεχή διαδικασία που ξεκινά με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής (Μαδιανός, 2000β). Περικλείει οτιδήποτε ασκείται για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών (Μαδιανός, 1985β).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση υποδιαιρείται σε δύο φάσεις, στη μεταβατική φάση που διαδέχεται την έξοδο ενός ατόμου από το ψυχιατρείο και έχει τη μορφή της μερικής νοσηλείας στο Νοσοκομείο ή Κέντρο Ημέρας και στην κύρια φάση, η οποία περιλαμβάνει την κοινωνική αποκατάσταση και την επαγγελματική αποκατάσταση (Μαδιανός, 1994β).

Τα είδη της αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου διακρίνονται στην:

§ Ψυχιατρική εργοθεραπεία-μέσα ή έξω από το ψυχιατρείο

§ Κοινωνική αποκατάσταση-έξω από το ψυχιατρείο, στην κοινότητα- με τη λειτουργία της κοινωνικής λέσχης και τις εναλλακτικές δομές διαμονής (ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, θετή οικογένεια)

§ Επαγγελματική αποκατάσταση (προεπαγγελματική εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία) (Μαδιανός, 1994α).

Η σύγχρονη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να μετατοπίσει την προσοχή της στο πώς θα εξασφαλίσει τις συνθήκες εκείνες που θα επιτρέψουν την πραγμάτωση των βασικών και αυτονόητων αναγκών των ατόμων με ψυχιατρικές δυσκολίες. Οι χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα από ένα σύστημα ψυχικής υγείας, το

οποίο αναγνωρίζει τις αυτονόητες ανάγκες, εξασφαλίζει ρόλους με θετικές ιδιότητες, ενεργοποιεί φυσικά κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης και εμπλέκει τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες στο σχεδιασμό και την οργάνωση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών (Ζήση, 2001).

### **1.3.6 Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και το πρόγραμμα «Ψυχαργός»**

Η ιστορία της ψυχιατρικής περίθαλψης στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε πορεία παρόμοια με την υπόλοιπη Ευρώπη, με μόνη διαφορά στην καθυστέρηση της δημιουργίας ασύλων. Η καθυστέρηση αυτή πιθανόν να οφείλεται στον έντονα αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας, καθώς και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε τον ψυχικά ασθενή στο σπίτι. Είναι γεγονός ότι οι σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ψυχικής υγείας παρατηρούνται στη χώρα μας την αρχή της δεκαετίας του 1980 (Μαδιανός, 2000β).

Πιο συγκεκριμένα, στη χώρα μας επιχειρείται τα τελευταία χρόνια μία προσπάθεια χάραξης και υλοποίησης μίας εθνικής πολιτικής για την ψυχική υγεία. Η ανάγκη άλλωστε να τεθεί το θέμα της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών παράλληλα με την αλλαγή της νοοτροπίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων, επισημαίνεται διαρκώς ως ζήτημα πρωταρχικής σημασίας (Στυλιανίδης, 1999). Μία γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί το πέρασμα από την ασυλιακή ψυχιατρική με τα κλειστά, αποκομμένα από την κοινωνία, ιδρυματικού τύπου νοσηλευτήρια σε μία διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην Κοινωνική Κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση με την ανάπτυξη ενός Συστήματος Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83). Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ άρχισε μία διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας μέσα στα ιδρύματα, προετοιμασίας και μεταφοράς των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά

αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο νόμος του 1999 σχετικά με την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μία νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση. Τα τελευταία χρόνια μιλώντας για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας χωρίς όμως να εμποδίζουν το άτομο να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό το εγχείρημα, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Σχεδόν ο κάθε νομός της χώρας αποτελεί και έναν Τομέα, ενώ στο Νομό Αθήνας και Θεσσαλονίκης βρίσκουμε τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με το όνομα «Ψυχαργός». Ως γλωσσολογικός νεολογισμός το ψυχαργός εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου (ψυχή) και τους απαραίτητους συνειρμούς γύρω από το ταξίδι (Αργός) από το «χώρο» του Ασύλου προς το χώρο της Κοινότητας.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» συνιστά σήμερα τη βασική γραμμή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, εκφράζει δηλαδή την πολιτική βούληση για μεταρρύθμιση στο χώρο της ψυχικής υγείας με την αλλαγή του κυρίαρχου μοντέλου αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών. Αποτελεί το κεντρικό όχημα για το πέρασμα σε μια άλλη εποχή ψυχιατρικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, το 1999 καταρτίστηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα (2000-2010), το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και στην είσοδο ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο. Το πρόγραμμα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό

όλων των ψυχιατρειών της χώρας και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών, κοινοτικά προσανατολισμένων και ενταγμένων σε Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η πρώτη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» υλοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001. Στο τέλος του 2001 έγινε η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος, ώστε να ισχύει για τη δεκαετία 2001-2010 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Η εθνική πολιτική για την ψυχική υγεία στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υποστηρίζεται σε χρηματοοικονομικό επίπεδο από την Ευρωπαϊκή Ένωση και βρίσκεται υπό την αυστηρή διοικητική και διαχειριστική εποπτεία της. Το σχέδιο αυτό προέβλεπε μεταξύ άλλων την επιτάχυνση του αποϊδρυματισμού όλων των ψυχιατρειών της χώρας, τη σταδιακή κατάργηση μέχρι το 2006, των πέντε από αυτά (μεταξύ των οποίων και το Π.Ν.Α.) και την ταυτόχρονη ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα (Μ.Υ.Π.Ε.Π., Επιχειρησιακό Σχέδιο Π.Ν.Α., 2003).

### **1.3.7 Η Α΄ Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»**

Η Α΄ Φάση εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ως ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα» και χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και από το Ελληνικό Δημόσιο, πιο συγκεκριμένα από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αυτό το μέρος της Α΄ φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν το γεγονός ότι για πρώτη φορά σε τέτοια έκταση τις παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ανέλαβαν Γενικά Νοσοκομεία, σε μια εταιρικής μορφής σχέση με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα αυτού του μέρους της Α΄ φάσης του προγράμματος “Ψυχαργός” υπήρξαν τα εξής:

§ Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης

§ Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών

§ Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

§ Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών

§ Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών

§ Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Άλλες δράσεις της Α΄ φάσης του προγράμματος υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους. Αυτές αφορούσαν την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών “Δρομοκαϊτείο” (πρόκειται για το Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης “Δρομοκαϊτείου”), την έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες καθώς και τη λειτουργία μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε 6 νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001. Μέχρι το τέλος του 2001, που συμπίπτει με το τέλος της Α΄ φάσης του Προγράμματος “Ψυχαργός” οι Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στη χώρα μας αποτυπώνονται στον επόμενο Πίνακα:

Πίνακας 2: Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	
Ξενώνες αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία αποασυλοποίησης / αποκατάστασης	13
Προστατευμένα Διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί Ξενώνας αποκατάστασης	3

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης & Παρακολούθησης “Ψυχαργός – Α΄ φάση.



Στο πλαίσιο της Α΄ φάσης του «Ψυχαργός», είχε εγκριθεί, ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων του προγράμματος. Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης. Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας, ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) έπειτα από σχετική προκήρυξη και ανοικτό διαγωνισμό.

Η δραστηριότητα της Μονάδας αναπτύχθηκε στους ακόλουθους τομείς: (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια, 2000- 2006)

§ Συλλογή, επεξεργασία και κωδικοποίηση πληροφοριών και στοιχείων

§ Σχεδιασμός και λειτουργία Βάσεων Δεδομένων και Τηλεματικού Συστήματος

§ Εντοπισμός, ανάλυση και επικύρωση της καινοτομίας

§ Ενέργειες διάδοσης-ευαισθητοποίησης

§ Σεμινάρια και συσκέψεις εργασίας

§ Εμφύχωση και ενεργός τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπ. Υγείας - Πρόνοιας

§ Οργάνωση Ελληνικού Δικτύου Φορέων υλοποίησης και τεχνική υποστήριξη σχεδίων διακρατικών συνεργασιών.

Το έργο της Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης & Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ολοκληρώθηκε με επιτυχία και αξιολογήθηκε θετικά από Ομάδα Ανεξάρτητων Εμπειρογνομώνων - Αξιολογητών, αλλά και από το σύνολο των εμπλεκόμενων στο Πρόγραμμα Φορέων (Ε.Π Υγεία- Πρόνοια, 2000-2006).

### **1.3.8 Η Β' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»**

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 -2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, ΠεΣΥΠ Κρήτης, 2004). Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη και απευθύνονται σε ενήλικες, παιδιά και εφήβους. Η ανάπτυξη δομών και υποδομών έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Δίνεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών με μακρά παραμονή στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την ανάπτυξη των ακόλουθων νέων δομών:

§ 31 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. 5 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία. (Κάθε ολοκληρωμένο Τμήμα περιλαμβάνει Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση και Μονάδα Οξέων.)

§ 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες.

§ 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους.

§ 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην κρίση για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία.

§ 10 Μονάδες σωματικής απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.

§ 8 Ολοκληρωμένες μονάδες για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και έρευνας

§ 21 Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης (κυρίως νησιά και απομακρυσμένες ορεινές περιοχές).

§ 12 Κέντρα Ημέρας για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.

§ 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα. 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.

§ 15 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.

§ 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα για την εγκατάσταση 3.000 ατόμων με μακρά διαβίωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

§ 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί ΠΕ (Μαδιανός, 2005).

Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης επιτρέπει τη μείωση του μεγέθους και του ρόλου των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων με στόχο την οριστική κατάργησή τους μετά το 2010. Η εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα εξασφαλίζεται επιπλέον από:

§ Τις Κοινοτικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης, Κινητές Μονάδες, Ειδικές Μονάδες για τον Αυτισμό, Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, που λειτουργούν με βάση την τομεοποίηση της χώρας, με ταυτόχρονη ανάδειξη του ρόλου των Ταμειακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.),

§ Την ουσιαστική βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των αντίστοιχων δομών

§ Την αγωγή της κοινότητας και την κινητοποίηση κοινωνικών δυνάμεων προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος και της υποστήριξης ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης,

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη ειδικών μονάδων που ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των Γενικών Νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε κατά τη φάση της

κρίσης είτε κατά τη φάση της υποστήριξης, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης-Εμψύχωση, 2003).

### **1.3.9 Πρόγραμμα «Ψυχαργός» -Στόχοι και αποτελέσματα»**

Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, όπως είδαμε νωρίτερα, σχεδιάστηκε ένας πολύπλευρο δίκτυο υπηρεσιών στην κοινότητα που στόχο είχε να ανταποκριθεί στο σύνολο των αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος Πρόνοιας και Υγείας και κατ' επέκταση η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση οραματίστηκε την ανάπτυξη ενός σύγχρονου, αποκεντρωμένου και αποτελεσματικού δικτύου κοινωνικής φροντίδας που θα παρέχει κάλυψη σε όλους τους πολίτες της χώρας Είναι γεγονός πως μέχρι πριν λίγα χρόνια, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις και η έλλειψη σεβασμού για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με αναπηρία ήταν σύνηθες φαινόμενο. Μετά τη δημιουργία ενός πολύπλευρου δικτύου δράσης όπως είναι το «Ψυχαργός», η Ελλάδα επέδειξε 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 επί τάπητος τα ζητήματα της καταπολέμησης των προκαταλήψεων, του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού ως υψίστης σημασίας ζητήματα για τις κοινωνίες 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. Κύριο στόχο αποτέλεσε η σταδιακή συρρίκνωση και κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων και η ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών στη κοινότητα, ώστε ο ψυχικά ασθενής να παραμένει στο φυσικό του περιβάλλον, ενσωματωμένος στο κοινωνικό γίγνεσθαι ως ενεργός πολίτης, ενώ συνάμα βασικό μέλημα της μεταρρυθμιστικής στρατηγικής ήταν η ανάδειξη και ενεργοποίηση κοινωνικών

υποστηρικτικών συστημάτων και η ενίσχυση κινήματων αλληλεγγύης προς τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του. Το «Ψυχαργός», λοιπόν, δε λειτουργεί απλά ως πρόγραμμα υπηρεσιών, αλλά επιδιώκει να αλλάξει και διαμορφώσει και τις στάσεις των ανθρώπων απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα, στις ψυχιατρικές δομές και στην επιστήμη της ψυχιατρικής.

#### Για τον ψυχικά πάσχοντα:

Η αλλαγή στη ζωή των ψυχικά ασθενών γίνεται εύκολα αντιληπτή, αρκεί να σκεφτεί κανείς τις νέες δυνατότητες που τους προσφέρουν οι εξωνοσοκομειακές δομές και οι ξενώνες. Πρόκειται για χώρους, όπου οι δεξιότητές τους μπορούν να εκφραστούν, οι προσωπικές τους επιθυμίες μπορούν να βγουν στην επιφάνεια και μπορούν να διεκδικήσουν δικαιώματα, πράγμα αδιανόητο στα πλαίσια ενός ψυχιατρείου του παρελθόντος. Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών που ενισχύθηκε με την ύπαρξη μεγάλων ψυχιατρείων, χώρων απομονωτισμού και περιθωριοποίησης αποτελούσε τροχοπέδη στο έργο της Κοινωνικής Αποκατάστασης των ανθρώπων αυτών. Πλέον, η κοινωνική ενσωμάτωση των πασχόντων συμβάλλει στην κατάρριψη του μύθου της επικινδυνότητας όσων νοσούν ψυχικά.

#### Για την ψυχιατρική

Με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» ανοίγεται στην ψυχιατρική ένας νέος δρόμος αποσυνδεδεμένος πια από τα ψυχιατρεία- άσυλα, τους χώρους απομόνωσης και περιθωριοποίησης και τις πρακτικές καταστολής των ασθενών και δίδεται μία ευκαιρία ανάδειξης της κοινωνικής και βαθιά ανθρωπιστικής διάστασης του ρόλου του ψυχιάτρου. Ο ψυχίατρος ξεφεύγει από τη στερεοτυπία, έχει τη δυνατότητα να εστιάσει στον ψυχικά πάσχοντα ως άτομο και όχι ως σύνολο συμπτωμάτων. Μέσα από το πρόγραμμα «Ψυχαργός» η ψυχιατρική γεννά την ελπίδα ότι η ψυχιατρική νόσος είναι δυναμικά ιάσιμη, στο βαθμό που η κοινωνία ενσωματώνει τη διαφορετικότητα και οι ψυχικά πάσχοντες ανταποκρίνονται λίγο ή πολύ στις προσδοκίες της ίδιας της κοινωνίας.

### Για τα ψυχιατρεία

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» δεν αποτελεί την ανανέωση ή την εναλλακτική λύση στα άσυλα και τα απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα. Αντίθετα, πρόκειται για την επανατοποθέτηση της ψυχιατρικής στη σωστή της θέση στην κοινότητα, αφού τα άσυλα αποτελούν κοινωνικό εφεύρημα του 18<sup>ου</sup> αιώνα, για τον έλεγχο και τον περιορισμό των ανεπιθύμητων πολιτών με τις παράξενες συμπεριφορές (Μαδιανός, 2000α). Σήμερα, διευρύνονται οι θεραπευτικές δυνατότητες των δομών ψυχικής υγείας. Οι σχέσεις θεραπευτή – θεραπευομένου αλλάζουν, ενώ εισάγονται οι θεραπευτικές ομάδες. Ξεκινούν κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν αδύνατο να αναπτυχθούν σε συνθήκες ασύλου. Αλλάζουν ο τρόπος διοίκησης και οι διοικητικές συμπεριφορές, αναδεικνύονται μέθοδοι και στοιχεία που διαμορφώνουν ένα νέο πιο ανθρώπινο και ανθρωποκεντρικό μοντέλο. Υποχωρεί η ιατροκεντρική αντίληψη και ανοίγει ο δρόμος σε μία ολιστική θέαση του ασθενούς μέσα στο κοινωνικό του πλαίσιο. Ο απομονωτισμός των ψυχιατρείων και η κυρίαρχη φοβική αντίληψη για τους ασθενείς μοιάζει να ανατρέπεται. Θα μπορούσαμε να πούμε πως πλέον ασθενείς και προσωπικό μπορούν να «αναπνεύσουν» στις δομές ψυχικής υγείας, να εξελίξουν τις θεραπευτικές τους τεχνικές και να συνεργαστούν με τοπικούς φορείς, μιας και λειτουργούν σε ένα σύστημα, όπου οι υπηρεσίες αλληλεπιδρούν και συνεργάζονται.

### Για την κοινωνία

Μέχρι και πριν λίγα χρόνια η κυρίαρχη τάση της κοινωνίας περιοριζόταν στο ότι η μοίρα του ψυχικά πάσχοντα βρισκόταν στο ψυχιατρείο. Ο εγκλεισμός ήταν η μόνη γνωστή θεραπευτική μέθοδος. Η ιδρυματική αντίληψη εδραιωνόταν μέσα από κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είχε ως στόχο την ανατροπή αυτής της κατάστασης, τη σταδιακή απαλλαγή της κοινωνίας από το φόβο της για τα άσυλα, από την παθητικότητά της, με σκοπό να διαδραματίζει έναν πιο ενεργητικό ρόλο στα ζητήματα ψυχικής υγείας.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που εισάγεται με την ύπαρξη του «Ψυχαργός» είναι η ανάπτυξη των τοπικών κοινωνιών. Η λειτουργία των ξενώνων έχει στόχο να εμπλουτίσει τις γειτονιές και να εξουδετερώσει τις φοβικές συμπεριφορές και να προσδώσει στην ψυχική ασθένεια ένα θετικό, πιο ανθρώπινο στοιχείο. Οι ξενώνες και τα εργαστήρια θα αναπτύξουν κοινωνικές δραστηριότητες αποδεικνύοντας πως η ύπαρξη του ξενώνα είναι μία δομή υγείας στη γειτονιά. Αυτή η δομή εμπεριέχει μία αίσθηση ασφάλειας στους κατοίκους που σταδιακά νιώθουν όλο και πιο οικεία με τους ψυχικά πάσχοντες. Το πρόγραμμα μέσα από την ουσιαστική στεγαστική και εργασιακή του υπόσταση για τον ψυχικά πάσχοντα, απαντά στην όποια αρνητική ατμόσφαιρα και κινητοποιεί τις δυνάμεις της κοινωνίας σε μια διαφορετική στάση. Έτσι οι άνθρωποι συναισθάνονται μέσα από το «Ψυχαργός» την κοινωνική ευθύνη που τους αναλογεί και διαμορφώνονται ιστοί ή δεσμοί κοινωνικής αλληλεγγύης.

#### **1.4 Δομές και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας εισάγεται το 1998 με την ψήφιση του Ν. 2646/98, ο οποίος ουσιαστικά κατοχυρώνει και συστηματοποιεί την παρέμβαση του κράτους στο πεδίο παροχής των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Τίθενται, έτσι, οι βάσεις για τη δημιουργία ενός σύγχρονου μοντέλου προνοιακής παρέμβασης που αποβλέπει τόσο στην εξυπηρέτηση νέων αναγκών όσο και στον εξορθολογισμό της διοικητικής και οργανωτικής λειτουργίας των παραδοσιακών προνοιακών φορέων.

Το Εθνικό Σύστημα στηρίζεται σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο πλαίσιο που ενεργοποιείται μέσω των φορέων του δημόσιου τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που αναγνωρίζονται ως ειδικώς πιστοποιημένοι φορείς του Συστήματος και εγγράφονται στο αντίστοιχο Μητρώο της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, των οργανώσεων εθελοντικού χαρακτήρα (πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που αποτελούν είτε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είτε σωματεία ή

συλλόγους που δραστηριοποιούνται στην εθελοντική παροχή υπηρεσιών προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού). Ο αρμόδιος φορέας της κεντρικής διοίκησης (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης) προβλεπόταν να επεξεργαστεί προτεραιότητες πολιτικής για την ενεργοποίηση των διατάξεων του νόμου, οι οποίες ουσιαστικά επικεντρώνονται σε τρεις βασικούς τομείς:

- σχεδιασμό και υλοποίηση των Εθνικών Προγραμμάτων Κοινωνικής Φροντίδας

- αποκέντρωση αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο

- πιστοποίηση των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

Το σύστημα βρίσκεται σε ένα μεταβατικό στάδιο εξέλιξης, που χαρακτηρίζεται από την προώθηση παρεμβάσεων προς δύο κύριες κατευθύνσεις: αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών σε επίπεδο δημόσιου τομέα και ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ κεντρικής διοίκησης και ιδιωτικών ή εθελοντικών φορέων. Παράλληλα, εντοπίζονται απόπειρες τυποποίησης του ρόλου των επιτελικών φορέων και εξασφάλισης της ορθολογικής τους διασύνδεσης με τους φορείς παροχής υπηρεσιών.

#### **1.4.1 Τομέας Ψυχικής Υγείας**

Ακρογωνιαίος λίθος του κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ο Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ). Σύμφωνα με το ν. 2716/99, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε τομείς ψυχικής υγείας με γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια. Στους τομείς αυτούς εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Ο Τομέας Ψυχικής Υγείας λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που, σύμφωνα με τον άνω νόμο, 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. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η ανταπόκριση του τομέα ψυχικής υγείας στις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού, του οποίου έχει την ευθύνη, συναρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των σχέσεων



συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων που τον συγκροτούν. Με άλλα λόγια, οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στον πληθυσμό. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι Μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας θα πρέπει να λειτουργούν σε δίκτυο. Ο Τομέας Ψυχικής Υγείας εννοείται ως δίκτυο υπηρεσιών που εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής (π.χ., ένα νομό). Οι υπηρεσίες που προβλέπεται να παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του Τομέα Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνουν:

- § πρόληψη και πρόωμη παρέμβαση
- § διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- § συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις
- § ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- § υποστήριξη των οικογενειών
- § στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα
- § επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση
- § ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας
- § προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η λειτουργία των Μονάδων του Τομέα Ψυχικής Υγείας σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, το σχεδιασμό / προγραμματισμό νέων μονάδων. Υπεύθυνη για αυτά είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ). Ο ρόλος των ΤΕΨΥ περιγράφεται στο ν. 2716/99 και είναι ο ακόλουθος:

α) Εποπτεύουν 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 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, 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, 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 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 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 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, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές 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

Παράλληλα, με τις ΤΕΨΥ, λειτουργούν πλέον και οι ΤΕΨΥΠΕ, επίσημα επίσης όργανα του Υπουργείου Υγείας σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη προς το παρόν, με γνωμοδοτικό χαρακτήρα για θέματα που αφορούν την προώθηση της ψυχικής υγείας του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων τους είναι, τόσο η ενίσχυση της λειτουργικής διασύνδεσης και αρμονικής συνεργασίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων της περιοχής ευθύνης κάθε ΤΕΨΥΠΕ, όσο και η υποβολή προτάσεων στην ανάλογη Διεύθυνση του Υπουργείου για την βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης. Είναι αυτονόητο πως όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα. Οι κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες δίνουν έμφαση στην καθημερινή φροντίδα, έτσι ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν να συνεχίσουν να ζουν ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό. Στην περίπτωση που απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αυτή γίνεται στο Γενικό Νοσοκομείο. Η λειτουργία κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις τη μείωση της διάρκειας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε κοινοτικό επίπεδο.

Η ψυχιατρική φροντίδα στην κοινότητα είναι συνδεδεμένη με ορισμένες έννοιες, όπως:

- § Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών
- § Πολυδιάστατη προσέγγιση
- § Συνέχεια της φροντίδας
- § Συντονισμός των υπηρεσιών

#### Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών

Με αυτόν τον όρο εννοείται η διαδικασία επίτευξης μιας σειράς στόχων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, η επίτευξη της προσβασιμότητάς τους από

τον πληθυσμό, η διασφάλιση ότι σε όλους τους πολίτες θα παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα, κ.ά.

#### Πολυδιάστατη προσέγγιση

Η συμμετοχή επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους είναι απαραίτητη για την παροχή διαφοροποιημένων υπηρεσιών στις διαφοροποιημένες και πολύπλοκες ανάγκες ενός ψυχικά πάσχοντα και της οικογένειάς του. Η εργασία σε ομάδα και μάλιστα διεπιστημονική, είναι απαραίτητη συνθήκη της κοινοτικής φροντίδας.

#### Συνέχεια της φροντίδας

Θα πρέπει να διασφαλίζεται, όπου είναι δυνατή, η συνέχεια της επαγγελματικής ευθύνης για όλες τις παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται, για το ίδιο άτομο, από διαφορετικές μονάδες ψυχικής υγείας ή και άλλες προνοιακές υπηρεσίες ή υπηρεσίες προώθησης στην απασχόληση, εκπαίδευσης κλπ .

#### Συντονισμός των μονάδων

Οι μονάδες που συγκροτούν τον ΤΟΨΥ πρέπει να συντονίζονται αποτελεσματικά ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των ασθενών ολοκληρωμένα. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι οργανωμένες κατά τρόπο ώστε να είναι προσιτές σε όλους όσους τις έχουν ανάγκη. Ο συντονισμός των μονάδων ενός ΤΟΨΥ αφορά σε δύο επίπεδα: εντός του ΤΟΨΥ και μεταξύ των μονάδων του ΤΟΨΥ και της κοινότητας, ιδιαίτερα εκείνων των υπηρεσιών που στον ένα ή τον άλλο βαθμό έχουν σχέση με την ψυχική υγεία (εκπαίδευση, απασχόληση, πρόνοια, κλπ.).

### **1.4.2 Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος Ψυχαργός Β' Φάση**

Η επιχειρούμενη αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία απαιτεί παρεμβάσεις στο σύνολο των επιπέδων

του σημερινού συστήματος. Είναι, ως εκ τούτου, λογικό οι εμπλεκόμενοι φορείς να μη διαθέτουν-κατά κανόνα- επαρκείς δυνατότητες διαχείρισης ενός τόσο μεγάλου και σύνθετου έργου και να χρειάζονται ειδική υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα. Για την υποστήριξη και παρακολούθηση λοιπόν του προγράμματος «Ψυχαργός Β' Φάση», έχει προβλεφθεί η δημιουργία Υποστηρικτικού Μηχανισμού, οι δράσεις του οποίου αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα των Μέτρων του Άξονα 2 «Ψυχική Υγεία», στον οποίο εντάσσονται και από τον προϋπολογισμό του οποίου χρηματοδοτούνται. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα μηχανισμό με εξειδικευμένο προσωπικό σε ζητήματα ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και έμπειρο ανθρώπινο δυναμικό στη διαχείριση άυλων ενεργειών, που αναλαμβάνει το έργο της υποστήριξης και παρακολούθησης των φορέων υλοποίησης. Η Μονάδα είναι παρούσα σε όλα τα επίπεδα παρέμβασης των φορέων, υποστηρίζει και παρακολουθεί τις ενέργειες και σε συνεργασία με την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προωθεί και εμψυχώνει το συνολικό έργο της αποασυλοποίησης και της ανάπτυξης Κοινοτικών Δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρόκειται, δηλαδή, για έναν υποστηρικτικό μηχανισμό, ο οποίος θα αναλάβει να συμβάλει στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των απαιτούμενων ενεργειών και διαδικασιών, την αξιοποίηση ή και μεταφορά τεχνογνωσίας και τη συστηματική παρακολούθηση έργων και ενεργειών στο πλαίσιο του τομέα Ψυχικής Υγείας. Πιο συγκεκριμένα η Μονάδα είναι υπεύθυνη για τις εξής παραμέτρους:

#### α. Αποδοτικότητα και Αποτελεσματικότητα Ενεργειών και Διαδικασιών

Στόχος είναι η μείωση των χρόνων εκτέλεσης διοικητικών διαδικασιών και διαδικασιών που σχετίζονται με την εκτέλεση των έργων υποδομών και εξοπλισμού, η εξασφάλιση αξιόπιστης, έγκαιρης και εντός του εγκεκριμένου προϋπολογισμού εκτέλεσης των έργων, η βελτίωση του ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο, η ουσιαστική αναβάθμιση του επιπέδου πληροφόρησης του ελληνικού κοινού, των ειδικών και των επαγγελματιών του τομέα ψυχικής υγείας, καθώς και η βελτίωση της τεκμηρίωσης σχεδίων και πολιτικών για θέματα που

σχετίζονται με την ψυχική υγεία στην Ελλάδα, η βελτίωση του συντονισμού των δράσεων για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα και εξοικονόμηση πόρων με την αποφυγή χρηματοδότησης επικαλυπτόμενων και επαναλαμβανόμενων έργων και ενεργειών, η ανάπτυξη αποτελεσματικότερης συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε θέματα που σχετίζονται με την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη και εξασφάλιση παραγωγικότερης λειτουργίας των διαφόρων, θεσμοθετημένων και θεσμοθετούμενων οργάνων στα θέματα αυτά, η εξασφάλιση αξιόπιστης, έγκαιρης και τεκμηριωμένης παρακολούθησης της αποδοτικότητας των εκτελούμενων, συγχρηματοδοτούμενων έργων και ενεργειών, η βελτίωση της παρακολούθησης των εξελίξεων σε κανονιστικό και θεσμικό επίπεδο, η αξιοποίηση δικτυακών κόμβων ως μόνιμων διαύλων επικοινωνίας και πληροφόρησης των φορέων υλοποίησης, των τελικών δικαιούχων, των αναδόχων, κλπ. αλλά και των πολιτών, σε σχέση με την υλοποίηση έργων και δράσεων στο πλαίσιο του Άξονα 2 του Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια», αλλά και σε σχέση με την πορεία υλοποίησης του και την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση γενικότερα.

#### β. Αξιοποίηση ή /και Μεταφορά Τεχνογνωσίας

Στοχεύουν στην αξιοποίηση της τεχνογνωσίας στελεχών του δημόσιου και του ιδιωτικού - μη κερδοσκοπικού τομέα σε παρεμφερή έργα καθώς και έργα άλλων φορέων, στη μεταφορά τεχνογνωσίας στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και αλλαγή της επικρατούσας κουλτούρας στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού - μη κερδοσκοπικού τομέα., στην ανάπτυξη της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας του δημόσιου τομέα σε σχέση με ενδεχόμενες αλλαγές στις μεθόδους υλοποίησης έργων και ενεργειών, οι οποίες επιβάλλονται συχνά από τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, στη μεταφορά τεχνογνωσίας στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και αλλαγή της επικρατούσας κουλτούρας στις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού - μη κερδοσκοπικού τομέα, στην ανάπτυξη της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας του δημόσιου τομέα σε σχέση με ενδεχόμενες αλλαγές στις μεθόδους υλοποίησης έργων και ενεργειών, οι οποίες επιβάλλονται συχνά από τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, στην εξασφάλιση επιστημονικής υποστήριξης Αρχών, Οργανισμών και άλλων δημόσιων και ιδιωτικών

φορέων σε θέματα που αφορούν στις εξελίξεις στον τομέα ψυχικής υγείας, στη μεταφορά διεθνούς τεχνογνωσίας αιχμής, στη διάδοση βέλτιστων μεθόδων και πρακτικών, στην υποβοήθηση ανταλλαγής εμπειριών, τεχνογνωσίας και πληροφόρησης μεταξύ φορέων από την Ελλάδα και το εξωτερικό σε συγκεκριμένα θέματα και πολιτικές, στη δημιουργία μόνιμου, έγκυρου και σταθερού "σημείου αναφοράς" για την υποβοήθηση της χάραξης πολιτικής και της λήψης αποφάσεων σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, στην αξιοποίηση της τεχνογνωσίας στελεχών του δημόσιου και του ιδιωτικού - μη κερδοσκοπικού τομέα σε σχέση με θέματα και εφαρμογές στους τομείς ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στη μεταφορά τεχνογνωσίας αιχμής σχετικά με θέματα που άπτονται των εξελίξεων και της πορείας έργων και ενεργειών στην ψυχική υγεία καθώς και διάχυση βέλτιστων μεθόδων και πρακτικών και τέλος στην αξιοποίηση της διαδικασίας εκπόνησης στρατηγικών σχεδίων για την ψυχική υγεία σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, με στόχο την ενεργοποίηση της συμμετοχής του τοπικού πληθυσμού και των φορέων δημοσίου, ιδιωτικού και "κοινωνικού" τομέα για τη συνδιαμόρφωση της πολιτικής σε τοπικό επίπεδο.

#### γ. Συστηματική Παρακολούθηση Έργων και Ενεργειών

Στόχος είναι η συστηματοποίηση της έρευνας των εξελίξεων στην Ελλάδα και διεθνώς, με τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση σχετικών στατιστικών στοιχείων και δεικτών από τη λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, καθώς και η συστηματοποίηση της διερεύνησης αναγκών, σε σχέση και με τον προγραμματισμό έργων και ενεργειών, στους τομείς της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τόσο όσο αφορά στη δημόσια διοίκηση όσο και στον ιδιωτικό – μη κερδοσκοπικό και "κοινωνικό" τομέα της χώρας.

(ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΡΙΘΜ. 7 / 2009 ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ: «ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β ΦΑΣΗ» ).

Για την εξασφάλιση της επιτυχούς υλοποίησης του έργου της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος «Ψυχαργός– Β' φάση» , η Ένωση Φορέων «ΕΠΨΥ,

ΕΚΚΕ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΟΜΑΣ» έχει αναπτυχθεί μία ιδιαίτερη οργανωτική δομή, βάσει της οποίας γίνεται καταμερισμός των ρόλων και των πεδίων δράσης των εμπλεκόμενων στελεχών στις επιμέρους θέσεις εργασίας, ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του έργου σε όλα τα στάδια και τις φάσεις αυτού και ανάλογα με την εξειδίκευση κάθε στελέχους (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006).

Το έργο της Μονάδας αναπτύσσεται σε πέντε (5) άξονες άρρηκτα συνδεδεμένους με τις ανάγκες του σύνθετου προγράμματος «Ψυχαργώς- Β" φάση»:

- Διοίκηση συνολικού και επιμέρους έργων
  - Διαχείριση προγραμμάτων
  - Υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
  - Ανάπτυξη δικτύων και διακίνηση πληροφοριών
  - Δημοσιότητα - ευαισθητοποίηση - επικοινωνιακή στρατηγική
- (Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006).

Σε κάθε επίπεδο η Μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό, ικανό να διαχειριστεί τα ζητήματα εξειδίκευσης του και να διατυπώσει λύσεις επ' αυτών. Αναλυτικότερα, το Οργανωτικό Σχήμα της Μονάδας έχει ως εξής:

#### Επιτροπή Πλοήγησης (STEERING COMITTEE)

Έχει την ευθύνη παρακολούθησης του έργου της Μονάδας, της οργάνωσης, της κατεύθυνσης, του ελέγχου της διαχείρισης και της εποπτείας της προόδου του έργου.

#### Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Ο Τομέας Αποασυλοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» σχετικά με την ανάπτυξη στεγαστικών αποκαταστασιακών δομών και διαδικασιών, σε αντικείμενα μετασχηματισμού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, σε ότι αφορά τη συρρίκνωση του ασυλικού μοντέλου ψυχιατρικής περίθαλψης.



### Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα

Ο Τομέας Ανάπτυξης Δομών στην Κοινότητα δραστηριοποιείται σε αντικείμενα του προγράμματος «Ψυχαργός» σχετικά με την ανάπτυξη δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, που να διασφαλίζουν, σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, λειτουργική επάρκεια ως προς τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

### Τομέας Διοίκησης - Διαχείρισης Προγραμμάτων & Υποστήριξης της Ειδικής Δράσης του Ψ.Ν. Αττικής

Ο Τομέας αυτός δραστηριοποιείται αφενός μεν σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με τη διοίκηση τόσο του συνολικού, όσο και των επιμέρους υλοποιούμενων προγραμμάτων, και αφετέρου σε αντικείμενα εξειδικευμένης υποστήριξης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, προκειμένου να υποβοηθηθεί αυτό στην ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του.

### Οριζόντιο - Διατομεακό Τμήμα (Task Force) της Ομάδας Έργου

Η Ομάδα έργου της Μονάδας συμπληρώνεται από ένα Οριζόντιο Διατομεακό Τμήμα (Task Force) το οποίο δραστηριοποιείται στην υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας, κυρίως για το σχεδιασμό, την προετοιμασία και την παρακολούθηση δράσεων που σχετίζονται με την κοινωνικό-οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών (Εμψύχωση, Δεκέμβριος 2003).

Το έργο της "Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Φάση Β' φαίνεται πως συνίσταται στην παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η βελτιστοποίηση των διαδικασιών του προγράμματος, η μεταφορά της πλέον σύγχρονης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας στις μονάδες ψυχικής υγείας και η εξασφάλιση συστηματικής παρακολούθησης έργων και ενεργειών (Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Εμψύχωση 2003).

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η μονάδα ανέλαβε σε πρώτη φάση την τεχνική υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης ώστε να εξασφαλιστούν οι αναγκαίοι όροι αξιοποίησης, έγκαιρης και εντός των οικονομικών περιορισμών, εκτέλεσης των έργων. Πέραν όμως της υποστήριξης για τη διαμόρφωση προτάσεων έργων, ανέλαβε να προσφέρει λύσεις και υπηρεσίες σε θέματα συνολικού σχεδιασμού και προγραμματισμού δράσης. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό βελτίωση των λειτουργιών των Φορέων έναντι των υποχρεώσεων εκτέλεσης των έργων και των συνθηκών ελέγχου σε κανονιστικό και χρηματοοικονομικό επίπεδο. Σημαντική διάσταση στη λειτουργία της Μονάδας αποτελεί η υποστήριξη των Φορέων υλοποίησης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Β' ώστε να ενσωματώσουν την οπτική και τις προτεραιότητες της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. Πρακτικά, αυτό επιτυγχάνεται με την υποστήριξη και εμπύχωση του προσωπικού των νέων δομών με εξειδικευμένα στελέχη και προγράμματα «on the job training». Η αξιοποίηση της πλέον έγκυρης και αναγνωρισμένης τεχνογνωσίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό σχετικής με την κοινοτική ψυχιατρική, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την επαγγελματική αποκατάσταση, την αντιμετώπιση των κρίσεων από τη χρήση ουσιών και την αντιμετώπιση του αυτισμού, συμβάλλει στην ανάπτυξη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των φορέων του δημοσίου τομέα σε σχέση με τις μεθόδους υλοποίησης έργων και τις τεχνολογικές εξελίξεις. Η Μονάδα αναλαμβάνοντας την υποστήριξη για τη δημιουργία και λειτουργία δικτύων των εμπλεκόμενων Φορέων συμβάλλει στη μεγιστοποίηση των ωφελειών και την ανάπτυξη συνεργίας μεταξύ φορέων και τομέων ψυχικής υγείας, εξασφαλίζει την τακτική απογραφή, ανάλυση και παρουσίαση στατιστικών στοιχείων και δεικτών από την εφαρμογή των δράσεων για την αποασυλοποίηση και κοινωνικό-οικονομική αποκατάσταση. Με τον τρόπο αυτόν, φαίνεται να επιτυγχάνεται η συστηματοποίηση των αναγκών σε σχέση με τη διαδικασία προγραμματισμού έργων και ενεργειών τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα ιδιαίτερα εφόσον πρόκειται για ένα δεκαετές πρόγραμμα που κατά την εφαρμογή του έχει περάσει από τη διαδικασία της αναθεώρησης («ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΦΟΡΕΩΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β ΦΑΣΗ»).

### **1.4.3 Μονάδες και προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένα πρόγραμμα αποκατάστασης συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ιδρυματικής χρονιότητας, την οποία προκαλούν οι κλασσικού τύπου ψυχιατρικές δομές. Το έργο της αποκατάστασης είναι σύνθετο, αφορά δηλαδή σε μια συνεχή διαδικασία κατανόησης της εσωτερικής και της εξωτερικής πραγματικότητας του κάθε ατόμου. Η διαδικασία της αποκατάστασης στοχεύει στην επανασύνδεση και επικοινωνία των δύο αυτών επιπέδων, που η ύπαρξη της ψυχικής νόσου και ο ιδρυματισμός έχουν αποκόψει. Ως θεραπευτικός στόχος δεν ορίζεται μόνο η αποκατάσταση κάποιων δεξιοτήτων και συμπεριφορών, αλλά η σφαιρική αντιμετώπιση των ελλειμματικών καταστάσεων, τόσο στο συναισθηματικό όσο και στο επίπεδο των διαπροσωπικών ή των κοινωνικών σχέσεων.

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης εγγράφεται σε έναν κοινωνικό ιστό, τον οποίο η θεραπευτική ομάδα οφείλει να γνωρίζει καλά, ενώ, συνάμα, πρέπει να βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση μαζί του, συνιστώντας ένα ζωντανό κομμάτι του (Δαμίγος, 2003).

Για την υλοποίηση ενός προγράμματος επανένταξης και αποκατάστασης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ένταξή του σε ένα ευρύτερο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Η σύγχρονη αντίληψη για την Ψυχιατρική ενδιαφέρεται για τους τρόπους που η ψυχική ασθένεια αναπτύσσεται μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων, προσωπικών και κοινωνικών. Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην επανόρθωση αυτής της δυσλειτουργίας. Η δυνατότητα προσαρμογής του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις ανάγκες των ψυχικά ασθενών αποτελεί σημαντική πτυχή της διαχείρισης της ψυχικής νόσου (Δαμίγος, 2003).

ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
Ξενώνας	Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση	
Οικοτροφείο	Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων	Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου	
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	
Κέντρο, Μονάδα Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης, Εργαστήρια	Νοσοκομείο Ημέρας	Κέντρο Ημέρας	Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοολικών	
	Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων			
	Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου			
	Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου			

Οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Οι δομές διαμονής διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες

των ατόμων που φιλοξενούνται σε αυτές, σε Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα.

### Ξενώνας

Πρόκειται για μία Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων).

Ως Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ο ξενώνας είναι ανοικτός στην κοινότητα. Η σχέση του ξενώνα με τον κοινωνικό ιστό δεν εξαντλείται σε μια απλή παρουσία μέσα σε αυτόν, αλλά αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής αλληλεπίδρασης. Επιδιώκει την ανάπτυξη στενών και ζωντανών σχέσεων, όχι μόνο με τη γειτονιά, αλλά πέρα από αυτήν, με όλη την κοινωνική και πολιτιστική ζωή της πόλης. Το να είναι ο ξενώνας «διαπερατός από την κοινωνία», σημαίνει να λειτουργεί ως εστία κοινωνικότητας και κοινωνικοποίησης. Για το λόγο αυτό, πρέπει να κινητοποιεί κάθε μέσο και να επινοεί κάθε ενέργεια που θα προάγει την ομαλή ενσωμάτωσή του στον κοινωνικό ιστό, αποφεύγοντας πρακτικές που τον «κλείνουν» και τον περιχαράκωνουν, αναπαράγοντας το στιγματισμό και τον διαχωρισμό. Αυτό προϋποθέτει γνώση της κοινότητας και των μεταβαλλόμενων συνθηκών και σχέσεων μέσα σ' αυτήν.

Το πλαίσιο λειτουργίας του ξενώνα ως δομής διέπεται, σε όλες τις πλευρές

του, από το διττό της χαρακτήρα: χώρος στέγασης / φιλοξενίας, όπου παρέχεται θεραπευτική / αποκαταστασιακή φροντίδα. Την όλη σύλληψη και άσκηση της θεραπευτικής / αποκαταστασιακής φροντίδας στον ξενώνα διατρέχει η προοπτική της «μετάβασης» προς πλέον αυτόνομες μορφές διαβίωσης (σε αντιδιαστολή με τις πρακτικές της περιχαράκωσης και της εγκυστωμένης διαβίωσης, χωρίς προσδοκίες και προοπτικές).

Η ζωή (χώρος, χρόνος, διαχείριση αναγκών) μέσα στον ξενώνα δομείται με τέτοιο τρόπο ώστε η αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ένοικο και τον κόσμο να λειτουργεί προς την κατεύθυνση της εκμάθησης, εγκαθίδρυσης και σταθεροποίησης σωστών και προσαρμοστικών στάσεων και σχέσεων με την εξωτερική πραγματικότητα. Από την άλλη, πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια, ώστε αυτή η δόμηση να μη μετατρέπει το χώρο του ξενώνα σε κάτι διαφορετικό από την πραγματική ζωή, σε χώρο τεχνητό, κλειστό απομονωμένο. Χώρος, χρόνος και σχέσεις πρέπει να μοιάζουν, κατά το δυνατόν περισσότερο, σ' αυτούς της «κανονικής ζωής», αφού στόχος του θεραπευτικού προγράμματος του ενοίκου πρέπει να είναι να τον κάνει ικανό (τόσο από άποψη ικανοτήτων όσο και από άποψη στηριγμάτων που του παρέχονται) να ενταχθεί στο χώρο, το χρόνο και τις σχέσεις της «κανονικής» κοινωνικής ζωής.

### **Οικοτροφείο**

Το Οικοτροφείο είναι Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.

Το Οικοτροφείο, ως ενδιάμεση δομή, αποτελεί ένα από τα ουσιαστικότερα βήματα στην προοπτική της κοινωνικής επανένταξης, της επαγγελματικής αποκατάστασης και της ατομικής αυτονόμησης χρόνιων ψυχικά ασθενών. Το οικοτροφείο αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών, καλείται να διεκπεραιώσει ένα πέρασμα εξαιρετικά δύσκολο ανάμεσα στο άσυλο και την κοινότητα και δίνει τη δυνατότητα στα άτομα αυτά, μιας εξέλιξης από μια κατάσταση, στην οποία το άτομο αδυνατεί να υπάρχει ως υποκείμενο σε μια κοινότητα, σε μια άλλη κατάσταση, στην οποία θα μπορεί να αναπτύξει τις δυνατότητές του και θα εκφράσει όλες τις πτυχές που έχει ως υποκείμενο. Έτσι, σε αντίθεση με το ακινητοποιημένο και ισοπεδωμένο χρόνο της ψύχωσης και του ασύλου, το θεραπευτικό έργο του οικοτροφείου στοχεύει να αναδείξει μία διαχρονικότητα, που στηρίζεται στο παρόν ανασυνθέτοντας το παρελθόν και στοχεύοντας σε ένα καλύτερο μέλλον (Δαμίγος, 2003).

Σημαντικές θεραπευτικές διαδικασίες που επιτελούνται αφορούν στη φροντίδα και κάλυψη των βασικών αναγκών των φιλοξενουμένων, γεγονός που παραπέμπει στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου, στη συνοδεία και στήριξη των φιλοξενουμένων με την προοπτική της αυτονόμησης και ανάπτυξης των ικανοτήτων των ενοίκων. Η έννοια της συμπληρωματικότητας στους ρόλους και στα καθήκοντα των μελών της θεραπευτικής ομάδας, αποτελεί βασικό παράγοντα για τη σωστή λειτουργία και την επίτευξη των στόχων του θεραπευτικού προγράμματος.

Οι δραστηριότητες του Οικοτροφείου πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις δυνατότητες των φιλοξενουμένων και να συνδέονται με τα τοπικά χαρακτηριστικά της περιοχής, όπου βρίσκεται (Δαμίγος, 2003).

### **Προστατευόμενα Διαμερίσματα**

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες- ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση, με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, τα οποία έχουν αυξημένες, αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει

σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση εκτός ψυχιατρικής δομής.

### **Κέντρο / Μονάδα Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης / Εργαστήρια**

Πρόκειται για μονάδες που έχουν ως στόχο την προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας. Η επίτευξη του στόχου των μονάδων αυτών κατορθώνεται διαμέσου της εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση. Επίσης, παρέχουν τη δυνατότητα για μόνιμη απασχόληση σε ασθενείς οι οποίοι δύσκολα θα μπορούσαν να προωθηθούν στην εργασία. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με ασθενείς οι οποίοι παραπέμπονται από άλλες μονάδες ψυχικής υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και εφαρμόζουν μέρος του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος που έχει εκπονηθεί για τον καθένα.

## **Ψυχιατρικές Μονάδες Γενικού Νοσοκομείου**

### **Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου**

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας (ανάλογο της παθολογικής, χειρουργικής, κλπ. κλινικών) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

### **Γενικές λειτουργίες**

1. Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου υπηρεσιών υγείας
2. Έχει περιορισμένη δυναμικότητα κλινών
3. Δέχεται και εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες



4. Νοσηλεύει συνήθως ασθενείς με οξεία παρά με χρόνια συμπτώματα
  5. Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα
  6. Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας
- Το ολοκληρωμένο ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει τις ακόλουθες μονάδες:

### **Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων**

Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων (MBNE) είναι μια από τις μονάδες του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου. Στη Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων δεν υπάρχουν δωμάτια απομόνωσης, τα παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοιχτά και δεν υπάρχει διαχωρισμός σε σχέση με το φύλο όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έχει δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων, δωμάτιο σεμιναρίων, εστιατόριο, και δωμάτια συνεδριών. Οι εκούσια νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω, να δεχτούν επισκέψεις και να φύγουν από το τμήμα κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των αργιών με ή χωρίς συνοδεία. Η Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με ένα μεγάλο εύρος διαταραχών όπως: ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας, κ.α.. Δεν γίνονται δεκτά άτομα με προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων και αλκοολισμού. Γίνονται δεκτές τόσο εκούσιες όσο και ακούσιες εισαγωγές, ενώ τέλος εκτός από τα ιατρικά κριτήρια σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος διαμονής του ασθενή του που πρέπει να ανήκει στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου. Η διάρκεια νοσηλείας του κάθε ασθενούς εξαρτάται κυρίως από την ψυχιατρική του κατάσταση, όμως επηρεάζεται και από πολλούς άλλους παράγοντες. Γενικά πάντως δεν ξεπερνά τους δύο μήνες. Η στενή συνεργασία των γιατρών της μονάδας με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής βοηθάει στην κατάργηση των στερεότυπων απόψεων του προσωπικού του νοσοκομείου για την ψυχιατρική και προάγει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς.

### **Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων**

Η Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων (ΜΟΠΕ) βρίσκεται μέσα στο χώρο του Ψυχιατρικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως περιστατικά τα οποία αιτούνται για πρώτη φορά ψυχιατρικών υπηρεσιών, έχουν επείγοντα χαρακτήρα και η ασθένειά τους διέρχεται την οξεία φάση. Δέχεται επίσης επανεισαγωγές παλαιών ασθενών που είναι σε τέτοια φάση υποτροπής για την οποία χρειάζεται κλειστή νοσηλεία. Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στην Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων κατά τη διάρκεια της εφημερίας του νοσοκομείου και χωρίς συγκεκριμένο ραντεβού. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με οξεία ψυχικά προβλήματα προσέρχεται μάλιστα πρώτα στους εφημερεύοντες ιατρούς των σωματικών ειδικοτήτων και στη συνέχεια παραπέμπονται στους εφημερεύοντες ψυχιάτρους της Μονάδας Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων μέσω της διασυνδετικής του νοσοκομείου. Στη Μονάδα αυτή νοσηλεύονται και ασθενείς που προσέρχονται με εισαγγελική εντολή (ακούσια νοσηλεία). Μετά την οξεία φάση οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μετακινηθούν στη Μονάδα. Για τους ακούσια νοσηλευόμενους εφαρμόζονται ειδικά μέτρα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους.

### **Νοσοκομείο Ημέρας**

Το Νοσοκομείο Ημέρας (NH) είναι μια μονάδα μερικής, ημερήσιας νοσηλείας, δηλ. το απόγευμα ο νοσηλευόμενος ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του. Ορίζεται, στην κλασική εκδοχή του, ως μια θεραπευτική δομή αποκατάστασης, ανάμεσα στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς. Είναι μια μονάδα εντατικής φροντίδας και λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ του ασθενούς και της κοινωνίας, παίζει δε σημαντικό ρόλο στην κοινωνική και εργασιακή επανένταξη του ασθενούς. Οι δραστηριότητες του Νοσοκομείου Ημέρας αποσκοπούν στη διαχείριση της ψυχικής διαταραχής, τη βελτίωση των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, της επίγνωσης της νόσου και στην ανάπτυξη ικανοτήτων επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Ως προς την πλήρη νοσηλεία, το Νοσοκομείο Ημέρας προσφέρει μια σειρά πλεονεκτημάτων, μεταξύ των οποίων θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τη μείωση των φαινομένων εξάρτησης, παλινδρόμησης και παθητικοποίησης

του ασθενούς, την παραμονή του ασθενούς στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, κλπ. Απευθύνεται σε ασθενείς που είναι σε θέση να περάσουν το υπόλοιπο της ημέρας τους στο σπίτι τους ή ασθενείς που νοσηλεύονται σε μια μονάδα πλήρους νοσηλείας και έχουν ανάγκη των υπηρεσιών που παρέχει το Νοσοκομείο Ημέρας. Συνήθως, οι δραστηριότητες σε ένα Νοσοκομείο Ημέρας είναι ομαδικού χαρακτήρα και περιλαμβάνουν προγράμματα εκπαίδευσης σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες, απασχολησιοθεραπεία, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία, θεραπευτικές δραστηριότητες μέσω της τέχνης κ.ά.

### **Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων**

Ο Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους και αφού συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου. Οι ασθενείς παραμένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβαση τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (Ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα κ.λ.π.) ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα. Εκτός από τις προαναφερθείσες μονάδες, το ψυχιατρικό τμήμα λειτουργεί εξωτερικά ιατρεία, όπως και οι άλλες κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου, τα οποία διακρίνονται σε Τακτικά (ΤΕΙ) και Έκτακτα (ΕΕΙ). Σημαντική επίσης είναι η διασυνδεδετική εργασία (παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στις άλλες κλινικές του νοσοκομείου).

### **Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου**

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει μονάδες αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων, οι οποίες αφορούν σε εφήβους. Συγκεκριμένα το τμήμα εφήβων του ψυχιατρικού τομέα παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και νοσηλεία σε εφήβους με ψυχιατρικά προβλήματα και σε ασθενείς εφηβικής ηλικίας όλων των άλλων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας, διατροφικές διαταραχές κ.λ.π.). Η ηλικία των εφήβων που προσέρχονται στο τμήμα αυτό είναι από 14-18 ετών. Αυτοί πρέπει πάντα να συνοδεύονται

από τουλάχιστον ένα από τους δύο γονείς ή από τον κηδεμόνα τους για να γίνουν δεκτοί από το τμήμα. Οποιαδήποτε δε θεραπευτική παρέμβαση ή νοσηλεία του εφήβου απαιτεί την σύμφωνη γνώμη της οικογένειας του καθώς και την συμμετοχή της σε αυτή. Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει μονάδες, όπως Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων, Νοσοκομείο Ημέρας, Δορυφορικό

Ξενώνα Εφήβων. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν με τρόπο αντίστοιχο εκείνου του τμήματος ενηλίκων, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τις ιδιαιτερότητες των εφήβων.

### **Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου**

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου (ΠΨΤΓΝ) παρέχει, κατ' αντιστοιχία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων και εφήβων, υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε παιδιά έως 12 ετών. Περιλαμβάνει, όπως και τα τμήματα για ενήλικες και έφηβους, μονάδες νοσηλείας, νοσοκομείο ημέρας και δορυφορικό ξενώνα καθώς και εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και έκτακτα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διασυνδεδετική υπηρεσία που παρέχεται στην παιδιατρική, κυρίως, κλινική. Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών, το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα συνεργάζεται στενά με φορείς εκπαίδευσης, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και άλλους φορείς που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί.

### **Κέντρο Ψυχικής Υγείας**

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Συνοπτικά, οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

1. Πρόληψη, πρόωμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιο-ψυχο-

κοινωνική προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών. Ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση

2. Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν σε: βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας.

3. Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα τόσο για νομικούς και ειδικές κατηγορίες (εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ.). Στενή συνεργασία με κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ΠΦΥ.

4. Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας

5. Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του.

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας υπηρετεί ικανός αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων και κλάδων. Η εργασία σε ομάδα είναι ο κατ' εξοχήν τρόπος λειτουργίας του προσωπικού του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

### **Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο**

Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (ΙΠΚ) παρέχει υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρόωμης διάγνωσης και θεραπείας, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων. Συνήθως η λειτουργία του είναι πρωινή και απογευματινή, επί πενθημέρου βάσεως. Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο έχει την ευθύνη παροχής ή συντονισμού των ακόλουθων δραστηριοτήτων:

- Διαγνωστική εκτίμηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους
- Συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση
- Εξειδικευμένες υπηρεσίες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες
- Υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδική διαπαιδαγώγηση

- Σχεδιασμός παρεμβάσεων στην κοινότητα
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας
- Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας
- Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

Επίσης, το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο συντονίζει και διοργανώνει, σε συνεργασία με άλλους τοπικούς ή άλλους φορείς, δράσεις στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Σημαντικό είναι το έργο του ΙΚ στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης μέσα από την οργάνωση και εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, κλπ.

### **Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας**

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Η Μονάδα Ψυχικής Υγείας παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον:

(α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και (β) σε όμορους Τομείς Ψυχικής Υγείας όταν δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έργο της Κινητής Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας και ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές και ειδικότερα:

A. η έγκαιρη διάγνωση – παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της

B. η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης

Γ. η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς

Δ. η βοήθεια και η στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η προετοιμασία του για τον τελικό στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση

Ε. η συμβουλευτική –υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς

Στ. η εκπαίδευση εθελοντών

Ζ. Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιεί ως μέσα για την επίτευξη των σκοπών της, το διαγνωστικό και κλινικό της έργο, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, την αγωγή της κοινότητας, την έρευνα αναγκών, την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της. Χρησιμοποιεί επίσης ευρείες συνεργασίες με πρόσωπα και θεσμούς της τοπικής κοινότητας στην προσπάθειά της να συγκροτήσει δίκτυα για την επίτευξη των σκοπών της. Συνήθως μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη/τρια, διοικητικούς υπαλλήλους). Τα μέλη της Κινητής Μονάδα Ψυχικής Υγείας λειτουργούν ως ομάδα και ενώ διατηρούν τις επαγγελματικές τους ταυτότητες, αλληλοσυμπληρώνουν τους επαγγελματικούς τους ρόλους. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας είναι, φύσει και θέσει, ανοικτή στη σύμπραξη με άλλους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, τοπικούς κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιεί διαθέσιμους χώρους της κοινότητας, συνήθως χώρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), αλλά όχι μόνο, εκεί που χρειάζεται χρησιμοποιεί χώρους που ανήκουν στους ΟΤΑ, σε συλλόγους, κλπ., ανάλογα με τις ανάγκες που αναδύονται αλλά και τους στόχους που κάθε φορά τίθενται. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χρειάζεται επίσης ένα δικό της χώρο, σε αστική περιοχή (συνήθως στην πρωτεύουσα του νομού στον οποίο λειτουργεί) ως βάση για τις δραστηριότητές της. Εκεί όπου είναι δυνατό, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χρησιμοποιεί ως χώρους παρέμβασης αυτούς στους οποίους ζει και

εργάζεται ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται (σπίτι, καφενείο, χώροι δουλειάς).

### **Κέντρο Ημέρας**

Το Κέντρο Ημέρας είναι μονάδα που απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Λειτουργεί πρωί κι απόγευμα, συμμετέχουν στις δραστηριότητές του επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που συγκροτούν μια διεπιστημονική ομάδα και μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και στην προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες.

### **Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση**

Το Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ) είναι συνήθως εγκατεστημένο εκτός του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως ψυχιατρικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσήσει στο παρελθόν ή/και βρίσκονται σε συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων οι οποίοι είναι σε κρίση χωρίς όμως να χρειάζονται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Δέχεται επίσης νέα περιστατικά για τα οποία απαιτείται η παροχή υπηρεσιών λόγω μιας κρίσης που διέρχονται (για παράδειγμα, έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις). Οι ασθενείς απευθύνονται στο Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση κυρίως σε περιπτώσεις υποτροπών είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε από το συγγενικό τους περιβάλλον. Λόγω της φύσης των προβλημάτων τα οποία διαχειρίζεται, το Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Ακόμη, αποτελεί τον ενδιάμεσο κρίκο για την πρόληψη και τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών και στόχος του είναι η βραχυπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση του λεγόμενου «επείγοντος ψυχιατρικού περιστατικού».



### **Ολοκληρωμένο Κέντρο Παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου**

Το Ολοκληρωμένο Κέντρο παρέμβασης για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου είναι ένα σύνολο εξειδικευμένων τμημάτων, που σκοπό έχει τη παροχή υπηρεσιών σε άτομα με αυτισμό και τις οικογένειες τους. Τα Κέντρα αυτά διακρίνονται, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβων και ενηλίκων. Στο σύνολό τους, οι παρεμβάσεις ενός ολοκληρωμένου Κέντρου αποσκοπούν στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στα άτομα με αυτισμό (εκπαίδευση, θεραπεία, αποκατάσταση, φιλοξενία, διαμονή) και στις οικογένειές τους.

### **Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer**

Βασικοί στόχοι του Κέντρου για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer είναι:

- § η παρακολούθηση ασθενών που μένουν με την οικογένειά τους
- § η παροχή κατάλληλης περίθαλψης του ασθενή σε μονάδες διαμονής
- § η ψυχολογική στήριξη και η εκπαίδευση φροντιστών.

Για την επίτευξη των στόχων του, ένα Κέντρο μπορεί να παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- § Φιλοξενία (βραχύχρονη ή μακρόχρονη)
- § Εκπαίδευση και υποστήριξη όσων φροντίζουν άτομα που πάσχουν από τη νόσο.

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα από την ανάπτυξη μονάδας διαμονής (π.χ. οικοτροφείο) και ημιδιαμονής (π.χ., Κέντρο Ημέρας), μονάδας κατ' οίκον περίθαλψης καθώς και μονάδας υποστήριξης και εκπαίδευσης των φροντιστών, είτε αυτοί είναι μέλη της οικογένειας είτε επαγγελματίες.

### **Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και αλκοολικών**

Το Κέντρο είναι ενταγμένο μέσα στη συνολική δομή ενός Νοσοκομείου και να υποστηρίζεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και τις κλινικές και τα εργαστήρια του Νοσοκομείου. Το Κέντρο Αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών

όπως και το αντίστοιχο για τους αλκοολικούς μπορεί να παρέχει υπηρεσίες: Σε οξείες καταστάσεις, όπως κόμα, πνευμονικό οίδημα, σύνδρομο στέρησης. Στην διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση εξωγενών ψυχώσεων, από την λήψη ουσιών, όταν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ιδίως περιστατικά που δεν αναλαμβάνουν εύκολα άλλες υπηρεσίες Σε όλα τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι χρήστες (οδοντιατρικά προβλήματα, ηπατίτιδες, κλπ) με τη διασύνδεση των λοιπών υπηρεσιών και ειδικοτήτων του Νοσοκομείου. Το Κέντρο αποτελείται συνήθως από τις ακόλουθες μονάδες:

§ Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών, διασυνδεδεμένο με το ΤΕΠ του Νοσοκομείου, με σκοπό την συνολική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς με επείγοντα προβλήματα υγείας λόγω της χρήσης ναρκωτικών ή της χρήσης/κατάχρησης αλκοόλ

§ Συμβουλευτικό Κέντρο, με σκοπό να δέχεται τα αιτήματα των ασθενών για αποτοξίνωση, να πραγματοποιεί την πρώτη αξιολόγηση των ασθενών και να καθορίζει το ενδεικνυόμενο θεραπευτικό μοντέλο που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Επίσης στο Συμβουλευτικό Κέντρο δίνονται πληροφορίες και για τα προγράμματα αποκατάστασης

§ Τμήμα για κλειστού τύπου αποτοξίνωση (δηλαδή θαλάμους νοσηλείας)

Στο Κέντρο για τη διαχείρισης της κρίσης αλκοολικών μπορεί να λειτουργεί Μονάδα Αποκατάστασης με σκοπό τη διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ και τον προγραμματισμό ενεργειών για την πρόληψη της υποτροπής.

### **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)**

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με το νόμο, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους

και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης). Μέλη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές (σε ποσοστό έως 35%), επαγγελματίες ψυχικής υγείας (σε ποσοστό έως 45%), Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (σε ποσοστό όχι υψηλότερο του 20%)

(Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2<sup>ο</sup> τεύχος, αρ. φύλλου 661, 2001).

### **1.5 Ο Ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στην ψυχική υγεία**

Η διαδικασία της μεταρρύθμισης είναι μία πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διαδικασία που για να επιτευχθεί χρειάζεται τη διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης. Μεγάλη βαρύτητα έχει η δημιουργία και εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού, το οποίο να διαθέτει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις που απαιτούνται για την υλοποίηση της περίθαλψης των ασθενών στα πλαίσια της κοινότητας. Αυτό που πλέον καθίσταται σαφές είναι το γεγονός ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές και πως οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύπτονται μόνο με την πρόληψη και τη θεραπεία, αλλά απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα για τα ζητήματα στέγασης, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης (Λιάκος, 2003). Η αναθεώρηση των στάσεων και οι νέες πρακτικές που προκύπτουν από αυτή απαιτούν την ισότιμη συνεργασία επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στα πλαίσια της ψυχιατρικής ομάδας. Κατά συνέπεια, το προσωπικό πρέπει να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες, καθώς και την κατάλληλη στάση απέναντι στη φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής (Lemperière, Féline et al., 1995).

Στο πλαίσιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, όπως είδαμε και παραπάνω, 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 «Ψυχαργώς» δημιουργούνται Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Στεγαστικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, όπως Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα, Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί, Κέντρα Ημέρας κλπ. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»). Η λειτουργία τους βασίζεται σε μια σύνθετη διεπιστημονική ομάδα (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί εκπαιδευτές, διοικητικοί και άλλοι), η οποία οφείλει να διαπνέεται από μια νέα φιλοσοφία με επίκεντρο τον άνθρωπο και την εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών, το σεβασμό στη διαφορετικότητα και την κατοχύρωση της ουσιαστικής κοινωνικής ένταξης των αρρώστων μέσα από την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και του στίγματος. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να εγκαταλείψουν πλήρως τον ασυλικό τρόπο λειτουργίας χάριν της κοινοτικής πρακτικής (Στυλιανίδης και Χονδρός, 2004). 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.

Τα βασικά μέλη της Ομάδας Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής είναι ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής, ο επισκέπτης υγείας -τους ρόλους των οποίων θα αναπτύξουμε στη συνέχεια-, ενώ τη θεραπευτική ομάδα μπορεί να συμπληρώνουν και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Η θεραπευτική ομάδα εργάζεται σε τρία επίπεδα:

α) Επίπεδο άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης που έχει τη μορφή της παρέμβασης στην κρίση ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς στο πλαίσιο της δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένειά του.

β) Επίπεδο της θεραπευτικής συνέχειας όπου το άτομο ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των ψυχοπαθολογικών φαινομένων στη συμπεριφορά του και

γ) Επίπεδο της κοινωνικής αποκατάστασης όπου δρομολογείται κάθε δυνατή μορφή κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης.

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. Ωστόσο, η αποδοτική και αποτελεσματική συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας συνδέεται με την προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία, με τις επικοινωνιακές του δεξιότητες που ευνοούν την καλή επαφή με την κοινότητα και τους πάσχοντες, με την εκπαίδευση και κατάρτισή του γύρω από την Κοινοτική Ψυχιατρική, με τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για την κοινοτική δράση, με την τήρηση των επαγγελματικών ορίων και τέλος με την αντίληψη της ομαδικότητας (Μαδιανός, 2000β). Φαίνεται λοιπόν, πως ο άξονας πάνω στον οποίο βασίζεται σήμερα κάθε ψυχιατρική πρόοδος είναι η πολυεπαγγελματική ομάδα (Παπαγεωργίου, 2004).

### **Ο ψυχίατρος**

Η σφαιρική αντίληψη χειρισμού των ψυχικών διαταραχών προσδιορίζει τον πολυδιάστατο ρόλο του ψυχιάτρου και συνακόλουθα τις ευθύνες, τις υποχρεώσεις και τις συνέπειες που ο ρόλος αυτός εμπεριέχει. Δηλαδή ο ψυχίατρος οφείλει να είναι: α) θεματοφύλακας της ψυχικής υγείας, με συγκεκριμένες προληπτικές παρεμβάσεις προστασίας από νοσογόνες συνθήκες ή άλλους παράγοντες κινδύνου, παρεμβάσεις που αφορούν στο άτομο, στην οικογένεια, στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο, στην ευρύτερη κοινωνία, σε ειδικές ή ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, β) θεραπευτής του ψυχικά ασθενούς. Η ψυχική νόσος δεν είναι μία διαταραχή με σαφές βιολογικό υπόστρωμα, όπως οι περισσότερες ασθένειες, αλλά η συνέπεια περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Επιβάλλεται ως εκ τούτου πολυδιάστατη και συχνά μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση. γ) Υποστηρικτής και ουσιαστικός

συντελεστής στην προσπάθεια κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης του ψυχικά ασθενούς δεδομένου ότι αυτή συνιστά αναπόσπαστο τμήμα μιας ολοκληρωμένης θεραπείας, δ) σύμβουλος του ευρύτερου περιβάλλοντος του ασθενούς δεδομένου ότι το βάρος της ψυχικής νόσου είναι μία οικογενειακή με την ευρεία έννοια υπόθεση, ε) υπερασπιστής της συνολικής αξιοπρέπειας και προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς, κληγός του στίγματος, στ') συνήγορος για τις κατά περίπτωση αστικές ή και ποινικές ευθύνες του ψυχικά πάσχοντος, ζ) πραγματογνώμονας για τις εκάστοτε ανάγκες αντικειμενικής περιγραφής των επιπτώσεων της ψυχικής διαταραχής (εκούσια-ακούσια νοσηλεία, δικαστική συμπαράσταση), η) σύμβουλος στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή πολιτικών για την κάλυψη των αναγκών στον τομέα της ψυχικής υγείας, θ) ουσιαστικός συμμετέχων στην διαμόρφωση της νομοθεσίας που άμεσα ή έμμεσα σχετίζεται με τα θέματα της ψυχικής νόσου (Μαλλιώρα, 2005).

Ανακεφαλαιώνοντας, θα λέγαμε πως ο ψυχίατρος που εργάζεται στον τομέα της κοινωνικής ψυχιατρικής εστιάζει την προσοχή του παράλληλα σε δύο επίπεδα: Σε αυτό του ασθενούς που πάσχει και αναζητά βοήθεια και σε αυτό της κοινότητας, όπου ο ψυχίατρος διαδραματίζει ενεργό ρόλο στα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης στα πλαίσια της πρόληψης των ψυχιατρικών διαταραχών (Μαδιανός, 2000β). Προσφέρει υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης (φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία), ανάλογα και με τη θεωρητική του κατάρτιση και εμπειρία. Είναι αυτός που αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη της διαγνωστικής εκτίμησης, επιλέγει τις ενδεχόμενες συμπληρωματικές εξετάσεις (κλινικές και βιολογικές, ψυχολογικές, εκτίμηση σχολικής επίδοσης, έλεγχο λόγου και ψυχοκινητικότητας), ενώ καθορίζει και την κατεύθυνση της θεραπείας. Επίσης, διευθύνει τη λειτουργία της ομάδας και τις συγκεντρώσεις παρουσίασης περιστατικών συνθέτοντας τα διάφορα στοιχεία που προσκομίζουν οι άλλοι ειδικοί συνεργάτες χάρη στις γνώσεις που οφείλει να έχει για όλους τους επιμέρους κλάδους των επιστημών που αφορούν την ψυχιατρική και χάρη στις δυνατότητες σύνθεσης που προσφέρει η δυναμική κατανόηση των διαταραχών του πάσχοντος. Τέλος, συντονίζει (αν δεν υπάρχει επόπτης) τη θεραπευτική συνάντηση της ομάδας με στόχο την επεξεργασία των δυναμικών της.

## Ο ψυχολόγος

Ο ρόλος του ψυχολόγου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: κλινική εργασία, έρευνα, διοικητικά καθήκοντα και διδασκαλία –εποπτεία. Με εξαίρεση τη χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων, καμία από τις δραστηριότητες που πραγματοποιούν οι ψυχολόγοι δεν ασκείται αποκλειστικά από το δικό τους κλάδο. Η πλειοψηφία όμως των ψυχολόγων που εργάζονται σε ψυχιατρικούς χώρους ασκεί κλινικό έργο. Πιο συγκεκριμένα, η κλινική δουλειά σχετίζεται με την παροχή ψυχικών υπηρεσιών σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνει την παρέμβαση στην κρίση, την ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, την ψυχολογική εξέταση και τη συμβουλευτική βοήθεια. Στην παρέμβαση στην κρίση, ο ψυχολόγος προβαίνει σε ειδικούς χειρισμούς προκειμένου να αναχαιτίσει δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές των ασθενών και να περιορίσει τον αντίκτυπο τους στην οικογένεια του ασθενούς, πάντα σε συνεργασία με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Παράλληλα με την παρέμβαση στην κρίση, οι ψυχολόγοι δουλεύουν ψυχοθεραπευτικά με τους ασθενείς και αν κρίνεται απαραίτητο και με τις οικογένειές τους, φροντίζοντας να εφαρμόσουν την θεραπευτική προσέγγιση που απαιτεί η ιδιαιτερότητα της παθολογίας αλλά και η κατάρτιση του ίδιου του θεραπευτή. Παράλληλα, μία αποκλειστική αρμοδιότητα του ψυχολόγου είναι η χορήγηση και ερμηνεία ψυχολογικών δοκιμασιών. Συνήθως, ο ψυχίατρος ή κάποιο άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας ζητά από τον ψυχολόγο μία ψυχολογική εξέταση, μία εκτίμηση της κατάστασης ενός ασθενούς προκειμένου να καταλήξει σε ορισμένα συμπεράσματα γύρω από τη διάγνωση και την προβληματική του ασθενούς. Οι ψυχολόγοι χρησιμοποιούν τα ψυχομετρικά εργαλεία εφόσον θεωρούν πως ανταποκρίνονται στο αίτημα της παραπομπής. Μετά την άμεση παροχή κλινικών υπηρεσιών, η επόμενη πιο συχνή δραστηριότητα των ψυχολόγων είναι η διδασκαλία και η εποπτεία. Εξαιτίας της ιδιαίτερης εκπαίδευσής τους στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αλλά και στη μεθοδολογία της έρευνας, οι ψυχολόγοι έχουν πολλά να προσφέρουν ως εκπαιδευτές και επόπτες στους ψυχιατρικούς χώρους. Ακόμη, ένας μικρότερος αλλά σημαντικός αριθμός ψυχολόγων ασχολείται με το ερευνητικό κομμάτι.

Επειδή η πρόσβαση στους ασθενείς είναι άμεση, οι έρευνες στα ψυχιατρεία είναι εφαρμοσμένες, ενώ στην κάθε έρευνα μπορεί να συμμετέχουν κι άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Heiden et Hersen, 1999).

Στα παραπάνω, μπορούμε να προσθέσουμε και τη συμμετοχή του στα προγράμματα πρόληψης, όπως ομάδες γονέων, ομάδες ευαισθητοποίησης κλπ. Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως 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 ψυχολογικό ή κοινωνικό περιεχόμενο και όχι ψυχιατρικό, είναι σημαντική διότι έτσι αποφεύγουμε την ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος και τον αποπροσανατολισμό ως προς την αντιμετώπιση (Μαδιανός, 2000β).

### **Ο νοσηλευτής**

Στα πλαίσια της ανάπτυξης των ψυχιατρικών μεθόδων θεραπείας τις τελευταίες δεκαετίες, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας έχει διαφοροποιηθεί. Η αντίληψη του «φύλακα» μοιάζει να ανήκει στο παρελθόν, μιας και στις σύγχρονες ψυχιατρικές δομές, ο νοσηλευτής καλείται να παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στη θεραπεία όσο και στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς. Έτσι, αναπτύσσεται ένας νέος κλάδος της νοσηλευτικής, μία ξεχωριστή ειδικότητα, η «ψυχιατρική νοσηλευτική» που απαιτεί επιπλέον γνώσεις και εμπειρία από πλευράς των επαγγελματιών. Οι τομείς ενδιαφέροντος της ψυχιατρικής νοσηλευτικής είναι η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή, η καλλιέργεια και η ανάπτυξη των διαπροσωπικών του σχέσεων, η εφαρμογή γνωστών και η δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας, η πρόληψη και τέλος η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία τους. Ο σημερινός νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει τον ψυχικά ασθενή, όχι σαν μία διάγνωση που δέχεται φαρμακευτικής αντιμετώπισης, αλλά τον ασθενή ως οντότητα, ως



ξεχωριστή προσωπικότητα με συγκεκριμένες ανάγκες, ως υποκείμενο που ζει και αποτελεί κομμάτι της κοινωνίας. Με λίγα λόγια, στόχος είναι η επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς προκειμένου να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Παράλληλα ο νοσηλευτής αποτελεί το πιο οικείο πρόσωπο του πάσχοντος, περνά μαζί του πολλές ώρες, με αποτέλεσμα να είναι ο πιο κατάλληλος στην διεπιστημονική ομάδα για να αποφανθεί σχετικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας και να εντοπίσει τυχόν προβλήματα του ασθενούς. Σε πολλά ψυχιατρικά τμήματα ο νοσηλευτής είναι παρόν στη συνάντηση υποδοχής και σε κάποιες θεραπευτικές συναντήσεις του ασθενούς με το γιατρό του ή σε ομαδικές θεραπείες και δραστηριότητες. Θα λέγαμε λοιπόν, πως το νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο της ψυχικής υγείας διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο ως προς την εξέλιξη οποιασδήποτε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας που πραγματοποιείται καθώς στηρίζει τη νοσηλεία, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών (Παπαγεωργίου, 2004).

### **Ο Κοινωνικός Λειτουργός**

Πριν μιλήσουμε για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία, σκόπιμο είναι να αναφερθούμε στον επαγγελματικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού γενικότερα καθώς και στα πεδία άσκησης του ρόλου αυτού. Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας έχει εξελιχθεί σε ένα από τα πολυτιμότερα, αλλά και πολυπλοκότερα επαγγέλματα των τελευταίων δεκαετιών (Πεδιαδιτάκη και Καφετζάκης, 2005). Σύμφωνα με τον ορισμό που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work), τον Ιούλιο του 2001, το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις σχέσεις των ανθρώπων και την ενδυνάμωση και ενίσχυσή τους με στόχο την επαύξηση της ευημερίας τους. Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί θεωρίες της συμπεριφοράς του ανθρώπου και των κοινωνικών συστημάτων για να παρέμβει στα σημεία εκείνα όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων

δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική εργασία. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική εργασία στις διάφορες μορφές της εστιάζει στις πολλαπλές και περίπλοκες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα άτομα και στο εκάστοτε περιβάλλον τους. Η αποστολή της είναι να δώσει τη δυνατότητα σε όλους τους ανθρώπους να αναπτύξουν πλήρως το δυναμικό τους, να εμπλουτίσουν τη ζωή τους και να αποτρέψουν τυχόν δυσλειτουργίες. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού εστιάζει στην επίλυση προβλημάτων και στην αλλαγή. Με αυτή την έννοια, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι παράγοντες που επιφέρουν την αλλαγή στην κοινωνία και στη ζωή των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων με τις οποίες εργάζονται (Παπαγεωργίου, 2004).

Η κοινωνική εργασία βασίζει τη μεθοδολογία της σε ένα συνεκτικό γνωστικό πλαίσιο το οποίο πηγάζει από την έρευνα, την αξιολόγηση της πρακτικής και την κατά περίπτωση γνώση που καθορίζεται από το εκάστοτε πλαίσιο αναφοράς της. Επιπλέον, αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα άτομα και στο περιβάλλον τους, αλλά και την ικανότητα των ατόμων τόσο στο να επηρεάζονται, όσο και να τροποποιούν τις πολλαπλές επιρροές που υφίστανται. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού χρησιμοποιεί τις θεωρίες της ανάπτυξης του ανθρώπου, της συμπεριφοράς του και των κοινωνικών συστημάτων για να κάνει διαγνωστική εκτίμηση των πολύπλοκων καταστάσεων και να διευκολύνει ατομικές, οργανωσιακές, κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές. Η κοινωνική εργασία άλλωστε αναπτύχθηκε μέσα από ανθρωπιστικά και δημοκρατικά ιδεώδη, οπότε οι αξίες της βασίζονται στο σεβασμό της ισότητας, της αξίας και της αξιοπρέπειας όλων των ανθρώπων. Βάση και εφαλτήριο δράσης της κοινωνικής εργασίας αποτελούν από τη μία πλευρά τα ανθρώπινα δικαιώματα και από την άλλη η κοινωνική δικαιοσύνη.

Η κοινωνική εργασία εστιάζει στην ύπαρξη εμποδίων, ανισοτήτων και αδικιών που υφίστανται στην κοινωνία. Ασχολείται με τις προκύπτουσες κρίσεις και τις επείγουσες καταστάσεις, καθώς και με τα καθημερινά ατομικά και κοινωνικά προβλήματα. Χρησιμοποιεί ένα εύρος δεξιοτήτων, τεχνικών και δραστηριοτήτων οι οποίες συμπλέουν με την ολιστική της εστίαση στα άτομα και ταυτόχρονα στο περιβάλλον τους. Το εύρος των παρεμβάσεων της κοινωνικής εργασίας είναι από ψυχοκοινωνικές

παρεμβάσεις στο ίδιο το άτομο, έως εμπλοκή στην κοινωνική πολιτική, τον κοινωνικό σχεδιασμό και την κοινοτική ανάπτυξη. Στις παρεμβάσεις της περιλαμβάνονται η συμβουλευτική, η κλινική κοινωνική εργασία, η εργασία με ομάδες, η κοινωνική-παιδαγωγική εργασία, η θεραπεία οικογένειας και η προσπάθεια να βοηθηθούν τα άτομα να αποκτήσουν υπηρεσίες και πηγές στην κοινότητα. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν επίσης διοίκηση των οργανώσεων, κοινοτική οργάνωση και εμπλοκή σε κοινωνική και πολιτική δράση εστιαζόμενη στην κοινωνική πολιτική και την οικονομική ανάπτυξη (Παπαγεωργίου, 2004).

Σχετικά με την ψυχική υγεία, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού χρειάζεται έναν πιο λεπτομερή προσδιορισμό καθώς, αν και η παρουσία του είναι απαραίτητη, λειτουργεί συνήθως σε συνεργασία με μία πολυεπαγγελματική θεραπευτική ομάδα, όπου στα πλαίσια της «ψυχιατρικής στην κοινότητα.» η παρουσία του ψυχιάτρου, του νοσηλευτή ή του ψυχολόγου δεν είναι αρκετή. Βέβαια, αυτές οι δομικές προϋποθέσεις δεν ίσχυαν πάντα αλλά υλοποιούνται μέσα από τις εναλλακτικές λύσεις που προτείνονται στο σχεδιασμό της κοινοτικής ψυχιατρικής. Η κοινοτική ψυχιατρική έρχεται να υπογραμμίσει τις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν από τη δεκαετία του '60 σταδιακά σε διάφορες χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης και τελευταία και στη χώρα μας και αφορούν στη δημιουργία εναλλακτικών θεραπευτικών στρατηγικών και στην ευαισθητοποίηση νέων τρόπων παρατήρησης των ψυχικά ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι στρατηγικές αυτές δίνουν έμφαση στην κατανόηση των άλυτων ενδοψυχικών προβλημάτων των ασθενών, στην ανεπαρκή επεξεργασία στοιχείων του περιβάλλοντος και εστιάζουν στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις προϋποθέσεις κοινωνικοποίησης και βίωσης των γεγονότων που προκύπτουν από τις παραπάνω δυσκολίες. Για μία ψυχιατρική αντιμετώπιση με βάση αυτές τις απαιτήσεις, δημιουργήθηκε η ανάγκη για μία δομική αλλαγή των ψυχιατρικών ιδρυμάτων αλλά και μία αλλαγή στον τρόπο σκέψης, στην τοποθέτηση των στόχων και στη μεθοδολογία της εργασίας. Αυτές οι αλλαγές συνεπάγονται την ανάπτυξη και εξέλιξη της ψυχιατρικής φροντίδας αλλά και την αύξηση των απαιτήσεων όσον αφορά στις θεραπευτικές δυνατότητες. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, στο θέμα της αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών, όπου έχουμε να κάνουμε με

χρόνιους ασθενείς, ή με εμφανίζοντες χρονιότητα ασθενείς, η παρουσία μίας πολυεπαγγελματικής ομάδας είναι απαραίτητη. Θα προσπαθήσουμε λοιπόν να προσδιορίσουμε το ρόλο και τις δυσκολίες του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια αυτής της πολύπλευρης θεραπευτικής ομάδας (Παπαγεωργίου, 2004).

Η απασχόληση του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο το ενδιαφέρον του για τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενή όσο και την ιδιαίτερη απασχόλησή του με αυτόν. Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι οι οικογενειακοί, οι κοινοτικοί ή οι πολιτιστικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και εξέλιξη της ψυχικής αρρώστιας. Για παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια, με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής, παρεμβαίνει και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι δυσλειτουργικές (Μαδιανός, 2000β). Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τις δυνατότητες συμμετοχής του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία στις εξής τρεις κατηγορίες: α) στην πρόληψη, β) στη θεραπευτική αντιμετώπιση και γ) στη φάση αποκατάστασης. Όσον αφορά στην πρόληψη, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετάσχει σε σχολεία επαγγελματικής εκπαίδευσης, σε διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες, σε συμβουλευτικούς σταθμούς, στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής κ.α. Στο επίπεδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετάσχει στην ατομική συμβουλευτική διαδικασία στην αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης καθώς και σε θεραπευτικές προσπάθειες. Τέλος, σε επίπεδο αποκατάστασης, η συνεργασία του είναι απαραίτητη τόσο στην παρακολούθηση του ασθενούς εκτός του ιδρύματος, όσο και εντός, στις μονάδες μερικής περίθαλψης, στις κοινότητες, στους συμβουλευτικούς σταθμούς, στις μονάδες αντιμετώπισης ψυχιατρικών κρίσεων, στην επεξεργασία του οικογενειακού ή επαγγελματικού περιβάλλοντος κλπ (Παπαγεωργίου, 2004).

Η εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας και τα διαφορετικά κέντρα βάρους που εμφανίστηκαν στις διάφορες φάσεις της εξέλιξης αυτής, όπως η νομική επιστήμη, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία, έχουν σαν αποτέλεσμα την αβεβαιότητα και τη σύγχυση γύρω από τα καθήκοντα ενός κοινωνικού

λειτουργού. Κατά συνέπεια, οι απαιτήσεις της θεραπευτικής ομάδας δεν είναι πάντα εφικτές και πραγματοποιήσιμες. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει σε δύο επίπεδα, σε αυτό του συμβούλου και σε αυτό του θεραπευτή. Βέβαια, η θεραπευτική επίδραση του συμβούλου πάνω στον ασθενή είναι αδιαμφισβήτητη. Ακόμα και το απλό άκουσμα των προβλημάτων του ασθενή ίσως είναι αρκετό για να συναφθεί μία σχέση και να γεννηθούν μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα από τον έναν στον άλλον και να κινητοποιηθούν ασυνείδητες αντιστάσεις ή επιθυμίες. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και κατά τη συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού ως συμβούλου σε οικογενειακές συζητήσεις, σε ομαδική ψυχοθεραπεία κλπ. Βασική αρχή λοιπόν της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού είναι ο διαχωρισμός του ρόλου του συμβούλου από αυτόν του θεραπευτή. Σύμβουλος και θεραπευτής είναι οι δύο διαφορετικές διαστάσεις επικοινωνίας με τον ψυχικά ασθενή, που όμως οφείλουν να είναι σαφώς προσδιορισμένες και διαχωρισμένες.

Όσον αφορά στη συμβουλευτική λειτουργία, αυτή μπορεί να ξεκινά τόσο από τον κοινωνικό λειτουργό, όσο και από τον ασθενή που επιθυμεί την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σε δύσκολες συνθήκες της ζωής του. Οι συμβουλές, μπορεί να αφορούν μισθοδοτικά ή συνταξιοδοτικά προβλήματα, τυχόν κοινωνική υποστήριξη, ανεύρεση κατοικίας, δουλειάς κ.α. Συχνά, στα πλαίσια αυτά αναδύονται και συναισθηματικής φύσης στοιχεία τα οποία οφείλουν να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας τόσο από τον ίδιο τον κοινωνικό λειτουργό, όσο και από τη θεραπευτική ομάδα. Κατά την άσκηση των καθηκόντων του ως σύμβουλος, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αναγνωρίσει το γεγονός ότι απέναντί του έχει έναν άνθρωπο με διαφορετικές ψυχικές ιδιότητες από τον ίδιο, διαφορετικά βιώματα, ενορμήσεις ή επιθυμίες, εστιάζοντας πάντα στην ατομικότητα, στις ανάγκες και επιθυμίες του συμβουλευομένου. Ας δούμε συνοπτικά, ποιες είναι οι τρεις προϋποθέσεις που οριοθετούν και καθορίζουν την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια της ψυχικής υγείας (Παπαγεωργίου, 2004).

Καταρχήν, έχει πρακτικές υποχρεώσεις απέναντι στον ασθενή έξω από τα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, όπως σύναψη σχέσεων με διάφορους κοινωνικούς φορείς, όπως οργανώσεις, κέντρα επαγγελματικής

αποκατάστασης, συμμετοχή σε γενικότερες κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ. Ακόμα, έχει συμβουλευτική λειτουργία για το ξεκαθάρισμα τυχόν νομικών προβλημάτων που έχουν σχέση με απαιτήσεις όπως παραδείγματος χάριν επιδόματα ανεργίας, οικογενειακό βοήθημα, ανεύρεση κατοικίας ή βοήθεια για αναγκαίες μεταβολές στο χώρο εργασίας ή και το γενικότερο κοινωνικό περιβάλλον όπου ζει και κινείται ο ασθενής. Τέλος, συμμετέχει στις θεραπευτικές διαδικασίες που κινούνται στο χώρο της ψυχοθεραπείας, όπως ατομικές ή ομαδικές συναντήσεις, ψυχόδραμα, λογοθεραπεία κ.α. Παράλληλα λοιπόν με τις παραδοσιακές πρακτικές υποχρεώσεις του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στον ασθενή, καθώς και τη συμβουλευτική λειτουργία του, η συμμετοχή του στις θεραπευτικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση των ψυχικά αρρώστων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αρμονική και ολοκληρωμένη εργασία του μέσα σε οποιασδήποτε μορφής ψυχιατρικό ίδρυμα.

Στα πλαίσια του πολύπλευρου και συνάμα απαιτητικού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία, αναγκαία είναι η ανάπτυξη και γνώση συμβουλευτικών τεχνικών που θα προφυλάξουν το σύμβουλο κοινωνικό λειτουργό από λάθος χειρισμούς, η εκπαίδευσή του ως θεραπευτή προκειμένου να προσφέρει υψηλού επιπέδου θεραπευτικές υπηρεσίες και τέλος σε επίπεδο πολιτείας ο σχεδιασμός και η συγκεκριμενοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να απευθύνονται σε επαγγελματίες που επιθυμούν να ειδικευτούν σε θέματα ψυχικής υγείας και να εργαστούν σε αντίστοιχες δομές (Παπαγεωργίου, 2004).

## **1.6 Στίγμα και Ψυχιατρική**

Η ένταξη της ψυχικών διαταραχών σε κατηγορίες και η ιατροποίηση αυτής της μορφής παρέκκλισης δεν οδήγησαν στην εξουδετέρωση ή στη μείωση των αρνητικών ηθικών αξιολογήσεων. Σε αντίθεση, το στίγμα που με διαφορετικές μορφές και διαστάσεις συνοδεύει την ψυχική νόσο τώρα εγκαθιδρύεται στους κόλπους της ψυχιατρικής, η οποία ανάγεται στον επίσημο και κατεξοχήν αρμόδιο διαχειριστή της παρέκκλισης και προασπιστή της φυσιολογικότητας.

Το παραδοσιακό ιδρυματικό μοντέλο θεραπείας συνέβαλε καταλυτικά στο στιγματισμό της ψυχικής νόσου. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν από τους σωματικά πάσχοντες, οι οποίοι θεραπεύονταν σε τοπικά νοσοκομεία, και εγκαταστάθηκαν σε δομές έξω από την κοινότητα, γεγονός που οδήγησε στην αποκοπή τους από τα κοινωνικά δίκτυα και στη βαθμιαία διάβρωση της ταυτότητάς τους. Η ιδέα ότι η τρέλα είναι ριζικά διαφορετική από τις υπόλοιπες ασθένειες, ότι αποτελεί νόσο του πνεύματος και όχι του σώματος, αναπτύχθηκε στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, κάτω από την επιρροή του καρτεσιανού δυϊσμού, της κυρίαρχης τότε φιλοσοφικής σκέψης. Για περισσότερο, όμως, από 2000 χρόνια καταστάσεις, όπως η μανία ή η μελαγχολία, αντιμετωπίζονταν από τους ειδικούς με τα ίδια μέσα που χρησιμοποιούνταν για τη θεραπεία άλλων πιο εμφανών σωματικών διαταραχών. Η σύγχρονη ιατρική αμφισβητεί τον υφιστάμενο διαχωρισμό, παρόλο που αυτός διατηρείται από τα επίσημα εγχειρίδια (Kendell, 2001).

Κριτική έχει ασκηθεί στην ψυχιατρική για την υιοθέτηση πρακτικών που συνεισφέρουν στο στιγματισμό (Byrne, 2000). Ο Sartorius υποστηρίζει ότι ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας επιβάλλεται και αναπαράγεται από το σύστημα υγείας (Sartorius, 1999). Στα παραδείγματα που το επιβεβαιώνουν ανήκει η μικρότερη χρηματοδότηση που διατίθεται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με αυτές που αφορούν τους σωματικά πάσχοντες, η απουσία έρευνας για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και η πιο δύσκολη πρόσβαση σε θεραπεία. Επισημαίνει την ύπαρξη ιατρογενούς στίγματος, πηγή του οποίου είναι μεταξύ άλλων, η απρόσεκτη χρήση διαγνωστικών κατηγοριών (Sartorius, 2002).

Υπάρχουν σήμερα δεδομένα που καταδεικνύουν ότι ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται κατανοητή η ψυχική νόσος, επομένως και η στάση έναντι αυτής, μπορεί να καθορίζει την πρόγνωσή της, ανεξαρτήτως θεραπείας. Για παράδειγμα, είναι γενικά παραδεκτό ότι η σχιζοφρένεια έχει καλύτερη πρόγνωση στον αναπτυσσόμενο παρά στον ανεπτυγμένο κόσμο για λόγους που σχετίζονται με πολιτισμικές διαφοροποιήσεις ως προς την απόδοση προσωπικών ευθυνών ή την ευρύτερη οργάνωση της κοινωνικής ζωής και τις αντιλήψεις περί ταυτότητας (Lin et Kleiman, 1988). Στο δυτικό

πολιτισμό η αξία που δίδεται στο αυτόνομο άτομο και η χαλάρωση του κοινωνικού ιστού εντείνουν μάλλον τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά πασχόντων. Η απόδοση της ασθένειας σε εξωτερικά αίτια, όπως στη μαγεία, ίσως επιτρέπει καλύτερη έκβαση (Littlewood, 1998).

Η φύση του στίγματος -τι είναι αυτό που θα στιγματιστεί και πώς- καθώς και οι επιπτώσεις του, καθορίζονται πολιτισμικά (Weiss et al, 2001).

Ο Sartorius αναγνωρίζει στο στίγμα το πιο σημαντικό εμπόδιο στην παροχή φροντίδας στους ψυχικά πάσχοντες (1999). Όλα τα στάδια της ψυχικής νόσου –αναγνώριση των συμπτωμάτων, θεραπεία, αποκατάσταση- προσβάλλονται και επηρεάζονται από το στίγμα που τη συνοδεύει.

Έχει διαπιστωθεί η σχέση μεταξύ των αρνητικών αντιλήψεων και την απροθυμία των ασθενών ως προς την αναζήτηση βοήθειας είτε την αποδοχή της σε προχωρημένο στάδιο, καθώς και με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας ή τη μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή (Sirey et al., 2001a,b; Corrigan et Rush, 2002). Πέρα από την επιβάρυνση που επιφέρει στην καθαυτό συμπτωματολογία, ανεξάρτητα μάλιστα από την πρωταρχική διάγνωση, το στίγμα επιδεινώνει και τα δεδομένα που αφορούν στην αποκατάσταση των ασθενών (ανεργία, προβλήματα στέγασης, ψυχική και σωματική εκμετάλλευση των ασθενών)(WHO, 1998; Crisp, 2000). Οι επιπτώσεις του στίγματος αντανακλώνται και στην κοινωνική νομοθεσία νομιμοποιώντας τη θυματοποίηση των ασθενών (Sosowsky, 1980).

Στους ασθενείς που υφίστανται τα αποτελέσματα του στιγματισμού, έχει βρεθεί ότι η εμπειρία του στίγματος συνδέεται με μειωμένη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή (Link et al, 2001), καθώς και ότι συμβάλλει στην κοινωνική απομόνωσή τους (Perlick et al, 2001) με περιορισμό των κοινωνικών τους επαφών και αλληλεπιδράσεων κυρίως στα στενά όρια της οικογένειας.

Το στίγμα της ψυχικής νόσου δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά επιβαρύνει τους συγγενείς τους, ακόμα και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Phelan et al, 1998; Schulze et Angermeyer, 2003).

Με τη στροφή στην αποϊδρυματοποίηση και στη θεραπεία περιβάλλοντος, το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην καταγραφή και διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού απέναντι στους



ψυχικά ασθενείς, ώστε παράλληλα με τις κατάλληλες παρεμβάσεις να επιδιωχθεί και η αλλαγή τους. Σε όλες τις χώρες που επιχείρησαν την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών φροντίδας έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της αντίστασης των τοπικών κοινωνιών στην παρουσία ψυχικά ασθενών στις γειτονιές τους (not in my backyard) (Wenocur & Belcher, 1990). Το ίδιο ισχύει και για τη χώρα μας (Ζαχαριάς και συν, 1994; Ασημόπουλος, 2006; Οικονόμου και συν., 2006; Καλδριμιτζιάν, 2008).

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας», με κύριο στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια και την ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση των στάσεων του κοινού ([http://www.epipsi.gr/Service\\_all/service/Antistigma/](http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/)). Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - αντι-στίγμα». Το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα», με υπεύθυνη την κα Μαρίνα Οικονόμου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, δραστηριοποιείται πολυεπίπεδα στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας, έχοντας ως βασικούς στόχους την έγκυρη και αντικειμενική ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για τις ψυχικές διαταραχές, τη βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κοινού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων σε βάρος των ψυχικά ασθενών ([http://www.epipsi.gr/Service\\_all/service/Antistigma/](http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/)).

Η αντιμετώπιση των αρνητικών στάσεων προς τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και των αντιδράσεων της τοπικής κοινότητας σε περιοχές, όπου δημιουργούνται μονάδες φροντίδας πρώην ψυχιατρικών ασθενών, αναδεικνύουν την ανάγκη οργάνωσης ειδικών και συστηματικών παρεμβάσεων μέσα στην κοινότητα για την ενημέρωση και

ευαισθητοποίηση σχετικά με την ψυχική ασθένεια και τις σύγχρονες αντιλήψεις για τη φροντίδα της, την προώθηση του σεβασμού και της αποδοχής της διαφορετικότητας και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού (Καλδριμιτζιάν, 2008; Ασημόπουλος και συν., 2007).

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». Τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της Συνδιάσκεψης δημοσιεύτηκαν 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 (Υπουργείο Υγείας-ΜΥΠ, 2004).

## **1.7 Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία**

*«Όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δικαιούνται να απολαμβάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης και φροντίδας υψηλής ποιότητας από υπηρεσίες υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Πρέπει, επίσης, να προστατεύονται από οποιασδήποτε μορφής απάνθρωπη μεταχείριση και διάκριση.» (ΠΟΥ, 2003).*

Η ύπαρξη νομοθεσίας για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητη για την προστασία των δικαιωμάτων των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, γιατί αποτελούν ένα ευπαθές τμήμα της κοινωνίας. Οι άνθρωποι αυτοί στιγματίζονται και έρχονται αντιμέτωποι με διακρίσεις και την περιθωριοποίηση σε όλες τις κοινωνίες, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες να καταπατώνται τα δικαιώματά τους. Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν κάποιες φορές την ικανότητα λήψης αποφάσεων και οι άνθρωποι αυτοί δεν αναζητούν πάντα ή δεν δέχονται να λάβουν θεραπεία ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Η νομοθεσία μπορεί να παράσχει ένα νομικό πλαίσιο που θα αντιμετωπίζει κρίσιμα ζητήματα, όπως είναι η ενσωμάτωση στην κοινωνία ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η παροχή ποιοτικής φροντίδας, η βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα αυτή, η προστασία των πολιτικών δικαιωμάτων και η προστασία και

προαγωγή δικαιωμάτων σε άλλα κρίσιμα ζητήματα, όπως είναι η στέγαση, η εκπαίδευση και η εργασία. Η νομοθεσία μπορεί ακόμη να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών. Βλέπουμε λοιπόν, πως η νομοθεσία για τα θέματα ψυχικής υγείας είναι κάτι ευρύτερο από νομοθεσία για τη φροντίδα και τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, που περιορίζεται στην παροχή υπηρεσιών ιδρυματικού τύπου.

Γνωρίζουμε, πως οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε πολλές κοινωνίες είναι εξαιρετικά σκληρές. Υφίστανται οικονομική περιθωριοποίηση, τα αίτια της οποίας, τουλάχιστον εν μέρει, είναι οι διακρίσεις εις βάρος τους και η απουσία νομικής προστασίας από κακή αντιμετώπιση και κακοποίηση. Συχνά, στερούνται ευκαιριών να μορφωθούν, να εργαστούν ή να απολαύσουν τις παροχές των δημόσιων υπηρεσιών ή άλλων θεσμών. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, όπου οι νόμοι δεν κάνουν διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εμφανώς, αλλά όμως δημιουργούν προβλήματα και εμπόδια. Σε μερικές χώρες, τα άτομα μπορεί να υφίστανται διακρίσεις με ενεργητικό τρόπο, δηλαδή τους αρνούνται αυθαίρετα τα δικαιώματα που έχουν όλοι οι πολίτες.

Κατά συνέπεια, η νομοθεσία για την ψυχική υγεία δεν οφείλει να καλύπτει απλώς τη φροντίδα και τη θεραπεία, δηλαδή δεν πρέπει να περιορίζεται στην παροχή θεσμοθετημένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και να παρέχει το νομικό πλαίσιο για την επίλυση κρίσιμων θεμάτων της ψυχικής υγείας, όπως είναι η πρόσβαση στη φροντίδα, η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνίας. Η ύπαρξη εθνικής νομοθεσίας για την ψυχική υγεία δεν διασφαλίζει κατ' ανάγκη το ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα είναι σεβαστά. Σε μερικές χώρες μάλιστα οι διατάξεις της σχετικής νομοθεσίας καταπατούν τα δικαιώματα αυτά, ιδιαίτερα αν σκεφτεί κανείς πως στο 25% των χωρών δεν υπάρχει εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Όταν μιλάμε για εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία , αναφερόμαστε σε δύο διαφορετικές προσεγγίσεις της νομοθεσίας αυτής. Σε μερικές χώρες, δεν υπάρχει νομοθεσία αποκλειστικά για την ψυχική υγεία και οι διατάξεις που αφορούν άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι εμβόλιμες σε σχετική νομοθεσία άλλων τομέων. Στις περισσότερες χώρες όμως, υπάρχει ενοποιημένη ή ολοκληρωμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία, όπου είναι ενσωματωμένα όλα τα θέματα που αφορούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία αποτελεί ουσιαστικό συμπλήρωμα και σημείο στήριξης της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, παρέχει το νομικό πλαίσιο, το οποίο διασφαλίζει ότι θα αντιμετωπιστούν βασικά θέματα, όπως είναι η πρόσβαση στην ψυχική φροντίδα, η παροχή φροντίδας που χαρακτηρίζεται από ανθρωπισμό και υψηλή ποιότητα, η αποκατάσταση και η παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη θεραπεία, η πλήρης ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής. Με λίγα λόγια, οι αρχές και οι αξίες που διαπνέουν την ευρύτερη πολιτική γύρω από την ψυχική υγεία ενσωματώνονται και κωδικοποιούνται μέσω της νομοθεσίας. Έτσι, αναπόσπαστη διάσταση του σχεδιασμού, εφαρμογής, παρακολούθησης και αξιολόγησης των προγραμμάτων ψυχικής υγείας αποτελούν τα ανθρώπινα δικαιώματα που περιλαμβάνουν την ισότητα, την απουσία διακρίσεων, την αξιοπρέπεια και το σεβασμό, την ιδιωτική ζωή και την ατομική αυτονομία και τέλος το δικαίωμα στην ενημέρωση και τη συμμετοχή. Η νομοθεσία μπορεί ακόμη να συμβάλει στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Ακόμη, μπορεί να αποτρέψει τις διακρίσεις κατά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στο πεδίο της απασχόλησης, όπως για παράδειγμα την προστασία από απόλυση λόγω ψυχικών διαταραχών. Ως προς τη στέγαση, η νομοθεσία μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση αποτρέποντας τη γεωγραφική απομόνωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές και εξουσιοδοτώντας την τοπική αυτοδιοίκηση να παρέχει επιχορηγούμενη στέγαση σε άτομα με ανικανότητα λόγω αυτών των διαταραχών. Η νομοθεσία για τις συντάξεις αναπηρίας μπορεί επίσης να προάγει την ισότιμη και δίκαιη μεταχείριση. Τέλος, οι νομοθετικές διατάξεις σχετικά με τις γενικές συνθήκες διαβίωσης και με την προστασία

από απάνθρωπη και εξευτελιστική αντιμετώπιση, μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης, μπορεί να θεσπίσει τα ελάχιστα προσόντα και δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ώστε να πιστοποιηθούν, διασφαλίζοντας έτσι ότι θα υπάρχει σε όλη τη χώρα ένα ελάχιστο επίπεδο εξειδίκευσης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας).

Στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε τις δέκα βασικές αρχές στη Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία, όπως τις κατέγραψε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

**Πλαίσιο 2. Νομοθεσία για την ψυχική υγεία: δέκα βασικές αρχές**  
(World Health Organization, 1996b)

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
- Πρόσβαση σε βασική φροντίδα ψυχικής υγείας
- Εκτίμηση της ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις διεθνώς αποδεκτές αρχές
- Παροχή φροντίδας με λήψη των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων
- Αυτοδιάθεση
- Ένα άτομο δικαιούται βοήθειας προκειμένου να ασκήσει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης
- Ύπαρξη διαδικασιών επανεξέτασης
- Αυτόματος μηχανισμός περιοδικών επανεξετάσεων
- Οι αποφάσεις λαμβάνονται από επαγγελματίες με τα απαραίτητα προσόντα
- Σεβασμός στις νομοθετικές ρυθμίσεις

Οι βασικές διατάξεις στη Νομοθεσία για την ψυχική υγεία συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα :

Η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων
Το απόρρητο
Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης
Εκούσια και Ακούσια νοσηλεία
Εκούσια και Ακούσια θεραπεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον
Ακούσια θεραπεία σε κοινοτικό επίπεδο
Μηχανισμοί περιοδικού επανελέγχου
Ικανότητα (Επάρκεια)
Πιστοποίηση των επαγγελματιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
Δικαιώματα και ρόλοι των οικογενειών και των φροντιστών

Στο σημείο αυτό θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε συνοπτικά τις βασικές διατάξεις και το περιεχόμενο της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία.

#### Η αρχή της λήψης των ελάχιστων δυνατών περιοριστικών μέτρων

Όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να θεραπεύονται μέσα στην κοινότητα, εκτός σπάνιων περιπτώσεων, όπως εάν υπάρχει κίνδυνος να βλάψουν τον εαυτό τους ή άλλα άτομα, ή εάν η θεραπεία μπορεί να παρασχεθεί μόνο σε ιδρυματικό περιβάλλον. Οι νόμοι πρέπει να επιτρέπουν την ακούσια εισαγωγή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Εάν τελικά υπάρξει ακούσια εισαγωγή, πρέπει να ακολουθούνται διαδικασίες που προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων που την υφίστανται. Συγκεκριμένα, πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια πριν γίνει μία ακούσια εισαγωγή ή θεραπεία. Πρώτον, επαγγελματίες ψυχικής υγείας νομικά εξουσιοδοτημένοι πρέπει να διαγνώσουν ότι το άτομο πάσχει από ψυχική διαταραχή. Δεύτερον πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι λόγω της ψυχικής διαταραχής πιθανότατα διατρέχει άμεσο κίνδυνο το ίδιο ή άλλα άτομα, ή στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από σοβαρή διαταραχή και μειονεκτεί ως προς την κριτική του ικανότητα, ότι η μη εισαγωγή του, ο μη περιορισμός του, θα οδηγήσει σε σοβαρή επιδείνωση της κατάστασής του ή θα εμποδίσει την κατάλληλη θεραπεία η οποία μπορεί να χορηγηθεί μόνο σε νοσηλευτικό πλαίσιο ψυχικής υγείας.

#### Το απόρρητο

Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι πληροφορίες και τα αρχειοθετημένα στοιχεία που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές ενός ατόμου παραμένουν απόρρητες. Οι νόμοι πρέπει να αποκλείουν με σαφήνεια την αποκάλυψη, την εξέταση, ή τη μεταβίβαση των στοιχείων αυτών χωρίς την άδεια του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου ή κηδεμόνα του. Επίσης, η νομοθεσία πρέπει να υποχρεώνει τους επαγγελματίες να μην αποκαλύπτουν προφορικά χωρίς την άδεια του ασθενούς οποιαδήποτε πληροφορία έχουν από την επαφή τους με τον ασθενή κατά τη θεραπεία ή την εκτίμηση της κατάστασής του.

Είναι επίσης σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των φροντιστών και των οικογενειών. Πρέπει να τους δίδεται επαρκής πληροφόρηση, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς που ζουν στο σπίτι. Η νομοθεσία πρέπει να τηρεί μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της αρχής του απόρρητου και τις ανάγκες των φροντιστών και των οικογενειών σε πληροφόρηση, ώστε οι ασθενείς να έχουν σωστή φροντίδα. Υπάρχουν, ωστόσο, σπάνιες ειδικές εξαιρέσεις της αρχής του απόρρητου. Για παράδειγμα, ένας επαγγελματίας μπορεί να δικαιούται να παρακάμψει την αρχή αυτή εάν υπάρχει άμεσος κίνδυνος βλάβης του ασθενούς ή άλλων προσώπων. Επιπλέον, σε μια δίκη για ποινικό αδίκημα το δικαστήριο μπορεί να διατάξει τους επαγγελματίες να αποκαλύψουν πληροφορίες ή αρχεία σχετικά με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία πρέπει να προσδιορίζει σαφώς τις συνθήκες υπό τις οποίες παρακάμπτεται το απόρρητο και να περιλαμβάνει επαρκείς δικλίδες ασφαλείας ενάντια στην κατάχρηση ή άστοχη χρήση αυτής της παράκαμψης.

#### Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

Η αρχή της συγκατάθεσης χωρίς καταναγκασμούς κατόπιν ενημέρωσης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και κατά συνέπεια πρέπει να κατοχυρώνεται στη νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Το κύριο ζήτημα ως προς τη συγκατάθεση για τη χορήγηση θεραπείας έγκειται στο εάν ο ασθενής έχει την ικανότητα να παράσχει τη συγκατάθεση αυτή. Το δικαίωμα της παροχής της συγκατάθεσης συνοδεύεται από το δικαίωμα της άρνησής της. Εάν κρίνεται ότι ο ασθενής έχει την ικανότητα αυτοδιάθεσης, ώστε να δεχτεί τη θεραπεία, πρέπει να γίνει σεβαστό και το δικαίωμα του να την αρνηθεί. Ωστόσο, για να είναι έγκυρη η συγκατάθεση, πρέπει να πληρούνται αρκετά κριτήρια. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η νομοθεσία μπορεί να επιτρέπει τη χορήγηση θεραπείας χωρίς τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ένα άτομο δεν είναι σε θέση να λάβει μία σχετική απόφαση λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής του. Ένα ακόμη θέμα που προκύπτει, είναι η δυνατότητα ή μη των ανηλίκων για συγκατάθεση.

### Εκούσια και Ακούσια νοσηλεία

Οι νόμοι πρέπει να ενθαρρύνουν την εκούσια νοσηλεία και να επιτρέπουν την ακούσια μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, οι οποίες πρέπει να καθορίζονται από το νόμο. Ο νόμος αυτός πρέπει να ισορροπεί μεταξύ της προστασίας του δικαιώματος του ατόμου να αυτοπροσδιορίζεται και αφετέρου της υποχρέωσης της πολιτείας να προάγει την ασφάλεια του ατόμου και της κοινότητας. Η ακούσια νοσηλεία επιτρέπεται μόνο εάν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις: Εάν υπάρχει διάγνωση ψυχικής διαταραχής, η σοβαρότητα της οποίας καθορίζεται από διεθνώς αποδεκτά κριτήρια και εφόσον υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και να επιδεινωθεί η κατάστασή του αν δεν του χορηγηθεί θεραπεία.

### Εκούσια και Ακούσια θεραπεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον

Η εκούσια θεραπεία σχετίζεται με τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης. Η νομοθεσία πρέπει να διασφαλίζει ότι όλες οι θεραπείες χορηγούνται βάσει της ελεύθερης αποδοχής τους και της συγκατάθεσης του ασθενούς κατόπιν ενημέρωσής του. Η συγκατάθεση δεν είναι νόμιμη εάν συνοδεύεται από άμεση ή έμμεση απειλή καταναγκασμού ή εάν δεν παρουσιάζονται στον ασθενή εναλλακτικές λύσεις προς επιλογή ως προς την προτεινόμενη θεραπεία. Βέβαια, πρέπει να σημειώσουμε πως υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια καθώς και διαδικασίες για την ακούσια θεραπευτική αντιμετώπιση.

### Ακούσια θεραπεία σε κοινοτικό επίπεδο

Η παροχή φροντίδας στο κοινοτικό επίπεδο αποτέλεσε έναν σημαντικό στόχο του αποϊδρυματισμού. Ένα σημείο που θα πρέπει να προσεχθεί σχετικά με τις εντολές κοινοτικής επιτήρησης είναι ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να στηρίζονται περισσότερο στον καταναγκασμό παρά να συμβάλλουν στο να γίνουν αποδεκτές οι υπηρεσίες τους από τους ψυχικά ασθενείς. Μια άλλη σημαντική παράμετρος της κοινοτικής επιτήρησης είναι η εκούσια θεραπεία. Τα άτομα που κατοικούν στην κοινότητα και έχουν αναρρώσει από ψυχικές διαταραχές έχουν την ικανότητα και την επάρκεια να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους. Το δικαίωμα τους να συναινούν συνοδεύεται βέβαια και από



το δικαίωμα της άρνησης πράγμα που οφείλει να γίνεται σεβαστό. Συνοψίζοντας λοιπόν, θα λέγαμε πως οι κανόνες για την ακούσια θεραπεία πρέπει να ακολουθούνται εφόσον είναι βέβαιη η ανικανότητα του ατόμου και ενυπάρχει ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης του εαυτού του και των άλλων.

#### Μηχανισμοί περιοδικού επανελέγχου

Μία επιτροπή επανελέγχου είναι ένας μηχανισμός που διασφαλίζει την εφαρμογή των διατάξεων που προστατεύουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και αποτελείται από των, όπως επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων όπως επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, δικηγόροι, κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και εκπρόσωποι των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

#### Ικανότητα (Επάρκεια)

Η συναίνεση είναι έγκυρη εάν το άτομο που τη δίνει είναι ικανό ως προς αυτό, δηλαδή εάν έχει την ικανότητα να αντιληφθεί το σκοπό, τη φύση, τα πιθανά αποτελέσματα και τους κινδύνους μίας ορισμένης θεραπείας. Είναι σαφές πως οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα και επομένως η νομοθεσία πρέπει να παρέχει προστασία στους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, εξουσιοδοτώντας ορισμένες αρχές να καθορίζουν την ικανότητα ή μη ενός ατόμου. Τη δικαιοδοσία γύρω από την γνωμάτευση της ικανότητας ενός ψυχικά πάσχοντος την έχουν συνήθως οι δικαστικές αρχές.

#### Πιστοποίηση των επαγγελματιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η πιστοποίηση διασφαλίζει την ικανοποιητική ποιότητα και ομοιομορφία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και το γεγονός πως οι επαγγελματίες που εργάζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά και οι ίδιες οι δομές πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις.

#### Δικαιώματα και ρόλοι των οικογενειών και των φροντιστών

Οι οικογένειες παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η νομοθεσία πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τα δικαιώματα των οικογενειών και να τα συνδυάζει

με αυτά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Καταρχήν, η νομοθεσία πρέπει να ασχολείται με την ανάγκη των οικογενειών να έχουν πρόσβαση στην ενημέρωση γύρω από την ασθένεια και τη θεραπευτική παρέμβαση όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Πρέπει ακόμη, να διασφαλίζει την εξισορρόπηση της ανάγκης κάλυψης των ατόμων από το απόρρητο έναντι της ανάγκης των οικογενειών για ενημέρωση.

Πέρα από τα παραπάνω, η νομοθεσία δεν περιορίζεται σε θέματα ψυχικής και γενικής υγείας. Η νομοθεσία σε τομείς εκτός της ψυχικής υγείας όπως η στέγαση, η εκπαίδευση και άλλα θέματα μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Νομοθετικά μέτρα τέτοιου είδους μπορεί να βοηθήσουν ώστε να επιτύχει μία πολιτική που προάγει την κοινοτική φροντίδα των ψυχικών διαταραχών και τον αποϊδρυματισμό. Τέλος, η νομοθεσία σε αυτούς τους τομείς είναι εξίσου σημαντική στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε συνοπτικά σε αυτούς τους τομείς.

Στέγαση
Εκπαίδευση
Απασχόληση
Κοινωνική ασφάλιση
Ποινική δικαιοσύνη
Αστική και γενική νομοθεσία

#### Στέγαση

Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σε οικονομικά προσιτή στέγη καλής ποιότητας, να προληφθεί η γεωγραφική τους απομόνωση και να εξαλειφθούν τυχόν διακρίσεις ως προς την εγκατάσταση, τοποθεσία και παραχώρηση στέγης σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

### Εκπαίδευση

Τα παιδιά και οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε κατάλληλη για την περίπτωση τους εκπαίδευση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εφόσον η εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποτελέσει αναπόσπαστο τμήμα του εκπαιδευτικού συστήματος. Τα ειδικά προγράμματα για τη ψυχική υγεία στα σχολεία επιτυγχάνουν την έγκαιρη διάγνωση διαταραχών του συναισθήματος και της συμπεριφοράς σε παιδιά και έτσι βοηθούν στην πρόληψη μελλοντικών διαταραχών. Τα προγράμματα που γίνονται στα σχολεία βοηθούν επίσης στην ενημέρωση σχετικά με τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση και διαχείριση ψυχικών δυσκολιών.

### Απασχόληση

Η νομοθεσία μπορεί να περιλαμβάνει διατάξεις για την προστασία ατόμων με ψυχικές διαταραχές από διακρίσεις και την εκμετάλλευσή τους στους χώρους εργασίας, διατάξεις για την παροχή ίσων ευκαιριών απασχόλησης και την απαγόρευση στους εργοδότες να χρησιμοποιήσουν την ψυχική διαταραχή ως λόγο απομάκρυνσης του εργαζομένου τους από την εργασία. Ακόμη, πρέπει να υπάρχουν διατάξεις που να διασφαλίζουν την επαρκή χρηματοδότηση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης καθώς και τη χρηματοδότηση δραστηριοτήτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Τέλος, η εργατική νομοθεσία προστατεύει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που απασχολούνται βάσει προγραμμάτων προστατευμένης εργασίας, διασφαλίζοντας ότι πληρώνονται όπως και οι άλλοι εργαζόμενοι.

### Κοινωνική ασφάλιση

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πρέπει να έχουν επιδόματα λόγω αναπηρίας. Το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων οφείλει να είναι αρκετά εύκαμπτο ώστε να επιτρέπει την απασχόληση και τη μισθοδοσία κάποιου χωρίς να χάνει την αναπηρική του σύνταξη.

### Ποινική δικαιοσύνη

Ο ποινικός κώδικας κάθε χώρας πρέπει να προβλέπει την ειδική μεταχείριση όσων παραβαίνουν το νόμο ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, ο νόμος πρέπει να αντιμετωπίζει το θέμα της ικανότητας των ατόμων αυτών να δικαστούν και να είναι μάρτυρες σε ποινικές υποθέσεις, το κατά πόσον είναι σε θέση να τους καταλογιστεί ευθύνη για εγκληματικές πράξεις, τη νόμιμη εκπροσώπησή τους, τις καταδικαστικές αποφάσεις και τέλος τη θεραπεία τους.

### Αστική και γενική νομοθεσία

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δικαιούνται να ασκούν όλα τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα που αναφέρονται στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (ΠΟΥ, 2003).

Στο κεφάλαιο αυτό προσπαθήσαμε να αναδείξουμε τους λόγους για τους οποίους είναι αναγκαία η ύπαρξη μίας σαφώς προσδιορισμένης νομοθεσίας για τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και που συγκροτούν μία ευάλωτη κοινωνική ομάδα με ιδιαίτερες ανάγκες και δυσκολίες. Η παραπάνω νομοθεσία φαίνεται να αποδεικνύει πως τα τελευταία χρόνια η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας δεν περιορίζεται στο γενικό σύστημα υγείας, στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά διευρύνεται σε τρόπο σκέψης, αντιμετώπισης και διαχείρισης ζητημάτων που αφορούν τους ψυχικά πάσχοντες, όχι μέσα στους κλειστούς χώρους των ψυχιατρείων, αλλά στα πλαίσια της κοινότητας όπου μπορούν να ζουν αρμονικά και να συμμετέχουν.

## **1.8 Κριτική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης**

Κύριος στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν και είναι η κατάργηση των ψυχιατρικών ασύλων και η οργάνωση ενός συστήματος

υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε μία δεδομένη γεωγραφική περιοχή, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των κατοίκων της (Καραβάτος και συν., 2006).

Το εγχείρημα της μεταρρύθμισης απέφερε σημαντική πρόοδο σε ιδεολογικό κυρίως επίπεδο, όμως οι θετικές αλλαγές περιορίστηκαν κυρίως στην επιστημονική κοινότητα και λιγότερο στο γενικό πληθυσμό, ο οποίος εξακολουθεί να διακατέχεται από αντιστάσεις και προκαταλήψεις έναντι των ψυχικά ασθενών. Η πρόοδος αυτή πιστοποιείται και από την αύξηση και την καλύτερη εκπαίδευση των ψυχιάτρων και των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι διεκδίκησαν την κατοχύρωση και αναβάθμιση του επαγγελματικού-θεραπευτικού τους ρόλου. Από την άλλη, σε πρακτικό επίπεδο, η πρόοδος που σημειώνεται είναι μικρότερη και σχετίζεται κυρίως με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα ψυχιατρικά άσυλα και τη σημαντική συρρίκνωση του πληθυσμού τους. Εξάλλου, η βασική μέριμνα της πολιτείας περιορίστηκε στη φροντίδα των χρόνιων εγκλείστων στα ψυχιατρεία, η οποία αποτέλεσε το μείζονα, ίσως και αποκλειστικό στόχο της επίσημης πολιτικής σε σχέση με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Βαρουχάκης, 2007).

Αν και η έλλειψη βασικών και αξιόπιστων στοιχείων δεν επιτρέπουν την ακριβή αποτύπωση της παρούσας κατάστασης, ωστόσο μπορούμε να επισημάνουμε κάποιες σημαντικές αλλαγές. Ανάμεσα σ' αυτές περιλαμβάνονται το κλείσιμο ορισμένων μεγάλων ψυχιατρείων της χώρας μας, η μεταφορά εγκλείστων σε οικοτροφεία, η δημιουργία ενός δικτύου νέων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανανέωση αρκετών από τις παλαιότερες, η χάραξη μίας στρατηγικής για την ψυχιατρική με επιρροές από την αντίστοιχη ευρωπαϊκή εμπειρία, η υιοθέτηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και τέλος η δημιουργία υπηρεσιών αποκατάστασης με κάποιες προοπτικές επαγγελματικής ένταξης των ασθενών (Πλουμπίδης, 2005).

Παρά τα ουσιαστικά επιτεύγματα, το οικοδόμημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης φαίνεται ότι παραμένει ημιτελές.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν έχει ακόμη εδραιωθεί στην Ελλάδα. Απουσιάζει μια ιδεολογία, ένα κίνημα, το οποίο θα προάγει τη συνεργασία των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας με τους πάσχοντες και τις

οικογένειές τους. Ένα κίνημα αμφισβήτησης που θα τολμήσει να κάνει τις αναγκαίες ρήξεις με το υπάρχον ψυχιατρικό σύστημα και να διεκδικήσει νέες, πιο θεραπευτικές και ανθρώπινες υπηρεσίες, μαζί με την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών και της ενεργού συμμετοχής τους στη θεραπευτική και αποκαταστασιακή διαδικασία (Μάτσα, 2006). Η απουσία μιας σφαιρικής κρατικής αντιμετώπισης των θεσμικών ελλείψεων και προβλημάτων στην ελληνική ψυχιατρική περίθαλψη αντισταθμίστηκε από ατομικές πρωτοβουλίες, οι οποίες κλήθηκαν να καλύψουν αυτό το κενό (Συνηγόρος του Πολίτη, 2009).

Ενδεικτική της απουσίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας είναι η αδυναμία των ψυχιατρικών και των ψυχιατρικών τομέων των γενικών νοσοκομείων να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών λόγω της ανεπάρκειας των υποδομών και της έλλειψης προσωπικού. Ως αποτέλεσμα αυτού είναι να παρατηρούνται αντιθεραπευτικά φαινόμενα, όπως η υπερσυσσώρευση νοσηλευομένων, η νοσηλεία σε ράντζα, η εκτεταμένη χρήση ψυχοφαρμάκων, οι μηχανικές καθηλώσεις, η χορήγηση εξιτηρίου πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας (Μάτσα, 2006; Βαρουχάκης, 2007). Η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα εξακολουθεί να παρέχεται με όρους ασυλιακής βαρβαρότητας. Ενδεικτικό της παραβίασης των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί και το υψηλό ποσοστό των ακούσιων εγκλεισμών (Μάτσα, 2006; Πλουμπίδης, 2009).

Όσον αφορά στα ψυχιατρεία, υπάρχει ανάγκη κατοχύρωσης των αλλαγών που επιτελέστηκαν τα τελευταία χρόνια και σχετίζονται με το κλείσιμο των ασύλων, ενώ η περαιτέρω συρρίκνωση των ψυχιατρικών θα πρέπει να συνοδεύεται με την παράλληλη δημιουργία δομών ψυχικής υγείας, ικανών να ανταποκριθούν στα αιτήματα των αρρώστων (Βαρουχάκης, 2007).

Σύμφωνα με το πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη (2009), η μέχρι τώρα πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης αξιολογείται ως «στρεβλή», διότι δεν έχει ακόμη επιτευχθεί η επιδιωκόμενη ιδεολογική και θεσμική αλλαγή, ώστε να αποδομηθεί η έννοια και η πρακτική του εγκλεισμού και άλλων περιοριστικών της ελευθερίας μεθόδων. Δεν έχει αμφισβητηθεί η λογική του ιδρύματος και δεν αναδιαμορφώθηκαν οι σχέσεις εξουσίας, ούτε οι ασθενείς μετεξελίχθηκαν σε υποκείμενα της αλλαγής. Η λογική και η

πρακτική της κλίνης, είτε για στέγαση είτε για νοσηλεία, εξακολουθεί να κυριαρχεί, ενώ δεν έχει επικρατήσει η λογική της στήριξης και της εναλλακτικής στο άσυλο φροντίδας. Κατά συνέπεια, η αποϊδρυματοποίηση, χωρίς τη συνδυαστική λήψη μέτρων για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, οδήγησε σε πολλές περιπτώσεις στη μετεγκατάστασή τους, με συνέπεια να εξακολουθούν να τελούν σε συνθήκες αποκλεισμού, περιθωριοποίησης και εγκλεισμού.

Όσον αφορά στην πολιτεία, παρατηρείται η απουσία μακροχρόνιου και σαφούς σχεδιασμού και η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών σε βασικά ζητήματα.

Προβληματική θεωρείται η παράλληλη συμβίωση του ασυλικού συστήματος υπηρεσιών και των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στην κοινότητα. Δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτό που υπάρχει σήμερα αποτελεί ένα συνεκτικό σύστημα υπηρεσιών ή αν πρόκειται απλά για συνύπαρξη ψυχιατρικών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με συχνά ανταγωνιστικές σχέσεις (Συνήγορος του Πολίτη, 2009).

Σύμφωνα με την Κ. Μάτσα (2006), αυτό που απουσιάζει σήμερα από την ψυχιατρική φροντίδα είναι η δουλειά της πολυκλαδικής ομάδας, η συλλογικότητα, αυτό που αναφέρεται ως «αστερισμός των φροντίδων», «αστερισμός που θεραπεύει». Φαίνεται πως η συλλογικότητα είναι αυτή που μπορεί να διαμορφώσει μία ενιαία πολιτική για την ψυχική υγεία που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Η ψυχική υγεία, όπως επισημαίνει η Κ. Μάτσα, είναι συνυφασμένη με αυτό το «μαζί», με την κοινή δράση και το βίωμα της συλλογικότητας.

Ως «χάσματα στην ψυχική υγεία» αναφέρονται μεταξύ άλλων η έλλειψη πρόληψης, η ανεπαρκής προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Μεγαλοοικονόμου, 2006; Συνήγορος του Πολίτη, 2009).

Στην ημερίδα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση που διοργανώθηκε από το Συνήγορο του Πολίτη προτάθηκε, μεταξύ άλλων, η αναπροσαρμογή της εθνικής νομοθεσία στις νέες συνθήκες, η λήψη μέτρων για την προστασία των ευάλωτων ομάδων, καθώς και η συμμόρφωση της χώρας με τα ευρωπαϊκά και διεθνή κριτήρια (π.χ. Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για

την προστασία των ατόμων με ψυχική ασθένεια, Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου κλπ), η αναθεώρηση του προγράμματος «Ψυχαργώς», αφού πρώτα αξιολογηθούν οι παρεμβάσεις του και διερευνηθούν οι ανάγκες που προκύπτουν στον τομέα ψυχικής υγείας, η σύσταση ενός γνωμοδοτικού οργάνου που θα απαρτίζεται από μία πολυεπαγγελματική ομάδα επιστημόνων, καθώς και από ένα Ανεξάρτητο Σώμα Ελέγχου και Αξιολόγησης και η μεταφορά πόρων από το ασυλικό σύστημα στη διαμόρφωση και εφαρμογή εναλλακτικών, μη περιοριστικών της ελευθερίας, μεθόδων και υπηρεσιών στήριξης και φροντίδας των πασχόντων από ψυχικές ασθένειες (Συνήγορος του Πολίτη, 2009).

Στη χώρα μας η αποασυλοποίηση και η μεταρρύθμιση σχεδόν ταυτίστηκαν, παρότι ο ευρωπαϊκός κανονισμός 815/1984 προέβλεπε την παράλληλη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Εάν είχε υλοποιηθεί το σχέδιο του κανονισμού ίσως οι εξελίξεις να ήταν διαφορετικές. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα είχε οδηγήσει σε μια σύγχρονη Κοινωνική και Κοινοτική ψυχιατρική, με εφαρμογή της αρχή της τομεοποίησης, καθώς και στη συνέχεια στη φροντίδα των χρόνιων ασθενών στην περιοχή τους (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Κεντρικό είναι το ζήτημα της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία, αν και τυπικά έχει ολοκληρωθεί, παραμένει ανενεργή. Οι τομεακές επιτροπές ψυχικής υγείας (ΤΕΨΥ) αδυνατούν να ανταποκριθούν στο πλήθος αρμοδιοτήτων που τους ορίζει ο νόμος με αποτέλεσμα να μην υπάρχει συντονισμός στη φροντίδα που παρέχεται από διαφορετικούς φορείς. Αν η τομεοποίηση ναυαγήσει, θα οδηγηθούμε στη λειτουργία ασυντόνιστων και απομονωμένων υπηρεσιών (Πλουμπίδης, 2009). Σχετικά με την τομεοποίηση, υπογραμμίζεται η ανάγκη ενίσχυσης της δικτύωσης των εξωνοσοκομειακών δομών με τις μονάδες νοσηλείας, όπως επίσης και της οριζόντιας επικοινωνίας μεταξύ των εξωνοσοκομειακών δομών, η ανάγκη επανεξέτασης των αρμοδιοτήτων των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), που επιτελούν το ευρύ και σύνθετο έργο του συντονισμού των υπηρεσιών χωρίς αποφασιστικό ρόλο και τέλος υπογραμμίστηκε η ανάγκη αναβάθμισης των ΤΕΨΥ από γνωμοδοτικό σε αποφασιστικό όργανο (Συνήγορος του Πολίτη, 2009).



Τα κέντρα ψυχικής υγείας που αποτελούν το βασικό κορμό του συστήματος φροντίδας εξακολουθούν να είναι πολύ λιγότερα από τα αναγκαία. Αντί για την ίδρυση ΚΨΥ, το κέντρο βάρους μετατοπίστηκε στη δημιουργία πολλών στεγαστικών δομών, οι οποίες εξαιτίας των προβλημάτων δικτύωσης, κινδυνεύουν να παραμείνουν απομονωμένες και να μετεξελιχθούν σε μικρά άσυλα (Πλουμπίδης, 2005). Αλλά και στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υπάρχει μεγάλη απόσταση ανάμεσα στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση, με αποτέλεσμα ανάμεσα σε άλλα η επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων να είναι σχεδόν ανύπαρκτη (Βαρουχάκης, 2007).

Η ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα να καλύψει την ψυχιατρική φροντίδα και να προασπίσει την ψυχική υγεία ως δημόσιο αγαθό, άνοιξε το δρόμο σε ιδιωτικές πρωτοβουλίες, χωρίς όμως να ακολουθούνται αυστηρές διαδικασίες πιστοποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών τους, χωρίς να υπάρχει δηλαδή ουσιαστική κρατική εποπτεία της σύστασης και λειτουργίας τους. Ως εκ τούτου υπάρχει ανάγκη διαφάνειας σε σχέση με τη δράση και το ρόλο των μη κερδοσκοπικών εταιριών, χωρίς ωστόσο να παραγνωρίζεται η επιτυχής λειτουργία μερικών εξ αυτών (Βαρουχάκης, 2007). Την ανάγκη αυτή επιβάλλουν φαινόμενα, όπως η αδιαφανής διαδικασία επιλογής τους, η αθρόα ίδρυσή τους, το ανεπαρκές προσωπικό, η σύνθεση του εργαζόμενου δυναμικού τους (μεγάλος αριθμός εργαζομένων χωρίς ειδικά προσόντα με τον προσδιορισμό «γενικών καθηκόντων»). Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σήμερα εξαιτίας της μειωμένης κρατικής χρηματοδότησης και που οδηγούν σε περικοπές, απλήρωτο προσωπικό και υποβαθμισμένη φροντίδα, καθιστούν το μέλλον των δομών, καθώς και των ενοίκων τους αβέβαιο.

Ιδιαίτερα παραμελημένος παραμένει ο τομέας της ψυχικής υγείας παιδιού και εφήβου. Παρουσιάζονται τεράστιες ελλείψεις σε δομές, οι ήδη υπάρχουσες δομές είναι είτε υποστελεχωμένες είτε υπολειτουργούν λόγω της υποχρηματοδότησης, υπάρχει έλλειψη σε ενδονοσοκομειακές μονάδες νοσηλείας, ενώ καθυστερεί η ανάπτυξη νέων δομών. Τέλος, δεν υπάρχουν οργανωμένα και συντονισμένα προγράμματα πρόληψης (Συνήγορος του Πολίτη, 2009).

Καμία πολιτική στον τομέα της Ψυχικής Υγείας δεν μπορεί να έχει επιτυχή έκβαση, εάν δεν συνοδεύεται από δέσμη μέτρων για την καταπολέμηση του στίγματος του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και των κοινωνικών προκαταλήψεων (Στυλιανίδης και Παντελίδου, 2006; Παπαδόπουλος και συν., 2007; Συνήγορος του Πολίτη, 2009).

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που υλοποιήθηκε χωρίς όραμα, πρόχειρα και αποσπασματικά, υπό την ασφυκτική πίεση του χρόνου που απαιτούσαν τα ευρωπαϊκά προγράμματα βρίσκεται πλέον σε βαθειά κρίση. Οι αιτίες της κρίσης πρέπει να αναζητηθούν σε πολλά επίπεδα. Στην ανορθολογική διαχείριση των κοινοτικών κονδυλίων που διατέθηκαν για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας μας. Στην απουσία μιας κεντρικά σχεδιασμένης στρατηγικής για την ψυχική υγεία στη βάση της φιλοσοφίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που θα οδηγούσε σε υπέρβαση του ασύλου τόσο ως δομή όσο και ως πρακτική, σε ανάπτυξη της τομεοποίησης των υπηρεσιών και της κοινοτικής φροντίδας και πρόληψης. Στη γενικότερη πολιτική για την υγεία που χαρακτηρίζεται από τη διάλυση του κράτους πρόνοιας, τη συρρίκνωση του δημόσιου τομέα υπέρ του ιδιωτικού, την εμπορευματοποίηση της υγείας, τη διαρκή υποχρηματοδότηση. Στις αντιστάσεις που συνάντησε η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών από το ψυχιατρικό και μη κατεστημένο (Μάτσα, 2006).

Σε μια μεταβαλλόμενη κοινωνία, όπου οι παραδοσιακοί θεσμοί αμφισβητούνται ή αλλάζουν, όπου η οικονομία της αγοράς και η κατεδάφιση του κοινωνικού κράτους δεν ευοδώνουν την ενσωμάτωση του ψυχικά αρρώστου στην κοινότητα, ενώ οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες καθίστανται δυσμενέστερες -για παράδειγμα αύξηση της ανεργίας, της κοινωνικής απομόνωσης, συρρίκνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αύξηση της εγκληματικότητας- το μέλλον της αποτελεσματικότητας της ψυχιατρικής περίθαλψης δεν προβάλλει ιδιαίτερα αισιόδοξο (Μαδιανός, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και των δομών και υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που προέκυψαν ως εναλλακτική απάντηση στην παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη. Η εργασία δεν αποσκοπεί σε μια απλή καταγραφή των δράσεων και προγραμμάτων που υλοποιήθηκαν, αλλά διατηρεί μια στάση κριτική απέναντι σε αυτή την προσπάθεια αλλαγής και αναμόρφωσης του ψυχιατρικού συστήματος της χώρας μας. Κύριος ερευνητικός σκοπός αποτελεί η ποιοτική προσέγγιση του ερευνητικού θέματος και όχι η ποσοτική απαρίθμηση, απλή καταγραφή των δομών που προέκυψαν μέσω του εκσυγχρονισμού της ψυχιατρικής περίθαλψης ή του αριθμού των χρόνιων ασθενών που αποασυλοποιήθηκαν, καθώς θεωρείται ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση συνιστά κάτι ευρύτερο, ένα νέο επιστημονικό παράδειγμα στην ψυχιατρική, ένα κίνημα αλλαγής, ένα όραμα που μεταθέτει την έμφαση από τη θεραπεία των συμπτωμάτων στο άτομο που νοσεί και τα δικαιώματά του και τέλος, στην ολιστική αντιμετώπισή του.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας συνίστανται στην εξέταση του πώς υλοποιήθηκε το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ποιες υπήρξαν οι βασικές της συνιστώσες, ποιες αλλαγές επέφερε, ποιες δομές αποκατάστασης ιδρύθηκαν, πού απέτυχε, πώς διαγράφεται το μέλλον των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας.

Η αναζήτηση βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε με συστηματικό τρόπο στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, αλλά και μέσα από πλήθος βιβλίων και άρθρων ελληνικών και διεθνών ψυχιατρικών περιοδικών.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το επίσημο πλαίσιο άσκησης της ψυχιατρικής στη χώρα μας, καθώς και να υπογραμμίσει τον ιδιαίτερο ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ένα ρόλο θεραπευτικό, που θα μεταχειρίζεται ως ισότιμο τον ασθενή, που θα

αγωνίζεται για το άτομο και τις δυσκολίες του. Η έμφαση στον άνθρωπο που νοσεί, στις ανάγκες του και η ανάδειξή του σε υποκείμενο λόγου και φορέα δικαιωμάτων παραμένει πάντοτε επίκαιρη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 3.1 Συμπεράσματα

Προκειμένου να αποτελέσει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ένα ολοκληρωμένο κίνημα που να τολμά να κάνει τις αναγκαίες ρήξεις και ανατροπές όσον αφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, οφείλει να προβεί στον αναγκαίο μετασχηματισμό των υπηρεσιών ώστε να απαντούν σφαιρικά στις πολλές και διαφορετικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών, να συγκροτήσει ένα κίνημα αμφισβήτησης που να οδηγεί στην υπέρβαση των παγιωμένων ιδρυματικών πρακτικών και στην προάσπιση των ατομικών, κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων των ασθενών.

Χωρίς αποκέντρωση και τομεοποίηση των υπηρεσιών, χωρίς πολιτικές και προγράμματα πρόληψης ή έγκαιρης αντιμετώπισης της κρίσης και σφαιρικής ψυχοκοινωνικής στήριξης των ατόμων μέσα στο κοινωνικό τους πλαίσιο-χωρίς δηλαδή ουσιαστικά να αλλάζει το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας- είναι αδύνατο να ξεπεραστούν οι μέθοδοι του ιδρυματισμού που είναι συνυφασμένες με τον εγκλεισμό. Το ζητούμενο της μεταρρύθμισης πρέπει να είναι η εναλλακτική απάντηση στις ανάγκες του πληθυσμού, έτσι ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια απαιτεί την αλλαγή νοοτροπίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων, το πέρασμα από την παραδοσιακή ψυχιατρική αντίληψη στην εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την εκπαίδευση της οικογένειας που φροντίζει τον ασθενή, τη μείωση των αντιστάσεων και προκαταλήψεων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ο όρος «μεταρρύθμιση» συνεπάγεται μετασχηματισμό, αλλαγή τόσο των θεσμικών όσο και των δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, το ερώτημα που τίθεται δεν είναι μόνο αν έχει επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά εάν τέθηκαν ποτέ οι σωστές βάσεις προς αυτή την κατεύθυνση.

### 3.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Από τα παραπάνω αναδεικνύεται επιτακτικά η ανάγκη για συστηματική συγκέντρωση, καταγραφή και επεξεργασία των απαραίτητων επιδημιολογικών στοιχείων, ούτως ώστε να μπορούν να αξιολογηθούν με ασφάλεια και αξιοπιστία, οι τομείς που βελτιώθηκαν στα πλαίσια της υλοποίησης μεταρρυθμιστικών δράσεων, αλλά και να εντοπιστούν τυχόν σφάλματα και παραλείψεις. Παράλληλα, αναγκαία καθίσταται και η ανάπτυξη ενός επιδημιολογικού χάρτη της Ελλάδος για ενήλικες και ανηλίκους για την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών νόσων, με στόχο τη βελτιστοποίηση του σχεδιασμού αντιμετώπισής τους, καθώς και η καταγραφή όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που λειτουργούν επαρκώς συνάμα με αυτές που παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο σε επίπεδο προσωπικού, όσο και σε επίπεδο υλικών και τεχνικών υποδομών.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί η αναγκαιότητα συστηματικής καταγραφής των αναγκών του πληθυσμού σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές, αλλά και η αναγκαιότητα αντικειμενικής εξέτασης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα υπηρεσιών μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών, έχουν όλοι οι πολίτες πρόσβαση σε αυτό, τι συμβαίνει με τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών ή με άλλες ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες, πώς αξιολογούνται και με ποιους δείκτες οι προσφερόμενες υπηρεσίες, διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ασθενών και η συμμετοχή τους στο σχεδιασμό και οργάνωση των υπηρεσιών, οι υπηρεσίες είναι τομεοποιημένες και αποκεντρωμένες, υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα των αρρώστων;

Ειδικά σε σχέση με το ρόλο των ιδιωτικών και των μη κερδοσκοπικών φορέων και την ποιότητα των υπηρεσιών τους, είναι αναγκαία η σύνδεση της χρηματοδότησης των δομών με ποιοτικού τύπου κριτήρια, η κατάρτιση ενός μητρώου μη κυβερνητικών μη κερδοσκοπικών οργανώσεων και η διασφάλιση της εταιρικότητας μεταξύ κρατικών και μη κρατικών –μη κερδοσκοπικών- κοινωνικών φορέων.

Είδαμε πως σε αρκετά σημεία τα αίτια για την αποτυχία ή τη δυστοκία της μεταρρύθμισης οφείλονται σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και

προκαταλήψεις σχετικά με τη θέση του ασθενή, το ρόλο του γιατρού και την έννοια της περίθαλψης, σε σθεναρές αντιστάσεις στην αλλαγή, ίσως και σε μια γενικότερη καχεξία και ανομία των θεσμών στη χώρα μας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει, λοιπόν, να δοθεί και στην καταπολέμηση των κοινωνικών προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών, συνάμα με την οργάνωση και προώθηση ενός συστήματος υποστήριξης των οικογενειών τους, οι οποίες επωμίζονται μεγάλο μέρος της φροντίδας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, καθώς και των ομάδων αυτοβοήθειας των ατόμων αυτών.

Θα πρέπει, λοιπόν, να ξεκινήσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας, με σκοπό να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερο για την συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις και να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι επικρατούσες ιδεολογίες, ανάλογα με την ιστορική περίοδο που διανύεται κάθε φορά, μπορεί να καθορίζουν, μεταξύ πολλών άλλων, αυτό που θεωρείται ότι είναι ψυχική διαταραχή, τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, τι τύποι αιτιολογίας πρέπει να αναδειχθούν ώστε να αντιμετωπιστούν, ποιος πρέπει να θεραπεύεται από ποιον, πού, σε ποιο θεραπευτικό πλαίσιο, με ποια θεραπευτικά μέσα, ποια είναι τα κριτήρια τεκμηρίωσης της αποδοτικότητας και της χρησιμότητας μιας θεραπείας, ποια είναι η αναμενόμενη έκβαση από τα διάφορα θεραπευτικά μέτρα.

Ανεξάρτητα, λοιπόν, από τις επιστημονικές εξελίξεις, πολλές αρχέγονες πεποιθήσεις και φόβοι εξακολουθούν να επικρατούν στις κοινωνικές στάσεις και μάλιστα σε βαθμό που οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της τρέλας να έχουν μια καθοριστική επίδραση στις πολιτικές της δημόσιας υγείας και τις απόπειρες ένταξης σε αυτές πολιτικών για την ψυχική υγεία, στην αντίσταση της ψυχιατρικής κοινότητας στην εμπλοκή των χρηστών και των οικογενειών στη διαδικασία λήψης θεσμικών αποφάσεων. Ως εκ τούτου, χρειάζονται οργανωμένες και συστηματικές παρεμβάσεις αγωγής

κοινότητας για την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση σχετικά με την ψυχική υγεία και ασθένεια, τις σύγχρονες αντιλήψεις φροντίδας της, οι οποίες να εστιάζουν στα ανθρώπινα δικαιώματα, το σεβασμό της διαφορετικότητας, την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, την κοινωνική ενσωμάτωση και κοινωνική αλληλεγγύη.

Άλλωστε, για να υπάρξει μεταρρύθμιση είναι απαραίτητη η μετατροπή του υποκειμένου της ψυχικής οδύνης σε νέο υποκείμενο ευθύνης και ένα πλαίσιο υπηρεσιών, όπου ο επαγγελματίας συναντά και συνοδεύει το υποκείμενο, χωρίς να αναπαράγει την ασυλική νοοτροπία και την ιδρυματική βία στις νέες δομές.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Assimopoulos, C. (1998). "Reform", developments and prevailing trends in mental health care in Greece. *Social Work in Europe*. Vol 5, No1, pp.41-48.

Bell, N., Spiegel, J. (1966). Social psychiatry vagaries of a term. *Archives of General Psychiatry*. Vol 14, pp.337-345.

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol 6, pp.65-72.

Corrigan, P.W., Rüsch, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*. Vol 6, pp.312-334.

Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*. Vol 28, pp.91-102.

Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol 5, pp.201-222.

Crisp, A.H. (2000). Changing minds: Every family in the land. An update of the college's campaign. *Psychiatric Bulletin*. Vol 24, pp.953-958.

Delanty, G. (2003). *Community*. London & New York: Routledge.

Donnelly, M., McGilloway, S., Mays, N., Perry, S., Lavery, C. (1997). A three-to six-year follow-up of former long-stay residents of mental handicap hospitals in Northern Ireland. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol 36, pp.585-600.

Economou, M., Gramandani, C., Eustathiou, C., Stefanis, K. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*. Vol 4, No 1, pp.45-49.

Fabrega, H. (1990). Psychiatric stigma in the Classical and Medieval period: A Review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 31, pp.289-306.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Goldman, M.H., Gattazzi, A.A., Taube, C.A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*. Vol 32, pp.23-25.

Goldston, S.E. (1956). *Concepts of Community Psychiatry: A Framework for Training*. Washington USD: National Institute of Mental Health.

Kendell, R.E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*. Vol 178, pp.490-493.

Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Lin, K., Kleiman, A. (1988). Psychopathology and the clinical course of schizophrenia: A cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 14, pp.555-567.

Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. Vol 27, pp.363-385.

Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todel, S., et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*. Vol 52, pp.1621-1626.

Littlewood, R. (1998). Cultural variation in the stigmatization of mental illness. *Lancet*. Vol 352, pp.1056-1057.

Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on Social Representations*. Vol 4, No 1, pp.1-52.

Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts:

Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).

Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarin, J.F., et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*. Vol 52, pp.1627-1632.

Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 41, pp.188-207.

Phelan, J.C., Bromet, E.J., Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 24, pp.115-126.

Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *British Medical Journal*. Vol 321, pp.1470-1471.

Sartorius, N. (1999). One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. In J. Guimon, W. Fischer, N. Sartorius (Eds), *The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment*. Basel: Karger.

Schlosberg, A. (1993). Psychiatric stigma and mental health professionals (stigmatizers and destigmatizers). *Medicine Law*. Vol 12, pp.409-416.

Schulze, B., Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma: schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*. Vol 56, pp.299-312.

Simon, B. (1992). Shame, stigma and mental illness in ancient Greece. In P.J. Fink, A. Tasman (Eds), *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press.

Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., et al. (2001a). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*. Vol 52, pp.1615-1620.

Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., et al (2001b). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*. Vol 158, pp.479-481.

Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol 8, pp.317-325.

Sosowsky, L. (1980). Explaining the increased arrest rate among mental patients: A cautionary note. *American Journal of Psychiatry*. Vol 12, pp.1602-1604.

Stangor, C., Crandall, C.S. (2000). Threat and the social construction of the stigma. In T.F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl, J. Hull (Eds), *The social psychology of stigma*, p.62-87. New York: Guilford Press.

Thornicroft, G., Tansella, M., (eds) (1999). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tsiantis, J. (ed)(1995). The children of PIKPA Leros. *British Journal of Psychiatry*. Vol 28, No 167, pp.3-79.

Wenocur, S., Belcher, J.R. (1990). Strategies for overcoming barriers to community-based housing for the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*. Vol 26, No 4, pp.319-333.

Weiss, M.G., Jadhav, S., Raguram, R., et al. (2001). Psychiatry stigma across cultures: Local validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine*. Vol 8, pp.71-87.

Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. Vol 15, No 4, pp. 357-376 (Percentage values based on Commission's own calculations).

World Psychiatric Association (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva.

World Psychiatric Association (1998). *Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia*. New York.

### Ελληνική βιβλιογραφία

Ασημόπουλος, Χ., Αποστολοπούλου, Α., Βασιλικόπουλος, Α. και συν. (2007). Οι στάσεις των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ένα πρόγραμμα έρευνας-παρέμβασης σε μαθητές Λυκείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 99, σσ.13-30.

Ασημόπουλος, Χ., (2006). Από την προκατάληψη στον κοινωνικό αποκλεισμό: Οι αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. *Κοινωνική Εργασία*, 84, σσ.225-240.

Βαρουχάκης, Χ. (2007). Το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και η πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. *Ψυχιατρική*, 18(1), σσ.80-85.

Διαλλινά, Μ. (2006). Αποασυλοποίηση ή «Ενσωματωμένη Ψυχιατρική-Ψυχοθεραπευτική Περίθαλψη»; Συμπεράσματα από την εικοσαετή λειτουργία των Ψυχιατρικών Τομέων των Γενικών Νοσοκομείων. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94, σσ.51-60.

Δαμίγος, Δ. (2003). *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση.

Έκθεση Εμπειρογνομόνων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (1984). *Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα*. Εκπόνηση ενός διετούς σχεδίου παράλληλα με τη διατύπωση και απόφαση εφαρμογής του 815/1984 Κανονισμού της ΕΟΚ. Βρυξέλλες.

Εμμανουηλίδου, Α. (2006). Κινήσεις αυτοβοήθειας προσώπων με ψυχωσική-ψυχιατρική εμπειρία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 96, σσ.39-54.

Εμμανουηλίδου, Α. (2000). Έλεγχοι ποιότητας στην Ψυχοκοινωνική Περίθαλψη: Η περίπτωση της Ψυχιατρικής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 71, σσ.38-48.

ΕΠΑΨΥ-ΚΚΨΥ Χαλκίδας (1994). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Εγχειρίδιο Ψυχικής Υγείας. Αθήνα: Σίρρις.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005). *Πράσινο Βιβλίο*. Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Βρυξέλλες.

Ανάκτηση από:

[http://www.klimaka.org.gr/newsite/blog/Prasinivivlos\\_mental\\_gp\\_el.pdf](http://www.klimaka.org.gr/newsite/blog/Prasinivivlos_mental_gp_el.pdf)

ΕΠΙΨΥ [http://www.epipsi.gr/Service\\_all/service/Antistigma/](http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Antistigma/)

Ευτυχιάδης, Α. (1995). *Φύση και Πνεύμα, Συμβολή στην Ιατροκοινοσοφική Σκέψη*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2ο τεύχος, αρ. φύλλου 661, 2001.

Ζαχαριάς, Β., Χρόνη, Λ., Χριστογιώργος, Σ.(1994). Κοινοτικό σπίτι «Η Θέτις». Πρώτος χρόνος λειτουργίας. Σκέψεις και παρατηρήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 48, σσ.32-43.

Ζήση, Α. (2001). Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες: Ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 38, σσ.53-71.

Θεοχαράκης, Ν. (2001). *Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο*, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Θεοχαράκης, Ν., Μαυρέας, Β., Δαμίγος, Δ., Ευτυχιάδης, Α., Γερουλάνος, Σ. (2003). Νομικές Ρυθμίσεις για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), σσ.551-555.

Heiden, L.A., Hersen, M. (1999). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Μτφρ: Αναγνωστόπουλος, Φ., Καλαντζή-Αζίζι, Α. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλδριμιτζιάν, Ν. (2008). Οι διαμαρτυρίες πολιτών για την εγκατάσταση δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ως το σημείο συνάντησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με το στίγμα για την ψυχική ασθένεια. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 101, σσ.31-37.

Καραβάτος, Θ., Βαρουχάκης, Χ., Θεοδοροπούλου, Σ., και συν. (2006). Προτάσεις εργασίας της ΕΨΕ για τη διερεύνηση των επίκαιρων προβληματισμών που προκύπτουν από την πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. *Ψυχιατρική*, 17(2), σσ.175-178.

Κατσαρός, Α. (2010). Ανάγκες διασύνδεσης της ψυχικής με την γενική υγεία. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6(2), σσ.163-167.

Kouchner, B. (2000). *Η δικτατορία των γιατρών*. Μτφρ: Μουτσοπούλου, Ε., Διαμάντη, Σ. Αθήνα: Εξάντας.

Lemperière, T., Féline, A. et al.(1995). *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Β' Τόμος. Μτφρ: Αλούπης, Π., Καψαμπέλης, Β., Βασιλιάς, Α. Αθήνα: Παπαζήση.

Λιάκος, Α. (2003). Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων-Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα (αποσπάσματα από τον β' τόμο). Στο επιμέλεια Δ., Δαμίγος *Η Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα, Παπαζήση, σσ.55-70.

Μαδιανός, Μ. (2006). *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ. (2004). Ψυχιατρική, Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Παγκοσμιοποίηση. *Ψυχιατρική*, 15(3), σσ.198-199.

Μαδιανός, Μ. (2002). Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα του 21<sup>ου</sup> αιώνα. *Ψυχιατρική*, 13, σσ.297-300.

Μαδιανός, Μ. (2000α). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ. (2000β). *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ. (1994α). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη Θεωρία στην Πράξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (1994β). *Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, από το Άσυλο στην Κοινότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (1985α). Ποιος φοβάται την κοινότητα; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 5, σσ.24-26.

Μαδιανός, Μ. (1985β). *Σημειώσεις Ψυχιατρικής, Επαγγελματικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης*. Αθήνα: Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Μαλλιώρα, Μ. (2005). Επιστημονική διημερίδα με θέμα: «Ψυχιατρική & Δίκαιο. Μια διεπιστημονική προσέγγιση»

Ανάκτηση από:

<http://www.malliori.gr/Contents.aspx?lang=gr&CatId=1633&View=8>

Μάτσα, Κ. (2006). Το μέλλον της Δημόσιας Ψυχιατρικής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94, σσ.19-28.

Μάτσα, Κ. (1999). Ψυχοπαθολογία και Αντίφαση. *Ουτοπία*, 36, σσ.101-108.

Μάτσα, Κ. (1984). Η Γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 3-4, σσ.13-20.

Μαυρατζώτου, Κ. (2003). Σχεδιασμός και ανάπτυξη υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στο επιμέλεια Δ., Δαμίγος *Η Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα, Παπαζήση, σσ.136-139.

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2006). Η «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» ως εμπόδιο σ' ένα πραγματικό μετασχηματισμό (Κι ένα «Μετέωρο βήμα» από το ψυχιατρείο στην κοινότητα). *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 96, σσ.11-16.

Μπαϊρακτάρης Κ., (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.

Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Γραμανδάνη, Χ. (2007). Τα ΜΜΕ ως διαμορφωτές της κοινωνικής εικόνας της ψυχικής ασθένειας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98, σσ.9-16.

Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Γιώτης, Λ., Στεφανής, Κ. (2006). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. *Ψυχολογία*, 13(3), σ.34.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003). *Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*.



Γενεύη. Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ανάκτηση από:

[http://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_context\\_greek.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mh_context_greek.pdf)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003). *Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Οργάνωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*. Γενεύη. Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ανάκτηση από:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925\\_V2\\_gre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2_gre.pdf)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001). *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*. Γενεύη. Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Ανάκτηση από:

[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_gr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_gr.pdf)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Παγκόσμια Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (1996). *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: Μια Συναινετική Διακήρυξη*. Γενεύη. Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη του Ελληνικού Κλάδου της WARP.

Ανάκτηση από:

<http://www.yyka.gov.gr/health/programma-psychargos/ypostiriksi-foreon-ylopoiisis/epistimoniki-ypostiriksi-foreon/psychokoinoniki-apokatastasi/psychokoinoniki-apokatastasi-1/>

Παπαγεωργίου, Ε. (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Παπαδόπουλος, Δ., Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ. (2007). Αξιολόγηση παρέμβασης στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικά ασθενών σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 97, σσ.39-44.

Πεδιαδιτάκη, Χ., Καφετζάκης, Β. (2005). Η αναγκαιότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους κοινωνικούς λειτουργούς της Ελλάδας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89, σσ.149-155.

Πλουμπίδης, Δ. (2009). Το μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 20(3), σσ.207-208.

Πλουμπίδης, Δ. (2005). Είκοσι χρόνια Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 16(2), σσ.104-105.

Πλουμπίδης, Δ. (1995). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο (1850-1920)*. Αθήνα: Εξάντας.

Σακελλαρόπουλος, Π. (2003). Πρόλογος στην έκδοση. Στο επιμέλεια Δ., Δαμίγος *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση.

Σκαπινάκης, Π., Μαυρέας, Β. (2003). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες. Στο επιμέλεια Δ., Δαμίγος *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση.

Στυλιανίδης, Σ. (1999). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Προς αναζήτηση μιας ταυτότητας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 64, σσ.13-20.

Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν., Χονδρός, Π. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα. *Αρχαιολογία και Τέχνες*, 105, σσ.45-54.

Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ. (2006). Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. *Ψυχιατρική*, 17(2), σσ.113-121.

Στυλιανίδης, Σ., Χονδρός, Π. (2004). Τοπική Ανάπτυξη και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Προϋποθέσεις για την συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 85, σσ.97-103.

Συνήγορος του Πολίτη (2009). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*. Αθήνα: Σάκκουλας.

Τζανάκης, Μ. (2003). *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*. Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τομαράς, Β., Γουρνέλλης, Ρ., Καραμούζη, Γ., και συν. (2006). Αντιιδρυματικά στεγαστικά σχήματα στην αποκατάσταση: Το παράδειγμα ενός μεταβατικού, εποπτευόμενου διαμερίσματος. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94, σσ.73-80.

Τσαλίκογλου, Φ. (1989). *Σχιζοφρένεια και Φόνος*. Αθήνα: Παπαζήση.

Τσαλίκογλου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχοσθενή*. Αθήνα: Παπαζήση.

Τσαούσης, (1984). *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*. Αθήνα: Gutenberg.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης:  
<http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos>

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004). ). *Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια 2000-2006. Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης. Ψυχαργός- 'β Φάση*.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2003). *Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια 2000-2006. Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης. Ψυχαργός- 'β Φάση. Εμφύχωση*.

Ανάκτηση από:

[http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/8\\_efarmogh\\_m24.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/8_efarmogh_m24.pdf)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2003). *Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Επιχειρησιακού Σχεδίου Π.Ν.Α.*

Ανάκτηση από:

<http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-drasesis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/i-monada-ypostirixis-kai-parakoloythisis>

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια 2000- 2006*.

Ανάκτηση από:

[http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/EP\\_YGEIA\\_ANATHEORHSH\\_2006.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/EP_YGEIA_ANATHEORHSH_2006.pdf)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Άξονας προτεραιότητας 2 «Ψυχική Υγεία», επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006.* Ανάκτηση από:

[http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/EP\\_YGEIA\\_ANATHEORHSH\\_2006.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/EP_YGEIA_ANATHEORHSH_2006.pdf)

Υφαντής, Θ. (2005). «Από-ασυλοποίηση», «αποϊδρυματοποίηση» και ετερότητα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(6), σσ.525-527.

Φιλανδριανός, Κ.(1977). *Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών. Το Δαφνί...Μια Φανταστική Πολιτεία.* Αθήνα, (Αυτοέκδοση-δωρεά στη βιβλιοθήκη του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών).

Foucault, M.(2004). *Η ιστορία της τρέλας.* Αθήνα: Ηριδανός.

Χαβιάρα-Καραχάλιου, Σ. (1987). Τρόποι απομόνωσης και τρόποι αντιμετώπισης των ψυχοπαθών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο πριν από την ίδρυση του Δρομοκαΐτειου. Στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 100 χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς 1887-1987.* Αθήνα.

Χαρτοκόλλης, Π.(1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική.* Αθήνα, Θεμέλιο.

Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκη, Β., Οικονόμου, Μ. (2000). *Προληπτική Ψυχιατρική.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

### Α. Νομοθεσία

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2716/1999

(ΦΕΚ Α' 96/17-5-1999)

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 αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

#### 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.

"2. Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι εννεαμελής και αποτελείται από:

α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,

β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς,

γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας,

δ) δύο νομικούς,

ε) δύο εκπροσώπους των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των συλλόγων οικογενειών των χρηστών."

\*\*\* Το τρίτο εδάφιο αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ. ΣΤ' άρθρ. 12 Ν. 2955/2001, ΦΕΚ Α' 256/2.11.2001.

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 δημοσίευση 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.
  - ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ. 2 του ν. 2519/1997.
  - στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.
  - ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.
  - η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.
  - θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.
4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και υγείας και Πρόνοιας,

μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1 εδ. β` του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών".

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β` ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

### Άρθρο 3

#### Τομείς Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος. Με την ίδια ή  
όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς

Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι

Μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α΄) και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α΄), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπο δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευση, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ΄ του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσης της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

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 ελεύθερος 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) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήρια 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 ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.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 ΚΕ.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 υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η

συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις : α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ` ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### Άρθρο 4

#### Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά 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 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Σύμφωνα με το άρθρο 30 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'/4-04-2005) ορίζεται ότι:

1. Το συσταθέν με το Β.Δ. 146/1964 Ίδρυμα με την επωνυμία "Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής", όπως μετονομάστηκε με το άρθρο 6 του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α'/2-06-1970), μετονομάζεται σε "Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών".

2. Το κατά την ως άνω παράγραφο μετονομαζόμενο Ίδρυμα εντάσσεται τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπονται στην παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α'/17-5-1999).

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν.δ 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων "Κέντρα Ψυχικής Υγείας", "Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα", "Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία", "Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία", "Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον", "Φιλοξενούσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής" σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Σύμφωνα με το άρθρο 19 του Ν. 3260/2004 (ΦΕΚ 151 Α' /6-08-2004) ορίσθηκαν τα ακόλουθα:

"Ρύθμιση θεμάτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας Το τακτικό προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 4 του ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α'/17-05-1999) προσλαμβάνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 2527/1997 (ΦΕΚ 206 Α'/8-10-1997), όπως ισχύει."

#### Άρθρο 5

Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα

Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία

Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα

συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύσσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντιστοίχου 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 νυκτερινής). 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 συνιστώνται 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 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 Ψυχικής 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 Περίθαλψης

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης 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 αντικείμενα την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης. 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 Περίθαλψης. 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 Περίθαλψης. 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 ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού, 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, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Κοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής τους.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθηση σε αυτό παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμοδίου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα

Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται 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, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή δωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υγείας γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής - εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υπολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική



παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμοδίου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμοδίου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Βλ. σχετική ΥΑ Α3α/οικ.876 (ΦΕΚ Β' 661/23.5.2000).

#### Άρθρο 10

#### Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανάταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και 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 συναρμοδίου 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 συνιστώνται 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, συνιστώνται 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 συναρμοδίου 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 Επανένταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης. 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.

"Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) δύνανται να συνάπτουν, μετά την απόκτηση της άδειας ίδρυσης, συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς, με τις οποίες μεταξύ άλλων ρυθμίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και η διαδικασία για την καταβολή των νοσηλίων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στις Μ.Ψ.Υ..

"Στη σύμβαση που υπογράφεται καθορίζεται ως χρόνος έναρξης καταβολής

του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου του άρθρου 13 του ν. 2716/1999 η επόμενη της ημερομηνίας υποβολής της αίτησης του φορέα Ν.Π.Ι.Δ. προς τον Ασφαλιστικό Οργανισμό. Ο ίδιος χρόνος λογίζεται και για συμβάσεις που έχουν ήδη συναφθεί μετά την έναρξη ισχύος του ν. 3580/2007 και στις οποίες ορίστηκε διάφορος του ως άνω χρόνος. Η παρούσα ρύθμιση αφορά τα φυσικά και νομικά πρόσωπα τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού δικαίου."

\*\*\* Τα άνω εντός " " προστέθηκαν με το άρθρο 11 Ν. 3754/2009, ΦΕΚ Α 43/11.3.2009 Οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ των Μ.Ψ.Υ. και των ασφαλιστικών οργανισμών, καθορίζονται στις άδειες ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ.."

\*\*\* Τα άνω εντός " " εδάφια της παρ. 3 προστέθηκαν με το άρθρο 20 παρ. 2 Ν. 3580/2007, ΦΕΚ 134 Α'/18.6.2007.

Η ισχύς του νόμου 3580/2007, σύμφωνα με το άρθρο 22 αυτού, αρχίζει μετά από εξήντα ημέρες από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις "Στη σύμβαση που υπογράφεται καθορίζεται ως χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου του άρθρου 13 του ν. 2716/1999 η επόμενη της ημερομηνίας υποβολής της αίτησης του φορέα Ν.Π.Ι.Δ. προς τον Ασφαλιστικό Οργανισμό. Ο ίδιος χρόνος λογίζεται και για συμβάσεις που έχουν ήδη συναφθεί μετά την έναρξη ισχύος του ν. 3580/2007 και στις οποίες ορίστηκε διάφορος του ως άνω χρόνος. Η παρούσα ρύθμιση αφορά τα φυσικά και νομικά πρόσωπα τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού δικαίου."

4. Τα φυσικά και 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 δημοσιούπαλληλική 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.

"7. α. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Γενική Γραμματεία Πρόνοιας πενταμελής ειδική Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού - Διαχειριστικού Ελέγχου (Ε.Δ.Ο.Δ.Ε.) για το διοικητικό, οικονομικό - διαχειριστικό έλεγχο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που ανήκουν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του παρόντος. Τα μέλη της Επιτροπής είναι προβεβλημένες προσωπικότητες και ειδικοί του χώρου των κοινωνικών επιστημών και της ψυχικής υγείας και ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο Πρόεδρος της.

β. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος άσκησης του ελέγχου της Επιτροπής και οι σχετικές για το σκοπό αυτόν αρμοδιότητες της.

γ. Η Επιτροπή στελεχώνεται με αποσπάσεις προσωπικού από το δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι όροι των αποσπάσεων αυτών και τα ζητήματα της υπηρεσιακής κατάστασης του αποσπώμενου προσωπικού."

\*\*\* Η παρ.7 προστέθηκε με το άρθρ. 11 Ν. 3754/2009 (ΦΕΚ Α' 43/11.3.2009).

## Άρθρο 12

### Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αytάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξή τους και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.
2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).  
Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί :

  - α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οπουδήποτε.
  - β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.
  - γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονόματα φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται άδεια σκοπιμότητας,

η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινομένου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν. 1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατοικία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, Κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστήμια Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρα του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Τα μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επιδόματα επανένταξης ή οποιασδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 ασφαρίζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους

που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμείβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις 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 μερίδων, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μερίδων 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 μερίδων τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν 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 αρμοδίου 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, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση 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 στα 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 που δεν υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της Διοίκησης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ. εκτός από τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν.1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημόσιου συμφέροντος, καθώς και

η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παράβαση καθήκοντος ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσώπευση διαμέσου άλλου μέλους εξουσιοδοτημένου από αυτά. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παριστάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα απόν μέλος.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν.1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α` της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε..

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μερίδων. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό. Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή μη κερδοσκοπικό Ν.Π.Ι.Δ του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του διοικούντος οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται όταν το αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την ανταλλαγή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαριστική αιτία, εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των δαπανών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περίληψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

- α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,
- β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλία επιστολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,
- γ) βιβλίο πρακτικών Δ.Σ.,
- δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,
- ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων,  
στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με

χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μερίδων και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπό στοιχεία (γ) έως (στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδικείο στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται :

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ.

δ) Αν κηρυχθούν σε πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρηνοδικείου 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 αρμοδίου 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 οποιοδήποτε 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 κήρυξή 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 ένα 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 Πανελλήνιο 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 Πανελλήνιας 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 Ένώσεις 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 εργαζόμενους 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. πρωτοβαθμίων και δευτεροβαθμίων, 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 Προστιθέμενης 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 συναρμοδίου 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, Εργασίας 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 Περιθαλψής, 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 νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

"5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παραγράφου 1 του παρόντος και των πόρων της παραγράφου α' του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την καταβολή των αμοιβών και των εξόδων του προσωπικού τους και των συνεργατών τους για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές."

\*\*\* Η παρ. 5 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 20 παρ. 3 Ν. 3580/2007 (ΦΕΚ 134 Α'/18.6.2007). Η ισχύς του νόμου 3580/2007, σύμφωνα με το άρθρο 22 αυτού, όπως προαναφέρθηκε, αρχίζει μετά από εξήντα ημέρες από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παράγραφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

### Άρθρο 14

#### Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

#### Άρθρο 15

##### Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπαλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α'/15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ. 1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες κατ' έτος.

#### Άρθρο 16

##### Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

#### Άρθρο 17

##### Μεταβατικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω

υπηρεσιών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και

Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινοφελούς Ιδρύματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125/Α\2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταργούνται 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

\*\*\* Οι διατάξεις των άρθρων 18 μέχρι και 27 αναφέρονται σε θέματα διάφορα της ψυχικής υγείας και κρίθηκε σκόπιμο να μην συμπεριληφθούν στο παρόν.

Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

### Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006

Στα πλαίσια της προώθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και της εξασφάλισης των κατάλληλων διοικητικών και θεσμικών ρυθμίσεων προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια της προσπάθειας και των δράσεων προς αυτή την κατεύθυνση, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006 εγκρίνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με την E(2001) 583/04.04.2001 απόφαση και αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό εργαλείο υλοποίησης της στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την προγραμματική περίοδο 2000-2006. Παράλληλα, οι θετικές κατακτήσεις από την υλοποίηση των δράσεων του Κανονισμού 815/84 και η ανάπτυξη της Α' φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργώς» και των καινοτομικών δράσεων στο πλαίσιο των Κοινοτικών Πρωτοβουλιών, συσσώρευσαν τεχνογνωσία στους φορείς και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και δημιούργησαν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων, με αυξημένα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης ασθενών που έχουν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, με την ακολουθία εξατομικευμένων διαδικασιών που θα διασφαλίζουν το σεβασμό των δικαιωμάτων και τη συμμετοχή των ασθενών, θα λαμβάνουν υπόψη τις προσωπικές τους επιλογές και θα εξασφαλίσουν τις δυνατότητες για την κατά το δυνατόν πληρέστερη συμμετοχή στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον καθώς και της πρόληψης της υποτροπής ή εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και τομεοποιημένου δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο για την πρόληψη, την άμεση παρέμβαση, την παροχή φροντίδας και υποστήριξης, καθώς και μέσω δράσεων και προγραμμάτων που διευκολύνουν τη σταδιακή κοινωνικο-οικονομική επανένταξη των ασθενών. Προσανατολισμένο στην εξυπηρέτηση βασικών επιλογών κοινωνικής πολιτικής της χώρας και κυρίως στην εξυπηρέτηση των στόχων της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της εθνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια στην Ελλάδα, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα.



«Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης αρθρώνεται σε πέντε (5) Άξονες Προτεραιότητας εκ των οποίων ο Άξονας Προτεραιότητας 2 αφορά στην Ψυχική Υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο γίνεται η αξιολόγηση και επικαιροποίηση της πολιτικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με σκοπό την αναπροσαρμογή όπου απαιτείται του Προγράμματος «Ψυχαργός».

Οι παραπάνω γενικοί στόχοι εξειδικεύονται στα εξής Μέτρα παρέμβασης:

Μέτρο 2.1: «Αποασυλοποίηση και κοινωνικο-οικονομική επανένταξη ψυχικά ασθενών»

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

Μέτρο 2.3: «Ενέργειες πρόληψης - ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης»

Μέτρο 2.4: «Κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών»

(Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

#### Μέτρο 2.1: «Αποασυλοποίηση και κοινωνικο-οικονομική (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών»

Το Μέτρο αυτό αφορά στην ολοκλήρωση των ήδη υλοποιούμενων δράσεων, στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ψυχαργός», για την αποασυλοποίηση των ασθενών (ψυχικά ασθενείς, ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ασθενείς με νοητική υστέρηση και ψυχικές διαταραχές) που διαβιούν στα ψυχιατρεία της χώρας, με την εγκατάστασή τους σε δομές στη κοινότητα. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς υποστηρίζονται από ολοκληρωμένα προγράμματα κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και παροχής συμβουλευτικών/ υποστηρικτικών υπηρεσιών, στο πλαίσιο των οποίων διασφαλίζονται η συμμετοχικότητα και ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι στόχοι του Μέρους είναι:

§ Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και στους αντίστοιχους Τομείς ψυχικής υγείας στο σύνολο της χώρας. Επιδιώκεται η έξοδος

μεγάλου μέρους χρονίων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει ως στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς

- § Η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου, και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα

Στο πλαίσιο των παραπάνω στόχων προβλέπονται οι εξής δράσεις:

- § Εφαρμογή σύγχρονου λειτουργικού προτύπου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, με στόχο την εγκατάλειψη του «προστατευτισμού» και τη διευκόλυνση των διαδικασιών κοινωνικής επανένταξης των ασθενών
- § Εγκατάσταση των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές – ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα - και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης.
- § Ενέργειες υποστήριξης της Αρχής Εφαρμογής και των δικαιούχων φορέων οι οποίοι θα υλοποιήσουν το σύνολο των δράσεων αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής (επαν)ένταξης των ασθενών

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

Το Μέτρο αυτό περιλαμβάνει ένα σύνολο δράσεων στο επίπεδο της κοινότητας που απευθύνονται στο γενικό και σε ειδικούς πληθυσμούς και εντάσσονται στο πλαίσιο της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι δράσεις συνδέονται με τις πολιτικές που αναπτύσσονται στους τομείς της Υγείας και της Πρόνοιας και εξασφαλίζουν - από κοινού με τις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών που διαβιούν στα ψυχιατρεία ή και σε δομές κλειστής φροντίδας και το απαραίτητο θεσμικό και υποστηρικτικό πλαίσιο - την ολοκληρωμένη λειτουργία του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στόχοι του Μέτρου είναι:

- § Η ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- § Ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών των ψυχιατρικών νοσοκομείων, για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της κατάργησης ορισμένων από αυτά και υποκατάστασής τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά.

Οι στόχοι του μέτρου εξειδικεύονται στις παρακάτω δράσεις:

- § Συμπλήρωση ή/και βελτίωση υπαρχουσών δομών και υποδομών (κτίριο και εξοπλισμός) και δημιουργία νέων για την κάλυψη αναγκών στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, με παράλληλη ανάπτυξη κατάλληλων κατά περίπτωση δομών στην κοινότητα για ψυχικά ασθενείς, άτομα με αυτισμό και εξαρτημένους από ουσίες
- § Εκσυγχρονισμός της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στην κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και της λειτουργικής υποστήριξης δράσεων των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και αποϊδρυματοποίησης Δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμός των δημιουργούμενων δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ημιαυτόνομη διαβίωση, επαγγελματικά εργαστήρια) για την εγκατάσταση των ασθενών και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης
- § Δημιουργία της κατάλληλης υποδομής στα Κέντρα Υγείας για την παροχή προληπτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού Κέντρων Ψυχικής Υγείας και

Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων κατά προτεραιότητα στα μεγάλα αστικά κέντρα

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

Το Μέτρο περιλαμβάνει την προώθηση ενεργητικών πολιτικών πρόληψης, ενίσχυσης του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης και ένταξης των πληθυσμών στόχων στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό.

Βασικοί στόχοι του Μέτρου είναι:

- § Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων πρόληψης
- § Η μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής
- § Η υιοθέτηση συνδυασμένων δράσεων για την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων και την κοινωνική και εργασιακή (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών

Οι δράσεις του Μέτρου περιλαμβάνουν:

- § Την ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των αποασυλοποιούμενων ψυχικά ασθενών
- § Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, διαμέσου κατάλληλων πολιτικών/ μέτρων κοινωνικής πολιτικής, πολιτικών εκπαίδευσης/ κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση και πέραν των ορίων του συστήματος ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο των πολιτικών αυτών, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς τόσο στις σχετικές πολιτικές όσο και στην παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς
- § Την ανάπτυξη νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας. Θα προωθηθεί η δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (π.χ. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης

Ευθύνης - ΚοιΣΠΕ), καθώς και ενέργειες στήριξης της σχετικής δραστηριότητας, π.χ. χρηματοδότησης, δίκτυα διάθεσης των παραγόμενων προϊόντων, αλλά και η δημιουργία επαγγελματικών εργαστηρίων. Η υλοποίηση ορισμένων από τις ενέργειες αυτές είναι δυνατόν να αναληφθεί από ενδιαμέσους φορείς

- § Την προώθηση ενεργειών ενίσχυσης του εθελοντισμού, των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) και των οργανώσεων που ασχολούνται με άτομα και ομάδες που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό

Μέτρο 2.4: «Κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών»

Το συγκεκριμένο Μέτρο υποστηρίζει οριζόντια την ανάπτυξη του συνόλου των παρεμβάσεων που περιλαμβάνει ο Άξονας. Βασικοί στόχοι του Μέρου είναι:

- § Η λειτουργική ανάπτυξη των δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων που προβλέπονται για την εμπέδωση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
- § Η εξασφάλιση του ποιοτικού και αποτελεσματικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων

Οι δράσεις του Μέρου περιλαμβάνουν:

- § Την κατάρτιση του προσωπικού που έχει επιλεγεί να ενταχθεί στις διαδικασίες αποασυλοποίησης
- § Την κατάρτιση του νέου προσωπικού που θα χρησιμοποιηθεί στις υπάρχουσες και δημιουργούμενες δομές
- § Την ανάπτυξη ενεργειών εξειδικευμένης κατάρτισης και διακρατικών συνεργασιών στελεχών του Υπουργείου και των φορέων, καθώς και διακρατικών συνεργασιών με στόχο τη μεταφορά «καλών πρακτικών» για τη στήριξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

(Άξονας προτεραιότητας 2 «Ψυχική Υγεία», επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006).