
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ,
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

ΓΚΙΟΚΑ ΜΑΡΙΓΩ

*Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη
Διοίκηση της Υγείας.*

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ,
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

[ΓΚΙΟΚΑ ΜΑΡΙΓΩ], ΑΜ: ΔΥ / 1008

Επιβλέπων Καθηγητής : Καθ. ΣΑΜΠΡΑΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ,

Καθηγητής, /Πανεπιστήμιο Πειραιώς

*Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη Διοίκηση της Υγείας.*

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

University of Piraeus



**Department of
Economics**

Master of Science in Health Management

**EUROPEAN PROGRAMS AND MENTAL HEALTH,
THE GREEK CASE**

GKIOKA MARIGO

Supervising professor: Prof. SAMPRAKOS EVANGELOS

*Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus
in partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Health
Management.*

Peiraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση αυτής της εργασίας χρειάστηκαν πολλές ώρες αφοσίωσης και προσπάθειας. Κατανοώντας την ευαίσθητη φύση του θέματος προσπάθησα να αποδώσω όσο μπορούσα και με τον με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την υπάρχουσα κατάσταση αλλά και όλη την πορεία όλου αυτού του δύσκολου εγχειρήματος βασιζόμενη σε πραγματικά στοιχεία. Για όλο αυτό το αποτέλεσμα βοήθησαν αρκετά σημαντικά για εμένα πρόσωπα αλλά και φορείς υγείας.

Πρώτα από όλους τις ευχαριστίες μου τις δίνω στον αξιόπαινο κ. Τσική, πρώην πρόεδρο του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείου επί πολλά έτη, για την πολύτιμη βοήθεια του και κυρίως για τις συμβουλές του. Επίσης ο κ. Στράτος Παπαδογιαννάκης πρώην διευθυντής της οικονομικής υπηρεσίας του νοσοκομείου για την σημαντική του καθοδήγηση. Δε θα παραλείψω φυσικά την οικονομική υπηρεσία του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείου» καθώς και αρκετούς υπαλλήλους από τη διοικητική και νοσηλευτική υπηρεσία για τα στοιχεία που μου παρείχαν.

Τη σημαντικότερη βοήθεια βέβαια την είχα από τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Ευάγγελο Σαμπράκο. Η υπομονή του και κυρίως οι διδακτικές του ικανότητες με καθοδήγησαν ώστε να παρουσιάσω μία αξιοπρεπή εργασία.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την στήριξη που μου παρείχαν.

ACKNOWLEDGEMENTS

The preparation of this thesis took many working hours and a lot of dedication and effort. Understanding the sensitive nature of the subject I tried to work as hard as I could and the in the best possible way the current situation but also throughout the entire course of this challenging project based on facts. For all this the result helped quite important for me personally and health agencies.

First of all, I give my thanks to the worthy Mr. Tsiki, former president of PS.N.A. "Dromokaiteiou", for his valuable help and especially for his advice. Also thanks to Mr. Stratos Papadogiannakis, former director of financial department of the hospital for his substantial guidance. I will not forget of course the financial service of PS.N.A. "Dromokaiteiou" and several employees from the administrative and nursing service for the information provided.

The most significant help I had from my supervisor Mr Evangelos Sabrakos. Patience and especially the teaching skills guided me to present a decent job.

Finally I would like to thank my family for the support they have given me.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ευρωπαϊκά Προγράμματα και ψυχική Υγεία

Η Ελληνική περίπτωση

Λέξεις κλειδιά: αποασυλοποίηση, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Ευρωπαϊκά προγράμματα, πρόγραμμα «Ψυχαργός»,

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση μας έχει χρηματοδοτήσει και συνεχίζει να μας χρηματοδοτεί για προγράμματα που αφορούν την υγεία. Πολύ σημαντικό ρόλο έχει παίξει και στα προγράμματα που αφορούν την ψυχική υγεία και με τη χρηματοδότηση βέβαια αλλά και δίνοντας τις σωστές κατευθύνσεις για την επίτευξη των εκάστοτε στόχων.

Με αφετηρία το Βέλγιο και τη Γαλλία η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ξεκίνησε με πολύ καλές προοπτικές φέρνοντας αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στην Ελλάδα η ανάγκη για αλλαγή στην κατεύθυνση της ψυχικής υγείας τη δεκαετία του 1980 με τη δημοσιοποίηση των συνθηκών περίθαλψης στο ψυχιατρείο της Λέρου. Έτσι η Ελληνική κοινωνία άρχισε να γνωρίζει τους όρους «αποϊδρυματοποίηση» και «αποασυλοποίηση». Με την ένταξη της Ελλάδας στα Ευρωπαϊκά προγράμματα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνεχίστηκε ουσιαστικά έως και το 2008 όπου και σταμάτησε λόγω διακοπής της χρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση και με την εισβολή της οικονομικής κρίσης η χώρα μας δε μπόρεσε να την ολοκληρώσει.

Το Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» είναι το δεύτερο μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας και από τα πρώτα που εφαρμόστηκαν τα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αποασυλοποίηση, μετά βέβαια από το θεραπευτήριο της Λέρου. Στην εργασία αυτή έχουν συλλεχθεί οικονομικά στοιχεία αλλά και στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία του από την οικονομική υπηρεσία του νοσοκομείου για να μπορέσουμε να κάνουμε μια μικρή εκτίμηση των οικονομικών αλλά και των κοινωνικών αποτελεσμάτων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω διαφαίνεται μια μικρή μείωση του κόστους νοσηλείας αλλά όχι στο βαθμό που αναμενόταν μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση φαίνεται ότι δεν ολοκληρώθηκε με αποτέλεσμα να μην έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα Όλα αυτά αναλύονται κατά περίπτωση στην εργασία. Η εκτίμηση που έχει γίνει είναι, ότι μεγάλο ρόλο στη μη

ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης είχε η παύση της χρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση και η σύγχρονη εισβολή της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

EUROPEAN PROGRAMS AND MENTAL HEALTH

– THE GREEK CASE

Keywords: institutionalization, psychiatric reform, European programs, "Psychargo"

ABSTRACT

The European Union has supported us and continues to fund our programs involving health. Very important role he has played in programs dealing with mental health and finance course and give the right guidance to achieve their respective goals.

Starting in Belgium and France psychiatric reform began with very good prospects bringing quite satisfactory results . In Greece the need for change in the direction of mental health in the 1980s with the publication of the conditions in the psychiatric care of Leros . So the Greek society began to know the terms ' deinstitutionalisation ' and ' de-institutionalization ' . With the accession of Greece to the European programs psychiatric reform continued essentially until 2008 they stopped due to funding from the European Union and the invasion of the economic crisis our country has not been able to accomplish.

The PS.N.A. " Dromokaitio " is the second largest hospital in the country and the first to be implemented in European Union programs for institutionalization , then of course the hospital of Leros . In this paper we have collected financial data but also data concerning the operation given to us by the financial department of the hospital to be able to do and little economic assessment and the overall outcome of psychiatric reform . So according to the above suggest a small reduction in hospitalization costs but not to the extent expected after the completion of the program . psychiatric reform seems not complete so they do not have the expected results.All these are analyzed in the case at work. The assessment made is that big role in non-completion of the reform was the cessation of funding from the European Union together with the invasion of the economic crisis in our country.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xvii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	5
1.1. Οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας – τα κοινοτικά προγράμματα δράσης.....	8
1.1.1. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας (1996 – 2000).....	9
1.1.2. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων (1996-2000).....	11
1.1.3. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τον καρκίνο (1996-2000).....	12
1.1.4. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανία (1996-2000).....	14
1.1.5. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την παρακολούθηση και επιτήρηση της υγείας (1997-2001).....	15
1.1.6. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προστασία από τραυματισμούς (1999- 2003).....	16
1.1.7. το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τις σπάνιες νόσους (1999-2003).....	17
1.1.8. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τις ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση(1999-2001).....	25
1.1.9. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008).....	26
1.1.10. Δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013).....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	31
2.1. Ψυχική υγεία και Ευρωπαϊκή Ένωση.....	33
2.1.1. Η κατάσταση - κακή ψυχική υγεία, μια αυξανόμενη πρόκληση για την Ε.Ε.....	33
2.1.2. Η ψυχική υγεία στην Αγγλία.....	37
2.1.3. Η ψυχική υγεία στη Γαλλία.....	39
2.1.4. Η ψυχική Υγεία στο Βέλγιο.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	49
3.1. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	49
3.2. Ιστορική Αναδρομή.....	50
3.2.1. Η ιστορική περίοδος (1830-1914).....	50
3.2.2. Η παραδοσιακή περίοδος (1914-1983).....	53

3.2.3. Η μεταρρυθμιστική περίοδος (1983 μέχρι σήμερα)	57
3.2.4. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός».....	59
3.3. Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης ΨυχαργόςΒ΄	63
3.4. Σύμφωνο Spidla.....	68
3.4.1. Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργός.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. CASE STUDY «Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο»	73
4.1. Στοιχεία εξωτερικού περιβάλλοντος του τομέα υγείας	73
4.1.1. Κοινωνικο-Οικονομικοί Δείκτες	73
4.1.2. Δημογραφικές Εξελίξεις.....	76
4.1.3. Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας	80
4.2. Ζήτηση υπηρεσιών υγείας	85
4.3. Ψυχική Υγεία.....	87
4.4. Προσδιορισμός προσφερόμενων υπηρεσιών Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο».....	94
4.4.1. Στρατηγική και Στόχοι του Νοσοκομείου	94
4.4.2. Στοιχεία Λειτουργίας.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	119
5.1. Ανάλυση δεδομένων.....	120
5.2. Οικονομική αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης – συμπεράσματα	132
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	141

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Πίνακας 4.1: Αμέσως ασφαλισμένοι στους οργανισμούς κοινωνικής ασφαλίσεως, κατά κλάδο ασφαλίσεως (1990-2003), σε χιλιάδες.....	76
Πίνακας 4.2: Η εξέλιξη της αριθμητικής σχέσης συνταξιούχων προς ασφαλισμένους.	76
Πίνακας 4.3: Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα και πρόβλεψη της έως το 2050	77
Πίνακας 4.4: Δείκτες γεννητικότητας στην Ελλάδα, 1981- 2001.	78
Πίνακας 4.5: Σύνοψη πινάκων επιβίωσης, Ελλάδα (1960-2000).....	79
Πίνακας 4.6: Πιθανότητα θανάτου σε ηλικία κάτω των 5 ετών, (θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις) ...	81
Πίνακας 4.7: Θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, 1998-2002 (Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους)	82
Πίνακας 4.8: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1998/99)	86
Πίνακας 4.9: Συνοπτική παρουσίαση αλλαγών κατά την περίοδο 1983-2001.....	88
Πίνακας 4.10: Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά τα έτη 1980 και 2000.	88
Πίνακας 4.11: Δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» (28/09/2007). 93	
Πίνακας 4.12: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (τ.ε.ι.).....	113
Πίνακας 4.13: Εφημερίο.....	113
Πίνακας 4.14: Εισαγωγές	114
Πίνακας 4.15: Νοσηλευθέντες 2005-2010	115
Πίνακας 4.16: Ημέρες νοσηλείας.....	116

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Πίνακας 5.1: Έσοδα από το έτος 1980 έως το 1986.....	121
Πίνακας 5.2: Έσοδα από το έτος 1987 έως το 1993.....	122
Πίνακας 5.3: Έσοδα από το έτος 1994 έως το 2001.....	123
Πίνακας 5.4: Έσοδα από το έτος 2002 έως το 2008.....	124
Πίνακας 5.5: Έσοδα από το έτος 2009 έως το 2012.....	124
Πίνακας 5.6: Έξοδα από το έτος 1981 έως το 1988.....	125
Πίνακας 5.7: Έξοδα από το έτος 1989 έως το 1997.....	126
Πίνακας 5.8: Έξοδα από το έτος 1998 έως το 2006.....	127
Πίνακας 5.9: Έξοδα από το έτος 2007 έως το 2012.....	127
Πίνακας 5.10: Λοιπά στοιχεία από το έτος 1980 έως το 1988.....	129
Πίνακας 5.11: Λοιπά στοιχεία από το έτος 1989 έως το 1998.....	130
Πίνακας 5.12: Λοιπά στοιχεία από το έτος 1999 έως το 2008.....	130
Πίνακας 5.13: Λοιπά στοιχεία από το έτος 2009 έως το 2012.....	131
Πίνακας 5.14: Εξέλιξη της δαπάνης φαρμάκων και υγ/κού υλικού από το 1998 έως το 2012..	132

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

<u>Διάγραμμα 4.1: Σύνολο Εξετασθέντων.....</u>	<u>114</u>
<u>Διάγραμμα 4.2: Εισαγωγές.....</u>	<u>115</u>
<u>Διάγραμμα 4.3: Νοσηλευθέντες 2005 – 2010.....</u>	<u>116</u>
<u>Διάγραμμα 4.4: Ημέρες νοσηλείας.....</u>	<u>117</u>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

<u>Διάγραμμα 5.1: Αριθμός προσωπικού – Ασθενών 1991-2009.....</u>	<u>128</u>
<u>Διάγραμμα 5.2: Ημερήσιο κόστος Νοσηλείας 1991-2009.....</u>	<u>129</u>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της ψυχικής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών έχει αναγνωριστεί από την ΕΕ ως μέσο για την επίτευξη στρατηγικών πολιτικών της στόχων. Εντάσσεται ουσιαστικά σε ένα πλαίσιο που αποσκοπεί στην κατοχύρωση μιας μακροπρόθεσμης ευημερίας, η οποία θα διατηρεί τη δέσμευση για αλληλεγγύη και κοινωνική δικαιοσύνη και θα προσφέρει πρακτικά οφέλη στην ποιότητα ζωής του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Όπως όμως δείχνουν οι σχετικές έρευνες, η κατάσταση της ψυχικής υγείας στην ΕΕ έχει σημαντικά περιθώρια βελτίωσης:

- Η κακή ψυχική υγεία αφορά ένα 25% του πληθυσμού και συνδέεται δυνητικά με την αυτοκτονία, που ευθύνεται για έναν υπερβολικό αριθμό θανάτων.
- Η κακή ψυχική υγεία αποτελεί παράγοντα σημαντικών απωλειών και επιβαρύνσεων σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, επηρεάζοντας κατεξοχήν τα εκπαιδευτικά και τα ποινικά - δικαστικά συστήματα.
- Στο πλαίσιο της ΕΕ δεν έχουν σε καμία περίπτωση εξαλειφθεί καταστάσεις που προκαλούν θεμελιώδεις ευρωπαϊκές αξίες: στιγματισμός, διακρίσεις, έλλειψη σεβασμού για τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών και των ανάπηρων ατόμων. (<http://www.agrocapital.gr/Category/Agrotikos-odhgos/Article/1705/prasino-biblio>)

Η διαρκώς αυξανόμενη σημασία των προβλημάτων ψυχικής υγείας συνδέεται αφενός με τη ραγδαία άνοδο της εμφάνισής τους και αφετέρου με το υψηλό φορτίο που τα προβλήματα αυτά συνεπάγονται. Πρόκειται για φορτίο όχι μόνο συναισθηματικό αλλά και οικονομικό και κοινωνικό, που αφορά τους ίδιους τους πάσχοντες, τις οικογένειές τους και την κοινωνία. (http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/koinotiki_physhiatriki_protaseis.pdf).

Αξίζει ενδεικτικά να αναφέρουμε πως σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, το 20% περίπου του πληθυσμού των ενηλίκων εμφανίζει μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές στη διάρκεια ενός χρόνου.

Τα στοιχεία όμως αυτά αποκτούν περαιτέρω διαστάσεις, αν συνυπολογιστεί η κατάσταση που επικρατεί ως προς την προστασία και προαγωγή της ψυχικής υγείας καθώς και ως προς τις υπηρεσίες θεραπείας και φροντίδας της ψυχικής νόσου: Αυτό που

παρατηρούμε είναι ότι τα συστήματα ψυχικής υγείας – σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο – παρουσιάζουν μια διαρκώς αυξανόμενη διάσταση ανάμεσα στις ανάγκες και στις υπηρεσίες που παρέχονται, όπως επίσης ανάμεσα στις διακηρύξεις και την πραγματικότητα των υπηρεσιών.

Στην παρούσα εργασία θα αναλύσουμε τα Ευρωπαϊκά προγράμματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν και αφορούν την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, κάνοντας και μια μικρή ιστορική αναδρομή της πορείας της ψυχικής υγείας στη χώρα μας από το 1830 περίπου έως και σήμερα. Θα αναφερθούμε, κατά κύριο λόγο, στις έννοιες «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» και «αποασυλοποίηση», πάνω στις οποίες βασίστηκαν τα ευρωπαϊκά προγράμματα που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα και κυρίως το τελευταίο και σημαντικότερο πρόγραμμα «Ψυχαργός» α΄ και β΄ φάση. Σημαντική για την κατανόηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι και η αναφορά της πορείας της ψυχικής υγείας σε τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης που θεωρούνται πολύ καλά παραδείγματα όσο αναφορά στην εφαρμογή της. Επί προσθέτως παραθέτονται και αναφορές σε όλα τα προγράμματα που αφορούν την υγεία γενικότερα από το 1995 και έπειτα. Τέλος παρουσιάζεται το παράδειγμα ενός μεγάλου ψυχιατρικού νοσοκομείου της Ελλάδας όπου και εφαρμόστηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι μέσα από βιβλιογραφικές αναφορές και την ανάλυση οικονομικών δεδομένων που έχουν συλλεχθεί να κατανοήσουμε κατ' αρχήν την κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και την ανάγκη που την έφερε στο στάδιο της μεταρρύθμισης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η χώρα μας πέρασε σε ένα άλλο κεφάλαιο της ψυχικής υγείας, ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο που καθόρισε ουσιαστικά τη σημερινή κατάσταση αλλά και το επίπεδο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Κύριος όμως σκοπός είναι, χρησιμοποιώντας όλα τα παραπάνω δεδομένα να αξιολογήσουμε όλη την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς και τα αποτελέσματά της. Η στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς την Ελλάδα για την υλοποίηση των στόχων που τέθηκαν είναι πολύ σημαντική όσο αναφορά στη χρηματοδότηση του προγράμματος. Μεγάλο ρόλο έπαιξε επίσης και στη συνέχισή του. Για να μπορέσει να αξιολογηθεί καλύτερα η μεταρρύθμιση ως προς τα κοινωνικά αλλά και τα οικονομικά της οφέλη θα αναλυθεί το παράδειγμα του Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαϊτείου», ενός μεγάλου νοσοκομείου που εφαρμόστηκε πλήρως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση χρησιμοποιώντας τη χρηματοδότηση αλλά και τις κατευθυντήριες οδηγίες της

Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για να αξιολογηθεί σωστά και πλήρως η μεταρρύθμιση χρειάζεται η συλλογή πολλών ακόμα δεδομένων και οικονομικών αλλά και κοινωνικών πράγμα που το καθιστά πολύ δύσκολο η φύση και ο χαρακτήρας της ψυχικής ασθένειας αλλά και η μη συλλογή δεδομένων από τους μεγάλους δημόσιους φορείς ψυχικής υγείας. Το νοσηλευτικό ψυχιατρικό ίδρυμα που αναφερόμαστε ίσως είναι το μόνο που παρέχει καλύτερα δεδομένα εάν λάβουμε υπόψη το μικρότερο αριθμό διαχειρίσιμων ασθενών σε σχέση με τα άλλα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής και την καλύτερη οργάνωσή του. Κάνοντας μία μικρή αναφορά στα αποτελέσματα που βρέθηκαν αναλύοντας όλα τα δεδομένα αυτό που είναι αξιοσημείωτο είναι ότι μετά το τέλος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης βλέπουμε μείωση των νοσηλευομένων αλλά και του χρόνου νοσηλείας τους, πράγμα που μειώνει το κόστος νοσηλείας και το κόστος του ημερήσιου κόστους νοσηλείας με επέκταση και στο έμμεσο κόστος που βαρύνει τον ασθενή, την οικογένεια αλλά και την κοινωνία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια όλο και πιο συστηματικά απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία και την αρρώστια. Μια σειρά από επιστημονικές περιοχές πέρα από τις ιατρικές και βιολογικές επιστήμες προσεγγίζουν και διερευνούν την υπόσταση της υγείας και της αρρώστιας μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Οι επιστήμονες που μελετούν τα θέματα υγείας στην προσπάθειά τους να ορίσουν την έννοια της υγείας, εκκινούν από διαφορετικές θεωρητικές αφετηρίες και καταλήγουν σε διαφορετικές εννοιολογικές προσεγγίσεις, που έχουν είτε αρνητικό είτε θετικό περιεχόμενο. Σύμφωνα καταρχάς με τους ίδιους τους γιατρούς, η υγεία ορίζεται στη βάση ενός αρνητικού ορισμού και νοείται ως η απουσία παθολογικών συμπτωμάτων (Ιωαννίδη, Λοπατζίδης, & Μάντη, 1999). Σύμφωνα αντίθετα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος υιοθετείται και από τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως υγεία νοείται «*η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας*». (<http://eur-lex.europa.eu>) Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, που επικεντρώνει στην παρουσία και όχι στην απουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, περιλαμβάνοντας σε αυτά και παράγοντες εκτός της καθαυτό σωματικής υγείας: Η αναφορά όχι μόνο στη σωματική αλλά και στην ψυχική και κοινωνική ευεξία αποτελεί υπενθύμιση όλων των διαστάσεων που θεωρείται ότι συναποτελούν αυτό που χαρακτηρίζεται σήμερα ως «υγεία υψηλού επιπέδου» (Ιωαννίδη, Λοπατζίδης, & Μάντη, 1999).

Επιπλέον, ως ψυχική υγεία, με βάση την περιγραφή της ΠΟΥ και την αποδοχή του ορισμού από τους θεσμούς της Ε.Ε., νοείται «*μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του/της, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του/της*». (<http://eur-lex.europa.eu>)

Σήμερα οι ειδικοί στο χώρο της υγείας μιλούν για την ύπαρξη κρίσης γύρω από τα θέματα υγείας όσον αφορά τόσο την αντιμετώπιση των βασικών νόσων της εποχής μας

και τις υγειονομικές ανισότητες όσο και τον έλεγχο του διαρκώς ανερχόμενου κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κατάσταση αυτή έχει επιφέρει αναθεώρηση τόσο του τρόπου νοσηματοδότησης της ίδιας της υγείας όσο και της μορφής των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την έμφαση να εστιάζει στην κοινωνική και προληπτική ιατρική για την προαγωγή της συλλογικής υγείας. Η τελευταία δεν περιορίζεται στις ποικίλες μορφές περίθαλψης που σχετίζονται με ιατρικούς χώρους, αλλά στηρίζεται κυρίως στην προώθηση και εφαρμογή μέτρων πρόληψης, που περιλαμβάνονται στις δραστηριότητες του τομέα της δημόσιας υγείας. (Ιωαννίδη, Λοπατζίδης, & Μάντη, 1999). Όπως εξάλλου καθορίζεται από τα κράτη - μέλη της Ε.Ε., η δημόσια υγεία ως έννοια περιλαμβάνει τόσο την πρόληψη ασθενειών όσο και την προαγωγή υγείας, με αναφορά σε μεμονωμένα άτομα, σε κατηγορίες ηλικιών ή ιδιαίτερες κοινωνικές κατηγορίες αλλά και σε συγκεκριμένους ειδικούς κύκλους (σχολεία, τόπος εργασίας, κ.λπ.).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, όπως είναι πλέον γνωστό, οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θανάτου δεν οφείλονται σε μολυσματικές ασθένειες και λοιμώδη νοσήματα. Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκε μια συνεχής άνοδος των άλλων τύπων απειλών κατά της υγείας, όπως είναι ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις, τα ατυχήματα και οι αυτοκτονίες, που ευθύνονται σήμερα για τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. (Ιωαννίδη, Λοπατζίδης, & Μάντη, 1999), (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2002). Όπως επισήμανε άλλωστε η ΠΟΥ στην έκθεσή της του 2000 για την παγκόσμια υγεία, που λήφθηκε υπόψη από τα θεσμικά όργανα της Ε.Ε., οι πέντε κατηγορίες των σοβαρότερων ασθενειών, υπολογιζόμενες ως προς τα έτη ζωής και σε συνάρτηση με τις επιβαρύνσεις που επιφέρουν (DALYs), είναι οι νευροψυχικές διαταραχές, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθεις όγκοι, οι ακούσιοι τραυματισμοί και οι αναπνευστικές παθήσεις. Ειδικότερα δε για την υγεία στην Ευρώπη, η αντίστοιχη έκθεση του 2005 διέκρινε ως πιο σημαντικές αιτίες επιβάρυνσης από νόσους τις μη μεταδοτικές ασθένειες (77% του συνόλου), τα εξωτερικά αίτια τραυματισμών και δηλητηρίασης (14%) και τις μεταδοτικές ασθένειες (9%) Πιο συγκεκριμένα μάλιστα, το 34% των DALYs στην Ευρώπη αντιστοιχεί ουσιαστικά σε επτά κύριες παθήσεις: ισχαιμική καρδιοπάθεια, μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, εγκεφαλική αγγειακή νόσο, διαταραχές από τη χρήση οινόπνευματος, χρόνια πνευμονική νόσο, καρκίνο του πνεύμονα και τραυματισμούς από οδικά ατυχήματα. (<http://eur-lex.europa.eu>)

Ωστόσο οι μεταδοτικές ασθένειες και οι λοιμώδεις νόσοι, όπως είναι ο ιός HIV/AIDS, η γρίπη, η φυματίωση και η ελονοσία, αλλά και οι αντιμικροβιακοί παράγοντες, η αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά, το αίμα και οι ανθρώπινοι ιστοί, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος, οι διαταραχές αισθητηρίων οργάνων και οι παθήσεις σκελετού και μυών, απειλούν επίσης την υγεία όλων των λαών της Ευρώπης. (<http://eur-lex.europa.eu>)

Αντιμέτωπη με την απειλή αυτή των μολυσματικών ασθενειών, η Ε.Ε. όρισε ως ευθύνη της από κοινού με τις εθνικές αρχές υγείας τόσο την πρόληψη της μετάδοσης νεοεμφανιζόμενων παθογόνων παραγόντων ή της επανεμφάνισης άλλων όσο και την ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης. Ποικίλα είναι άλλωστε τα παραδείγματα (όπως η εμφάνιση του ιού HIV και του AIDS, η επανεμφάνιση της φυματίωσης, η εμφάνιση παραλλαγής της νόσου Creutzfeldt Jacob) που αποδεικνύουν την πολυμορφία των απειλών από τη δράση μικροοργανισμών (όπως τα βακτήρια και οι ιοί) αλλά και το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν τη διάδοση. Αν στόχος λοιπόν είναι η μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, το μέσο είναι οι παρεμβάσεις με αφετηρία την επιδημιολογική παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών και την εισαγωγή αυστηρών κριτηρίων ποιότητας και ασφάλειας για το χειρισμό ανθρωπογενών ουσιών στη δημόσια υγεία. (http://nurseface09.blogspot.gr/2009_04_01_archive.html)

Ακόμη στην αντιμετώπιση των απειλών που αντιμετωπίζει η υγεία από φυσικές, χημικές ή βιολογικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων αυτών που συνδέονται με τρομοκρατικές πράξεις καθώς και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η ιοντίζουσα και η μη ιοντίζουσα ακτινοβολία και ο θόρυβος, μπορούν να συμβάλουν η ανάπτυξη και η χρήση κοινοτικών προσεγγίσεων και μηχανισμών, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών εμβολιασμού και ανοσοποίησης. (<http://ec.europa.eu/health>)

1.1. Οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας – τα κοινοτικά προγράμματα δράσης.

Κοινοτικά προγράμματα και πολιτικές

Η υλοποίηση των στόχων της κοινοτικής πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας επιτυγχάνεται μέσω της κατάρτισης, της θέσπισης από τα θεσμικά κοινοτικά όργανα και της εφαρμογής, σε στενή συνεργασία με τα κράτη - μέλη, των κοινοτικών προγραμμάτων δράσης. Τα προγράμματα δράσης θέτουν τους στόχους και τους άξονες προτεραιότητας, υποδεικνύουν τα μέτρα, τις γενικές, όπως και τις ειδικές δράσεις και δραστηριότητες που πρέπει να αναπτυχθούν για την επίτευξη των στόχων, προσδιορίζουν τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν και καθορίζουν το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής και το χρηματοδοτικό πλαίσιο.

Η θέσπιση των κοινοτικών προγραμμάτων δράσης στηρίχτηκε σε προπαρασκευαστικές πράξεις, και συγκεκριμένα στις προτάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και στις γνωμοδοτήσεις των συμβουλευτικών οργάνων, που σημαίνει της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής και της Επιτροπής των Περιφερειών.

Με αφετηρία τη συνθήκη του Μάαστριχτ, ορίστηκε ένα πλαίσιο δράσης για τη δημόσια υγεία, εντός του οποίου εγκρίθηκαν και υλοποιήθηκαν οκτώ προγράμματα δράσης (σε διαφορετικές χρονικές περιόδους): Αυτά αφορούσαν την προαγωγή της υγείας, τον καρκίνο, το AIDS και ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες, την τοξικομανία, την επιτήρηση της υγείας, τις σχετικές με τη ρύπανση του περιβάλλοντος ασθένειες, την πρόληψη των τραυματισμών και τις σπάνιες ασθένειες. Ακολούθησε, βάση του νέου άρθρου 152 της αναθεωρημένης συνθήκης, έγκριση και εφαρμογή ενός ενιαίου κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), όπως και πρόταση απόφασης για θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης (2007-2013)

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι κάθε ένα από τα οκτώ προγράμματα που υλοποιήθηκαν μετά τη θέση σε ισχύ της συνθήκης του Μάαστριχτ είχε ανεξάρτητο μικρό προϋπολογισμό, τη δική του ανεξάρτητη στρατηγική και το δικό του χρονοδιάγραμμα,

καθώς και τη δική του επιτροπή με ιδιαίτερη διάρθρωση και πολύπλοκους κανόνες. Για την υλοποίηση του καθενός προγράμματος ξεχωριστά συγκροτήθηκε συμβουλευτική επιτροπή, αποτελούμενη από αντιπροσώπους των κρατών μελών, με σκοπό τη υποβοήθηση και υποστήριξη του έργου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η επιτροπή κλήθηκε να στηρίζει τα κράτη - μέλη στις προσπάθειές τους για την επίτευξη των στόχων κάθε προγράμματος, να συνεργάζεται με τις αντίστοιχες οργανώσεις και ιδρύματα, να προβαίνει στην αξιολόγηση των εκτελούμενων δράσεων κάθε προγράμματος και να υποβάλλει στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο και τα συμβουλευτικά θεσμικά όργανα ενδιαμέση και τελική έκθεση (Μούσης, 2002), (Χούκλη, 2008).

1.1.1. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας (1996 – 2000)

Στο πλαίσιο της στρατηγικής στον τομέα της δημόσιας υγείας που ανακοινώθηκε από την επιτροπή, έπρεπε να αναληφθούν οι αναγκαίες δράσεις. Με την Απόφαση αριθμ.645/96/EK, της 29^{ης} Μαρτίου 1996, του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προαγωγή, ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα υγείας (1996-2000), το οποίο κάλυπτε την περίοδο από 01/01/1996 έως 31/12/2000, ενώ παρατάθηκε έως την 31/12/2002.

Στόχος του κοινοτικού προγράμματος υπήρξε η εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, η βελτίωση της γενικής κατάστασης υγείας μέσω των εθνικών πολιτικών υγείας και της διεύρυνσης των γνώσεων απέναντι στους παράγοντες κινδύνου, όπως και η προώθηση της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης και συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα συνέβαλε στην ευαισθητοποίηση όσον αφορά τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, ενθάρρυνε την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την προαγωγή της υγείας, περιελάμβανε δε γενικές δράσεις και δραστηριότητες οι οποίες αποσκοπούσαν:

- στην προώθηση του στοιχείου «προαγωγή της υγείας» στο πλαίσιο των εθνικών πολιτικών υγείας και μέσω της υποστήριξης διάφορων ενεργειών συνεργασίας

(ολοκλήρωση δικτύων, κοινές δράσεις, ανταλλαγές πληροφοριών και εμπειριών, πρότυπα σχέδια, κ.λπ.),

- στην προώθηση ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης και συμπεριφοράς,
- στην προώθηση της γνώσης των παραγόντων κινδύνου αλλά και των ευνοϊκών για την υγεία παραγόντων,
- στην ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση σε θέματα διατροφής, φυσικής άσκησης, διανοητικής υγείας, σεξουαλικής συμπεριφοράς, χρήσης φαρμάκων και κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού και ναρκωτικών και
- στην αξιοποίηση διατομεακών - διεπιστημονικών προσεγγίσεων για την προαγωγή της υγείας, με συνεκτίμηση των ποικίλων κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που είναι αναγκαίες για την ατομική και συλλογική υγεία (ιδιαίτερα σε σχέση με τις μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες).

Οι ειδικές δράσεις που υιοθετήθηκαν περιελάμβαναν ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως ανάπτυξη διεθνικών δικτύων προαγωγής της υγείας, υποστήριξη των μειονεκτικών ομάδων, έμφαση στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων και εγκεφαλοαγγειακών νοσημάτων, υποστήριξη της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, ενθάρρυνση της σωστής διατροφής και φυσικής άσκησης, καταπολέμηση της κατάχρησης οινοπνεύματος, σύσταση κέντρων ενημέρωσης και τεκμηρίωσης, διενέργεια δημοσκοπήσεων (Ευρωβαρόμετρο), εκστρατείες ενημέρωσης για την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής, εφαρμογή της εξ' αποστάσεως διδασκαλίας και χρήση των τεχνολογιών πληροφόρησης, ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών, κατάρτιση επαγγελματιών στελεχών κ.α.

Η Επιτροπή κλήθηκε να μεριμνά για τη συνοχή και συμπληρωματικότητα των εφαρμοστέων δράσεων του προγράμματος αλλά και των συναφών κοινοτικών προγραμμάτων που εμπίπτουν στον τομέα της δημόσιας υγείας, στον τομέα της υγείας και ασφάλειας στην εργασία ή στους τομείς της έρευνας (Biomed 2) και της διαπαιδαγώγησης - επαγγελματικής κατάρτισης (προγράμματα Socrates και Leonardo da Vinci).

Το χρηματοδοτικό πλαίσιο για την εκτέλεση του προγράμματος ανήλθε σε 35 εκατομμύρια Ecu. (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11503.htm>), (<http://eur-lex.europa.eu>)

1.1.2. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων (1996-2000)

Με δεδομένη την απειλή των μεταδοτικών νόσων, η Κοινότητα φρόντισε στα μέσα της δεκαετίας του '90 να θέσει σε εφαρμογή μια διαδικασία οργανωμένης και ταχείας ανταλλαγής των επιδημιολογικών στοιχείων σε κοινοτικό επίπεδο αλλά και ένα μηχανισμό πληροφόρησης για τα μέτρα που λαμβάνονται σε εθνικό επίπεδο. (ΕΕ C 197, 27/07/1988), (ΕΕ C 329, 31/12/1990), (Μούσης, 2002). Κομβική υπήρξε η απόφαση 647/96/ΕΚ της 29^{ης} Μαρτίου 1996, με την οποία το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο θέσπισαν κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων, που κάλυπτε την περίοδο από 01/01/1996 έως 31/12/2000 και παρατάθηκε έως την 31/12/2002.

Στο ψήφισμά του άλλωστε της 2^{ης} Ιουνίου 1994, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο είχε κατατάξει το AIDS και τις άλλες μεταδοτικές ασθένειες ως προτεραιότητες της κοινοτικής δράσης. Στα συμπεράσματα δε της 13^{ης} Δεκεμβρίου 1993 για τη δημιουργία ενός κοινοτικού δικτύου επιδημιολογίας, έκρινε απαραίτητη τη βελτίωση των γνώσεων σε σχέση με τα αίτια και τις επιδημιολογικές συνθήκες και στη βάση αυτή κάλεσε την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να υποβάλει προτάσεις για τη δημιουργία ενός τέτοιου δικτύου.

Όσον αφορά λοιπόν τους άξονες του κοινοτικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη του AIDS και ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών, αυτοί αφορούσαν την ενημέρωση και κατάρτιση του πληθυσμού, την παρακολούθηση και έλεγχο των νόσων, την αρωγή στους προσβληθέντες και την καταπολέμηση των συναφών διακρίσεων. Με στόχους ακριβώς τον περιορισμό εξάπλωσης του AIDS και τη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από μεταδοτικές ασθένειες, το πρόγραμμα ενθάρρυνε τη συνεργασία μεταξύ των κρατών - μελών, προώθησε το συντονισμό των πολιτικών και των προγραμμάτων πρόληψης και υποστήριξε τις δράσεις των ΜΚΟ, περιλαμβανομένων των οργανώσεων για τους προσβληθέντες από τον ιό του AIDS. (<http://eur-lex.europa.eu>)

Το πρόγραμμα περιελάμβανε πολυάριθμες και ποικίλες γενικές και ειδικές δράσεις σχετικά με το AIDS και άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους. Γενικές δράσεις αποτελούσαν

- η παρακολούθηση και ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών,
- η καταπολέμηση της μετάδοσής τους,
- η ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και κατάρτιση των πολιτών και
- η αρωγή στους προσβληθέντες με παράλληλο αγώνα κατά των διακρίσεων.

Οι δε ειδικές δράσεις αφορούσαν το συντονισμό των συστημάτων παρακολούθησης αυτών των νόσων, την ανάπτυξη των εθνικών και περιφερειακών συστημάτων επαγρύπνησης, την αντιμετώπιση των προβλημάτων σχετικά με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, δράσεις πρόληψης μέσω εμβολιασμών κατά ορισμένων μεταδοτικών νόσων, έμφαση στην αποτελεσματική ενημέρωση προς το ευρύ κοινό και τις ομάδες στόχους μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης, την εξασφάλιση καλύτερης κατάρτισης των επαγγελματιών στελεχών, την ίδρυση και την οργάνωση δικτύων και την ανταλλαγή εμπειριών, την προώθηση της ανταλλαγής υγειονομικού προσωπικού, την ενημέρωση και αγωγή των μεταναστών, την προώθηση προτύπων σχεδίων και δράσεων όσον αφορά τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες του HIV/AIDS, την πρόληψη ή/και καταπολέμηση των διακρίσεων κ.α.

Η επιτροπή κλήθηκε και πάλι να μεριμνά για τη συνοχή και τη συμπληρωματικότητα μεταξύ των δράσεων του προγράμματος και των άλλων συναφών κοινοτικών προγραμμάτων, όπως το ερευνητικό πρόγραμμα βιοϊατρικής και υγείας, κυρίως όσον αφορά την ανάπτυξη εμβολίων και άλλων μορφών θεραπείας, και το κοινοτικό πρόγραμμα για την έρευνα Biomed, όσον αφορά τις δράσεις για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV και ορισμένων άλλων μεταδοτικών ασθενειών. Στο πλαίσιο της χρηματοδότησης διατέθηκαν 49,6 εκατομμύρια Ecu. (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11533.htm>)

1.1.3. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τον καρκίνο (1996-2000)

Με την απόφαση αριθ. 649/96/EK, της 29^{ης} Μαρτίου 1996, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (EE L 95, 16/04/1996, σ.9) θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τον καρκίνο (1996-2000), με τίτλο «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», η διάρκεια εφαρμογής του οποίου ήταν από 01/01/1996 έως 31/12/2000.

Προσανατολισμένο στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, το πρόγραμμα περιλάμβανε 22 δράσεις και μέτρα που στόχευαν στην πρόληψη των πρόωρων θανάτων από καρκίνο, στη μείωση της οφειλόμενης σε αυτόν θνησιμότητας και νοσηρότητας, στην προαγωγή της ποιότητας ζωής με βελτίωση της γενικής υγείας και στην προώθηση της γενικής ευεξίας του πληθυσμού με άμβλυνση των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών του καρκίνου. Στην κατεύθυνση αυτή προωθήθηκαν τα εξής: συλλογή στοιχείων και έρευνα, ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας, έγκαιρη ανίχνευση και διαγνωστικές εξετάσεις, κατάρτιση, έλεγχος και διασφάλιση ποιότητας. Οι γενικές δράσεις που είχαν αναληφθεί στο πλαίσιο του προγράμματος επικεντρώθηκαν

- στην κοινή στοχοθέτηση,
- στην τυποποίηση και συλλογή συγκρίσιμων και συμβατών δεδομένων και στην ανάπτυξη ενός ευρωπαϊκού δικτύου μητρώων καρκίνου,
- σε προγράμματα ανταλλαγής - διάδοσης εμπειριών, αποτελεσματικών πρακτικών αλλά και επαγγελματικών στελεχών,
- στην ίδρυση πληροφοριακών δικτύων,
- στη διεξαγωγή και διάδοση των αποτελεσμάτων μελετών ευρωπαϊκής κλίμακας (κυρίως επιδημιολογικών μελετών με αντικείμενο την πρόληψη και την εφαρμογή προτύπων προγραμμάτων και σχεδίων),
- στην καθιέρωση εκθέσεων ελέγχου των λαμβανομένων μέτρων,
- στην έγκαιρη και συστηματική διάγνωση και ανίχνευση συμπτωμάτων και
- στην ανταλλαγή εμπειριών ως προς τον έλεγχο ποιότητας της έγκαιρης διάγνωσης και της πρόληψης ανάπτυξης της ασθένειας, περιλαμβανομένων των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, της ερευνητικής συμβολής και της μεταφοράς των αποτελεσμάτων αυτής στις κλινικές δοκιμές.

Εξειδικεύοντας τις γενικές αυτές κατευθύνσεις, οι ποικίλες ειδικές δραστηριότητες του προγράμματος αναφέρονταν στην εκπόνηση ευρωπαϊκής κλίμακας επιδημιολογικών μελετών, στην κατάρτιση μητρώων καρκίνου, σε μελέτες προσδιορισμού των καρκινογόνων ουσιών, σε καθορισμό των προτεραιοτήτων της αντικαρκινικής έρευνας, σε ετήσια διοργάνωση εβδομάδας «η Ευρώπη κατά του καρκίνου» κ.ά..

Όσον αφορά το ρόλο της Επιτροπής, σε αυτή ανατέθηκε η μέριμνα για τη συνοχή και συμπληρωματικότητα μεταξύ των δράσεων του προγράμματος και συναφών κοινοτικών προγραμμάτων, όπως το ερευνητικό πρόγραμμα βιοϊατρικής και υγείας (Biomed). Όσον αφορά δε τη χρηματοδότηση, αποφασίστηκε να διατεθούν 64 εκατομμύρια Ecu. (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11505.htm>), (<http://eur-lex.europa.eu>)

1.1.4. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας (1996-2000)

Με την απόφαση αριθ. 102/97/EΚ, της 16^{ης} Δεκεμβρίου 1996, του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου, θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας, που κάλυπτε την περίοδο 01/01/1996 έως 31/12/2000. Αυτό υπήρξε ουσιώδες μέρος ανακοίνωσης της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στο Συμβούλιο για ένα σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης εναντίον των ναρκωτικών (1995-1999). Σε αυτή την ανακοίνωση υπογραμμιζόταν ότι ο καλύτερος τρόπος ανάπτυξης σχετικών δράσεων ήταν ακριβώς η προώθηση ενός προληπτικού προγράμματος εναντίον της τοξικομανίας.

Το πρόγραμμα για την πρόληψη της τοξικομανίας αποσκοπούσε στην καταπολέμηση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, κυρίως μέσω της ενθάρρυνσης της συνεργασίας μεταξύ των κρατών - μελών και της υποστήριξης της δράσης τους, αλλά και της προώθησης του συντονισμού των προγραμμάτων τους για την πρόληψη των εξαρτήσεων που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών, ψυχοτρόπων ουσιών και στη συνδυασμένη χρήση άλλων προϊόντων ικανοποίησης της τοξικομανίας. Ως στοχεύσεις του προγράμματος ορίστηκαν:

- η γνωστική πρόοδος για το φαινόμενο και τις συνέπειες των ναρκωτικών και της τοξικομανίας και
- η βελτιωμένη πληροφόρηση, ενημέρωση και κατάρτιση του κοινού ως προς την πρόληψη και τους παράγοντες κινδύνου της τοξικομανίας.

Όσον αφορά το ρόλο της Επιτροπής, σε αυτή ανατέθηκε η μέριμνα για τη διεκπεραίωση του προγράμματος, για την προαγωγή της διεπιστημονικής συνεργασίας και της συνεργασίας του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα και με τις ΜΚΟ, αλλά και για

τη συνοχή και συμπληρωματικότητα των δράσεων του προγράμματος και των συναφών κοινοτικών προγραμμάτων. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, το πρόγραμμα ορίστηκε να χρηματοδοτηθεί με 27 εκατ. Ecu. (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11525.htm>), (<http://eur-lex.europa.eu>)

1.1.5. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την παρακολούθηση και επιτήρηση της υγείας (1997-2001)

Με την απόφαση αριθ.1400/97/EK της 30^{ης} Ιουνίου 1997, του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την παρακολούθηση και επιτήρηση της υγείας (1997-2001), που κάλυπτε την περίοδο από 01/01/1997 έως 31/12/2001.

Το κοινοτικό σύστημα παρακολούθησης της υγείας, στο οποίο θα συνέβαλλε το εν λόγω πρόγραμμα, προβλεπόταν να προωθεί:

1. τη διεξαγωγή μετρήσεων για την κατάσταση, τις τάσεις και τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας στα όρια της Κοινότητας,
2. τον ευκολότερο προγραμματισμό και αξιολόγηση των κοινοτικών προγραμμάτων,
3. τη διοχέτευση στα κράτη - μέλη των υγειονομικών πληροφοριών που θα επιτρέπουν συγκρίσεις και στήριξη των εθνικών πολιτικών τους και
4. τη συνεργασία των κρατών - μελών και την υποστήριξη της δράσης τους μέσω συντονισμού των σχετικών προγραμμάτων τους.

Οι γενικές δράσεις του προγράμματος αφορούσαν:

- τον καθορισμό συγκρίσιμων δεδομένων και δεικτών υγείας σε κοινοτικό επίπεδο,
- τη διαμόρφωση αποτελεσματικού δικτύου διανομής των δεδομένων και των δεικτών υγείας σε κοινοτικό επίπεδο και
- αναλύσεις - εκθέσεις για την κατάσταση, τις τάσεις, τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και την επίδραση των πολιτικών στην υγεία.

Οι ειδικές πάλι δράσεις του προγράμματος αφορούσαν την ανάλυση των υπαρχόντων δεδομένων και δεικτών υγείας, την εκπόνηση σχετικών λεξικών, τη

διεξαγωγή ερευνών ή υποδειγμάτων ερωτηματολογίων, τη δημιουργία μόνιμου μηχανισμού παρακολούθησης και αξιολόγησης των δεδομένων και δεικτών υγείας κ.ά.

Όσον αφορά την Επιτροπή, αυτή κλήθηκε από την πλευρά της να μεριμνά για τη συνοχή και συμπληρωματικότητα των δράσεων του προγράμματος και των συναφών κοινοτικών προγραμμάτων (όσων δηλαδή εμπίπτουν στον τομέα της δημόσιας υγείας αλλά και όσων εμπίπτουν στον τομέα της στατιστικής πληροφόρησης, στον τομέα της τηλεματικής ανταλλαγής διοικητικών στοιχείων και σε εκείνους της έρευνας, της τεχνολογικής ανάπτυξης και των τηλεματικών γενικά εφαρμογών). Το πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε με 13,8 εκατ. Ecu. (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11702.htm>), (<http://eur-lex.europa.eu>)

1.1.6. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προστασία από τραυματισμούς (1999-2003)

Με την απόφαση αριθ.372/99/EK, της 8^{ης} Φεβρουαρίου 1999, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την προστασία και την πρόληψη από τραυματισμούς (1999-2003), που κάλυπτε την περίοδο από 01/01/1999 έως 31/12/2003. Υπογραμμίστηκε πως ο μεγάλος αριθμός τραυματισμών που προκαλούνται κάθε χρόνο στις χώρες της Κοινότητας έχει σημαντικότερες συνέπειες όχι μόνο σε ατομικό – προσωπικό (για τους τραυματίες) αλλά και σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Η πρόληψη και η αριθμητική τους μείωση αναδείχθηκαν λοιπόν σε προτεραιότητα των κοινοτικών δράσεων στο πεδίο της δημόσιας υγείας.

Το πρόγραμμα «πρόληψη από τους τραυματισμούς» στόχευε στο να συμβάλλει στην άσκηση δράσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι οποίες αποσκοπούσαν στον περιορισμό της συχνότητας των περιστατικών τραυματισμού, ειδικά εκείνων που προκαλούνται από οικιακά ατυχήματα ή από ατυχήματα κατά τις δραστηριότητες αναψυχής, με την προώθηση των ακόλουθων γενικών δράσεων:

- Της επιδημιολογικής παρακολούθησης των τραυματισμών
- Των ανταλλαγών πληροφοριών

- Της βελτίωσης των γνώσεων και της κατανόησης της πρόληψης των τραυματισμών.

Οι κύριοι στόχοι της συλλογής δεδομένων και της πραγματοποίησης επιδημιολογικών ερευνών υλοποιήθηκαν μέσω διαφόρων και ποικίλων ειδικών δράσεων: προώθηση της δημιουργίας μιας βάσης δεδομένων στην οποία θα καταχωρούνται τα αποτελέσματα των ερευνών, ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων ή καινοτόμων μεθόδων, ανάλυση των παραγόντων κινδύνου και των στρατηγικών πρόληψης, ανάπτυξη κοινών βασικών δεικτών για την πρόληψη των τραυματισμών κ.α.

Η Επιτροπή κλήθηκε να μεριμνά για τη συνοχή και τη συμπληρωματικότητα μεταξύ της ειδικής δράσης που θα εφαρμόζεται στο πλαίσιο του προγράμματος και των δραστηριοτήτων εκείνων που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο άλλων κοινοτικών προγραμμάτων, ιδίως στον τομέα των εργατικών ατυχημάτων, της οδικής ασφάλειας, της ασφάλειας των προϊόντων και της πολιτικής άμυνας.

Το χρηματοδοτικό πλαίσιο για την εκτέλεση του προγράμματος καθορίστηκε σε 14 εκατομμύρια Ευρώ. (<http://eur-lex.europa.eu>), (<http://ec.europa.eu/health>)

1.1.7. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τις σπάνιες νόσους (1999-2003)

Με την απόφαση αριθ. 1295/99/EK, θεσπίστηκε το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τις σπάνιες νόσους και τις ασθένειες γενετικής φύσεως (1999-2003) που κάλυπτε την περίοδο από 01/01/1999 έως 31/12/2003.

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Ένωση Σπανίων Παθήσεων, από τα στοιχεία που έχει συλλέξει, παραθέτω παρακάτω μία λίστα με τις σπάνιες ασθένειες:

Νευρολογικές

- Νόσος Charcot - Marie - Tooth
- Παραλυτική Σκολίωση
- Αμυατροφική Πλάγια Σκλήρυνση
- Νόσος Κινητικού Νευρώνα
- Συγγενής Μυοτονία
- Σύμπλεγμα Οζώδους Σκληρύνσεως
- Νόσος του Huntington

- Κύστες Tarlov
- Kleine Levin
- Σύνδρομο Αισθητική Πολυνευροπάθεια
- Μυϊκή Δυστροφία τύπου Baker
- Milliossi Μυοπάθεια
- Ιδιοπαθής Ενδοκρανιακή Υπέρταση
- Lowe Σύνδρομο
- Friedreich/s Αταξία
- Mobius Σύνδρομο
- Τελαγγειεκτατική Αταξία
- Guillain - Barre Σύνδρομο
- Νεανικό Alzheimer
- Stiff Person Σύνδρομο
- Ινομυαλγία
- Tourette Σύνδρομο
- Cornelia De Langue Νόσος
- Μυασθένεια Gravis
- Costello Σύνδρομο
- Weber Σύνδρομο
- Lambert - Eaton Σύνδρομο
- Rett/s Σύνδρομο
- Dravet/s Σύνδρομο
- Κληρονομική Νευροπάθεια του Leber
- C.I.D.P.
- Arnold - Chiari Δυσπλασία
- Kearns - Sayre Σύνδρομο
- Ιδιοπαθής Ανοχή στον Πόνο
- Duchene Μυϊκή Δυστροφία
- Miller Fisher Σύνδρομο
- Νευροινωμάτωση τύπου I και II
- Πολυμικρογυρία
- M.E.R.R.F. Σύνδρομο

- Okamoto Σύνδρομο
- Steele - Richardson - Olszewski
- Strumpell - Lorain Νόσος
- Werdnig - Hoffman Νόσος

Ανοσολογικές

- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
- Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
- Κληρονομικό Αγγειοίδημα
- Αμυλοείδωση
- Takayasu Αρτηρίτιδα
- Οικογενής Μεσογειακός Πυρετός
- Σαρκοείδωση
- Πολυμυοσίτιδα
- P.F.A.P.A. Σύνδρομο
- Wegener/s Αγγειίτιδα
- Συγγενής Ουδετεροπενία
- Adamantiades - Behcet Νόσος
- Δερματομυοσίτιδα
- Goodpasture Σύνδρομο
- Sjogren/s Σύνδρομο
- Σκληρόδερμα
- Μαστοκύττωση
- Reynolds/ Σύνδρομο
- Αντιδραστική Αρθρίτιδα
- Ollier Νόσος
- Churg - Strauss Σύνδρομο
- Ψωριασική Αρθρίτιδα
- Lennox - Gastaut Σύνδρομο
- Νεανική Ιδιοπαθής Ρευ. Αρθρίτιδα
- Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο
- Ενδιάμεση Κυστίτις

- Castleman Νόσος
- Αγκυλοποιητική Σπονδυλοαρθρίτις
- Πολυαρθρίτιδα
- Χρόνια Κοκκιοματική Νόσος
- Devis/s Νόσος

Γαστρεντερικές

- Πρωτοπαθής Σκληρυντική Χολαγγειίτιδα
- Νόσος του Crohn
- Μονοκλωνική Γαστρίτιδα
- Wilson/s Νόσος
- Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα
- Whipple Νόσος
- Peutz - Jeghers Σύνδρομο

Μεταβολικές

- Οικογενής Υπερχοληστερολαιμία
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου I
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου II
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου III
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου IV
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου V
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου VI
- Βλενοπολυσακχαρίδωση Τύπου VII
- Φαινυλκετονουρία
- Αλκαπτονουρία
- Αδρενολευκοδυστροφία
- Maple Syrup Urine Νόσος
- Alagille Σύνδρομο
- Fanconi Σύνδρομο
- Niemann - Pick Νόσος Τύπου A

- Niemann - Pick Νόσος Τύπου Β
- Niemann - Pick Νόσος Τύπου Γ
- Κυστική Ίνωση
- Νόσος του Fabry
- Gaucher Νόσος Τύπου Ι
- Gaucher Νόσος Τύπου ΙΙ
- Gaucher Νόσος Τύπου ΙΙΙ
- Pompe Νόσος
- Gitelman Σύνδρομο
- Bartter Σύνδρομο
- Γλουταρική Οξυουρία

Σκελετικές

- Αχονδροπλασία
- Paget/s Σύνδρομο
- Ατελής Οστεογένεση
- Σύνδρομο Πρωτέα
- Οστεοπέτρωση
- Νόσος του Gorham
- Κληρονομικές Πολλαπλές Εξοστώσεις
- Jarcho - Levin Σύνδρομο

Αναπνευστικές

- Πνευμονική Υπέρταση
- Kartagener Σύνδρομο
- Λεμφαγγειομάτωση

Αιματολογικές

- Ιστικοκύτωση
- Ιδιοπαθής Θρομβοκυτταρική Πορφύρα
- Ιδιοπαθής Θρομβοκυτταροπενία

- Οξείδα Διαλλείπουσα Πορφυρία
- Πορφυρία
- Δρεπανοκυτταρική Αναιμία
- Αιμορροφιλία
- Παροξυσμική Νυκτερινή Αιμοσφαιρινουρία

Ενδοκρινικές

- Νόσος του Addison
- Σύνδρομο Turner
- Σύνδρομο Angelman
- Νανισμός
- Cori Νόσος
- Graves/ Νόσος
- Cushing Σύνδρομο
- Έλλειψη Αυξητικής Ορμόνης
- Klinefelter Σύνδρομο
- Prader Willi Σύνδρομο
- Τριμεθυλαμινουρία
- Hallermann - Streiff Σύνδρομο
- Noonan Σύνδρομο
- Pearson Σύνδρομο

Οφθαλμολογικές

- Κερατόκονος
- Ανιρίδια

Δερματολογικές

- Σύνδρομο Netherton
- Πέμφυγα
- Επίκτητη Επιδερμόλυση
- Πομφολυγώδης Επιδερμόλυση
- Αλφισμός

- Ιχθύωση
- Γυροειδής Αλωπεκία
- Vogt Koyanagi –Harada Σύνδρομο
- Σκλήρυνση Δειχήνας

Νεοπλασματικές

- Οικογενής Πολυποδίαση
- Καρκίνος Επινεφριδίων
- Von Hippel Lindau Σύνδρομο
- Hodgkin/s Λέμφωμα
- Sezary Σύνδρομο
- Κρανιοφαρυγγίωμα
- Πολλαπλό Μυέλωμα

Καρδιαγγειακές

- Marfan Σύνδρομο
- Williams Σύνδρομο
- Συγγενής Καρδιοπάθεια
- Σύνδρομο Jacobsen
- Σύνδρομο Βραχέως QT (www.pepsa.gr)

Όσον αφορά τις σπάνιες ασθένειες, παρουσιάστηκε η ακόλουθη ουσιώδης ενημέρωση:

- Ως σπάνιες νόσοι, περιλαμβανομένων και όσων είναι γενετικής φύσης, νοούνται όσες ασθένειες απειλούν τη ζωή ή οδηγούν σε χρόνια αναπηρία και με το χαμηλό επιπολασμό τους καθιστούν αναγκαίες ειδικές - συνδυασμένες προσπάθειες για την αποφυγή υψηλής περιγεννητικής ή πρόωρης νοσηρότητας ή θνησιμότητας ή πτώσης της ποιότητας ζωής ή των κοινωνικοοικονομικών προοπτικών του ατόμου.
- Χαμηλός επιπολασμός θεωρείται ο χαμηλότερος των 5 ανά 10.000, ο γενικά δηλαδή αναγνωρισμένος σε κοινοτικό επίπεδο.

- Η σπανιότητα των νόσων χαμηλού επιπολασμού και η έλλειψη σχετικής ενημέρωσης - πληροφόρησης μπορούν να στερήσουν από τους πάσχοντες την απολαβή των αναγκαίων υγειονομικών μέσων και υπηρεσιών.
- Ο αριθμός των πασχόντων από σπάνιες νόσους είναι συγκριτικά χαμηλός, αλλά οι συγκεκριμένες ασθένειες χαρακτηρίζονται από αρκετά υψηλό επιπολασμό, πλήττοντας σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού.
- Ο χαμηλός ατομικός επιπολασμός των σπάνιων νόσων δημιουργεί την εντύπωση περιορισμένων επιπτώσεων και στο κοινωνικό σύνολο, έτσι όμως αγνοούνται τα σοβαρά προβλήματα που αυτές συνεπάγονται για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
- Ένα πρόγραμμα δράσης για τις σπάνιες νόσους οφείλει να εντάσσεται σε μια σφαιρική και συνεκτική πολιτική, στην οποία να εντάσσονται επίσης πρωτοβουλίες για τα ορφανά φάρμακα και την ιατρική έρευνα.

Ως στόχος του προγράμματος ορίστηκε η συντονισμένη με άλλα μέτρα συμβολή στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας από τις σπάνιες νόσους, με βελτίωση των σχετικών γνώσεων (κυρίως με την προώθηση ενός ευρωπαϊκού δικτύου συνεκτικής και συμπληρωματικής πληροφόρησης για αυτές και τη διευκόλυνση πρόσβασης στις σχετικές πληροφορίες για τους επαγγελματίες της υγείας, τους ερευνητές και όσους πλήττονται άμεσα ή έμμεσα από τις σπάνιες νόσους), με ενδυνάμωση της διακρατικής συνεργασίας των εθελοντικών οργανώσεων και επαγγελματικών οργανισμών αρωγής, με αρμόζουσα διαχείριση των εξάρσεων κρουσμάτων και με ενθάρρυνση της παρακολούθησης των σπάνιων νόσων.

Στη βάση αυτή προσδιορίστηκαν ως προτεραιότητες και γενικές δράσεις του προγράμματος:

- η διεκπεραίωση εργασιών σε σχέση με τις σπάνιες (και γενετικές) νόσους,
- η ενημέρωση και η γνωστική πρόοδος σχετικά με αυτές,
- η προώθηση της σχετικής πληροφόρησης των πολιτών,
- η αντιμετώπιση των κρουσμάτων σπάνιων νόσων στον πληθυσμό και
- η ενίσχυση των οργανώσεων των ίδιων των ασθενών.

Οι προτεραιότητες αυτές ορίστηκε να προωθηθούν με μια σειρά ειδικές δράσεις, που περιλάμβαναν ενίσχυση της ανταλλαγής γνώσης και πληροφορίας, εναρμόνιση

δημόσιων συστημάτων πληροφοριών και εμπειρογνομώνων, κύκλους μαθημάτων επιμόρφωσης και υπενθύμισης για επαγγελματίες κ.ά..

Όσον αφορά την Επιτροπή, αυτή επιφορτίστηκε με τη μέριμνα για τη συνοχή και συμπληρωματικότητα των κοινοτικών δράσεων εντός του προγράμματος και των δράσεων εντός άλλων κοινοτικών προγραμμάτων, ιδιαίτερα στους τομείς της δημόσιας υγείας, των ορφανών φαρμάκων και της ιατρικής έρευνας. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση εκτέλεσης του προγράμματος, αυτή αποφασίστηκε να ανέλθει σε 6,5 εκατομμύρια Ευρώ. (<http://eur-lex.europa.eu>), (<http://ec.europa.eu/health>)

1.1.8. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για τις ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση(1999-2001)

Το εν λόγω πρόγραμμα, που αφορούσε την περίοδο από 01/01/1999 έως 31/12/2001, έλαβε θεσμική έκφραση με την απόφαση 1296/99/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (της 29^{ης} Απριλίου 1999).

Γενικός στόχος του προγράμματος ήταν να συμβάλει στην εξέλιξη και ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών στον τομέα υγεία και περιβάλλον. Προτεραιότητα δόθηκε στη βελτίωση της γνώσης και της κατανόησης των κινδύνων για την υγεία που συνεπάγονται οι εν λόγω ασθένειες μέσω των γενικών δράσεων:

- Βελτίωσης της ενημέρωσης και πληροφόρησης για τις ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση
- Συμβολής στην καλύτερη κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι βλαβερές ουσίες στην πρόκληση και επιδείνωση των ασθενών στην Κοινότητα
- Προόδου της γνώσης και κατανόησης ως προς την εκτίμηση και διαχείριση των συγκεκριμένων νόσων και την αποτελεσματικότητα των δράσεων πρόληψής τους και
- Προόδου της γνώσης και κατανόησης ως προς την εκτίμηση και διαχείριση των κινδύνων που συνεπάγεται η ρύπανση για την υγεία.

Για την υλοποίηση του προγράμματος ορίστηκαν ποικίλες ειδικές δράσεις, όπως: έμφαση στον εντοπισμό των ασθενειών στις οποίες πιστεύεται ότι ενέχονται συγκεκριμένοι ρύποι, ανάπτυξη συστημάτων πληροφόρησης και δικτύων, ανταλλαγή πληροφοριών για τις μεθόδους βελτίωσης του επιπέδου γνώσεων του ευρύτερου κοινού,

προώθηση της γνώσης όσον αφορά τις συμπεριφορές, τους τρόπους ζωής και τις διατροφικές συνήθειες, κ.α.

Όσον αφορά την Επιτροπή, αυτή επιφορτίστηκε με τη μέριμνα για τη συνοχή και συμπληρωματικότητα των δράσεων εντός του προγράμματος και των δράσεων εντός συναφών κοινοτικών προγραμμάτων, ιδιαίτερα εκείνου για την παρακολούθηση της υγείας (1997-2001) και εκείνων που εμπίπτουν στους τομείς του περιβάλλοντος και της έρευνας.

Όσον αφορά τη χρηματοδοτική κάλυψη, το πρόγραμμα αποφασίστηκε να χρηματοδοτηθεί με 3,9 εκατομμύρια Ευρώ. (<http://eur-lex.europa.eu>),(<http://ec.europa.eu/health>), (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11557b.htm>)

1.1.9. Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)

Με την απόφαση αριθ. 1786/2002.EK του Ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου, της 23^{ης} Σεπτεμβρίου 2002, με την οποία θεσπίστηκε το πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008) Το νέο πρόγραμμα αποτέλεσε βασικό στοιχείο της ανανεωμένης στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για θέματα υγείας.

Ως στόχος του νέου προγράμματος δημόσιας υγείας (συμπληρωματικού των αντίστοιχων εθνικών πολιτικών) ορίστηκε ένα υψηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας και ευεξίας αλλά και η πρόοδος της ισότητας σε θέματα υγείας σε ολόκληρη την Κοινότητα. Μέσω της δράσης για βελτίωση της δημόσιας υγείας, πρόληψη των ασθενειών - διαταραχών και εξάλειψη των πηγών κινδύνου, τέθηκε ως σκοπός η καταπολέμηση της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας, με ιδιαίτερη αναφορά στο φύλο και στην ηλικία.

Παρατηρείται λοιπόν μια επέκταση και εμβάθυνση των στόχων σχετικά με τα προηγούμενα προγράμματα, καθώς δίνεται πλέον ξεχωριστή έμφαση στην ψυχική υγεία και σε ζητήματα ισότητας στην υγεία.

Η διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ορίστηκε από 01/01/2003 έως και 31/12/2008. Συνολικός σκοπός του είναι η προστασία της ανθρώπινης υγείας και η βελτίωση της δημόσιας υγείας, ενώ ως γενικοί άξονες προσδιορίστηκαν:

- η πρόοδος της γνώσης και πληροφόρησης για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και των συστημάτων της,
- η προώθηση ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης στις σχετικές απειλές και
- η πρόληψη των νόσων και η προαγωγή της υγείας με αντιμετώπιση των καθοριστικών σχετικών παραγόντων σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες.

Το περίγραμμα των γενικών δράσεων του προγράμματος αφορούσε:

- δράσεις σχετικές με τα συστήματα παρακολούθησης και ταχείας αντίδρασης,
- δράσεις σχετικές με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας,
- σχετικές νομοθετικές δράσεις,
- δράσεις σχετικές με τη διαβούλευση, τη γνώση και την πληροφόρηση,
- προώθηση πανευρωπαϊκού συντονισμού των μη κυβερνητικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται βάσει του προγράμματος.

Επιπλέον, προσδιορίστηκαν ειδικές δράσεις, μερικές εκ των οποίων χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη πρωτοπορία: ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης της υγείας το οποίο θα θέτει συγκρίσιμους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες και θα διαδίδει συγκρίσιμες πληροφορίες για την υγεία ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, ανάπτυξη κοινής δράσης με τα σχέδια που καταρτίζονται στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας e-Europe για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας πληροφοριών σχετικά με θέματα υγείας στο ευρύ κοινό μέσω του διαδικτύου, κ.α.

Το χρηματοδοτικό πλαίσιο ορίστηκε σε 312 εκατομμύρια Ευρώ. (<http://eur-lex.europa.eu>),(<http://ec.europa.eu/health>), (<http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11503b.htm>)

1.1.10. Δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013)

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στα αποτελέσματα του προηγούμενου και το αντικαθιστά στην κατεύθυνση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας και υγειονομικής ασφάλειας των Ευρωπαίων πολιτών (με προαγωγή της υγείας και πρόοδο στην παραγωγή και διάδοση των σχετικών γνώσεων και πληροφοριών).

Πράξη

Απόφαση [1350/2007](#) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Οκτωβρίου 2007, για τη θέσπιση δεύτερου κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013)

Σύνοψη

Το [κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας](#) (2003-2008), το πρώτο ολοκληρωμένο πρόγραμμα στον τομέα αυτό, συνέβαλε σε ουσιαστικές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας.

Καθήκον όμως της ΕΕ είναι να προβεί σε συμπληρωματικές δράσεις για τη βελτίωση της υγείας και της υγειονομικής ασφάλειας του πληθυσμού, γι' αυτό και με τη συγκεκριμένη απόφαση εισάγεται ένα δεύτερο κοινοτικό πρόγραμμα σχετικής δράσης για την περίοδο 1/1/2008 - 31/12/2013. Αυτό αξιοποιεί τις επιτυχίες του προηγούμενου, το αντικαθιστά συμπληρώνοντάς το και παράλληλα υποστηρίζει τις αντίστοιχες εθνικές πολιτικές.

Γενικούς στόχους του δεύτερου αυτού προγράμματος αποτελούν:

- η βελτίωση της υγειονομικής ασφάλειας του πληθυσμού,
- η προαγωγή της υγείας και η μείωση των σχετικών ανισοτήτων και
- η παραγωγή και διάδοση της σχετικής γνώσης και πληροφορίας.

Στην κατεύθυνση αυτών των γενικών στόχων περιγράφονται (στο παράρτημα της απόφασης) ποικίλες δράσεις για την πρόληψη των σοβαρότερων ασθενειών και τη μείωση των επιπτώσεών τους.

Χρηματοδότηση

Στο πρόγραμμα χορηγείται οικονομικό κονδύλιο 321.500.000 ευρώ για την περίοδο 2008-2013.

Εφαρμογή του προγράμματος

Η Επιτροπή εξασφαλίζει την εφαρμογή του προγράμματος σε στενή συνεργασία με τα κράτη - μέλη.

Τόσο η Επιτροπή όσο και τα κράτη - μέλη προάγουν στα όρια των αρμοδιοτήτων τους την αποτελεσματική εφαρμογή του προγράμματος και ορίζουν τους μηχανισμούς επίτευξης των στόχων. Εξασφαλίζουν επίσης τη συγκρισιμότητα στοιχείων και συστημάτων ανταλλαγής σχετικών πληροφοριών, συνεργάζονται με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων και με άλλους αρμόδιους φορείς της Κοινότητας και εγγυώνται την προστασία του απορρήτου και την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων κατά την εφαρμογή του προγράμματος.

Επίσης, παράλληλα με την εισαγωγή του ίδιου του προγράμματος, εκπονήθηκε ετήσιο πρόγραμμα εργασίας για την εφαρμογή του, όπου προσδιορίζονται κυρίως οι προτεραιότητες και οι δράσεις που οφείλουν να αναληφθούν.

Στρατηγικές και από κοινού ενέργειες

Δεδομένου ότι η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας ευνοείται από ενσωμάτωση της υγείας σε συναφείς κοινοτικές πολιτικές, προβλέπονται δυνητικά δράσεις από κοινού με άλλα κοινοτικά προγράμματα και ενέργειες.

Συμμετοχή τρίτων χωρών

Στο πρόγραμμα μπορούν να συμμετάσχουν:

- οι χώρες ΕΖΕΣ/ΕΟΧ (Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών/Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος), στη βάση όσων προβλέπει η Συμφωνία ΕΟΧ·
- τρίτες χώρες στις οποίες ασκείται η ευρωπαϊκή πολιτική γειτονίας, χώρες που έχουν υποβάλει αίτηση ένταξης, οι υποψήφιοι ή υπό διαπραγμάτευση για ένταξη χώρες, οι χώρες των δυτικών Βαλκανίων που περιλαμβάνονται στη διαδικασία σταθεροποίησης και σύνδεσης (στη βάση όσων προβλέπουν οι διάφορες διμερείς ή πολυμερείς συμφωνίες).

Διεθνής συνεργασία

Εκτός της συμμετοχής, ενθαρρύνεται η συνεργασία με μη συμμετέχουσες τρίτες χώρες και με τους αρμόδιους για τη δημόσια υγεία διεθνείς οργανισμούς, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ).

Επιτροπολογία

Οι δράσεις της Επιτροπής για την εφαρμογή του προγράμματος επικουρούνται από βοηθητική επιτροπή.

Αξιολόγηση

Με τελική προθεσμία την 31/12/2010 προβλέπεται η υποβολή από την Επιτροπή μιας εξωτερικής και ανεξάρτητης αξιολογικής έκθεσης με αντικείμενο τις ποιοτικές - ποσοτικές πτυχές της εφαρμογής του προγράμματος, τη συνοχή και συμπληρωματικότητά του με άλλα κοινοτικά προγράμματα και δράσεις και τα αποτελέσματα εν γένει των ληφθέντων μέτρων. Για λογαριασμό της Επιτροπής προβλέπεται επίσης ανακοίνωση σχετικά με τη συνέχιση του προγράμματος (με τελική προθεσμία την 31/12/2011), όπως και η υποβολή εξωτερικής και εκ των υστέρων αξιολογικής έκθεσης για τα αποτελέσματα του προγράμματος (με τελική προθεσμία την 31/12/2015). (Χούκλη,2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Δεν νοείται υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Στους πολίτες, η ψυχική υγεία προσφέρει τη δυνατότητα να αναπτύξουν το πνευματικό και συναισθηματικό τους δυναμικό και να αποκτήσουν και να εκπληρώσουν το ρόλο τους στην κοινωνία, στο σχολείο και στην επαγγελματική τους ζωή. Στις κοινωνίες, η καλή ψυχική υγεία των πολιτών συμβάλλει στην ευημερία, την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη. Αντίθετα, η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται ποικίλες δαπάνες, απώλειες και επιβαρύνσεις για τους πολίτες και τα κοινωνικά συστήματα.

Ψυχική υγεία, κακή ψυχική υγεία και οι καθοριστικοί τους παράγοντες:

Η περιγραφή της ψυχικής υγείας από την ΠΟΥ μιλά για: "μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματώνει τις δυνατότητές του/της και μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά βιοτικά άγχη, να εργαστεί γόνιμα και παραγωγικά και να συνεισφέρει στην κοινότητά του/της.

Η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται προβλήματα ψυχικής υγείας και ένταση, μειωμένη λειτουργία που συνδέεται με αγωνία, συμπτώματα και διαγνώσιμες διανοητικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη.

Αν θέλουμε δε να παραθέσουμε τους πολλαπλούς παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική κατάσταση των ανθρώπων, αυτοί είναι όχι μόνο βιολογικοί (π.χ. γενετική, φύλο) ή ατομικοί (π.χ. προσωπική εμπειρία), αλλά και οικογενειακοί - κοινωνικοί (π.χ. υποστήριξη), οικονομικοί (π.χ. κοινωνική θέση) και περιβαλλοντικοί (π.χ. συνθήκες διαβίωσης).

Η ψυχιατρική περίθαλψη από το τέλος του περασμένου αιώνα σηματοδοτείται από τη δημιουργία μεγάλων ψυχιατρείων, όπου οι ασθενείς παρέμεναν απομονωμένοι από το κοινωνικό σύνολο και χωρίς ουσιαστικές δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ο όρος άσυλο και ιδρυματισμός

Με τον όρο *άσυλο* νοείται η προστασία των ασθενών με εγκλεισμό σε ψυχιατρείο, αφού η ψυχική διαταραχή τους οδηγούσε σε βαθμιαία ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Ταυτόχρονα ωστόσο λάμβανε χώρα και η κοινωνική τους αποξένωση, εφόσον οι προκαταλήψεις για την ψυχική διαταραχή και ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών τους καθιστούσε ανεπιθύμητους για την «υγιή» κοινωνία. Ο εγκλεισμός δε λειτουργούσε λοιπόν μόνο για την υποτιθέμενη προστασία του ασθενούς, αλλά παράλληλα «προστάτευε» και το κοινωνικό σύνολο από αυτόν. Με την κυριαρχία εξάλλου του στερεοτύπου του ασθενούς ως ανεύθυνου, ανίατου αλλά και επικίνδυνου, η λεγόμενη περίθαλψη χαρακτηριζόταν από περιοριστικά μέτρα ασφαλείας και η λεγόμενη θεραπεία περιοριζόταν ουσιαστικά στη φροντίδα και κάλυψη των στοιχειωδών βιοτικών αναγκών. Κι αν οι έγκλειστοι των ψυχιατρείων διαρκώς αυξάνονταν, ήταν επειδή οι πιθανότητες κοινωνικής επανόδου τους ήταν μάλλον αμελητέες.

Τα ψυχιατρεία ήταν εγκατεστημένα μακριά από τις πόλεις και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι δε επισκέψεις και επαφές με την οικογένεια ήταν περιορισμένες. Παρότι κατά καιρούς υπήρχαν προσπάθειες ανθρωπιστικής μεταχείρισης των ασθενών (π.χ. ο Pinel στη Γαλλία και οι Connally και Tuke στην Αγγλία τον 18^ο αιώνα) οι ασθενείς σπανιότατα διάβαιναν την εξωτερική πύλη του ψυχιατρείου.

Η μακρά παραμονή και διαβίωση του ασθενούς στο ψυχιατρείο του στερούσε τις κοινωνικές του δραστηριότητες και του αφαιρούσε βαθμιαία και τα λίγα εκείνα υπολείμματα κοινωνικότητας που απέμεναν μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου. Η βαθμιαία απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, η οποία οφειλόταν στη μακρά παραμονή στο άσυλο, συγγεόταν με τις εκδηλώσεις της νόσου και θεωρούνταν ένα σύμπτωμα της νόσου αυτής καθεαυτής μέχρις ότου ο R.Barton στη Μ. Βρετανία διαχώρισε τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο από τη συμπτωματολογία της νόσου και τις ονόμασε *ιδρυματική νεύρωση ή ιδρυματισμό*.

Το αποτέλεσμα των αντιλήψεων και πρακτικών αυτών ήταν να αυξάνονται οι ανάγκες για ασυλικά κρεβάτια όπως επίσης και ο μέσος χρόνος νοσηλείας. Το 1972, όπως φαίνεται από έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, τα κρεβάτια στα ψυχιατρεία κυμαίνονται στις ευρωπαϊκές χώρες από 22 (Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία)

ανά 100.000 κατοίκους. Η Ελλάδα το 1972 είχε 157 ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους. (ΛΙΑΚΟΣ, 1990)

Ο όρος αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματοποίηση

Στην *Encyclopedie Medicochirurgicale* (έκδοση του 1991), ως αποασυλοποίηση ή αποϊδρυματοποίηση ορίζεται η:

- I. κατάργηση του ασύλου ως φορέα αναχρονιστικού και ακατάλληλου για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών,
- II. παροχή φροντίδας εκτός ιδρύματος, στο πλαίσιο της Κοινότητας και,
- III. προσπάθεια για αποτροπή νοσηλείας στα άσυλα. (Garrabe et Kapsambelis, 1991)

Η νοοτροπία που διέπει τον παραπάνω ορισμό σε κλινικό και θεραπευτικό επίπεδο μπορεί να μεταφραστεί σε δύο κύριους στόχους:

1. εξασφάλιση στοιχειώδους ζωής των ψυχικά ασθενών εντός της κοινότητας, σε περιβάλλον ασφαλές και κατά το δυνατόν προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους και
2. αποδοχή των ψυχικά ασθενών ως μέρους της κοινότητας, με υπέρβαση της τάσης «αποκοπής» τους από τον κορμό της, σε αντίθεση δηλαδή με την καθιερωμένη προβολή της έννοιας της «τρέλας» ως ανυπόφορης και την «επιδίκαση» ιδιαίτερου χώρου για τους «τρελούς» (εδώ ενέπιπτε πιθανώς και η πρακτική της γεωγραφικής αποστασιοποίησης των ψυχιατρείων από την κοινότητα). (Bierenbroodspol, 1980)

2.1. Ευρωπαϊκή Ένωση

2.1.1. Η κατάσταση - κακή ψυχική υγεία, μια αυξανόμενη πρόκληση για την Ε.Ε.

Η διάσταση της υγείας

Για να γίνει αντιληπτή η σημασία της ψυχικής υγείας στην ΕΕ του 21^{ου} αιώνα, αρκεί η εκτίμηση πως ποσοστό μεγαλύτερο από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων υπέφεραν από κακή ψυχική υγεία τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια οποιουδήποτε έτους. Συνηθέστερες μορφές κακής ψυχικής υγείας στην ΕΕ είναι οι αγχώδεις διαταραχές και

η κατάθλιψη, με την τελευταία να προβλέπεται ως η σοβαρότερη αιτία ασθένειας στον αναπτυσσόμενο κόσμο μέχρι το 2020.

Δεν είναι τυχαίο πως ο ετήσιος αριθμός των 58.000 περίπου αυτοκτονιών στην ΕΕ ξεπερνά πλέον τους αντίστοιχους αριθμούς θανάτων από τροχαία ατυχήματα, ανθρωποκτονίες ή HIV/AIDS. Με δεδομένη δε τη στενή σύνδεση ψυχικής και σωματικής υγείας, η ένταξη της ψυχικής υγείας στο πλαίσιο γενικής νοσοκομειακής περίθαλψης μπορεί να φέρει σημαντική μείωση των χρόνων νοσηλείας και να συμβάλει έτσι στην αποδέσμευση σημαντικών οικονομικών πόρων. (<http://www.agrocapital.gr/Category/Agrotikos-odhgos/Article/1705/prasino-biblio>)

Ο αντίκτυπος στην ευημερία, την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη

Χαρακτηριστική των πολλαπλών επιπτώσεων της κακής ψυχικής υγείας είναι η οικονομική εκτίμηση πως αυτή κοστίζει στην ΕΕ 3% - 4% του ΑΕΠ, κυρίως μέσω της χαμμένης παραγωγικότητας, εφόσον οι ψυχικές διαταραχές συνιστούν κύρια αιτία πρόωρης συνταξιοδότησης και συντάξεων αναπηρίας. Στο οικονομικό επίπεδο επιδρούν όμως και οι συμπεριφορικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, που συνεπάγονται δαπάνες όχι μόνο για τα κοινωνικά και εκπαιδευτικά αλλά και για τα ποινικά και δικαστικά συστήματα. Όσον αφορά το επιπλέον άυλο κόστος, αυτό σχετίζεται με την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών και των ανάπηρων ατόμων από την κοινωνία, όπου παρά τις εξελίξεις στις επιλογές θεραπείας και στην ψυχιατρική περίθαλψη, οι πάσχοντες εξακολουθούν να βιώνουν αποκλεισμό, στιγματισμό, διακρίσεις και έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους. (<http://www.agrocapital.gr/Category/Agrotikos-odhgos/Article/1705/prasino-biblio>)

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, η εντολή και οι δραστηριότητές της στον κλάδο της ψυχικής υγείας

Όπως ορίζει το άρθρο 152 της Συνθήκης ΕΚ για την κοινοτική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας, «ο καθορισμός και η εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας πρέπει να εξασφαλίζει υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Η δράση της Κοινότητας ενθαρρύνει εδώ τη συνεργασία των κρατών - μελών και είναι συμπληρωματική των εθνικών πολιτικών για τη βελτίωση της υγείας,

την πρόληψη των ασθενειών, την ενημέρωση και εκπαίδευση για την υγεία, αλλά και τη μείωση βλαβών από τα φάρμακα. Όσον αφορά την οργάνωση της περίθαλψης και των υγειονομικών υπηρεσιών, αυτή αποτελεί αποκλειστικά εθνική αρμοδιότητα, ενώ για τις υπόλοιπες κοινοτικές πολιτικές προβλέπονται οι αντίστοιχες νομικές βάσεις.

Σύμφωνα με τις εν λόγω αρμοδιότητες, η ψυχική υγεία αποτελεί σοβαρό ζήτημα για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα με βάση τα ακόλουθα:

- τη συνεισφορά της καλής ψυχικής υγείας σε στρατηγικούς πολιτικούς στόχους της ΕΕ·
- την προσήλωση της Κοινότητας στην προαγωγή της συνεργασίας των κρατών - μελών και στην υπέρβαση των μεταξύ τους ανισοτήτων· και
- το καθήκον της Κοινότητας στην κατεύθυνση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας μέσω πολιτικών και δράσεων.

Κατά τα τελευταία έτη έχουν αναπτυχθεί αρκετές συγκεκριμένες πρωτοβουλίες στο πλαίσιο διάφορων κοινοτικών πολιτικών:

- Με αφετηρία το 1997, η κοινοτική *πολιτική υγείας* προωθεί την ψυχική υγεία μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών πρωτοβουλιών, όπως το *πρόγραμμα δημόσιας υγείας της ΕΕ 2003- 2008*, που παρέχει τη νομική βάση για δράση. Συναφείς προτεραιότητες εστίασαν επίσης στην κατάχρηση φαρμάκων και τις βλάβες από αλκοόλ.
- Το πλαίσιο *κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής απασχόλησης* της Κοινότητας έχει αναπτύξει πρωτοβουλίες για τη χωρίς διακρίσεις μεταχείριση των ψυχικά ασθενών, για την κοινωνική ένταξη των διανοητικά μειονεκτούντων και για την πρόληψη του εργασιακού άγχους, οι οποίες περιλαμβάνουν:
 - την εισαγωγή οδηγίας (2000/78/ΕΚ) απαγορευτικής για διακρίσεις λόγω αναπηρίας στον τομέα της απασχόλησης·
 - τον ορισμό του 2003 ως Ευρωπαϊκού Έτους για τα άτομα με αναπηρίες και
 - την ευρωπαϊκή συμφωνία – πλαίσιο των κοινωνικών εταίρων για το εργασιακό άγχος (2004).
- Τα κοινοτικά *προγράμματα-πλαίσια* για την έρευνα έχουν προσφέρει και συνεχίζουν να προσφέρουν σημαντική χρηματοδότηση στην ευρωπαϊκή έρευνα για

με την ψυχική υγεία, με τυπικό παράδειγμα το σχέδιο «MHEDEA-2000», που μεταξύ άλλων προώθησε πανευρωπαϊκή αξιολόγηση για την πνευματική μειονεξία.

- Τα πεδία της πρόληψης, της διάγνωσης και της περίθαλψης έχουν ευνοηθεί από την κοινοτική πολιτική για την κοινωνία της πληροφορίας και τα μέσα ενημέρωσης, που έχει προωθήσει την ανάπτυξη εργαλείων στην τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ).
- Η διαρθρωτική προσαρμογή των περιφερειών σε υποδομές υγείας έχει ευνοηθεί από την υποστήριξη της κοινοτικής περιφερειακής πολιτικής στις σχετικές επενδύσεις
- Η εστίαση στην ψυχική υγεία έχει αναγνωριστεί ως προτεραιότητα του έργου και των προγραμμάτων και της κοινοτικής εκπαιδευτικής πολιτικής (π.χ. με τις βασικές ικανότητες για την κοινωνία της γνώσης).
- Η καταπολέμηση της βίας κατά των παιδιών, των νέων και των γυναικών, που αποτελεί παράγοντα προβλημάτων ψυχικής υγείας, έχει προωθηθεί από το πρόγραμμα DAPHNE II και την εν γένει κοινοτική πολιτική για την *ελευθερία, τη δικαιοσύνη και την ασφάλεια*. Εκκρεμεί βέβαια ακόμη μια ολοκληρωμένη και συνδεδεμένη αυτών των δράσεων κοινοτική στρατηγική για την ψυχική υγεία, που θα προάγει τη συνεκτικότητα και αποτελεσματικότητα υπαρχουσών και μελλοντικών πρωτοβουλιών. (<http://www.agrocapital.gr/Category/Agrotikos-odhgos/Article/1705/prasino-biblio>)

Ψυχική υγεία στα κράτη - μέλη

Οι ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ (αλλά και εντός) των κρατών – μελών της ΕΕ δεν αφορούν μόνο τα καταγραφόμενα δεδομένα (π.χ. τα ποσοστά αυτοκτονίας κυμαίνονται μεταξύ 3.6 ανά 100.000 πληθυσμού στην Ελλάδα και 44 ανά 100.000 στη Λιθουανία, στη χώρα με το υψηλότερο ποσοστό παγκοσμίως) αλλά και τα μερίδια των προϋπολογισμών υγείας που αφορούν την ψυχική υγεία. Αναμενόμενα λοιπόν, η έκθεση του 2004 με τίτλο «Η κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση» διαπίστωσε ότι η κατάσταση της ψυχικής υγείας δεν είναι ομοιόμορφη στα κράτη - μέλη, και αντίθετα παρουσιάζει ποικιλομορφία μεταξύ των χωρών, των καταστάσεων, των παραδόσεων και των πολιτισμών τους. Οι παρουσιάσεις χωρών στο πλαίσιο της

δημοσίευσης του 2005 με τίτλο «Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη της διανοητικής διαταραχής στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης», αναφέρονται στις προκλήσεις, στις πολιτικές και στις δομές των κρατών - μελών. Παρότι όμως η ποικιλομορφία αυτών δεν επιτρέπει την εξαγωγή απλών συμπερασμάτων ή ομοιόμορφων προτάσεων, υπάρχουν περιθώρια ανταλλαγών και συνεργασίας μεταξύ των κρατών - μελών, καθώς και η ευκαιρία να μάθει ο ένας από τον άλλον.

- Η πρόθεση των κρατών - μελών να προβούν σε κοινοτικού επιπέδου συνεργασία στο πεδίο της ψυχικής υγείας επιβεβαιώνεται από αρκετά σχετικά έγγραφα που έχει εγκρίνει το Συμβούλιο Υπουργών μετά το 1999. Το μήνυμα αυτό απέκτησε μάλιστα περαιτέρω δυναμική τον Ιούνιο του 2005, όταν το Συμβούλιο στα συμπεράσματά του κάλεσε τα κράτη - μέλη να προσηλωθούν στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων της ευρωπαϊκής υπουργικής διάσκεψης της ΠΟΥ για την ψυχική υγεία. Η υποστήριξη της εφαρμογής εντάχθηκε επίσης στις αρμοδιότητες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. (<http://www.agrocapital.gr/Category/Agrotikos-odhgos/Article/1705/prasino-biblio>)

2.1.2. Η ψυχική υγεία στην Αγγλία

Πριν από τις αρχές του 1900 οι ασθενείς με ψυχικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση θεωρούνται νοητικά ανεπαρκείς και κοινωνικός κίνδυνος. Μάλιστα, περί τα τέλη του 1952, μπορούσαμε να διαβάσουμε σε εγχειρίδιο σχετικό με την ψυχική νόσο: «πιστεύουμε ότι θα μπορούσε να υπάρχει μία διαδικασία οικονομική και ανθρωπιστική που θα διέκοπτε ανώδυνα την ύπαρξη αυτών των ανθρώπων». Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και του '60, η κυβερνητική πολιτική οδήγησε σε διαχωρισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης για τις δύο κατηγορίες ασθενών. Η διακήρυξη της αποασυλοποίησης, στα μέσα της δεκαετίας του '60, οδήγησε στη δημιουργία υπηρεσιών στην Κοινότητα και για τις δύο ομάδες ασθενών, για την ομάδα των ασθενών με ψυχικά προβλήματα και για αυτή των ασθενών με νοητική υστέρηση. Και όμως, έως το 1969, υπήρχαν, ακόμη, 52.000 ασθενείς με νοητική υστέρηση που διαβιούσαν στα δημόσια νοσοκομεία και μόνο 4850 ασθενείς διέμεναν σε προστατευόμενες κατοικίες μέσα στην Κοινότητα.

Αρκετές ακόμη κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως αυτή του 1970 «καλύτερες Υπηρεσίες για τα Άτομα με Ψυχικές Αναπηρίες», αυτή του 1983 «ψυχική υγεία, πρόγραμμα 5» και αυτή του 1990 του Εθνικού Συστήματος Υγείας που αφορούσε στο Πρόγραμμα για την «Κοινοτική φροντίδα», οδήγησαν στην ίδρυση των ξενώνων και των προστατευμένων κατοικιών για ασθενείς που υπέφεραν από ψυχικά προβλήματα ή νοητική υστέρηση. (G.Moore-2003)

Σήμερα έχει ξεκινήσει ένα πρόγραμμα για την στήριξη της εργασίας των ψυχικά πασχόντων στη Μ. Βρετανία. Σκοπός του προγράμματος είναι να βοηθήσει άτομα που πάσχουν, για παράδειγμα, από κατάθλιψη να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στον επαγγελματικό στίβο. Το πρόγραμμα «Νέοι Ορίζοντες: Ένα Κοινό Όραμα για την Ψυχική Υγεία» θα περιλαμβάνει εννέα πιλοτικές γραμμές τηλεφωνικής στήριξης για μικρές επιχειρήσεις στη Μ. Βρετανία, ώστε να κατευθύνονται οι εργαζόμενοι στις αρμόδιες υπηρεσίες. Οι επτά γραμμές θα είναι στην Αγγλία, η μία στη Σκωτία και η μία στην Ουαλία.

Το πρόγραμμα προβλέπει επίσης ένα νέο δίκτυο συντονιστών, που θα συντονίζει τη επαγγελματικά τη στήριξη της ψυχικής υγείας και θα αυξάνει τις πιθανότητες εργασιακής αποκατάστασης των πασχόντων. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελούν σοβαρό κοινωνικό και οικονομικό ζήτημα: η κατάθλιψη πλήττει έναν στους έξι, η αυτοκτονία είναι το δεύτερο κατά σειρά αίτιο θανάτου στους άνδρες ηλικίας 15 έως 44 ετών και τα ψυχικά νοσήματα κοστίζουν στην οικονομία 30-40 δισεκατομμύρια λίρες σε απώλεια παραγωγικότητας και σε θεραπεία από το NHS.

Όλα τα παραπάνω κατατάσσουν τη Μ. Βρετανία στην πρωτοπορία της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από περυσινή έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ): Εκεί αναγνωρίζεται πως η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Αγγλία έχει υποδειγματικό χαρακτήρα για την υπόλοιπη Ευρώπη. Δεν είναι τυχαίο πως το 1999, εισήχθη από τη βρετανική κυβέρνηση το πρώτο Εθνικό Πλαίσιο Υπηρεσιών για την Ψυχική Υγεία, ως επένδυση που αποδίδει καρπούς και μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα για τις ζωές των ασθενών (σύμφωνα με δήλωση του ΠΟΥ το 2008).

«Το πρόγραμμα Νέοι Ορίζοντες ακολουθεί μια δεκαετία πρωτοφανών επενδύσεων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας» δήλωσε ο Andy Burnham, γραμματέας υγείας στη Μ.

Βρετανία. «Υπάρχουν σήμερα περισσότεροι ψυχίατροι, περισσότεροι κλινικοί ψυχολόγοι και περισσότεροι νοσηλευτές ψυχικής υγείας από ποτέ.»

Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ, η Αγγλία το 2008 είχε 12,7 ψυχιάτρους ανά 100.000 πληθυσμού, έναντι 8,9 που είναι ο μέσος όρος για την Ευρώπη, και 51,9 νοσηλευτές ψυχικής υγείας (ανά 100.000 πληθυσμού), έναντι μέσου όρου 18,7. (www.healthview.gr – πηγή pharmafocus)

2.1.3. Η ψυχική υγεία στη Γαλλία

Γενικά για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και σχετικά με τη νομοθεσία για την ψυχική υγεία

Ο συνολικός αριθμός των κατοίκων στη Γαλλία είναι 63 εκατομμύρια. Η σημερινή οργάνωση της γαλλικής δημόσιας ψυχικής φροντίδας υγείας βασίζεται σε μια δομή που εφαρμόζεται από τη δεκαετία του 1960. Οι δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων οργανώνονται σε τομείς, για κάθε μέσο πληθυσμό 54.000 κατοίκους, ηλικίας άνω των 20 ετών. Οι πρωταρχικοί στόχοι αυτή της οργάνωσης ήταν να προωθήσει την ανάπτυξη, την πρόληψη και τη φροντίδα της Κοινότητας, και να εξασφαλίσει ότι κάθε πολίτης κάθε της Γαλλίας μπορεί να έχει εύκολη πρόσβαση σε ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι τρόποι χρηματοδότησης του συστήματος ψυχικής υγείας

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στη Γαλλία ήταν 10,5% του ΑΕΠ το 2003. Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας είναι η δεύτερη πιο δαπανηρή ομάδα ασθενειών, που αντιπροσωπεύουν το 9,4% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το κόστος της πλήρους ψυχιατρικής νοσηλείας αντιπροσωπεύει το 80% των δαπανών για την ψυχική υγεία. Περιφερειακές υπηρεσίες είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση και τον έλεγχο του νοσοκομειακού προϋπολογισμού και για την υγεία σε περιφερειακό επίπεδο. Το εθνικό σύστημα υγειονομικής ασφάλισης, που ονομάζεται «Securite Sociale» (Κοινωνική Ασφάλιση) ιδρύθηκε αμέσως μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η ψυχιατρική περίθαλψη

είναι δωρεάν, εάν ο ασθενής πάσχει από μια χρόνια ή σοβαρή διανοητική ασθένεια (εκτός το κόστος στέγασης κατά τη διάρκεια της πλήρους νοσηλείας, η οποία μπορούν να καλυφθούν από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) ή αν αυτός / αυτή στερούνται οικονομικά σε μεγάλο βαθμό. Οι εξωτερικές ψυχιατρικές θεραπείες, είναι δωρεάν με την προϋπόθεση ότι γίνονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή της Κοινότητας ή στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (CMHCs) Το κόστος της ιδιωτικής ψυχιατρικής θεραπείας χρηματοδοτείται εν μέρει από την κοινωνική ασφάλιση. Το υπόλοιπο μέρος μπορεί να χρηματοδοτηθεί από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Οι ρόλοι και τα χαρακτηριστικά των οργανώσεων αυτοβοήθειας και των ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας

Κατά την τελευταία δεκαετία, οι χρήστες ψυχικής υγείας αλλά και οι ενώσεις των οικογενειών των χρηστών έχουν αποκτήσει ένα κύριο ρόλο στην οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος τους αναγνωρίζεται και προσδιορίζεται από νόμους. Επίσης τα μέλη των ενώσεων των χρηστών είναι τώρα μέρος των διοικητικών συμβουλίων, των νοσοκομείων, των επιτροπών του νοσοκομείου για τα δικαιώματα του ασθενούς, καθώς και των επιτροπών που είναι επιφορτισμένες με το σχεδιασμό της ψυχικής υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Επίσης συμμετέχουν σε εθνικά συνέδρια. Ο «Federation Nationale des Associations d'(ex-) Patients- Psy» (<http://www.fnappsy.org>) είναι ο κύριος χρήστης, ενώ η Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux,» που ιδρύθηκε το 1963, που καταμετρά 12.000 μέλη (<http://www.unafam.org>) είναι η κύρια ένωση των συγγενών των ασθενών. Σύμφωνα με το πιο πρόσφατο σχέδιο για την ψυχική υγεία, οι ενώσεις χρηστών, θα πρέπει να λαμβάνουν περίπου 600.000 € από ετήσια χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας. Ο ρόλος των ΜΚΟ, όπως ο «Medecins du Monde» (<http://www.medecinsdumonde.org>) επικεντρώνεται κυρίως σε θέματα σχετικά με την ανάπτυξη των ιατρικών εγκαταστάσεων με στόχο να βελτιώσει την πρόσβαση στην ψυχιατρική περίθαλψη σε πολίτες που τη στερούνται όπως οι άστεγοι.

Στατιστικά στοιχεία

Το 2000, στην περιοχή Francethere υπήρχαν 43.173 δημόσιες ψυχιατρικές κλίνες ενηλίκων, δηλαδή 9,4 κλίνες ανά 10.000 κατοίκους ηλικίας άνω των 20 ετών. Η μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών που ξεκίνησε αργότερα στη Γαλλία από ό, τι στις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες, έγινε πραγματικά αποτελεσματική στη δεκαετία του 1990, και κυρίως από την ανάγκη της μείωσης του κόστους. Αυτός ο αριθμός μειώθηκε κατά 49% από το 1987 (84.000 κλίνες αυτή τη στιγμή) Οι περισσότεροι (98%) τομείς της ψυχιατρικής ενηλίκων έχουν κρεβάτια, με μέσο αριθμό 54 για κάθε τομέα. Ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρικών νοσοκομείων χτίστηκε κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα και βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές έξω από τις μεγάλες πόλεις. (πίνακας 1.1)

Εγκαταστάσεις οξείας νοσηλείας

Η διάκριση μεταξύ των κλινών που βρίσκονται σε εγκαταστάσεις οξείας νοσηλείας και σε άλλες μονάδες μέτριας ή μακράς διαμονής είναι δύσκολη, για το λόγο ότι δε διακρίνονται σαφώς στα περισσότερα ψυχιατρεία. Ως εκ τούτου υπάρχουν διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για όλες τις ψυχιατρικές κλινικές. Τριάντα τοις εκατό των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών (δηλαδή περίπου 15.000) βρίσκονται σε γενικά νοσοκομεία. Η έλλειψη της ψυχιατρικής φροντίδας στην Κοινότητα, με πολύ λίγες ψυχιατρικές μονάδες μέσα σε γενικά νοσοκομεία, έχει τονιστεί τακτικά από τους τοπικούς παράγοντες, και αυτό είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει κυρίως στην αύξηση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών. Υπάρχουν περίπου 10.000 κλίνες σε ιδιωτικά νοσοκομεία, που αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το ένα πέμπτο όλων των ψυχιατρικών κλινών. Το κόστος διαμονής σε ιδιωτικές εγκαταστάσεις νοσηλείας επιστρέφεται από την Κοινωνική Ασφάλιση.

Οικοτροφεία

Υπάρχουν 86.000 θέσεις σε μη νοσοκομειακές Κατοικίες (RFS), συμπεριλαμβανομένων 11.000 θέσεις σε Maisons" d'Accueil Spe'cialise'es"

(εξειδικευμένα προστατευόμενα σπίτια) για τους ασθενείς με σοβαρή αναπηρία. Το ένα τρίτο των ψυχιατρικών τομέων ενηλίκων είναι εξοπλισμένο με αυτό το είδος του RF, με μέσο όρο 9 θέσεις. Το ένα τέταρτο των τομέων ενηλίκων είναι προστατευόμενα διαμερίσματα (μέσος αριθμός: 9 θέσεις), και ορίζονται ως εγκαταστάσεις της Κοινότητας με στόχο στην ενίσχυση της αποκατάστασης των ασθενών με έντονη νοσηλευτική επίβλεψη, και που απαιτούν υψηλό μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα διοικούνται από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές ενώσεις, με ένα χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού.

Εξωτερικά ψυχιατρικά Ιατρεία

Υπάρχουν 2.200 Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (CMCHs) Όλοι οι τομείς της ψυχιατρικής ενηλίκων έχουν τουλάχιστον ένα CMHC, 97% έχουν τουλάχιστον ένα ανοικτό CMHC 5 ημέρες την εβδομάδα, και το 71%, τουλάχιστον 2. Τα περισσότεροι CMCHs βρίσκονται σε ξεχωριστές εγκαταστάσεις, το 15% σε συνδυασμό με τις κλίνες βραχείας νοσηλείας, και 28% με το κέντρο ημέρας. Τα νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας είναι 1.218, σε άθροισμα 13.900 θέσεων. Τα περισσότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία ενηλίκων έχουν τουλάχιστον 1 τομέα βραχείας νοσηλείας, και το 87% αυτών είναι ανοικτά όλο το χρόνο. Τέλος, υπάρχουν 1.056 κέντρα ημέρας. Σε αντίθεση με τα νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας, όπου ο ασθενής πρέπει να μείνει όλη την ημέρα, οι εν λόγω εγκαταστάσεις αποσκοπούν στην παροχή timelimited φροντίδα μέσω δραστηριοτήτων.

Το προσωπικό των ψυχιατρικών δομών

Οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι τον Ιανουάριο του 2004, ήταν 13.765 που αντιπροσωπεύει το 13% όλων των ειδικοτήτων. Είχαν μέση ηλικία τα 50 χρόνια, και το 23% ήταν γυναίκες. Η πυκνότητα των ψυχιάτρων (23 ανά 100.000 κατοίκους) είναι μία από τις υψηλότερες στον κόσμο. Ωστόσο, ο αριθμός των ψυχιάτρων θα πρέπει να μειωθεί κατά 30% τις επόμενες δύο δεκαετίες, μέχρι 8000 περίπου ψυχιάτρους το 2020. Είναι δίκαιη κατανομή μεταξύ ιδιωτικών ιατρείων (48%) και δημοσίων υπηρεσιών (45,6%), το υπόλοιπο ποσοστό εργάζεται στα ιδιωτικά ιδρύματα.

Υπάρχουν 35.000 ψυχολόγοι στη Γαλλία, εκ των οποίων 5.000 εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές. Επίσης στη Γαλλία υπάρχουν 58.000 νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Διακυμάνσεις στη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας

Υπάρχουν τεράστιες περιφερειακές διαφορές όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την οργάνωσή τους. Ο αριθμός των κατοίκων ανά τομέα ψυχιατρικής περίθαλψης κυμαίνεται από 20.000 έως 170.000 ηλικίας άνω των 20 ετών, ο αριθμός των κλινών κυμαίνεται 55 έως 115 ανά 100.000 κατοίκους, καθώς και ο αριθμός των ψυχιάτρων και νοσοκόμες κυμαίνεται από 4 έως 17 και 30 έως 150 ανά 100.000 κατοίκους, αντίστοιχα. Η πυκνότητα των ψυχιάτρων κυμαίνεται από 12 έως 36 ανά 100.000 σε επίπεδο περιοχής και από 9 έως 90 ανά 100.000 στην de'partement"" (de'partement"" είναι η μεγάλη γαλλική διοικητική γεωγραφική περιοχή) Δεν υπάρχει καμία νομική ρύθμιση που να περιορίζει τη δυνατότητα των ψυχιάτρων να δημιουργήσουν ένα ιδιωτικό ιατρείο σε μια συγκεκριμένη περιοχή, ως εκ τούτου, οι ψυχίατροι συγκεντρώνονται στη Νότια Γαλλία και στις μεγαλύτερες πόλεις. Αντίθετα, ένας μεγάλος αριθμός των θέσεων των δημόσιων ψυχιάτρων είναι κενές σε αγροτικές περιοχές και στη Βόρεια Γαλλία (9% του συνόλου της πλήρους απασχόλησης και 14% του συνόλου της μερικής απασχόλησης)

Τα παρακάτω στοιχεία προέρχονται από τις στατιστικές που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας και από το τελευταίο Πρόγραμμα Ψυχικής υγείας.

Ποσοστό των χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Το 2000, 1.151.000 άτομα υποβλήθηκαν σε θεραπεία από το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας (μέσος αριθμός ανά τομέα = 1387, εύρος 80-5,600), που αντιστοιχεί σε αύξηση 62% σε σύγκριση με το 1989. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας πάνω από 20 χρόνια σε επαφή με τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν 26 ανά 1.000 (σειρά τομέα: 9-70, περιφερειακό εύρος: 22 έως 34) Οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται (54%),

καθώς και τα άτομα ηλικίας 25-44 ετών (43%), η ηλικιακή κατανομή των ασθενών είναι παρόμοια με εκείνη του γενικού πληθυσμού. Σχεδόν οι μισοί (43%) υποβλήθηκαν σε θεραπεία για πρώτη φορά από τον συγκεκριμένο τομέα (αλλά μπορεί να είχαν προηγούμενη επαφή με ένα άλλο τομέα)

Η εισαγωγή και η παραμονή στο νοσοκομείο

Το 2000, 306.000 άτομα έχουν εισαχθεί ή έχουν διαμείνει σε διαφορετικούς τύπους ψυχιατρικές υπηρεσιών το οποίο σημαίνει ότι το ποσοστό των ασθενών που εισάγονται σε δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν 27% (Σειρά τομέα: 0-59%) Σε σύγκριση με το 1989, υπήρχε 20% αύξηση στον αριθμό των εισαγωγών αλλά έντονη μείωση του ποσοστού (36% το 1989) στη μέση διάρκεια παραμονής ανά έτος (συνεχής ή όχι) η οποία ήταν 45 ημέρες (86 το 1989), που κυμαίνονται από 24 έως περισσότερες από 55 από τη μία περιοχή στην άλλη. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν για περισσότερο του ενός έτους είναι χαμηλή (4%, περιφερειακό εύρος: 2-7%), το 25% των δημόσιων κλινών καλύφθηκαν από αυτούς τους ασθενείς.

Θα συμφωνήσω με το γεγονός ότι το σύστημα ψυχικής υγείας της Γαλλίας αντιμετωπίζει σήμερα μια μεγάλη κρίση. Παρά το μαζικό κλείσιμο των κλινών που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών, η νοσοκομειακή περίθαλψη εξακολουθεί να κατέχει μια συντριπτική θέση, σε σχέση με την υποανάπτυκτη κοινοτική θεραπεία.. Ως εκ τούτου, τα περισσότερα γαλλικά ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν πλέον μεγάλες δυσκολίες να βρουν κρεβάτια για ασθενείς με οξεία νόσο: μόνο το 35% των τομέων ήταν σε θέση να βρουν ένα κρεβάτι μέσα 24 ώρες για αυτούς τους ασθενείς το 2000, και η κατάσταση έχει επιδεινωθεί δραματικά σε αρκετές περιοχές. Ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα οφείλεται στο γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της δημόσιας ψυχικής υγείας είναι απρόθυμο να προσαρμοστεί στις κοινωνικές αλλαγές που έχουν επέλθει τα τελευταία 30 χρόνια. Οι αρχές της δημόσιας υγείας προσφέρουν εγγύηση της καθολικής πρόσβασης στην περίθαλψη, καθώς και συνέχεια της φροντίδας. Ωστόσο, η αρχή σύμφωνα με την οποία όλες οι ψυχιατρικές ομάδες θα πρέπει να έχουν μια παρόμοια αντιμετώπιση και η γενική αρμοδιότητα έχει περιορίσει την ανάπτυξη στις τριτογενής δομές που ειδικεύονται στην αξιολόγηση και θεραπεία

συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών. Υπάρχει επί του παρόντος σε εξέλιξη μια μεγάλη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση των γαλλικών δημόσιων νοσοκομείων (Νοσοκομείο" Πρόγραμμα 2007"), χρηματοδότηση με βάση την πραγματική δραστηριότητα του νοσοκομείου. Ως εκ τούτου, η συλλογή των μικρών διαμερίσματα σε μεγαλύτερα ενθαρρύνεται από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, προκειμένου να διευκολυνθεί η δημοσιονομική διαχείριση. Ως εκ τούτου, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, η συνύπαρξη μέσα στα μεγάλα νοσοκομεία πολλών ψυχιατρικών τομέων θα γίνει σύντομα μια ξεπερασμένη οργάνωση και θα αντικαθίσταται από λίγα και μεγάλα τμήματα. Η μεταρρύθμιση αυτή, έχει ως στόχο τη μείωση του κόστους για την υγεία και μπορεί (ενδεχομένως) να επιτρέψει την καλύτερη οργάνωση της δημόσιας ψυχικής υγείας. Ωστόσο, πολλές άλλες ερωτήσεις εξακολουθούν να περιμένουν για καθησυχαστικές απαντήσεις. Ποια θα είναι η δημόσια ψυχική υγεία που θα προσαρμοστεί στην μαζική μείωση του αριθμού των ψυχιάτρων για τα επόμενα χρόνια; Τα πανεπιστήμια εξασφαλίζοντας την αρχική εκπαίδευση των ψυχολόγων και των γενικών ιατρών, και τη συνεχή ιατρική εκπαίδευση, θα έχουν τους πόρους για να προσαρμοστούν στις αλλαγές; Προτίθεται η κοινωνική ασφάλιση να διατηρηθεί, ή οι δαπάνες για την υγεία πρέπει σταδιακά να μετατοπιστούν στην ιδιωτική ασφάλιση; Η δωρεάν περίθαλψη θα είναι ακόμα δυνατή για τα περισσότερα άτομα με αναπηρία ή για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές; Διαδοχικές εκθέσεις και πολλά εθνικά προγράμματα στοχεύουν στην ανακαίνιση του γαλλικού συστήματος ψυχικής υγείας. Όσον αφορά το νέο πρόγραμμα προβλήθηκε το 2005 από τον Υπουργό Υγείας, και ελπίζουμε ότι οι αξιόλογες προτάσεις θα ακολουθούνται από μελλοντικές αλλαγές.

2.1.4. Η ψυχική Υγεία στο Βέλγιο

Την περίοδο 1975-1980, αναπτύσσεται ένας πλήρης τομέας εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με στόχο τη συνέχεια στη φροντίδα του ασθενούς. Ο τομέας αυτός περιελάμβανε το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Επανένταξης για παιδιά και ενήλικες, το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και ποικίλες υπηρεσίες πρόληψης και επείγουσας ψυχιατρικής.

Αυτό, στη συνέχεια, οδήγησε στη δημιουργία ενός τομέα δραστηριοτήτων πολλών χιλιάδων ατόμων (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, και άλλων ειδικοτήτων)

Ανάμεσα στο 1980 και το 1990 έγιναν λίγες αλλαγές. Διαπιστώθηκε, ότι δεν ελαττώθηκε καθόλου ο νοσοκομειακός πληθυσμός (προφανώς λόγω των ασυλικών στάσεων) και η κάθε μορφής εξωνοσοκομειακή περίθαλψη συγκέντρωνε περίπου ένα σύνολο 50.000 ατόμων σε όλη τη χώρα (ή 0.5% του γενικού πληθυσμού)

Παρατηρήθηκε μια σταδιακή αλληλεπίδραση ανάμεσα στις διάφορες αντιλήψεις για την ψυχιατρική περίθαλψη και ανάμεσα στα ποικίλα θεωρητικά μοντέλα. Θα παρέμεναν μέχρι σήμερα γνήσιοι και δυνατοί υποστηρικτές από τη μια μεριά των βιολογικών ή από την άλλη μεριά των ψυχαναλυτικών αντιλήψεων αλλά πραγματοποιήθηκε μια συνολική πρόοδος, προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερος αμοιβαίος σεβασμός. Η μαζική είσοδος των συστημικών θεραπειών και πρακτικών στις αρχές της δεκαετίας του '80, γεφύρωσε κατά κάποιο τρόπο τα δύο μεγάλα αρχικά ρεύματα.

Οι επιπτώσεις της μεγάλης οικονομικής κρίσης, κατά τη δεκαετία του '80, αντιμετωπίζονται σταδιακά και η αντίληψη των υπευθύνων, ότι η μεταρρύθμιση δεν πρέπει να μείνει σε ένα επιφανειακό επίπεδο, οδηγεί, στις αρχές της δεκαετίας του '90, όλους τους εμπλεκόμενους στους τομείς της σωματικής και της ψυχικής υγείας σε μία ανταλλαγή απόψεων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων προστατευμένων δομών αποκατάστασης, όπως οι προστατευόμενες κατοικίες.

Ένας σημαντικός αριθμός νοσοκομειακών κλινών αλλάζει ρόλους, στο πλαίσιο μιας προσπάθειας μείωσης του αριθμού των νοσηλευόμενων στα ιδρύματα και παράλληλα αλλάζει το σύστημα επιδοτήσεων – επιχορηγήσεων. Δημιουργήθηκαν έτσι νέες προστατευμένες δομές συνδεδεμένες είτε με τα νοσοκομεία είτε με εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Στη διάρκεια της δεκαετίας του '90, ο ψυχιατρικός πληθυσμός σταθεροποιείται και κατανέμεται στις διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως στα Κέντρα Λειτουργικής Επανεκπαίδευσης, στα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης για αναπήρους, σε ειδικευμένες υπηρεσίες για την παρακολούθηση των σεξουαλικών παρεκκλίσεων, καθώς και την παρακολούθηση των τοξικομανών. Η πολιτική της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ενσωματώνει αυτές τις εξελίξεις και αναπτύσσει συμπληρωματικές

πρακτικές όπως αυτή της ψυχιατρικής του δρόμου. Αυτό συμπίπτει και με την πτώση του βιοτικού επιπέδου της χώρας και την αύξηση του ποσοστού των περιθωριοποιημένων ατόμων, γεγονός που κάνει ακόμα πιο ευδιάκριτα διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα.

Η περίοδος 2000-2002 αντιστοιχεί στην εγκαθίδρυση της τρίτης φάσης της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας, παράλληλα με τη γενικότερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας. Δεν υπάρχει πλέον πρόβλεψη για μείωση των κλινών, αλλά στροφή σε δομές «λιγότερο βαριές», καθώς και διασύνδεσης του συνόλου των δράσεων του τομέα. Βασίζεται στις ακόλουθες έννοιες κλειδιά:

Εστίαση κυρίως στις *ανάγκες του αρρώστου* και λιγότερο στις ανάγκες του ιδρύματος. Κάθε πρόγραμμα ξεκινάει από τον προσδιορισμό του προβλήματος του ασθενούς και τον καθορισμό των θεραπευτικών και κοινωνικών προγραμμάτων.

Εστίαση στην έννοια του *δικτύου των υπηρεσιών φροντίδας*, που περιλαμβάνει το ψυχιατρικό νοσοκομείο, την Ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, κάθε μορφή υπηρεσίας ψυχικής υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες γενικής ιατρικής και των Κέντρων Υγείας. Όλες αυτές οι δομές είναι επίσης συνδεδεμένες με τις Δημόσιες και Δημοτικές Υπηρεσίες Κοινωνικής Βοήθειας. Οργανώνεται προοδευτικά ένα είδος τομέα, ο οποίος έχει θεωρητικά ως σημείο εκκίνησης τον άρρωστο και το σημείο όπου εισέρχεται στο δίκτυο, σε αντιδιαστολή με τον γαλλικό τομέα, ο οποίος οργανώνεται με επίκεντρο το νοσοκομείο. (Martin –Jacob, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

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

Με τον όρο *ψυχιατρική μεταρρύθμιση* εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Να έχει δηλαδή μια ζωή εντελώς διάφορη από εκείνη που έχει ο μακροχρόνια έγκλειστος στο ψυχιατρείο.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας το έτος 1983 με το Νόμο 1397 και ειδικότερα με το άρθρο 21 αυτού του νόμου, που αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από δύο σύγχρονες και σε αντιδιαστολή με το ψυχιατρικό νοσοκομείο «κοινοτικές μονάδες»: το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου.

Αν και η ψήφιση της συγκεκριμένης διάταξης δε σήμαινε και την ανάπτυξη τέτοιων μονάδων, θεωρείται ότι αποτέλεσε μια τομή στη μέχρι τότε αντίληψη για την παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και αναφέρεται ως η αφετηρία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Στην πραγματικότητα, από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 παρατηρούνται στη χώρα μας πολλές πρωτοπόρες δραστηριότητες ως απόηχος των όσων συμβαίνουν στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης από τις αρχές της δεκαετίας του 1950. Οι δραστηριότητες αυτές αποτέλεσαν μια προσπάθεια εφαρμογής των βασικών αρχών που διέπουν τη λειτουργία των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως τις είχαν ενσωματώσει στην εμπειρία τους κάποιοι Έλληνες ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι και άλλοι επαγγελματίες με σπουδές ή εργασία στο εξωτερικό.

Ωστόσο, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1980, δεν ήταν παρά μόνο μεμονωμένες, κύρια προσωπικές προσπάθειες, οι οποίες σαφώς δε χαρακτήριζαν ούτε την αντίληψη που επικρατούσε ούτε βέβαια και την ανάπτυξη των μονάδων.

Ο Κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 έδωσε την ευκαιρία και την οικονομική υποστήριξη, συγχρηματοδοτώντας με 55%, να αναπτυχθούν Μονάδες Κοινωνικής – Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Συγκεκριμένα: Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, Ξενώνες και Οικοτροφεία, Εργαστήρια σε συνδυασμό με παρεμβάσεις λειτουργικού χαρακτήρα μέσα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Το 1995, η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τα αποτελέσματα των έργων που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του κανονισμού 815/84 δέχεται, ότι μπήκαν οι βάσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, και εισηγείται μια σειρά από μέτρα για την παγίωση των αποτελεσμάτων και την ενδυνάμωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Με τη βοήθεια και πάλι της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με συγχρηματοδότηση κατά 80%, πραγματοποιήθηκε κατά τη διετία 2000-2001 μια δεύτερης μεγάλης έκτασης προσπάθεια, η οποία απέφερε τη δημιουργία 55 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για 600 περίπου ασθενείς με παράλληλη λειτουργία εργαστηρίων κατάρτισης των ίδιων των ασθενών που άφησαν για πάντα πίσω τη ζωή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και αναζητούν πια μια θέση στην κοινωνία.

3.2. Ιστορική Αναδρομή

3.2.1. Η ιστορική περίοδος (1830-1914)

Στις πρώτες δεκαετίες της ύπαρξής του, το μικρό και φτωχό τότε ελληνικό κράτος εστιάζει τις οργανωτικές του προσπάθειες στους τομείς της άμυνας, της διοίκησης και της εξωτερικής πολιτικής. Σε μια εποχή λοιπόν πολιτειακής αστάθειας και οικονομικής δυσπραγίας, είναι επόμενο η πρώτη ή ιστορική περίοδος ανάπτυξης ψυχιατρικών και γενικά υγειονομικών υπηρεσιών να εμφανίζει σαφείς αδυναμίες: Η αδυναμία χάραξης μιας υγειονομικής πολιτικής αφορά τόσο τη δημιουργία των αναγκαίων υποδομών όσο και την αποτελεσματική οργάνωση την υγειονομικής περίθαλψης.

Όσον αφορά τη φροντίδα του ψυχιατρικού αρρώστου, θεωρούμε σκόπιμο να υπενθυμίσουμε ότι εκείνη την εποχή δεν έχει ακόμα διαμορφωθεί το επιστημονικό πεδίο της ψυχιατρικής που υπάρχει σήμερα, ενώ κυρίαρχη ήταν τότε η αντίληψη ότι η ψυχική αρρώστια δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά την απόδειξη της απόκλισης της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες (Πλουμπίδης, 1989, σ. 39· Μπιλανάκης, 2004, σ. 22) Για το λόγο αυτόν, την περίοδο εκείνη, οι περισσότερες φτωχές αγροτικές οικογένειες στην Ελλάδα αναζητούσαν στις εκκλησίες και στα μοναστήρια την επανάκτηση της υγείας του αλλόφρονος μέλους τους, για την οποία πίστευαν ότι θα επισυνέβαινε διά της θείας επεμβάσεως. Σε κάθε περίπτωση, ήταν πολλά τα εκκλησιαστικά ιδρύματα που εκείνο τον καιρό αναλάμβαναν το ρόλο όχι μόνο των χώρων θεραπείας αλλά και (ελλείψει άλλων δομών) των ασύλων, των χώρων δηλαδή προστασίας και φροντίδας των ψυχοπαθών. Καθοριστικές ήταν συχνά στην κατεύθυνση αυτή οι παραδοσιακές πρακτικές αλληλεγγύης των υπαρχουσών και τοπικά ισχυρών ελληνικών κοινοτήτων (Στασινοπούλου, 2004)

Αν θέλουμε να εντοπίσουμε τα πρώτα δείγματα κρατικής μέριμνας για την ψυχιατρική ειδικά περίθαλψη, αυτά ήρθαν τριανταπέντε χρόνια μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους, όταν η ψήφιση του πρώτου σχετικού νόμου δρομολόγησε επίσης τη διαδικασία ίδρυσης φρενοκομείου. Πράγματι, στις 19 Μαΐου 1862, δημοσιεύεται το πρώτο ψυχιατρικό υγειονομικό νομοθέτημα, ο Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων», ενώ οι πρώτες πρωτοβουλίες που σημειώθηκαν προς την κατεύθυνση της ίδρυσης του πρώτου ελληνικού φρενοκομείου, αρχικά στην Αθήνα και κατόπιν στην Αίγινα, τελικά απέτυχαν (Πλουμπίδης, 1989, σ. 124). Η Ελλάδα, τελικά, αποκτά τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία της το 1864, διά της κληρονομιάς και όχι διά της ιδρύσεως, όταν με την προσάρτηση των Ιονίων νήσων προσκτώνται και το ιδρυθέν από το 1838 «εν Κερκύρα φρενοκομείο» καθώς και το «Άσυλο Ψυχοπαθών» στο Αργοστόλι της Κεφαλληνίας, που ιδρύθηκαν εκεί κατά την περίοδο της βρετανικής κυριαρχίας.

Στα τέλη της πρώτης ή ιστορικής περιόδου καταγράφεται στην Ελλάδα η μαζική δημιουργία νοσοκομείων (πολλών από αυτά ψυχιατρικών), τα οποία ωστόσο δεν ιδρύονται με κρατική πρωτοβουλία, αλλά χρηματοδοτούμενα σχεδόν αποκλειστικά από δωρεές και κληροδοτήματα «εθνικών ευεργετών», ευκατάστατων δηλαδή Ελλήνων του εξωτερικού. Πρόκειται για μια δραστηριότητα που έχει απασχολήσει τους Έλληνες ιστορικούς ως προς τα κίνητρά της (Ψυρούκης, 1975· Μαρκεζίνης, 1968· Θεοδώρου,

1987· Δερτιλής 2005) και έχει οδηγήσει σε ποικίλες ερμηνευτικές απόψεις. Υπάρχει η άποψη (Μαρκεζίνης, 1968· Θεοδώρου, 1987) ότι οι ομογενείς προχώρησαν στις μεγάλες δωρεές και ευεργεσίες με κυριότερο κριτήριο τον πατριωτισμό. Μια άλλη άποψη (Ψυρούκης, 1975· Δερτιλής, 2005, σ. 32) θεωρεί ότι οι Έλληνες ομογενείς, στην πλειονότητά τους έμποροι, χρηματιστές, τραπεζίτες ή πλοιοκτήτες, που απόφευγαν τις μακροχρόνιες βιομηχανικές επενδύσεις στην Ελλάδα και προτιμούσαν είτε τις επενδύσεις στο εμπόριο και τις τράπεζες είτε την κερδοσκοπία στο χρηματιστήριο και την αγορά συναλλάγματος, προχωρούσαν σε φιλανθρωπικές δραστηριότητες, διότι ήθελαν με τις δωρεές τους να κατασκευάσουν μια εικόνα πατριωτισμού που θα συγκάλυπτε τις εκμεταλλευτικές διαθέσεις τους. Ο Δερτιλής (2005) είναι και πάλι αυτός που προσφέρει μια συνθετική ερμηνεία της φιλανθρωπικής αυτής συμπεριφοράς, αποδίδοντας ταυτόχρονα στους ομογενείς επιχειρηματικά χαρακτηριστικά, το συναίσθημα της φιλοπατρίας (που υπήρχε και ως ευρωπαϊκό σύνδρομο της εποχής) και την αναζήτηση μιας κατά το δυνατόν ευρύτερης αποδοχής τους από την ελληνική κοινωνία που θα νομιμοποιούσε το κυρίαρχο σύστημα κοινωνικών αξιών και συμπεριφορών που εκείνοι ηγεμόνευαν (Δερτιλής, 2005, σ. 49)

Όποια κι αν ήταν πάντως τα κίνητρα των πλούσιων ευπατρίδων, οι χώροι ψυχιατρικής περίθαλψης (είτε ψυχιατρικά νοσοκομεία είτε γενικά νοσοκομεία με τμήματα για ψυχοπαθείς) που δημιουργούνται τα χρόνια εκείνα στην Ελλάδα χάρη σε εθελοντικές δωρεές τους είναι κατά χρονολογική σειρά τα ακόλουθα (Μπιλανάκης, 2004): Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα, που δημιουργείται το 1887 χάρη στη δωρεά του πλούσιου φιλάνθρωπου Τζ. Δρομοκαΐτη. Ακολούθως συνέβαλαν στην επέκτασή του και άλλοι δωρητές, με τις δωρεές των οποίων ανεγέρθηκαν μέσα στο Δρομοκαΐτειο και άλλα νοσηλευτικά κτήρια, που φέρουν κατά κανόνα τα ονόματά τους (Σεβαστοπούλειο, Θεολόγειο, Σπηλιοπούλειο, Συγγρού, Δάφτσειο κ.λπ.). Όσον αφορά το παλιό νοσοκομείο της Χίου, εντός του οποίου λειτουργούσε και τμήμα για φρενοβλαβείς, αυτό επανεγκαινιάστηκε το 1886, μετά από ανακατασκευή που χρηματοδότησε η οικογένεια Σκυλίτση. Ακολούθησε το 1905 η ίδρυση της πρώτης πανεπιστημιακής ψυχιατρικής κλινικής στην Ελλάδα, όταν το κληροδότημα του καθηγητή αστρονομίας Διονυσίου Αιγινήτη δημιούργησε στην Αθήνα το Αιγινίτειο Νοσοκομείο, ενώ τρία χρόνια αργότερα εγκαινιάστηκε στην Ερμούπολη το άσυλο Φρενοπαθών Κυκλάδων, που ιδρύθηκε με πρωτοβουλία της Φιλάνθρωπου

Επιτροπής Ερμουπόλεως (υπό την προεδρία του επισκόπου Σύρου). Όσον αφορά το άσυλο της Κεφαλληνίας, που περιήλθε στο ελληνικό κράτος μετά την ενσωμάτωση των Επτανήσων στην Ελλάδα, η ανοικοδόμησή του χρηματοδοτήθηκε από τον πλούσιο φιλόanthρωπο Βέγεια και το 1933 επαναλειτούργησε πλέον ως «Βέγειο Άσυλο Φρενοβλαβών».

Αν θέλουμε λοιπόν να ανακεφαλαιώσουμε τον τρόπο με τον οποίο προωθείται την περίοδο αυτή στην Ελλάδα η ψυχιατρική φροντίδα αλλά και γενικά η υγειονομική περίθαλψη, οι φορείς της εντοπίζονται στην οικογένεια, στην εκκλησία και ενίοτε στην Κοινότητα, που δέχονται την καθοριστική ενίσχυση της εθελοντικής – φιλανθρωπικής συνδρομής ευπατρίδων, κυρίως του εξωτερικού: Αυτοί είναι που αναλαμβάνουν την ίδρυση ή ανασύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος.

3.2.2. Η παραδοσιακή περίοδος (1914-1983)

Στα χρόνια αυτά προωθείται η υγειονομική αναδιοργάνωση της χώρας χάρη στην ενεργότερη πλέον παρέμβαση του ίδιου του ελληνικού κράτους, που εκδίδει μεγάλο αριθμό νόμων και διαταγμάτων και ιδρύει πολυάριθμα γενικά αλλά και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η δυναμική μάλιστα της οργάνωσης και προσφοράς κρατικών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας αντιπαρέρχεται σημαντικά γεγονότα της περιόδου, όπως η Μικρασιατική καταστροφή και οι αλληπάλληλοι πόλεμοι.

Όσον αφορά στην παροχή ειδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών, τη χρονική αυτή περίοδο ψηφίζεται ο νόμος 6077/1934 «περί οργάνωσης των δημόσιων ψυχιατρείων» και ιδρύονται από την πλευρά πλέον του κράτους μια σειρά δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ειδικότερα, το Ψυχιατρείο της Θεσσαλονίκης ιδρύεται το 1917 ενώ ασθενείς από το Άσυλο της Αγίας Ελεούσας, το ιδρύθηκε το 1915, μεταφέρονται πλέον το 1928 στο Δαφνί, όπου και εγκαινιάζεται το σημερινό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Τη δεκαετία του 1950, η υπερπληρότητα των υπαρχόντων ψυχιατρείων παίρνει διαστάσεις σοβαρού προβλήματος και η κυβέρνηση αποφασίζει τη δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου, στην οποία και εισάγονται, στις 2/1/1958, οι πρώτοι 300 τρόφιμοι. Άλλα ψυχιατρικά νοσοκομεία που δημιουργούνται από κρατική πρωτοβουλία την ίδια χρονική περίοδο κατά χρονολογική σειρά είναι: το 1958 λειτουργεί το Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης, το 1961 ιδρύεται το Ψυχιατρείο

Καλαμάτας, το 1967 ιδρύεται το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Τρίπολης, το 1970 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, ενώ το 1971 μεταφέρεται στα νέα του κτήρια το Ψυχιατρείο της Σούδας που είχε ιδρυθεί από το 1910. Τα παραπάνω νοσοκομεία - άσυλα αποτυπώνουν ανάγλυφα το χαρακτήρα της ψυχιατρικής φροντίδας στη δεύτερη αυτή περίοδο της ιστορίας της στην Ελλάδα (Μπιλανάκης, 2004, σ. 37), με την υποτυπώδη υλικοτεχνική υποδομή και την αθλιότητα των συνθηκών διαβίωσης και περίθαλψης να αντανακλούν την επικράτηση της κατασταλτικής ψυχιατρικής και την πρόσληψη των ιδρυμάτων ως χώρων αποκλεισμού και κοινωνικής ευθανασίας. (Μπαϊρακτάρης, 1994, σ. 107)

Με αφετηρία ωστόσο τα τέλη του 19^{ου} – αρχές του 20ού αιώνα, αναπτύσσεται την ίδια περίοδο και μια φιλανθρωπική δραστηριότητα στο πλαίσιο της κυρίαρχης τότε στην Ελλάδα φιλελεύθερης ιδεολογίας. Αυτή έχει ως πρωταγωνιστές πολίτες από τα αστικά και κυρίως τα μικροαστικά στρώματα της Αθήνας και άλλων πόλεων και προσπαθεί να διευθετήσει τις συνθήκες διαβίωσης των ψυχικά πασχόντων αλλά και γενικότερα των απόκληρων στην κατεύθυνση της συγκρότησης, του ελέγχου και της ειρήνης στην κοινωνία, της ανάσχεσης δηλαδή της εξαθλίωσης ως απειλής για την κοινωνική τάξη πραγμάτων. (Κορασίδου, 2004, σ. 71· Οικονόμου, 2004) Ειδικότερα στο πεδίο των ψυχικά πασχόντων, οι σύλλογοι και οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται αυτή την περίοδο, πλαισιωμένοι από την ατομική δράση πολλών φιλόνητων, περιλαμβάνουν την Εταιρεία Προστασίας Ψυχικώς Ασθενών (ΕΠΨΑ), το Σωματείο Επικουρικής Περιθάλψεως Απόρων Ψυχικώς Ασθενών «Η Συμπαράστασις», το Ελληνικό Φως, τη ΧΕΝ, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό κ.ά.. (Μπιλανάκης, 2006, σ. 74) Οι δράσεις των φιλανθρωπικών αυτών φορέων περιλαμβάνουν θεατρικές και κινηματογραφικές παραστάσεις, παραστάσεις καραγκιόζη, εμφανίσεις χορωδιών και ορχηστρών εντός των Ψυχιατρείων και φυσικά δωρεές στις Κλινικές των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων [«αντικειμένων όπως ραδιόφωνα, πικάπ, μεγάφωνα και κλωβών με καναρίνια», «δωρεάν κατασκευή και λειτουργία περιστερώνων και αργαλειών προς απασχολησιοθεραπεία των ασθενών, ανάπτυξη αθλοπαιδιών, δωρεά κιθάρων, μαντολίνων, επιτραπέζιων παιγνιδιών, ρουχισμού, δίσκων μουσικής και ποικίλων περιοδικών»]. (Γκούσης, 1960, σ. 42)

Όλη αυτή η δραστηριότητα κατέστησε αναγκαία και τη θέσπιση του κατάλληλου νομικού πλαισίου, που πράγματι εισήχθη την περίοδο αυτή με τους νόμους 2039/1939 περί Κοινωφελών Ιδρυμάτων και 1111/1972 περί Φιλανθρωπικών Σωματείων. Ο πρώτος

περιέγραφε ως κοινωφελές το ίδρυμα που αποβλέπει σε κοινωφελείς στόχους, αναγνωρίζοντας ως κοινωφελή στόχο «...κατ' αντίθεσιν προς τον ιδιωτικό, πάντα κρατικό, θρησκευτικό, φιλανθρωπικό, εν γένει δ' επωφελή εις το κοινό εν όλω ή εν μέρει σκοπό». Ο δεύτερος προέβλεπε το πλαίσιο λειτουργίας των φιλανθρωπικών σωματείων, αναγνωρίζοντας ως τέτοια όσα είχαν σκοπό «την παροχή υλικής και ηθικής προστασίας ή αρωγής σε άτομα ή ομάδες ατόμων που βρίσκονται μόνιμα ή πρόσκαιρα σε κατάσταση αποδεδειγμένης ανάγκης, χωρίς οποιαδήποτε αντάλλαγμα εκ μέρους των βοηθούμενων ή τρίτων».

Εντελώς διαφορετική ήταν από την άλλη πλευρά η περίπτωση εθελοντικών οργανισμών με καινοφανή χαρακτηριστικά, που άρχισαν να εμφανίζονται δειλά από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 και οι οποίοι παρέπεμπαν σε ό,τι σήμερα θα ονομάζαμε οργανώσεις συνηγορίας (advocacy). Πρωτοπόρος υπήρξε εδώ η ίδρυση το 1956 της Πανελλήνιας Ένωσης Ψυχικής Υγιεινής, (Λυκέτσος, 1998, σ. 289) που έθεσε ως άξονες δράσης την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής και την ενδυνάμωση (empowerment) του ασθενούς. Ως πρώτη οιονεί συνηγορητική οργάνωση, η συγκεκριμένη Ένωση ιδρύθηκε από επαγγελματίες της υγείας και εκλεκτά μέλη της ελληνικής κοινωνίας και έθεσε για πρώτη φορά ως στόχο την εθελοντική παροχή υπηρεσιών στο πεδίο της ψυχικής υγείας. Ακολούθησε το 1961 η ίδρυση από την Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική του Δρομοκαϊτείου (Φαφαλιού, 1995, σ. 267) της Λέσχης Ασθενών, που δεν διακρινόταν βέβαια για τον αυτοοργανωτικό της χαρακτήρα και ανέπτυξε ένα μάλλον κοινωνικοποιητικό ρόλο (στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής ψυχιατρικής). Στις αμέσως όμως επόμενες δεκαετίες εμφανίστηκε στην Ελλάδα μια ευρύτερη διάθεση πολιτικής και κοινωνικής αμφισβήτησης – με πηγές την καθυστερημένη άφιξη του απόηχου του 1968 και τη συσσωρευμένη οργή της δικτατορίας, (Αμπατζόγλου, 1985· Αμπατζόγλου, 1991, σ. 88) που σταδιακά κυριάρχησε στο δημόσιο λόγο και οδήγησε σε ό,τι αργότερα ονομάστηκε Νέα Κοινωνικά Κινήματα (Μουζέλης, 1999), με την έννοια της διεκδίκησης δικαιωμάτων για τις γυναίκες, τους καταναλωτές, τους ψυχικά πάσχοντες κ.λπ. Στην κινηματική δραστηριότητα ατόμων ή άτυπων ομάδων που αναμείχθηκαν αυτή την περίοδο στα ζητήματα ψυχικής υγείας τόσο από εθελοντισμό όσο και από βαθιά αίσθηση πολιτικοποίησης, περιλαμβάνονταν (Μπιλανάκης, 2004): α) η «Ομάδα των γιατρών της Λέρου», που δημιουργήθηκε το 1981 από νέους ειδικευόμενους ψυχιάτρους του τοπικού Κρατικού Θεραπευτηρίου, β) η ομάδα παρέμβασης που συγκροτήθηκε το

1989 στο 16ο περίπτερο στη Λέρο με επικεφαλής τον ψυχίατρο Κ. Μπαϊρακτάρη και στην οποία συμμετείχαν εθελοντικά μέλη του μόνιμου προσωπικού του ΚΘ Λέρου και φοιτητές του Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του ΑΠΘ, γ) η Επιστημονική Ένωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου στο Δαφνί, που το 1984 εγκαινίασε την έκδοση του περιοδικού «Τετράδια Ψυχιατρικής» και δ) η Επιτροπή για την Ψυχιατρική Περίθαλψη της ΕΙΝΑΠ. Στις εθελοντικές δράσεις της περιόδου οφείλουμε επίσης να κατατάξουμε και να επισημάνουμε τις σχετικές με την αυτοοργάνωση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως η «Κίνηση για τα Δικαιώματα των “Ψυχασθενών”», ο Σύλλογος «Η Αναγέννηση» και ο Σύλλογος Χρηστών του ΨΝΑ. Αν θέλουμε δε να είμαστε συνεπείς στην περιγραφή μιας «εποχής γενικότερης ευαισθητοποίησης γύρω από τα ψυχικά και επένδυσης μέρους της πολιτικοποίησης στα αντιψυχιατρικά», δεν μπορούμε να παραβλέψουμε και το αντιψυχιατρικό κίνημα, (Μπιλανάκης, 2004, σ. 42) που στις καλύτερες στιγμές του στην Ελλάδα (τέλη δεκαετίας του 1970) δεν ξεπέρασε ένα μικρό αριθμό μελών από τις τάξεις κυρίως των νέων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ειδικευόμενων ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών), πέτυχε όμως να προκαλέσει ένα δυσανάλογα έντονο κοινωνικό αντίκτυπο και να δρομολογήσει μια δυσανάλογα αξιοσημείωτη δυναμική.

Ανακεφαλαιώνοντας τα χαρακτηριστικά της παραδοσιακής αυτής περιόδου σε σύγκριση με την προηγούμενη (ιστορική), οφείλουμε να επισημάνουμε τη στροφή πλέον της οικογένειας προς τα ψυχιατρικά ιδρύματα για την κατάλληλη φροντίδα του ψυχικά ασθενούς μέλους της (χωρίς να το «κρατά» δηλαδή πια στο σπίτι ή να το κατευθύνει στα εκκλησιαστικά ιδρύματα). Πολλά από τα ψυχιατρικά αυτά νοσοκομεία έχουν ιδρυθεί από δωρεές ευεργετών, η πλήρης όμως ευθύνη της λειτουργίας τους ανήκει αποκλειστικά στο κράτος. Και αυτό, παρότι στην πρώτη φάση της παραδοσιακής περιόδου η λειτουργία τους συντρέχεται από την εθελοντική δράση εταιρειών, συλλόγων και ατόμων, που διαπνέονται από τη φιλελεύθερη απόδοση της ανισότητας στη φύση ή στη θεία βούληση και προσπαθούν να αμβλύνουν τις αφόρητες πτυχές της διαβίωσης των έγκλειστων ψυχασθενών. Στη δεύτερη αντίθετα φάση της παραδοσιακής περιόδου εμφανίζεται μια νέα μορφή εθελοντικής δράσης, συνδεδεμένη με τις ριζοσπαστικές αντιλήψεις συνηγορητικών οργανώσεων και νέων κοινωνικών κινημάτων και συναρθρωμένη με το αίτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

3.2.3. Η μεταρρυθμιστική περίοδος (1983 μέχρι σήμερα)

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, ο υγειονομικός τομέας στη χώρα μας παρέμενε υπανάπτυκτος και με χαμηλό ποιοτικά και ποσοτικά επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών. Μετά το 1974, όμως, και στο πλαίσιο μιας ακολουθούμενης τότε πολιτικής που έτεινε στη διαμόρφωση ενός κράτους πρόνοιας, παρατηρείται εντυπωσιακή διόγκωση των υπηρεσιών υγείας. Τελικά, από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, και πριν το κράτος πρόνοιας ολοκληρωθεί, αυτή η πολιτική αρχίζει να αμφισβητείται και το κράτος πρόνοιας εισέρχεται σε κρίση.

Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος 1397 του 1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτέλεσε τη σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στη χώρα μας για αναδιοργάνωση του τομέα της υγείας και μαζί αφητηρία έναρξης της τρίτης χρονικής περιόδου που μελετούμε. Ειδικότερα το άρθρο 21 του παραπάνω νόμου εισήγαγε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προέβλεπε α) τη δημιουργία αποκεντρωμένου δικτύου σχετικών υπηρεσιών στην Κοινότητα, β) τη μετατροπή του ψυχιατρικού νοσοκομείου / ασύλου σε ειδικό νοσοκομείο και γ) τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης στα δημόσια ψυχιατρεία.

Ακολούθησε το 1984 ο Κανονισμός 815, που υπήρξε αποτέλεσμα αιτήματος για σχετική οικονομική ενίσχυση προς την τότε ΕΟΚ και έμελλε να αποτελέσει το σημαντικότερο διοικητικού χαρακτήρα μέσο για την αναδιάρθρωση και μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι βασικοί στόχοι εκείνου του προγράμματος ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ένα διάστημα 5 ετών (1984-1988) ήταν η τομεοποίηση του συστήματος ψυχικής υγείας, η βελτίωση της οργανωτικής δομής του συστήματος, η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, η ανάπτυξη κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, η παροχή πρωτοβάθμιων και αποκαταστασιακών φροντίδων υγείας, η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλους τους τύπους του προσωπικού και η αποκέντρωση της λειτουργίας του συστήματος (Yfantopoulos, 1994) Ο Κανονισμός 815/84 προέβλεπε χορήγηση 120 εκατομμυρίων ECU για την ανάπτυξη δομών κατάρτισης (Πρόγραμμα Α) και τη μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης (Πρόγραμμα Β) Η χρηματοδότηση αυτή κάλυπτε το 55% της συνολικής δαπάνης. Μετά την εφαρμογή του προγράμματος είχαν πλέον συγκροτηθεί 134 νέες δομές ψυχικής υγείας, με σημαντικότερες τα 25 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τις 28 Ψυχιατρικές Μονάδες σε

Γενικά Νοσοκομεία και τους 42 ξενώνες - διαμερίσματα. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:35) Όπως όμως αποκαλύφθηκε ένα χρόνο πριν τη λήξη του χρονοδιαγράμματος του Κανονισμού, η απορρόφηση των κοινοτικών πόρων αφορούσε ένα μικρό μόνο μέρος των κονδυλίων και δράσεις διεκπεραιωμένες κατά κύριο λόγο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Αντιμέτωπη με αυτή την κατάσταση, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων τροποποιεί τον κανονισμό 815/84 με ένα νέο κανονισμό, τον 4130/88, και συμφωνεί να δοθεί παράταση μέχρι 31/12/1994 στις προθεσμίες υλοποίησης του παλαιότερου κανονισμού, χωρίς να μεταβληθεί η συνολική οικονομική συνδρομή της Επιτροπής, με την προϋπόθεση να εφαρμοσθούν μέθοδοι αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου των προγραμμάτων και δράσεων του έργου με την τεχνική βοήθεια εμπειρογνομόνων της Κοινότητας (Μπιλανάκης, 2004, σ. 46)

Οι διαπιστωμένες ωστόσο ελληνικές καθυστερήσεις στην αναμόρφωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας επανήλθαν ξανά στο προσκήνιο δύο χρόνια αργότερα, με τα διεθνή ΜΜΕ να ξεσηκώνουν σάλο για την κατάσταση στη Λέρο. Μετά από διαβουλεύσεις για κακή διαχείριση κοινοτικών πόρων στην Ελλάδα, το Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αποφασίζει στις 7/7/1990 την προσωρινή αναστολή του Κανονισμού 815, ενώ το Ευρωκοινοβούλιο φτάνει να απειλήσει τη χώρα με κυρώσεις ή και με απαίτηση των χορηγηθέντων για τη Λέρο κονδυλίων. (Μεγαλοοικονόμου, 1995, σ. 103) Στη σύγκυση που ακολουθεί συντείνει η κοινοτική αναγγελία αναστολής της χρηματοδότησης, αν δεν υπάρξουν συγκεκριμένα έργα με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, μέχρι τελικά να εγκριθούν (μετά από πιέσεις, εκθέσεις προόδου και κατάθεση νέων προγραμμάτων) στις 8/10/1991 νέα παράταση του κανονισμού και το πρόγραμμα Λέρος I (1991-1992) [και αργότερα το Λέρος II].

Ανάμεσα στα μέτρα που ελήφθησαν από την ελληνική κυβέρνηση για την προώθηση των διαδικασιών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εκείνη την περίοδο, ήταν και η «εισαγωγή» των μη κερδοσκοπικών εταιρειών στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι λόγοι που οδήγησαν εκείνη την περίοδο στην ίδρυση των μη κερδοσκοπικών εταιρειών στο χώρο των υπηρεσιών υγείας στην πατρίδα μας σχετίζονταν με την αναγκαιότητα επίτευξης των διαδικασιών υλοποίησης των προγραμμάτων της ΕΕ και ως εκ τούτου παράκαμψης των δυσχερειών του λογιστικού συστήματος των ΝΠΔΔ (Μαδιανός, 1994, σ. 147· Γκιωνάκης, 2004) Με το πνεύμα αυτό ψηφίστηκε άλλωστε και ο Ν. 2072/92, που εισήγαγε το θεσμικό πλαίσιο για τη συγκρότηση και λειτουργία αστικών μη

κερδοσκοπικών εταιρειών. Αποτέλεσμα υπήρξε η ίδρυση (μικρού αριθμού) «επιστημονικών σωματείων», που ανέλαβαν να υλοποιήσουν το Μέτρο 1 του προγράμματος Λέρος Ι (δημιουργία ξενώνων για 110 συνολικά ασθενείς του Κρατικού Θεραπευτηρίου) και αργότερα το Μέτρο 2 του ίδιου προγράμματος (εκπαίδευση προσωπικού του ΚΘ). Στο πρόγραμμα Λέρος συμμετείχαν οι ακόλουθοι μη κερδοσκοπικοί φορείς (Γκιωνάκης, 2004): Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΕΨΥΚΑ), Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας, Περίθαλψης και Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ), Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (ΕΠΡΟΨΥΗ) και Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ) Συμμετείχαν, επίσης, και δύο ΝΠΙΔ συστημένα από το κράτος, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

3.2.4. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Η διάρκεια του προγράμματος δράσεων “Ψυχαργός”, που έχει σκοπό τη σταδιακή κάλυψη όλων των εθνικών αναγκών στον τομέα της ψυχικής υγείας, έχει ορίζοντα δεκαετίας: Το “Ψυχαργός” εισήχθη το 1997 για την περίοδο 1997 – 2006 και αναθεωρήθηκε το 2001 για την περίοδο 2001 – 2010. Ο ξεκάθαρος συμβολισμός της ονομασίας του, που παραπέμπει στην επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος με τη μυθολογική “Αργώ”, αναφέρεται στην “επιστροφή” των ψυχικά ασθενών στην Κοινότητα μέσω της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Στόχοι του προγράμματος ήταν οι εξής (ΥΥΠ, 1997:2):

- η αποασυλοποίηση 1500 ασθενών μακράς παραμονής στα ελληνικά ΨΝ και ιδιαίτερα η συρρίκνωση του ΨΝΑ, (ως ενός από τα πέντε υπερμεγέθη ψυχιατρικά ιδρύματα της ΕΕ, με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 1000 κλινών),
- η προώθηση κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και
- η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε υποομάδες των ΑμΨΔ όπως οι υπερήλικοι, τα παιδιά και οι έφηβοι, οι πάσχοντες από αυτισμό και τα παραβατικά παιδιά. Το Σχέδιο Δράσης προέβλεπε τρεις άξονες δράσεων, που αφορούσαν τους

ενηλίκους, τα παιδιά - εφήβους και την τρίτη ηλικία, αλλά και την παράλληλη υλοποίηση υποστηρικτικών -συνοδευτικών δράσεων για την τομεοποίηση των υπηρεσιών, την ευαισθητοποίηση της Κοινότητας και την εκπαίδευση του προσωπικού.

Όπως αναθεωρήθηκε για την περίοδο 2001-2010, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός (Ψυχαργός Β΄) προβλέπει τα εξής:

- ανάπτυξη κοινοτικού δικτύου μονάδων, μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) κατά 40% και κλείσιμο των ΨΝ Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Λέρου (ως το 2015) και του Δρομοκαϊτείου (ως το 2010),
- αγωγή Κοινότητας ενάντια στο στιγματισμό και στην κατεύθυνση αποδοχής των ιδιαιτεροτήτων, με παράλληλη εθελοντική ενίσχυση δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και
- επανένταξη ασθενών στην αγορά εργασίας μέσω 46 (αντίστοιχων προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας, ΤΟΨΥ) Μονάδων Επαγγελματικής Επανένταξης και Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ), με στόχο την επαγγελματική ένταξη του 30% (όσων ασθενών δύναται να εργαστούν) ως το 2005 και του 55-65% έως το 2007-2010.

Τέλος, οι άξονες δράσης που περιλαμβάνονται στον άξονα της Ψυχικής Υγείας του ΕΠ Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΕΣΠΑ (2009-2015) είναι οι ακόλουθοι:

- ανάπτυξη ΜΨΑ (Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης) για ΑμΨΔ - πολίτες της Κοινότητας,
- οριζόντια – διατομεακά προγράμματα με αντικείμενο την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας, την ενίσχυση των οργανώσεων των χρηστών υπηρεσιών και τη συνηγορία και καταπολέμηση του στιγματισμού,
- εισαγωγή και χρήση μηχανισμών - εργαλείων - διαδικασιών για παρακολούθηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας,
- πρόωθηση του θεσμού των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) με διοικητική, λειτουργική και επιστημονική στήριξη του έργου τους,
- μηχανισμοί υποστήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δικτύωσής τους σε τομεακό και περιφερειακό επίπεδο,

- δράσεις για την κοινωνική και επαγγελματική ενσωμάτωση ΑμΨΔ,
- εισαγωγή ηλεκτρονικών μέσων και ηλεκτρονικής διοίκησης στην ψυχική υγεία (ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική διασύνδεση υπηρεσιών και εφαρμογές τηλεψυχιατρικής).

Η πρώτη φάση του Προγράμματος Ψυχαργώς(1997-2001) χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο της Ε.Ε. με 15,5 δισεκατομμύρια δραχμές (ποσοστό 80% της συνολικής δαπάνης) στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.) «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά Εργασίας» (ΥΥΠ, 2002:16) Τα αποτελέσματα του Προγράμματος περιλάμβαναν τη δημιουργία 80 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για 1000 περίπου ασθενείς και 35 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης (ΥΥΠ, 2001:11)

Την περίοδο της δεκαετίας του '90, δρομολογείται σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων, που προωθούν και υποστηρίζουν γενικά την εθελοντική δραστηριότητα. Βέβαια, αυτές οι ρυθμίσεις αφορούν σε τομείς διαφορετικούς από αυτόν της υγείας, αλλά τις κρίνουμε αξιωματικώς, επειδή αποτελούν ρυθμίσεις που προωθούν και προάγουν γενικότερα τον εθελοντισμό. Πιο συγκεκριμένα, ο Ν. 1951/1991 ήταν ο πρώτος σχετικός νόμος που καθιέρωσε το θεσμό του εθελοντή πυροσβέστη. Την ίδια περίοδο το Υπουργείο Παιδείας, μέσω της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς και του άρθρου 20 του Ν. 2074/1992 ενισχύει τον εθελοντισμό των νέων κάτω των 29 ετών. Τρία χρόνια αργότερα, το 1995, ο Ν. 2344 ρυθμίζει θέματα που αφορούν την εθελοντική συμμετοχή και προσφορά στον τομέα της πολιτικής προστασίας. Είναι η χρονιά που η προβολή της ιδέας του εθελοντισμού και του ρόλου των εθελοντικών οργανώσεων προωθείται επίσης από τη θεσμοθέτηση της δωρεάν μετάδοσης μηνυμάτων κοινωνικού περιεχόμενου στα μέσα μαζικής επικοινωνίας ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα (άρθρο 3 παρ. 21 του Ν. 2328/1995 και κοινή υπουργική απόφαση των υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Τύπου και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης της 2ας Ιανουαρίου 1997).

Ο όρος πάντως «εθελοντισμός» εμφανίζεται για πρώτη φορά σε ελληνικό νομοθετικό κείμενο το 1998 (Ανθόπουλος, 2000, σ. 39), με την ευκαιρία νομοθετήματος που αφορά τον τομέα της υγείας και πρόνοιας (άρθρο 12 του Ν. 2646/1998 για την Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας) Εδώ γίνεται λόγος για «Ανάπτυξη του Εθελοντισμού» και δημιουργία στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

ανεξάρτητου Τμήματος Ανάπτυξης Εθελοντισμού. Στο άρθρο 6 του ίδιου νόμου, επίσης, καθορίζεται ως επίσημη ημέρα εορτασμού του εθελοντισμού στη χώρα μας η 5η Δεκεμβρίου κάθε έτους. Με το νόμο αυτόν, ορίζεται ότι τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που, ανεξάρτητα από τη νομική τους μορφή, δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας ή της κοινωνικής φροντίδας με αντικείμενο κυρίως την εθελοντική παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού θεωρούνται εθελοντικές οργανώσεις και αποτελούν φορείς του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας από κοινού με τους μη κερδοσκοπικούς φορείς και τους φορείς του δημόσιου τομέα (άρθρο 3, παρ. 1) Το κριτήριο για την υπαγωγή μιας οργάνωσης στην έννοια της εθελοντικής οργάνωσης, σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο, θα πρέπει να αναζητηθεί στον καθοριστικό ρόλο που πρέπει να έχουν οι εθελοντές και η εθελοντική εργασία στην υλοποίηση των προγραμμάτων δράσης αυτής της οργάνωσης (Ανθόπουλος, 2000, σ. 92) Ένα χρόνο αργότερα ψηφίζεται και ο Ν. 2716/1999 σύμφωνα με τον οποίο διευρύνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο από φορείς του δημόσιου τομέα όσο και από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Με αφετηρία τη νομοθετική αυτή κατοχύρωση του εθελοντισμού, παρατηρείται πλέον ακόμη μεγαλύτερη δραστηριοποίηση του εθελοντικού - μη κερδοσκοπικού τομέα στο πεδίο της ψυχικής υγείας, με μη κερδοσκοπικούς φορείς να υλοποιούν υπουργικούς σχεδιασμούς σε δράσεις «πυροσβεστικού» χαρακτήρα (όπως το πρόγραμμα άμεσης υποστήριξης ΨΝΑ Δρομοκαϊτείου) αλλά και σε δράσεις που συνεχίζουν το κοινοτικά επιδοτούμενο πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Στο πρόγραμμα «Άμεση Υποστήριξη ΨΝΑ Δρομοκαϊτείου» συμμετείχαν οι φορείς ΕΠΑΨΥ, ΘΕΨΥΠΑ, ΕΨΥΚΑ, ΕΠΡΟΨΥΗ και ΕΨΥΠΕ και η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Κλίμακα» (Γκιωνάκης, 2004), στην Α' φάση του «Ψυχαργός» συμμετείχαν η ΕΠΡΟΨΥΗ, η Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας και το ΕΠΨΥ, ενώ στη Β' φάση του «Ψυχαργός» φτάνουν να συμμετέχουν 31 μη κερδοσκοπικοί φορείς (με μόνο 6 να έχουν συμμετάσχει στα προηγούμενα προγράμματα). Αναμενόμενα, παρότι κάποιοι νέοι φορείς δημιουργούνται από γνωστούς και έμπειρους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, είναι πλέον αρκετά μεγάλη η συμμετοχή ανθρώπων που δεν είχαν καμία προηγούμενη σχέση με το χώρο.

Τελικά, και όσον αφορά την τρίτη ή μεταρρυθμιστική χρονική περίοδο που μελετούμε, οι κύριες εθελοντικές οργανώσεις που υφίστανται και δραστηριοποιούνται στο χώρο των

υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι οι μη κερδοσκοπικές εταιρείες που συμμετέχουν στην υλοποίηση των προγραμμάτων αποασυλοποίησης. Αυτές οι εταιρείες, έχοντας συσταθεί στη βάση του «επιστημονικού» κριτηρίου και γύρω από ένα άτομο συνήθως αναγνωρισμένου κύρους, όπως, π.χ., τον εκάστοτε τοπικό Καθηγητή Πανεπιστημίου, αρχίζουν αργότερα να γίνονται αντικείμενο αρνητικής κριτικής από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Βασικό σημείο κριτικής αποτελεί το γεγονός ότι οι εταιρείες αυτές δεν δημιουργήθηκαν με τον ίδιο τρόπο που συνέβη σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπου οι εθελοντικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις αποτέλεσαν αποκλειστικό προϊόν της κοινωνίας των πολιτών, αντιπροσωπεύοντας την ενεργοποίηση των ίδιων των πολιτών για θέματα τα οποία δεν καλύπτονταν επαρκώς ή δεν εντάσσονταν στην πολιτική των επίσημων κρατικών θεσμών. Σύμφωνα με όσους στέκονται κριτικά απέναντι στον εν λόγω θεσμό, οι παθογένειες στη συγκρότηση και ανάπτυξη των μη κερδοσκοπικών εταιρειών στην πατρίδα μας δημιουργεί, δυσλειτουργίες, όπως η απουσία συναίνεσης των κοινωνιών όπου δραστηριοποιούνται, η απουσία εθελοντών και εθελοντικής δράσης, η απουσία συμμετοχικότητας και δημοκρατικής λειτουργίας, η απουσία κοινωνικής λογοδοσίας κ.ά.. (Γκιωνάκης, 1999· Μπιλανάκης, 2006α· Μπιλανάκης, 2006β, σ. 36)

Ανακεφαλαιώνοντας την τρίτη αυτή περίοδο, συμπεραίνουμε πως η εθελοντική δραστηριότητα στον τομέα της ψυχιατρικής φροντίδας προσπαθεί αρχικά (μέσω μη κερδοσκοπικών οργανισμών που δημιουργούνται με κρατική πρωτοβουλία) να ανταποκριθεί στο πιεστικό ευρωπαϊκό αίτημα για ψυχιατρική μεταρρύθμιση και κατόπιν (μέσω πληθώρας νεοσύστατων μη κερδοσκοπικών οργανισμών) να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύστημα πρόνοιας και υγείας ως εκφραστής μιας ανώριμης και ατροφικής κοινωνίας των πολιτών.

3.3. Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β΄

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός αναπτύχθηκε σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη συνέχιση της αποασυλοποίησης, ο δεύτερος στη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην Κοινότητα.

Η υλοποίηση της Β΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» την περίοδο 2001-9 επέφερε την κατάργηση τεσσάρων από τα εννέα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ) της χώρας: Τα ασυλικά τμήματα του ΨΝ Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του

2005, του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων το Φεβρουάριο του 2006, του ΨΝ Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006, του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007. Την ίδια περίοδο μειώθηκε κατακόρυφα ο αριθμός των χρόνιων εγκλειστών στα υπόλοιπα ΨΝ, δηλαδή στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής - Δρομοκαΐτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και στο ΨΝ Τρίπολης. Μικρότερη υπήρξε αντίθετα η μείωση στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, όπου οι νοσηλεύόμενοι είναι κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών από περιοχές εκτός του νομού Δωδεκανήσου. Αποτέλεσμα πάντως του προγράμματος αποασυλοποίησης υπήρξε η κατανομή το 2009 2689 ψυχικά νοσούντων σε 452 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) (2002: 1289 ασθενείς σε 146 ΜΨΑ) και ο περιορισμός των ασθενών μακράς διαμονής σε ΨΝ σε λιγότερους από 2000. Η διασπορά επίσης των ΜΨΑ σε όλη την επικράτεια επέφερε τη λειτουργία στεγαστικών δομών σε όλες τις περιφέρειες και σε 37 νομούς της χώρας, με τις συγκεκριμένες μονάδες να λειτουργούν ως δυνητικοί χώροι διαβίωσης ατόμων με σοβαρές ΨΔ, ενάντια στην ιδρυματοποίηση και τον αποκλεισμό.

Η προοπτική βεβαίως δημιουργίας ΜΨΑ εντός του αστικού ιστού επέφερε σε πολλές πόλεις αντιδράσεις των περιοίκων και της τοπικής κοινότητας. Αυτές όμως δεν προκάλεσαν ματαιώσεις της λειτουργίας των ΜΨΑ και βαθμιαία κάμφθηκαν στην κατεύθυνση πλέον μιας θετικής μεταστροφής. Με τον τρόπο αυτό, ασθενείς που λαθροβιούσαν επί μακρόν σε ΨΝ έχουν τώρα μεταστεγαστεί σε ΜΨΑ εντός του αστικού ιστού σε πόλεις όλης της επικράτειας, λαμβανομένου υπόψη του τόπου καταγωγής και του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου. Στη νοσηλεία ωστόσο των ατόμων με ΨΔ παρουσιάζονται προβλήματα εξαιτίας της αποφυγής ισόβιου εγκλεισμού σε ΨΝ και της επακόλουθης αύξησης των εισαγωγών σε νοσηλευτικές δομές (που επιφέρει η συχνή υποτροπή της νόσου). Η αύξηση των εισαγωγών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων και για την αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν ενισχυθεί οι προσφερόμενες υπηρεσίες με ανάπτυξη νέων δομών και πρόσληψη επιπλέον προσωπικού. Γιατί παρόλη την επέκταση των κοινοτικών νοσηλευτικών δομών, μεγάλο μέρος αυτών δεν καλύπτει ακούσια περιστατικά και οι περισσότερες εισαγωγές εξακολουθούν να αφορούν τα τρία μεγάλα ΨΝ.

Ανατρέχοντας στα στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007), βλέπουμε πως οι ακούσιες εισαγωγές προσεγγίζουν τις 6000/έτος για το σύνολο των

νοσηλευτικών δομών, δηλαδή τις 53.8/100.000 κατοίκους. Μεγαλύτερη πρόοδος έχει συντελεστεί στον εξωνοσοκομειακό - κοινοτικό τομέα, με τη λειτουργία 40 Κέντρων Ψυχικής Υγείας και την παράλληλη λειτουργία Κέντρων Ημέρας και Κινητών Μονάδων, που είναι οι κύριες ή αποκλειστικές δομές παροχής υπηρεσιών σε 11 νομούς της χώρας. Η έμφαση στην ανάπτυξη των συγκεκριμένων υπηρεσιών οφείλεται αφενός στη δυσλειτουργία των δημόσιων φορέων, με τις χρονοβόρες διαδικασίες ανάπτυξης υποδομών και στελέχωσης, και αφετέρου στην ευελιξία των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η επέκταση αυτή του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών έχει δημιουργήσει κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε 47 από τους 52 νομούς της χώρας, ενώ η ολοκλήρωση του Ε.Π. Υγεία - Πρόνοια θα βρει το ήμισυ των νομών της χώρας να διαθέτουν ικανοποιητικό δίκτυο υπηρεσιών. Πρόκειται για μια εξέλιξη που θα λειτουργήσει ως παράγοντας ανάσχεσης της ιδρυματικής περίθαλψης των ΑμΨΔ και θα προαγάγει την κοινωνική ενσωμάτωσή τους. Με την έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των πασχόντων σε υπηρεσίες πλησίον της οικίας τους, αλλά και με τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων, οι υπηρεσίες αυτές έχουν ως αποστολή της πρόληψη των υποτροπών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Αναλυτικότερα, το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών έχει ως εξής:

A. Από το Δημόσιο Τομέα

- 33 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
- 13 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- 39 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- 13 Κέντρα Ημέρας
- 5 Νοσοκομεία Ημέρας
- 12 Κινητές Μονάδες
- 2 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας
- 36 Οικοτροφεία
- 78 Ξενώνες
- 198 Προστατευμένα Διαμερίσματα

- 15 Κοι.Σ.Π.Ε.
- Παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ. από Κ.Υ. των 1ης, 3ης, 5ης & 6ης ΥΠΕ

Β. Από τα ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

- 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- 1 Νοσοκομείο Ημέρας
- 52 Κέντρα Ημέρας
- 13 Κινητές Μονάδες
- 89 Οικοτροφεία
- 19 Ξενώνες
- 32 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- 4 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- 4 Εργαστήρια

Το εθνικό πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και γενικότερα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα και έχουν αναπτύξει κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, που στοχεύουν τόσο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όσο και στη διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και στη διατήρηση της παιδικής ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, στον εξωνοσοκομειακό - κοινοτικό τομέα έχουν δημιουργηθεί 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και 27 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ παράλληλα λειτουργούν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για την παροχή σχετικών υπηρεσιών σε παιδιά και εφήβους. Όσον αφορά το δεύτερο βαθμό περίθαλψης, η κυρίαρχη θέση ανήκε εκεί στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, εντός του οποίου λειτουργούσε Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών για παιδιά και εφήβους. Η βαθμιαία όμως μετατόπιση προς ένα κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης καταδεικνύεται και εδώ από τη λειτουργία 8 Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία πέντε νομών της χώρας. Το τρέχον έτος μάλιστα πραγματοποιήθηκε και η πλήρης κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου, με τη μεταφορά 4 Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής. Όσον αφορά τον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στέγασης, έχει ολοκληρωθεί η κατάργηση των ασυλικών εγκαταστάσεων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου, με τη μεταφορά των

πασχόντων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και σε νέους ξενώνες στην Αττική για εφήβους με ψυχικές διαταραχές και για παιδιά ψυχικά ασθενών - γονέων. Επίσης σε 14 Κέντρα Ημέρας σε πέντε νομούς της χώρας λειτουργούν εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης για άτομα που πάσχουν από αυτισμό. Στον τρίτο εξάλλου βαθμό της περίθαλψης λειτουργούν 3 ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και ένα οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική. Όσον αφορά τη γεροντική άνοια και τις ασθένειες τύπου Alzheimer, η περίοδος 2001-9 γνώρισε την ίδρυση 3 Οικοτροφείων και 7 Κέντρων Ημέρας σε 5 νομούς της χώρας με σκοπό την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία. Στο πλαίσιο τέλος του προγράμματος αποασυλοποίησης λειτουργούν επίσης 33 οικοτροφεία για ψυχογηριατρικά περιστατικά από τα ΨΝ της χώρας, με στόχο την παραμονή των ατόμων στην κοινότητα και τη συνέχιση των σχέσεων με τις τοπικές κοινωνίες.

Πέρα από όλα τα παραπάνω, καθοριστική είναι και η συμβολή του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια», στο πλαίσιο του οποίου έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές. Οι μονάδες αυτές έχουν χαρακτήρα προπαρασκευαστικό προς τις υπόλοιπες υπηρεσίες, προκειμένου οι τελευταίες να δεχτούν τα συγκεκριμένα άτομα και το προσωπικό και οι ένοικοι των δομών φιλοξενίας να σεβαστούν τα δικαιώματά τους. Οι υπηρεσίες αυτές στο νομό Αττικής αφορούν ένα Κέντρο Ημέρας για μουσουλμάνους και για Ρομ, μία Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας και δύο Κέντρα Ημέρας για μετανάστες με ψυχικές διαταραχές. Στο νομό Αττικής λειτουργεί παράλληλα Κέντρο Ημέρας και ξενώνας βραχείας φιλοξενίας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άστεγους, που αποσκοπεί στη βελτίωση των βιοτικών τους συνθηκών και στη σταδιακή κοινωνική τους επανένταξη. Ο χάρτης των υπηρεσιών συμπληρώνεται τέλος και από άλλες εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης, όπως τα Κέντρα Ημέρας για πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές και από προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται με τη μητρότητα (επιλόχεια κατάθλιψη).

Όσον αφορά το νομοθετικό – θεσμικό πλαίσιο, άξονας της μεταρρύθμισης για την ένταξη των ΑμΨΔ στην αγορά εργασίας υπήρξε ο Ν. 2716/99, που εισήγαγε τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Ο νόμος αυτός ανταποκρίθηκε στην ανάγκη υπέρβασης των στρεβλώσεων που χαρακτήριζαν ως τότε τις προστατευμένες μορφές απασχόλησης (πρακτικές απασχολησιοθεραπείας) και στην

ανάγκη πρόταξης μιας σειράς προτεραιοτήτων: οικονομική βιωσιμότητα, επιχειρηματική τεχνογνωσία, διασφάλιση εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων, συμμετοχή των τοπικών κοινωνιών και εισαγωγή καινοτόμων αντικειμένων απασχόλησης.

Όπως ορίστηκε στο άρθρο 12 του εν λόγω νόμου, οι ΚΟΙΣΠΕ είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες που αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Πρόκειται για ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχουν ως τώρα φτάσει τους 15, με το συνολικό αριθμό των εργαζόμενων ασθενών με ΨΔ να πλησιάζει τα 270 άτομα.

Συμπερασματικά, ο κοινοτικός αναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία έτη με την ανάπτυξη ενός ικανοποιητικού αλλά όχι επαρκούς δικτύου υπηρεσιών και με τη βαθμιαία κατάργηση των ασύλων.

3.4. Σύμφωνο Spidla

Η σύναψη του εν λόγω Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προέκυψε μετά από παρέμβαση της ΕΕ, την οποία και κατέστησαν αναγκαία η αστάθεια στην κοινοτική χρηματοδότηση των δράσεων ψυχικής υγείας και η έναρξη του προγράμματος Ψυχαργός Β'. Το Σύμφωνο Spidla περιείχε σημεία στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από την πλευρά της Ελληνικής Κυβέρνησης, όπως και ένα Οδικό Χάρτη υλοποίησής τους, προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσω του προγράμματος ΕΣΠΑ.

Άξονες του Συμφώνου αποτελούν τα εξής:

1. η προσήλωση της Ε.Ε. και των ελληνικών αρχών στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και στη συνέχισή του μέσω του Άξονα Προτεραιότητας 5 του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» (ΕΠΑΝΑΔ),
2. η δέσμευση των ελληνικών αρχών στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω ΕΣΠΑ την περίοδο 2007-2013,

3. η αξιολόγηση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων,
4. η δέσμευση των ελληνικών αρχών για πλήρη στελέχωση των δομών που δημιουργήθηκαν εντός του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και προγραμματισμό έγκαιρης στελέχωσης των νέων δομών που θα δημιουργηθούν (ως το τέλος του 2009 έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 ιατροί -ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι - και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας),
5. η προώθηση από τις ελληνικών αρχές (ως 30/6/2009) της πιστοποίησης και έκδοσης των αδειών λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών των ΜΚΟ, όπως και η σύναψη συμφώνων μεταξύ ΥΥΚΑ και ΜΚΟ για την επικύρωση της εκχώρησης και των όρων προσφοράς των εκ μέρους τους υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ποιοτικά πρότυπα, στοιχεία κοστολόγησης, κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και οικονομικού ελέγχου),
6. η επίλυση σε μόνιμη βάση των προβλημάτων τακτικής χρηματοδότησης των ΜΚΟ,
7. η ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλιση από τις ελληνικών αρχές της ομαλής λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ .

Καθοριστική ήταν επίσης η δέσμευση των ελληνικών αρχών να αναπτύξουν επαρκή μέθοδο συλλογής πληροφοριών, ώστε να είναι δυνατή η συστηματική και δυναμική παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Απόρροια εξάλλου του Συμφώνου ήταν η υποχρέωση του Υπουργείου Υγείας να εναρμονίσει τη στρατηγική του με τους άξονες εκείνου και να υποβάλλει σε τακτά χρονικά διαστήματα εκθέσεις προόδου της υλοποίησης του προγράμματος.

3.4.1. Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργώς

Το τρίτο σημείο του Συμφώνου Spidla αποτέλεσε η ανάγκη αξιολόγησης των μέχρι τότε δράσεων, από ξένους ειδικούς, η οποία και υλοποιήθηκε από ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων. Στην έκθεση που αυτοί συνέταξαν και παρέδωσαν το 2010, επισημαίνονταν ως θετικά σημεία του «Ψυχαργώς» τα παρακάτω:

- σημαντική βελτίωση της παροχής υπηρεσιών προς ένα σύγχρονο μοντέλο κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης,
- έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση των κλινών στα ΨΝ,

- κατάργηση ορισμένων ψυχιατρείων,
- εκσυγχρονισμός υφιστάμενων υπηρεσιών,
- πλήθος κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές, με Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης,
- ενεργή προσπάθεια του προσωπικού για την κοινωνική επανένταξη και την οικογενειακή επανασύνδεση των χρηστών,
- σταδιακή αποδοχή των ΑμΨΔ από τοπικές κοινωνίες,
- θετική μεταβολή στη στάση του προσωπικού προς μια ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και με έντονη την ηγετική δράση,
- ανάπτυξη των ΚΟΙΣΠΕ
- ενεργή συμβολή Κέντρων Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλων οργανισμών στην προαγωγή της ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο και
- διεξαγωγή καμπάνιας για τη μείωση του στίγματος με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Τα αδύναμα σημεία, αντίστοιχα, του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός» είναι τα παρακάτω:

- αποσπασματικότητα και ανεπαρκής συντονισμός του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (με συνέπεια τη συχνά ανεπαρκή παροχή στον πληθυσμό), αδύναμες διαδικασίες εφαρμογής της συμφωνημένης πολιτικής και βιαστικός - απερίσκεπτος σχεδιασμός,
- μη σύνδεση του συστήματος με τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο (λόγω ανυπαρξίας αξιόπιστων στοιχείων),
- ανισομερής και ευκαιριακή ανάπτυξη στις διάφορες περιοχές, εξαρτημένη από “επιχειρηματικές πρωτοβουλίες” παρά από πραγματικές ανάγκες, με συνέπεια την ανυπαρξία βασικών υπηρεσιών σε σημαντικά τμήματα της χώρας (π.χ. Πελοπόννησο, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα),
- υπερανάπτυξη του εξειδικευμένου και υποανάπτυξη του υποστηρικτικού προσωπικού,

- προβλήματα ηγεσίας και αφοσίωσης και ανυπαρξία “κρίσιμης μάζας” μεταρρυθμιστών για την προώθηση της μεταρρύθμισης και την ανάπτυξη πρωτοβουλιών και καινοτομιών,
- προβλήματα συντονισμού των διαφόρων τμημάτων του σχεδιασμού (υπερανάπτυξη ορισμένων και υποανάπτυξη άλλων),
- χάσματα στη φροντίδα υπο-ομάδων όπως παιδιά - έφηβοι, τρίτη ηλικία, “αδικημένες ομάδες” (π.χ. αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός),
- χαμηλή αλληλεπίδραση των τμημάτων του συστήματος με ασυντόνιστες και μη ανταποκρινόμενες υπηρεσίες,
- απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου της ποιότητας,
- απουσία έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας,
- προβληματικός ρόλος των Τ.Ε.Ψ.Υ., με συμβουλευτικό μόνο χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, με συνέπεια την αδυναμία διεκπεραίωσης των καθηκόντων τους,
- προβλήματα στα υπερφορτωμένα (ράντζα) τμήματα εσωτερικής νοσηλείας και παράλληλη απουσία ειδικών τμημάτων νοσηλείας οξέων περιστατικών (όπου συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία),
- ποιοτικά προβλήματα στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας,
- προβλήματα σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών,
- μη συμμετοχή χρηστών και οικογενειών στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική Ψ.Υ.,
- προβλήματα από την ανεξάρτητη και ασυντόνιστη μεταξύ τους λειτουργία τεσσάρων συστημάτων στο χώρο της Ψ.Υ. (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, ΜΚΟ, Ιδιωτικός Τομέας, αλλά και τα Ασφαλιστικά Ταμεία). (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011)

Συνοψίζοντας όλα τα προβλήματα που εμπόδισαν το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩ» να υλοποιηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩ» όπως αυτό εφαρμόστηκε σε πραγματικές συνθήκες, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο».

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

CASE STUDY «Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο»

4.1. Στοιχεία εξωτερικού περιβάλλοντος του τομέα υγείας

4.1.1. Κοινωνικο-Οικονομικοί Δείκτες

Οι συνθήκες διαβίωσης και άλλοι παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ενός πληθυσμού έχουν θεμελιώδη σημασία για το επίπεδο υγείας του και, κατ' επέκταση, για τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, πρόληψης και προαγωγής υγείας.

1. Εθνικό Προϊόν, Εισόδημα και Παραγωγικότητα

Οι μακροοικονομικές εξελίξεις της τελευταίας δεκαετίας καταγράφουν υψηλά ποσοστά ανάπτυξης για την Ελλάδα λόγω των ανοδικών τάσεων της ιδιωτικής κατανάλωσης και της δυναμικής επενδυτικής δραστηριότητας. Οι υψηλοί αυτοί ρυθμοί ανάπτυξης από τις αρχές του 21ου αιώνα έχουν φέρει το κατά κεφαλή Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), μετρημένο σε ισοδύναμες μονάδες αγοραστικής δύναμης, στο 98% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και στο 88% του μέσου όρου της Ε.Ε. των 15 (το έτος 2008). Η αύξηση του ΑΕΠ ήταν εξάλλου μετά το 2000 σημαντικά μεγαλύτερη από το μέσο όρο της ΕΕ, με μια απλή επιβράδυνση από 4,2% το πρώτο εξάμηνο σε 3,7% το δεύτερο εξάμηνο του 2007. (Όπως δείχνει ο πίνακας 2, τα επόμενα έτη έως το 2012 καταγράφουν αντίθετα ανάπτυξη με αρνητικό πρόσημο) Η αύξηση αυτή του ΑΕΠ συνοδεύτηκε επίσης από συνεχή αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας σε επίπεδα αντίστοιχα των ευρωπαϊκών μέσων όρων, αλλά και από αύξηση της παραγωγικότητας των συντελεστών μεγαλύτερη από το μέσο όρο της ΕΕ-15. Όσον αφορά αντίθετα τις μέσες ακαθάριστες αποδοχές ανά μισθωτό αυτές εξακολουθούν να υπολείπονται του ευρωπαϊκού μέσου όρου. (πίνακας 2)

2. Αγορά Εργασίας

Με δεδομένη τη λειτουργία της αξιοποίησης του διαθέσιμου σε εργάσιμη ηλικία δυναμικού ως έγκυρου δείκτη του αναπτυξιακού δυναμισμού σε εθνικό επίπεδο (των δυνατοτήτων δηλαδή της οικονομίας να δημιουργεί θέσεις απασχόλησης), η σταθερά ανοδική τάση της οικονομικής δραστηριότητας στη χώρα συνδέεται με τη μικρή (και επιταχυνόμενη μετά το 2002) αύξηση των δεικτών απασχόλησης του ενεργού πληθυσμού. Συναφής είναι άλλωστε και η σταθερή μείωση μετά το 2004 του ποσοστού ανεργίας, ως δείκτη δηλωτικού δυσχερειών στην απορρόφηση της προσφοράς εργασίας.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για τον Απρίλιο του 2008, το σύνολο των απασχολουμένων στην Ελλάδα εκτιμάται ότι ανήλθε σε 4.572.840 άτομα, οι άνεργοι σε 380.775 άτομα και ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός σε 4.273.989 άτομα. Με δεδομένα τα αντίστοιχα μεγέθη της αγοράς εργασίας τα τέσσερα προηγούμενα χρόνια (όπως εμφανίζονται στον πίνακα 1), οι απασχολούμενοι κατέγραψαν μεταξύ 2004 και 2008 σταθερή αύξηση της τάξης του 1,35% ετησίως, ενώ ο αριθμός των ανέργων μειώθηκε την ίδια περίοδο σταθερά με μέσο ρυθμό 6,38% ετησίως.

Εστιάζοντας στους επιμέρους τομείς, παρατηρούμε πως η άνοδος της απασχόλησης έχει προέλθει κυρίως το δημόσιο και τον ιδιωτικό μη αγροτικό τομέα, εφόσον η απασχόληση στον αγροτικό τομέα συνεχίζει την πτωτική τάση που ξεκίνησε τις αρχές της δεκαετίας του '90. Αναμενόμενα λοιπόν, το μερίδιο των απασχολουμένων στις υπηρεσίες αυξήθηκε από 65% (το 2004) σε 66% (το 2007) επί του συνόλου των απασχολουμένων, με την άνοδο να προκύπτει σε βάρος του μεριδίου της συνολικής απασχόλησης στο πρωτογενή τομέα (που υποχώρησε από 12,6% σε 11,5%), την ίδια στιγμή που το μερίδιο των απασχολουμένων στο δευτερογενή τομέα παραμένει ουσιαστικά σταθερό.

Η διαρκής υποχώρηση της απασχόλησης στον πρωτογενή τομέα οφείλεται αφενός στον υψηλό μέσο όρο ηλικίας των απασχολουμένων σ' αυτόν και αφετέρου στον περιορισμό της εκεί οικονομικής δραστηριότητας. Συγκριτικά όμως με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 (E-15), η Ελλάδα εξακολουθεί να καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην εκεί απασχόληση (με σχεδόν διπλάσιο μάλιστα ποσοστό έναντι της δεύτερης Πορτογαλίας) και την τελευταία θέση στην απασχόληση στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα. Παρά τις θετικές δε εξελίξεις της περιόδου 2004-2008 ως προς την απασχόληση και την ανεργία, η ελληνική οικονομία δείχνει να χαρακτηρίζεται ακόμη από

μικρή (σε σύγκριση με άλλες χώρες της ευρωζώνης) δυνατότητα δημιουργίας θέσεων εργασίας. Αυτό αποδίδεται είτε στη συνεχιζόμενη αναδιάρθρωση της ελληνικής οικονομίας (με κύριο γνώρισμα τη σημαντική συρρίκνωση της αγροτικής οικονομίας, που έχει οδηγήσει σε απώλεια πολλών θέσεων εργασίας) είτε στη δυσκαμψία της αγοράς εργασίας είτε στις όποιες αναντιστοιχίες μεταξύ της εκεί ζήτησης και προσφοράς.

Η μείωση της ανεργίας δεν αναιρεί άλλωστε το γεγονός ότι η όποια ύπαρξή της παίζει σοβαρό ρόλο στην υγεία του πληθυσμού και συμβάλει στη γενικότερη επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης. Η μακροχρόνια ειδικά ανεργία έχει επισημανθεί ότι σχετίζεται με την αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και νοσήματα από κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, κ.λπ.), ενώ παράλληλα επιβαρύνει την ψυχική υγεία των ανέργων και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Δεν είναι τυχαίο ότι περιοχές με ύφεση και υψηλή ανεργία εμφανίζουν χειρότερους υγειονομικούς δείκτες και υψηλή θνησιμότητα συνδεδεμένη με νεοπλάσματα, αυτοκτονίες και ατυχήματα. Ανάλογη είναι τέλος η επίδραση της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης και στο ασφαλιστικό σύστημα, λόγω των μειωμένων εισφορών στα Ασφαλιστικά Ταμεία. (πίνακας 3)

3. Ασφάλιση

Αν ο ασφαλιστικός τομέας επηρεάζεται άμεσα από τις διακυμάνσεις στον τομέα της απασχόλησης, αυτό συμβαίνει κυρίως μέσω της γήρανσης του πληθυσμού, της φθίνουσας γενικά αναλογίας του πληθυσμού σε παραγωγική ηλικία, και του προβλήματος της εισφοροδιαφυγής, που επηρεάζουν αρνητικά την δυναμική του ασφαλιστικού συστήματος. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης θα αυξηθεί μέχρι το 2040 κατά 50%, συγκριτικά με το 2000, ενώ ταυτόχρονα ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία εργασίας θα μειωθεί κατά 13%. Πρόκειται για μια δραματική μείωση του λόγου εργαζομένων προς συνταξιούχους από 1,8 σε 1,2. Οι τάσεις άλλωστε στο νευραλγικό χώρο της ασφάλισης διαφαίνονται και στις εξελίξεις που παρουσιάζουν οι ακόλουθοι πίνακες.

Πίνακας 4.1

Αμέσως ασφαλισμένοι στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, κατά κλάδο ασφαλίσεως (1990-2003), σε χιλιάδες.

Κλάδος Ασφάλισης	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Κυρίας συντάξεως	3.511	4.184	4.256	3.864	4.011	4.030
Επικουρικής συντάξεως	2.566	2.647	2.862	2.960	3.086	3.079
Προνοίας	689	1.117	1.205	1.029	1.071	1.071
Ασθενείας	5.087	5.077	6.129	5.897	5.828	5.983
Λοιπών Παροχών	1.558	1.614	1.702	1.702	1.705	1.705

Πηγή: ΕΣΥΕ

Πίνακας 4.2

Η εξέλιξη της αριθμητικής σχέσης συνταξιούχων προς ασφαλισμένους.

Ομάδα Ταμείων	1978	1988	1998	2008*
Μισθωτών ιδ. Τομέα	1:4,02	1:3,05	1:2,33	1:1,78
Τραπεζών	1:1,84	1:1,78	1:1,27	1:0,91
ΔΕΚΟ	1:6,76	1:4,57	1:1,42	1:0,44
Τύπου	1:2,60	1:2,64	1:3,08	1:3,35
Αυτοαπασχολουμένων	1:2,98	1:4,14	1:3,61	1:3,15
Ελευθ. επαγγελματιών	1:3,96	1:4,81	1:4,86	1:4,98

Πηγή: ΠΟΠΟΚΠ

* Πρόβλεψη

4.1.2. Δημογραφικές Εξελίξεις

Η απογραφή του 2001 κατέγραψε μια αύξηση 6,9% σε σχέση με το 1991, με τον πραγματικό πληθυσμό της Ελλάδας να ανέρχεται πλέον σε 10.964.020 άτομα. Η αυξητική όμως αυτή τάση του πληθυσμού οφείλεται αποκλειστικά στην εισροή οικονομικών μεταναστών και όχι στην αύξηση των γεννήσεων του εγχώριου πληθυσμού, που όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες βαίνουν μειούμενες. Δεν είναι τυχαία

άλλωστε η τυπική της ελληνικής περίπτωσης πληθυσμιακή γήρανση, που συνίσταται στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής της τρίτης ηλικίας στο σύνολο του πληθυσμού (σε βάρος του ποσοστού των νεότερων ηλικιών). Ο επόμενος πίνακας καταγράφει την εξέλιξη της κατά ηλικία δομής του ελληνικού πληθυσμού ως το 2001 όπως και τις προβλέψεις της ΕΣΥΕ για την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού ως το 2050. Ο πίνακας 9 καταγράφει επίσης τα αντίστοιχα στοιχεία αποκλειστικά για τις ηλικίες άνω των 65, ενώ ο πίνακας 8 δείχνει τη διαρκή αύξηση των ποσοστών της τρίτης ηλικίας, από το 7% του 1950 στο προβλεπόμενο 31,5% του συνολικού πληθυσμού το 2050.

Πίνακας 4.3

Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα και πρόβλεψη της έως το 2050

Ηλικιακές Ομάδες	1981	1991	2001	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	23,7	19,2	15,2	14,1	13,5	12,2	11,9	12,1
15-65	63,6	67,1	68,1	67,4	66,2	64,5	60,3	56,4
65+	12,7	13,7	16,7	18,5	20,3	23,3	27,8	31,5

Πηγή: ΕΣΥΕ

Οι εξελίξεις αυτές οφείλονται σε δύο κύριες δημογραφικές παραμέτρους: (α) Τη μείωση της γεννητικότητας και (β) την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού.

Η μείωση του αδρού δείκτη γεννητικότητας (ανά 1000 κατοίκους) στο διάστημα αυτό ήταν χαρακτηριστική, από τις 16,5 γεννήσεις ετησίως σε 9,7 το 2005. Στο σύνολο δηλαδή της χώρας, ο συνολικός αριθμός γεννήσεων μειώθηκε κατά το 1/3. Όσον αφορά πάλι την ειδική γεννητικότητα, τον αριθμό δηλαδή των γεννήσεων ανά 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, αυτή μειώθηκε σχεδόν στο μισό (από 68,8 σε 37,4/1000) μόνο στην εικοσαετία 1981-2001 (πίνακας 10).

Ο δείκτης συνολικής αναπαραγωγής (ή γονιμότητας), δηλαδή ο αριθμός παιδιών που κατά μέσο όρο μια γυναίκα γεννά σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας, μειώθηκε από 2,1 σε μόλις 1,3. Σημειώνεται δε ότι το 2,1 είναι το ελάχιστο όριο, το οποίο εξασφαλίζει μια ομαλή ανανέωση του πληθυσμού. Την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τους χαμηλότερους δείκτες γονιμότητας, δεδομένου ότι ο μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. είναι 1,9 έναντι μόλις 1,3 της χώρας μας.

Πίνακας 4.4

Δείκτες γεννητικότητας στην Ελλάδα, 1981- 2001.

Δείκτης	1981	1991	2001
Αδρή Γεννητικότητα	14,5	10,0	9,3
Ειδική Γεννητικότητα	68,8	41,9	37,4
Δείκτης Συνολ. Αναπαραγωγής	2,1	1,3	1,2

Πηγή: ΕΣΥΕ, ίδια επεξεργασία.

Συνδυασμένες με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής του ελληνικού πληθυσμού, οι εξελίξεις αυτές οδηγούν σε ραγδαία αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού άνω των 65 ετών, με ιδιαίτερη επίδραση σε βάρος του ποσοστού του νεανικού πληθυσμού (κάτω των 15 ετών).

Από το 1998 άλλωστε ο αριθμός των θανάτων άρχισε να είναι μεγαλύτερος εκείνου των γεννήσεων, αποτυπώνοντας χαρακτηριστικά το φαινόμενο της φυσικής μείωσης του πληθυσμού. Πρόκειται για μια δημογραφική γήρανση που στις ανεπτυγμένες χώρες έχει σοβαρότατες κοινωνικοοικονομικές, ασφαλιστικές και υγειονομικές συνέπειες. Η φυσική ωστόσο κίνηση του πληθυσμού δείχνει τάσεις ανάκαμψης μετά το 2004, όταν και καταγράφηκε εκ νέου υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων.

Όσον αφορά την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για άνδρες και γυναίκες άνω των 65 ετών, που καταγράφεται στον πίνακα 5, αυτή αποδίδεται τόσο στη βελτίωση του βιοτικού

επιπέδου όσο και στην παροχή πληρέστερων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας την τελευταία δεκαπενταετία.

Πίνακας 4.5
Σύνοψη πινάκων επιβίωσης, Ελλάδα (1960-2000)

Έτη προσδοκώμενης ζωής σε κάθε ηλικία										
Ηλικία	Άρρενες					Θήλειες				
	1960	1970	1980	1990	2000	1960	1970	1980	1990	2000
0	67,30	70,13	72,15	74,60	75,42	70,42	73,64	76,55	79,40	80,54
5	67,19	68,66	69,02	70,46	71,02	70,04	71,74	73,15	75,25	76,00
10	62,40	63,81	64,13	65,54	66,07	65,23	66,86	68,24	70,31	71,04
15	57,56	58,94	59,26	60,62	61,13	60,35	61,95	63,32	65,36	66,08
20	52,77	54,09	54,48	55,84	56,33	55,50	57,05	58,43	60,44	61,16
25	47,05	49,32	49,74	51,19	51,62	50,70	52,20	53,54	55,56	56,26
30	43,36	44,58	45,01	46,44	46,90	45,92	47,38	48,66	50,68	51,35
35	38,69	39,86	40,29	41,69	42,15	41,16	42,57	43,96	45,81	46,44
40	34,02	35,14	35,58	36,97	37,46	36,42	37,77	38,95	40,95	41,57
45	29,42	30,47	30,94	32,37	32,84	31,72	32,98	34,15	36,15	36,76
50	24,97	25,92	26,42	27,82	28,36	27,14	28,26	29,46	31,44	32,01
55	20,77	21,58	22,13	23,49	24,08	22,74	23,69	24,93	26,78	27,36
60	16,88	17,54	18,17	19,41	19,98	18,59	19,33	20,63	22,27	22,77
65	13,37	13,87	14,59	15,66	16,17	14,77	15,29	16,69	17,94	18,33
70	10,29	10,64	11,48	12,25	12,67	11,35	11,66	13,17	13,88	14,15
75	7,69	7,91	8,84	9,31	9,62	8,45	8,39	10,32	10,37	10,44
80	5,62	5,78	6,68	6,93	6,98	6,16	6,19	7,58	7,45	7,35
85	4,09	4,26	4,95	5,07	5,06	4,50	4,48	5,54	5,36	5,29
90	3,05	3,20	3,60	3,74	3,88	3,36	3,32	3,95	3,92	4,04

Πηγή: ΕΣΥΕ

4.1.3. Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας

1. Θνησιμότητα

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για το 2002 στην Ελλάδα, ο συνολικός ετήσιος αριθμός θανάτων από οποιαδήποτε αιτία έφτασε τις 103.915, κορυφώνοντας μια διαχρονική εξέλιξη ανοδικής πορείας μετά το 1980 (86.261 το 1981). Η αύξηση ωστόσο αυτή της τάξης του 19% περίπου οφείλεται κατά βάση στην αύξηση του πληθυσμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με τον αδρό συντελεστή θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) να παρουσιάζει σχετική σταθερότητα κατά την τελευταία δεκαετία (μεταξύ 9,3 και 9,5/1000). Ανάλογες είναι και οι βραχυπρόθεσμες προβλέψεις για τα επόμενα χρόνια, όταν και αναμένεται περί το 9,5/1000.

2. Πρώιμη θνησιμότητα

Βρεφική θνησιμότητα. Το συγκεκριμένο μέγεθος αποτελεί ευαίσθητο δείκτη του γενικού επιπέδου υγειονομικών συνθηκών και υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας του πληθυσμού. Ο σχετικός δείκτης (θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων) ήταν το 1981 στην Ελλάδα 17,94/1000, το 1991 μειώθηκε στα 9,03/1000, ενώ στην επόμενη δεκαετία και ειδικότερα ως το 2006 περιορίστηκε στο 3,70/1000, με μια εκ νέου μείωση κατά περίπου 60%. Πρόκειται άλλωστε για μια πτωτική πορεία που καταγράφεται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες: Ενώ στα μέσα του 19ου αι. έφτανε το 20%, σήμερα καταγράφει πια μονοψήφιους αριθμούς.

Νηπιακή θνησιμότητα. Με το συγκεκριμένο μέγεθος νοείται η πιθανότητα θανάτου σε ηλικία κάτω των 5 ετών και ο επόμενος πίνακας είναι κατατοπιστικός για τις σχετικές εξελίξεις σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 1970-2004: Όπως μπορούμε να δούμε, η νηπιακή θνησιμότητα στην Ελλάδα σημείωσε εντυπωσιακή μείωση τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και έφτασε στα επίπεδα των ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών.

Πίνακας 4.6

Πιθανότητα θανάτου σε ηλικία κάτω των 5 ετών, (θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις)

Έτος	1970	1980	1990	2000	2004
Αυστρία	29	17	10	6	5
Βέλγιο	25	15	10	6	5
Γαλλία	18	13	9	5	5
Γερμανία	25	15	9	5	5
Δανία	17	10	9	6	5
Ελλάδα	32	20	11	7	5
Ιταλία	33	16	9	5	5
Ισπανία	24	14	6	5	5
Μ. Βρετανία	22	14	10	6	6
Ολλανδία	16	11	9	6	5
Σουηδία	13	8	7	4	4

Πηγή: WHO Data base

3. Αιτίες θανάτου

Όπως καταγράφει ο επόμενος πίνακας (7) για την εξέλιξη της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους), περισσότεροι από τους μισούς θανάτους οφείλονται σε νοσήματα του κυκλοφορικού (καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά), ενώ το 24% οφείλεται σε νεοπλάσματα. Πιο συγκεκριμένα:

- Παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από καρδιοπάθειες, παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων και κακοήθη νεοπλάσματα, με τις κατηγορίες αυτές να ευθύνονται για τα 3/4 του συνόλου των παρατηρούμενων θανάτων στη χώρα.
- Παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα, παθήσεις του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος.
- Σταθερή παραμένει η θνησιμότητα από ατυχήματα, παθήσεις του πεπτικού και του νευρικού συστήματος, καθώς και από ενδοκρινικά και ανοσολογικά νοσήματα.
- Μειώνεται η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα.

Πίνακας 4.7

Θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, 1998-2002 (Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους)

Έτος	1998	1999	2000	2001	2002
Καρδιοπάθειες και λοιπές καρδιαγγειακές παθ.	306,2	302,7	305,4	311,8	311,4
Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων	172,8	168,9	171,0	169,1	168,4
Κακοήθειες νεοπλασίες	203,3	212,3	216,9	221,3	223,7
Ατυχήματα	33,4	33,2	33,3	33,3	33,2
Παθήσεις Αναπνευστικού Συστήματος	62,1	65,5	70,1	75,3	79,5
Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος	21,2	22,0	21,9	21,9	21,5
Παθήσεις Ουροποιητικού Συστήματος	10,8	12,8	13,1	13,4	13,6
Παθήσεις Νευρικού Συστήματος	9,0	9,3	9,3	9,2	9,2
Ενδοκρινικά Ανοσολογικά Νοσήματα	8,0	9,5	9,7	10,0	10,1
Λοιμώδη νοσήματα	6,3	5,0	5,0	5,0	4,9
Άλλες αιτίες θανάτου	98,1	95,5	91,0	87,0	82,1

Πηγή: ΕΣΥΕ, ίδια επεξεργασία.

4. Παράγοντες κινδύνου

Με δεδομένο πως τα 3/4 του συνόλου των θανάτων οφείλονται σε καρκίνους και αγγειακές παθήσεις, οι αιτίες και παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα αυτά αναδεικνύονται σήμερα στα κρίσιμότερα θέματα της δημόσιας υγείας. Γι' αυτό ακριβώς το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή, η απουσία σωματικής άσκησης, οι τρόποι ζωής, η μόλυνση του περιβάλλοντος και μια σειρά οργανικών διαταραχών, που συνδέονται με τα παραπάνω (όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστεριναιμία κ.ά.), αποτελούν πια μερικούς από τους καθοριστικότερους παράγοντες της δημόσιας υγείας. Όσον αφορά τη χώρα μας, τα διαθέσιμα σχετικά στοιχεία είναι άκρως ανησυχητικά:

- Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη αναλογία καπνιστών (περίπου το 45% των ανδρών και το 32% των γυναικών) και το γεγονός δεν αμβλύνεται καθόλου από τη μείωση της τελευταίας δεκαετίας.
- Η Ελλάδα εμφανίζει τα τελευταία χρόνια τα υψηλότερα (και σχεδόν διπλάσια από εκείνα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών) ποσοστά παχυσαρκίας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες
- Η Ελλάδα κατατάσσεται στη μέση περίπου της κατάταξης των ευρωπαϊκών χωρών ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, με μια παρουσιαζόμενη όμως μείωση που δεν επιβεβαιώνεται σε άλλες πηγές στοιχείων. Ιδιαίτερα σημαντικό φαίνεται να είναι το

πρόβλημα στους νέους της Ελλάδας, τη στιγμή που έχει αρχίσει να αναπτύσσεται πανευρωπαϊκά μεταξύ των νέων η επικίνδυνη πρακτική της στοχευμένης και εντατικής κατανάλωσης αλκοόλ ("binge-drinking" – στο εξής «βαριά χρήση αλκοόλ»). Πρόκειται για μια νέα απειλή, που πρέπει να αντιμετωπισθεί, ενώ τα σχετικά στοιχεία του Π.Ο.Υ είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με τη χώρα μας να κατατάσσεται και πάλι σε μία από τις μεσαίες θέσεις.

Παθολογικοί παράγοντες κινδύνου: Οι επιδημιολογικές μελέτες των τελευταίων ετών έχουν καταγράψει μεγάλη αύξηση στο ποσοστό παθολογικών καταστάσεων - σημαντικών παραγόντων κινδύνου για τις καρδιοπάθειες, γεγονός που συνδέεται με τις σημαντικές μεταβολές που έχουν συντελεστεί στη διατροφή του ελληνικού πληθυσμού. Η αύξηση εντοπίζεται ειδικότερα στον επιπολασμό της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερχοληστεριναιμίας: Οι έρευνες δείχνουν ότι η συχνότητα της υπέρτασης φτάνει το 20-22% του γενικού πληθυσμού και ξεπερνά το 50% μεταξύ των υπερηλίκων, η συχνότητα της υπερχοληστεριναιμίας είναι αντίστοιχα υψηλή, σε ποσοστά άνω του 50% των ενηλίκων, ενώ ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη κυμαίνεται μεταξύ 6 και 8% του γενικού πληθυσμού, και μεταξύ 8 και 10% στους υπερήλικες.

5. Αξιολόγηση – Συμπεράσματα

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και η βελτίωση του ελληνικού βιοτικού επιπέδου τα τελευταία χρόνια είναι οι παράγοντες στους οποίους κυρίως αποδίδονται και οι σταθερές τάσεις βελτίωσης στο επίπεδο υγείας. Έτσι:

- i. Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε κατακόρυφα από 29,6 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων το 1970 σε 5,1 θανάτους το 2002.
- ii. Η περιγεννητική θνησιμότητα μειώθηκε δραστικά από 26,8 το 1970 σε 7,8 το 2002 και η νεογνική θνησιμότητα από 19 το 1960 σε 3,2 το 2002.
- iii. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε μεταξύ 1960 και 2000 από 67,3 σε 75,4 στους άνδρες και από 70,4 σε 80,5 στις γυναίκες.
- iv. Η νηπιακή θνησιμότητα έχει μειωθεί κατακόρυφα κατά την 35ετία 1970-2004 από 32 σε 5/1000 και βρίσκεται πλέον στα μέσα ευρωπαϊκά επίπεδα.

- v. Η πιθανότητα θανάτου στην παραγωγική ηλικία (μεταξύ 15 και 60) έχει επίσης μειωθεί σημαντικά και συγκαταλέγεται στις χαμηλότερες ευρωπαϊκές, ιδίως στις γυναίκες.

Όλα τα παραπάνω συνδέονται ακριβώς με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, με την ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και σε ένα βαθμό με την αποτελεσματικότερη πρόληψη κάποιων νοσημάτων.

Ως κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα καταγράφονται:

1. οι καρδιοπάθειες, που ευθύνονται για το 32,5% των θανάτων και των οποίων ο δείκτης θνησιμότητας εμφανίζει ανοδική πορεία αντίστροφη προς τις τάσεις πολλών ευρωπαϊκών χωρών (ειδικά ο προτυποποιημένος κατά ηλικία δείκτης είναι ο υψηλότερος στην Ευρώπη),
2. οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων, που ευθύνονται για το 17,6% των θανάτων και εμφανίζουν σχετική σταθερότητα,
3. ο καρκίνος, που αποτελεί την αιτία του 23,4% των θανάτων και του οποίου η θνησιμότητα εμφανίζει επίσης αυξητικές τάσεις (σε 5 μόλις χρόνια κατά 10%),
4. οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος, που εμφανίζουν αύξηση της θνησιμότητας και
5. οι εξωτερικές κακώσεις, η θνησιμότητα των οποίων μένει σχετικά σταθερή, είναι εντούτοις από τις υψηλότερες της Ευρώπης.

Όσον αφορά τη μόλυνση HIV και τη θνησιμότητα από AIDS, οι σημερινοί αριθμοί ασθενών και φορέων και οι τάσεις εξέλιξής τους κατατάσσουν την Ελλάδα σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις στην Ε.Ε.

Παράγοντες κινδύνου. Το επίπεδο των διαφόρων παραγόντων κινδύνου έχει επιδεινωθεί στην Ελλάδα:

1. Το ποσοστό των καπνιστών είναι το υψηλότερο της Ε.Ε.: Σχεδόν το 60% των Ελλήνων 25-34 ετών και περίπου οι μισοί άνδρες κάτω των 54 ετών καπνίζουν, ενώ στις Ελληνίδες παρατηρούνται ιδιαίτερα ανησυχητικά ποσοστά στις μικρότερες ηλικίες.
2. Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα με διαρκώς αυξανόμενες διαστάσεις, εξαιτίας της προοδευτικής εγκατάλειψης της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής: Περισσότεροι

από τους μισούς άνδρες είναι υπέρβαροι σε όλες σχεδόν τις ομάδες ηλικιών, ενώ εκτιμάται ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για το 10% των πρόωρων θανάτων στην Ελλάδα.

3. Σε αντίθεση με τις αξιοσημείωτες τάσεις μείωσης σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, η κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει αύξηση στην Ελλάδα και την κατατάσσει στις μεσαίες θέσεις της σχετικής ευρωπαϊκής κατάταξης.

4. Η συστηματική άσκηση αφορά μικρό μόνο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού, το οποίο και μειώνεται σταθερά με την ηλικία.

5. Υψηλός είναι στην Ελλάδα και ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη, που ξεπερνά το 10% στις μεγάλες ηλικίες.

6. Η αρτηριακής υπέρτασης έχει αναχθεί ως προς την αντιμετώπισή της σε επίπεδο πληθυσμού σε μια από τις υψηλές προτεραιότητες στον τομέα της Υγείας.

Όλα τα προηγούμενα καταδεικνύουν την απώλεια των συγκριτικών πλεονεκτημάτων της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και ορίζουν τις κύριες προτεραιότητες της πολιτικής υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

4.2. Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, συνδεδεμένων με δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και ατομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, οι οποίοι δεν την επηρεάζουν ισοβαρώς ούτε και διατηρούν διαχρονικά την ίδια βαρύτητα: Ο ρόλος και η σημαντικότητά τους μεταβάλλονται συνεχώς από τις ισχύουσες συνθήκες και αντιλήψεις.

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες της ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι το βιοτικό και το μορφωτικό επίπεδο, το διαθέσιμο εισόδημα, το ποσοστό της ανεργίας κ.ά., ενώ ατομικοί παράγοντες είναι π.χ. η αξία και προτεραιότητα της υγείας για κάθε άτομο, η γνώση και πληροφόρηση για ασθένειες, ο συντηρητισμός ή ευρύτερες προκαταλήψεις σε θέματα υγείας.

Η τελευταία Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ε.Σ.Υ.Ε. για την περίοδο 1998/99, κατέγραψε (βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας) συνολικές μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό σε όλες τις περιοχές της χώρας ύψους € 94,29, ή αλλιώς 6,8% του συνόλου των μηνιαίων αγορών ανά νοικοκυριό. Η μεγαλύτερη

αναλογία στο σύνολο των αγορών αντιστοιχεί στα νοικοκυριά της περιφέρειας πρωτεύουσας (7,6%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά των λοιπών αστικών περιοχών (5,53%). Το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας αντιστοιχεί για όλες τις κατηγορίες των περιοχών στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, ακολουθούμενες από ιατρικές υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι συγκριτικά χαμηλότερες. Με το κριτήριο πάλι του μεγέθους του νοικοκυριού, η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας εμφανίζεται στα νοικοκυριά με ένα μόνο μέλος (8,14%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά με πέντε μέλη (5,5%), ενώ με το κριτήριο των μηνιαίων συνολικών αγορών, παρατηρείται αύξηση των δαπανών υγείας ανάλογη της αύξησης των συνολικών αγορών.

Πίνακας 4.8

Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1998/99)

Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυρια με					
		1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
Σύνολο Αγορών	1383,24	761,38	1.112,87	1.594,76	1.810,20	1.781,52	1.849,88
Δαπάνες Υγείας	94,29	61,94	81,31	106,23	120,10	98,14	110,01
Φαρμακευτικά προϊόντα	13,90	13,91	16,02	12,91	12,20	13,20	13,99
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα	0,99	0,71	1,00	1,04	0,99	1,02	2,11
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	2,69	1,76	2,78	2,88	2,81	3,36	3,21
Υπηρεσίες ιατρών	22,38	15,56	21,27	25,68	26,60	18,74	22,61
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	32,04	14,78	19,22	34,92	53,26	46,96	44,63
Παραϊατρικές υπηρεσίες	10,60	10,54	10,90	11,06	10,95	5,91	11,96
Νοσοκομειακή περίθαλψη	11,65	4,63	10,09	17,71	13,27	8,92	12,47
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	6,82	8,14	7,31	6,66	6,63	5,50	5,94

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. /Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998/99, όλα τα ποσά έχουν μετατραπεί σε ευρώ βάσει της επίσημης ισοτιμίας €1=340,75 δρχ. Τυχόν αποκλίσεις σε ορισμένους λογαριασμούς οφείλονται στην προσαρμογή στο νέο νόμισμα.

4.3. Ψυχική Υγεία

Όσον αφορά στην επιδημιολογία των ψυχικών νόσων, από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι ο πληθυσμός στη χώρα μας αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας ανάλογα και στον ίδιο βαθμό, με εκείνα των αναπτυγμένων κοινωνιών. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αναγνωρίζοντας την μετατόπιση της έμφασης από την ψυχιατρική περίθαλψη στην πρόληψη και στη φροντίδα ψυχικής υγείας μέσα στην Κοινότητα ανέλαβε την προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, κεντρικός σκοπός της οποίας είναι «η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην Κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα».

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ξεκίνησε με την ψήφιση του Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84 και αργότερα 4130/88) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού και δημιουργήθηκαν κοινοτικές δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.), και εναλλακτικές μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στην Κοινότητα (σε αντίθεση με της προϋπάρχουσες ασυλικές δομές) για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλους τους πολίτες κοντά στον τόπο διαμονής τους. Ο Ν. 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση. Χαρακτηριστικό της αλλαγής που επήλθε με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης είναι η αύξηση των Ψυχιατρικών Μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία από 1 (16 κλίνες) σε 30 (365 κλίνες) την περίοδο 1983- 2001 και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας από 6 σε 28. Επιπροσθέτως δημιουργήθηκαν άλλες 10 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία (χωρίς εγκαταστάσεις εσωτερικών ασθενών), προσφέροντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων.

Πίνακας 4.9

Συνοπτική παρουσίαση αλλαγών κατά την περίοδο 1983-2001.

ΠΕΣΥ	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		Ξενώνες/ Διαμερίσματα	
	1983	2001	1983	2001
Αν. Μακεδονίας και Θράκης	0	1	0	7
Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	0	1
Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας	0	2	0	35
Δυτικής Μακεδονίας	0	0	0	0
Ηπείρου	0	0	0	8
Θεσσαλίας	0	0	0	6
Ιονίων Νήσων	0	1	0	3
Δυτικής Ελλάδας	0	0	0	6
Στερεάς Ελλάδας	0	0	0	8
Α-Β-Γ Αττικής	0	3	15	57
Πελοποννήσου	0	1	0	9
Βόρειου Αιγαίου	0	0	0	1
Νότιου Αιγαίου	0	1	0	42
Κρήτης	0	1	0	9

Πηγή: Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Πίνακας 4.10

Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά τα έτη 1980 και 2000.

Παροχές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	1980	2000
Χρόνιοι Ασθενείς στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (διαθέσιμες κλίνες)	5.677	2.922
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κλίνες)	16	361
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	28
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	36
Κέντρα Ημέρας / Εργαστήρια / Συνεταιρισμοί / Ξενώνες / Οικοτροφεία	40	4.317

Πηγή: Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Κεντρικός φορέας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και πιο συγκεκριμένα η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας. Για να εξασφαλιστεί η οργάνωση της ψυχιατρικής

φροντίδας, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι δημιουργήθηκαν εντός των Υγειονομικών Περιφερειών με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) που λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2716/99 στο πλαίσιο των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Οι ΜΨΥ ανήκουν στα νοσοκομεία, σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, σε Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης. Τυποποιούνται σύμφωνα με την ακόλουθη διάρθρωση:

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας: Παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας ενώ μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων
- Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων
- Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
- Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία
- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ιδιωτικές Κλινικές
- Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης: Μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους.
- Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. 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, τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

Ειδικότερα:

- Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
- Οι φιλοξενούσες οικογένειες μπορούν να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή.
- Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης ή Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης: Πρόκειται για τις υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικο-επαγγελματικής επανένταξης που παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/53 και του Ν. 1397/1983.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι:

- Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους
- Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικους και εφήβους.

Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης είναι:

- Τα Προστατευμένα Εργαστήρια.
- Τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες οι εφήβους ηλικίας 15 ετών και άνω με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Οι παραπάνω Ειδικές Μονάδες παρέχουν με κατάλληλο προσωπικό υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων σε άτομα με

χρόνιες ΨΔ και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Σκοπός είναι η θεραπεία, η κοινωνική επανένταξη και η τοποθέτησή των ατόμων αυτών στην ελεύθερη ή προστατευόμενη αγορά εργασίας, σε Κοι.Σ.Π.Ε. ή σε άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.): Είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και εμπορική ιδιότητα. Έχουν αποστολή την κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους ανάρτηση.

2. Το Εθνικό Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Το μακροπρόθεσμο αυτό Σχέδιο του τότε Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εκπονήθηκε για τη διασφάλιση της συνέχισης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995. Πρόκειται για ένα δεκαετές πρόγραμμα που κάλυπτε την περίοδο 1997-2006 και στόχευε στη διατήρηση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική και εργασιακή ένταξη ή επανένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε όλη την επικράτεια.

Η Α' φάση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώθηκε το 2001 και στα τέλη εκείνης της χρονιάς το πρόγραμμα αναθεωρήθηκε για την περίοδο 2001-2010, προκειμένου να επικαιροποιηθούν στοιχεία και δεδομένα (για την ακριβέστερη διαμόρφωση του χρονικού προγραμματισμού), να ιεραρχηθούν εκ νέου οι προτεραιότητες ανά περιφέρεια και τομέα και να ενσωματωθούν τυχόν αλλαγές.

Μέρος της Α' Φάσης 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 υλοποιήθηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα. Στο πλαίσιο αυτού πραγματοποιήθηκαν δράσεις για τη βελτίωση δομών (εκπαίδευση εκπαιδευτών) και υποδομών (αναβάθμιση κτιρίων και εξοπλισμός) και για την ανάπτυξη και βελτίωση των δεξιοτήτων των χρηστών. Στο πλαίσιο όμως του ίδιου Ε.Π. εγκρίθηκε και η δημιουργία

και λειτουργία της «Μονάδας Εμφύχωσης και Παρακολούθησης των Φορέων Υλοποίησης Ενεργειών και Δράσεων του ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Α΄ φάση», με διάρκεια 24 μηνών και αποστολή τη συμβολή στην οργάνωση των δράσεων των Φορέων και την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Τα αποτελέσματα αυτού του μέρους της Α΄ Φάσης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ 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

Η μεγαλύτερη βαρύτητα του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ δόθηκε ως το τέλος του 2001 στην αποασυλοποίηση ασθενών. Τότε δημιουργήθηκαν συνολικά 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία και 10 διαμερίσματα, όπου εγκαταστάθηκαν 1.000 περίπου ασθενείς από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, ένα οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, ένας ξενώνας για ψυχικά ασθενείς πρόσφυγες και 35 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών. Τότε επίσης προσελήφθησαν για τις δομές αυτές και καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων 1.200 νέοι Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Οφείλουμε δε να σημειώσουμε ότι παρότι ο σεισμός του 1999 οδήγησε μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού για νέες δομές στην αποκατάσταση του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, την ίδια περίοδο ιδρύθηκαν ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς, ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς πρόσφυγες, ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς μουσουλμανικού θρησκευματος και έξι νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων.

Όσον αφορά τη Β΄ Φάση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ (2002-2006), αυτή δεν επικέντρωσε μόνο στην αποασυλοποίηση εγκλείστων σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας (3.500 ασθενείς), αλλά και στη συνέχιση της δημιουργίας και ανάπτυξης των κοινοτικών δομών της πρώτης φάσης. Η Β΄ Φάση συνέπεσε με την υλοποίηση του Τομεακού

Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» του Γ΄ Κ.Π.Σ. Στο πλαίσιο αυτού, και μέχρι το τέλος περίπου του 2007 δημιουργήθηκαν 277 Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Πρόκειται για ανάπτυξη Ξενώνων, Οικοτροφείων, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Κέντρων Ημέρας για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και αυτιστικού τύπου και Κινητών Μονάδων από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου:

Πίνακας 4.11

Δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» (28/09/2007)

Κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	68
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	5
Κέντρο Ημέρας	15
Άλλα Κέντρα Ημέρας	12
Κέντρο Ημέρας για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	3
Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	1
Κέντρο Ημέρας για αυτιστικά άτομα	3
Κέντρο Ημέρας για παιδιά με σοβαρές εξελικτικές διαταραχές	1
Κέντρο Ημέρας για παιδιά και εφήβους	1
Κέντρο Ημέρας για παιδιά με ειδικές ικανότητες	1
Κέντρο Ημέρας για ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο	2
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	11
Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	11
Μονάδα αντιμετώπισης προβλημάτων της νόσου Αλτσχάιμερ και άλλων ανοιών	2
Ολοκληρωμένο κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	1
Μονάδα κατ' οίκον φροντίδας	2
Κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	68
Ξενώνες	3
Ξενώνας αυτιστικών ατόμων	1
Ξενώνας Βραχείας Παραμονής	1
Ξενώνας Φιλοξενίας Εφήβων	1
Ψυχιατρικά Τμήματα	6
Παιδοψυχιατρικό Τμήμα	1
Ψυχιατρικό Τμήμα	3
Ψυχιατρικό Τμήμα (επέκταση)	1
Ψυχιατρικό τμήμα - Μονάδα Οξέων περιστατικών	1
Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	209
Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	14
Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	103
Προστατευμένο Διαμέρισμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	92

Πηγή: Ψυχαργώς-Β΄ Φάση: Δομές που λειτουργούν, διαθέσιμο στο [\[http://www.msu.gr/domes.asp\]](http://www.msu.gr/domes.asp), (πρόσβαση την 16^η Οκτωβρίου 2008) & ίδια επεξεργασία.

Επίσης, μέχρι σήμερα έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία αποασυλοποίησης σε τέσσερα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ενώ δημιουργήθηκαν 2.010 θέσεις εργασίας στις εναλλακτικές κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. Τέλος, ιδρύθηκαν έξι (6) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.ΣΠΕ), ανά την επικράτεια, στο πλαίσιο της κοινωνικής οικονομίας.

4.4. Προσδιορισμός προσφερόμενων υπηρεσιών Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο»

Όταν το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» εγκαινιάστηκε την 1η Οκτωβρίου 1887 με την ονομασία «ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΟΝ ΖΩΡΖΗ ΚΑΙ ΤΑΡΣΗΣ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΟΥ», η δύναμή του δεν ξεπερνούσε τις 110 κλίνες. Σήμερα πλέον, μετά από 125 χρόνια αδιάλειπτης λειτουργίας και προσφοράς, διαθέτει 304 ενδονοσοκομειακές και 205 εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές κλίνες σε Μονάδες και προγράμματα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευόμενα διαμερίσματα). Τα 550 άτομα υψηλής επιστημονικής κατάρτισης που ανήκουν στο δυναμικό του, εξυπηρετούν περίπου 15.000 ασθενείς τον χρόνο και το αναδεικνύουν σε ένα από τα αρτιότερα και σημαντικότερα ειδικά Νοσοκομεία της χώρας.

Για την εύρυθμη ωστόσο λειτουργία του οργανισμού, τη διαρκή ανάπτυξη των υπηρεσιών και την εφαρμογή ορθολογικής και αποτελεσματικής διαχείρισης, η διοίκησή του εκπόνησε Επιχειρησιακό Σχέδιο για την περίοδο 2004-2008, που επικαιροποιήθηκε μετά τη λήξη του για την περίοδο 2009-2013. Ο επιχειρησιακός αυτό σχεδιασμός, για τον οποίο συνεργάστηκε και συνέδραμε όλο το προσωπικό, περιγράφει αναλυτικά τη λειτουργία του Νοσοκομείου, καθορίζει το όραμα, τη στρατηγική και τους στόχους του και αρθρώνει πλήρες πρόγραμμα δράσεων για τη βελτίωση και ανάπτυξη όλων των τομέων λειτουργίας και παροχής των υπηρεσιών του.

4.4.1. Στρατηγική και Στόχοι του Νοσοκομείου

Το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται το Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» είναι διαρκώς μεταβαλλόμενο και επηρεάζεται από εξελίξεις στο χώρο της ψυχικής υγείας (στροφή από την απλή φροντίδα στο χώρο του νοσοκομείου στις εξωνοσοκομειακές δομές και προώθηση της εργασιακής και κοινωνικής επανένταξης) αλλά και από εξελίξεις γενικότερα στο χώρο της υγείας και της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Για το λόγο αυτό, η επιλογή των στρατηγικών στόχων του Νοσοκομείου, καθώς και των αξόνων δράσης αφορά στην εφαρμογή συγκεκριμένης πολιτικής σε θέματα οργάνωσης, λειτουργίας και ανάπτυξης του προσωπικού του Νοσοκομείου, η οποία εστιάζει στα ακόλουθα:

- Αναδιάρθρωση της λειτουργίας του Νοσοκομείου
- Μείωση του Χρόνου Νοσηλείας των Ασθενών
- Αύξηση της παραγωγικότητας (ποιοτική και ποσοτική)
- Κοινωνική και Εργασιακή Επανάταξη των Ασθενών
- Ανάπτυξη του Προσωπικού
- Βελτίωση της Οικονομικής Λειτουργίας του Νοσοκομείου

Τα ανωτέρω στοιχεία αποτελούν τους βασικούς στρατηγικούς στόχους, τους οποίους έχει θέσει η διοίκηση του Νοσοκομείου και αποτελούν την αφετηρία σχεδιασμού του προγράμματος δράσης.

1. Σχεδιασμός και Πρόγραμμα Δράσης

Κύριες επιδιώξεις του Νοσοκομείου είναι η συνέχιση εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η καθιέρωσή του στο κοινωνικό περιβάλλον ως αξιόπιστης νοσοκομειακής μονάδας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η σταδιακή εξέλιξή του σε Πρότυπο Κέντρο Αναφοράς μέσω της εκπαιδευτικής και ερευνητικής του δραστηριότητας.

Η διαρκής αναβάθμιση και ενίσχυση των Υποδομών, Λειτουργιών και Ανθρωπίνων Πόρων του Νοσοκομείου αποτελεί τον πυλώνα του αναπτυξιακού του προγραμματισμού, στην κατεύθυνση της ανάπτυξης και την παροχής ολοένα ποιοτικότερων υπηρεσιών τους πολίτες και στην κοινωνία.

Σχέδια Δράσης

ΑΞΟΝΕΣ	ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ
<i>Υποδομές</i>	Εκσυγχρονισμός, Βελτίωση Υφιστάμενων Εγκαταστάσεων Δημιουργία Δομών Αποασυλοποίησης Ασθενών Αναβάθμιση Εξοπλισμού
<i>Λειτουργίες</i>	Εισαγωγή Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Οργάνωση και Προτυποποίηση Φροντίδας Ασθενών Δράσεις Εργασιακής Επανάταξης Ασθενών Λειτουργική Αναδιάρθρωση Υπηρεσιών και Υποδομών Βελτίωση Οικονομικής Λειτουργίας
<i>Ανθρώπινοι Πόροι</i>	Στελέχωση Νοσοκομείου με Εξειδικευμένο Προσωπικό Νέος Οργανισμός
<i>Υποστηρικτικές Λειτουργίες</i>	Προώθηση Εικόνας Νοσοκομείο Αυτοματοποίηση – Τυποποίηση Υποστήριξη λειτουργικών διαδικασιών Αξιοποίηση Χρηματοδοτικών εργαλείων Ενεργειακές και Περιβαλλοντικές Δράσεις

2. Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Τα Εξωτερικά Ιατρεία στεγάζονται (μαζί με τρία από τα διαμερίσματα των εξωνοσοκομειακών δομών του νοσοκομείου) στην οδό Κωλέττη 17, στην πλατεία Κάνιγγος. Λειτουργούν καθημερινά, εκτός Σαββατοκύριακου.

Η επίσκεψη στα εξωτερικά Ιατρεία (όπου ο μέσος όρος προσελεύσεων είναι 35-70 άτομα ανά ημέρα και η μέγιστη διάρκεια αναμονής για ραντεβού 1 εβδομάδα) αφορά: α) πρώην νοσηλευόμενους του νοσοκομείου που έχουν κλείσει ραντεβού για επανεξέταση και ανανέωση των φαρμάκων και β) μεγάλο αριθμό ατόμων που για ποικίλους λόγους χρειάζονται βεβαιώσεις και γνωματεύσεις από ψυχίατρο.

Εφημερείο – Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Το κτίριο στο οποίο στεγάζεται το Εφημερείο είναι ένα πλήρως ανακαινισμένο κτίριο, ενώ οι μέρες λειτουργίας του είναι η Δευτέρα και η Πέμπτη, με ανοικτές 24ωρες εφημερίες. Αυτές τις ημέρες δέχεται τα ακούσια περιστατικά που στέλνονται με εισαγγελική εντολή ή παραγγελία, ενώ οι υπόλοιπες μέρες αφορούν τους εκούσιους ασθενείς. Κύρια δραστηριότητά του είναι η εξέταση των ασθενών από την επιστημονική ομάδα του προσωπικού (ψυχίατροι, ειδικευόμενοι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι), και η τυχόν εισαγωγή τους, αν κριθεί δέον, σε κάποιο από τα ψυχιατρικά τμήματα βραχείας νοσηλείας του ιδρύματος.

Κέντρο Ψυχοθεραπειών

Με αφετηρία λειτουργίας του το Νοέμβριο του 1996, το Κέντρο Ψυχοθεραπειών στεγάζεται σε ένα από τα νεότερα κτίρια του νοσοκομείου, με κύρια αποστολή τη δωρεάν παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας (μέχρι 20 συνεδρίες) σε άτομα εκτός νοσοκομείου που χρήζουν σχετικών υπηρεσιών από (εθελοντικά εργαζόμενους) ψυχιάτρους και ψυχολόγους: Οι ενδιαφερόμενοι, που συνήθως παραπέμπονται από επαγγελματίες της υγείας ή άλλους φορείς, κλείνουν ένα αρχικό ραντεβού με το κέντρο, το οποίο προβαίνει

σε μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης και αποφασίζει εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας.

Εργαστήρια

Μικροβιολογικό - Βιοχημικό Εργαστήριο

Ακτινολογικό Εργαστήριο – Υπερήχων

Ηλεκτροεγκεφαλογραφίες - Ηλεκτρομυογραφίες

Ιατρείο Πόνου

Οδοντιατρείο

Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες

Παθολογικός Τομέας

Παθολογικό τμήμα – Νευρολογικό τμήμα

Τα δύο τμήματα συστεγάζονται με το Μικροβιολογικό εργαστήριο στο κτίριο Ταρσή Δρομοκαΐτη, ένα από τα πιο καινούρια κτίρια του νοσοκομείου και έχουν συνολική δυναμικότητα 20 κλινών.

Όσον αφορά το παθολογικό τμήμα, οι κύριες δράσεις του περιλαμβάνουν: α) εξέταση των νεοεισαχθέντων ασθενών, β) άσκηση προληπτικής ιατρικής μέσω απαραίτητων εμβολιασμών (π.χ. αντιγριπικοί, ηπατίτιδας), γ) εξέταση των ασθενών των τμημάτων επί κλίνης, και αν κριθεί δέον, μεταφορά τους στο παθολογικό τμήμα, δ) τακτικά εξωτερικά ιατρεία 3 φορές την εβδομάδα μόνο για τους εσωτερικούς ασθενείς και ε) εφημερία σε ετοιμότητα από τους γιατρούς του τμήματος ασύνδετη από τις γενικότερες εφημερίες του νοσοκομείου.

Όσον αφορά το νευρολογικό τμήμα, οι κύριες δράσεις του περιλαμβάνουν: α) εξέταση των εσωτερικών ασθενών επί κλίνης, και εάν κριθεί δέον, μεταφορά τους στην παθολογική κλινική (όπου διατίθενται κρεβάτια για νευρολογικά περιστατικά), β) τακτικά εξωτερικά ιατρεία 3 φορές την εβδομάδα για εξέταση εξωτερικών ασθενών, γ) εκτέλεση - γνωμοδότηση ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων και ηλεκτρομυογραφημάτων για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, και δ) εφημερία ετοιμότητας 10 φορές το μήνα. Πρόκειται για το τμήμα που καλείται συχνότερα να διαχειριστεί ασθένειες όπως το

φαρμακευτικό Parkinson, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληπτικές κρίσεις, μηνιγγίτιδες και αιμορραγίες.

A' Ψυχιατρικός Τομέας

Ο Α' Ψυχιατρικός Τομέας αποτελείται από τρία ψυχιατρικά τμήματα, τα οποία είναι: α) Βελέντζειο 1887, Τμήμα χρόνιας νοσηλείας, β) Αγία Μαρκέλλα 1887, Τμήμα βραχείας νοσηλείας, και γ) Κουντουριώτειο 1922, Τμήμα βραχείας νοσηλείας.

Όσον αφορά το Βελέντζειο – Τμήμα Χρόνιας Νοσηλείας, αρχική αποστολή του ήταν η φιλοξενία χρόνιων και οξέων περιστατικών (βραχείας νοσηλείας), σήμερα όμως φιλοξενεί αποκλειστικά άνδρες χρόνιους νοσηλευόμενους, στο μεγαλύτερο ποσοστό πάσχοντες από σχιζοφρένεια ή άτομα με διανοητική καθυστέρηση. Έχει δυναμικότητα 35 κλινών, με σκοπό την προετοιμασία των ασθενών για εγκατάσταση στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ στις κύριες δραστηριότητές του περιλαμβάνονται: α) ομαδική ψυχοθεραπεία ασθενών, β) ομάδες κινητοποίησης, γ) ατομική προετοιμασία των ασθενών για μετάβαση σε ξενώνες και διαμερίσματα, και δ) οργανωμένες ψυχαγωγικές εκδηλώσεις. Πρόθεση της Διοίκησης είναι η σταδιακή μετεξέλιξή του σε Τμήμα βραχείας νοσηλείας.

Όσον αφορά το τμήμα Αγία Μαρκέλλα – Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, πρόκειται για ένα από τα πρώτα τμήματα του νοσοκομείου και στεγάζεται σε κτίριο του 1887. Έχει δυναμικότητα 31 κλινών, στις οποίες λόγω πληρότητας των τμημάτων χρόνιας νοσηλείας φιλοξενεί και χρόνιους ασθενείς. Στο τμήμα εισάγονται γενικά άτομα νεότερης ηλικίας, κυρίως άντρες, που στην πλειοψηφία τους είναι υποτροπιάζοντες πάσχοντες από ψυχωσικές συνδρομές. Το τμήμα φιλοξενεί τους ασθενείς από 2-6 εβδομάδες με μέγιστο χρόνο νοσηλείας τους 3 μήνες, ενώ στις κύριες δραστηριότητές του περιλαμβάνονται η κλινική παρακολούθηση και η θεραπεία των οξέων περιστατικών που εισάγονται κατά τις γενικές εφημερίες του νοσοκομείου με εισαγγελικές κυρίως εντολές.

Όσον αφορά το Κουντουριώτειο – Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, λειτουργεί από το 1989 ως το πρώτο Τμήμα βραχείας νοσηλείας στο πλαίσιο ευρωπαϊκού προγράμματος και στις 30 κλίνες του νοσηλεύονται κυρίως άντρες και γυναίκες με σχιζοφρένεια, με τη μέση διάρκεια νοσηλείας να είναι περίπου της τάξης του ενός μήνα. Οι δραστηριότητές

του είναι οι ίδιες με του προηγούμενου τμήματος και κάθε άλλου τμήματος οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

B' Ψυχιατρικός Τομέας

Ο Β' Ψυχιατρικός Τομέας αποτελείται από τρία ψυχιατρικά τμήματα: α) Σύγγρειο, Τμήμα μέσης νοσηλείας, β) Ταρσή Δρομοκαΐτη, Τμήμα βραχείας νοσηλείας και γ) Ευεργετών, Τμήμα βραχείας νοσηλείας.

Στον Τομέα αυτό υπάγονταν παλιότερα και τα νοσηλευτικά Τμήματα Βενιζέλειο και Δάφτσειο, τα οποία όμως έκλεισαν λόγω ανακαίνισής τους.

Όσον αφορά το Σύγγρειο – Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, λειτουργεί στη σημερινή του μορφή από το Μάιο του 2003 με δυναμικότητα 39 κλινών, όπου φιλοξενούνται για βραχεία – μέση νοσηλεία (με μέση διάρκεια τους 1-2 μήνες) ασθενείς όλου του φάσματος ψυχιατρικών παθήσεων. Κύρια δραστηριότητά του είναι αυτή κάθε τμήματος βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

Όσον αφορά το Τμήμα Ταρσή Δρομοκαΐτη – Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, άρχισε τη λειτουργία του ως Τμήμα βραχείας νοσηλείας το 2001 με δυναμικότητα 28 κλινών. Πρόκειται για Τμήμα μικτό, που προβλέπεται να φιλοξενεί ασθενείς όλου του φάσματος ψυχιατρικών παθήσεων με μέγιστο χρόνο τους 3 μήνες και οι δραστηριότητές του είναι οι ίδιες με κάθε τμήμα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

Γ' Ψυχιατρικός Τομέας

Ο Γ' Ψυχιατρικός Τομέας αποτελείται από δύο ψυχιατρικά τμήματα και περιλαμβάνει: α) Το Βελισσάρειο, Τμήμα χρόνιας νοσηλείας, β) το Τμήμα «Ελλήνων Αμερικής» - Τμήμα βραχείας νοσηλείας. Στον Τομέα αυτό υπαγόταν παλιότερα και το νοσηλευτικό Τμήμα Νέο Θεολόγειο.

Όσον αφορά Το Βελισσάρειο – Τμήμα χρόνιας νοσηλείας, πρόκειται για Τμήμα χρόνιων περιστατικών, που έχει όπως και το Βελέντζειο δυναμικότητα 35 κλινών. Η διαφορά εδώ είναι ότι νοσηλεύονται αποκλειστικά γυναίκες, με ένα εύρος ασθενειών

όπως σχιζοφρένεια, νοητικές στερήσεις και άνοια, τις οποίες το Τμήμα προετοιμάζει για εγκατάσταση στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Οι κύριες δραστηριότητες του αφορούν: α) ομαδική ψυχοθεραπεία ασθενών, β) ομάδες κινητοποίησης, γ) επίσκεψη επί κλίνης από το προσωπικό, δ) ατομική προετοιμασία των ασθενών για μετάβασή σε ξενώνες ή διαμερίσματα και ε) οργανωμένες εξόδους των ασθενών στην κοινότητα. Πρόθεση της Διοίκησης είναι η σταδιακή μετατροπή και του τμήματος αυτού σε Τμήμα Οξέων – Βραχείας Νοσηλείας.

Όσον αφορά το Τμήμα Ελλήνων Αμερικής, λειτουργεί ως Τμήμα βραχείας νοσηλείας από το 2002 με συνολική δύναμη 30 κλινών. Σε αυτό νοσηλεύονται πάσχοντες κυρίως από Σχιζοφρένεια, με μέσο χρόνο νοσηλείας τον ένα μήνα, ενώ η δραστηριότητα του τμήματος είναι η ίδια με αυτή κάθε τμήματος βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

3. Εκπαιδευτική και επιστημονική δραστηριότητα ψυχιατρικών τμημάτων

Το ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ λόγω του ειδικού χαρακτήρα του ως Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, της πολυετούς λειτουργίας του στο χώρο της ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα και της υψηλής εξειδίκευσης του ανθρώπινου στελεχειακού δυναμικού του, έχει να επιδείξει πλούσιο εκπαιδευτικό και επιστημονικό έργο.

Όσον αφορά στην εκπαιδευτική δραστηριότητα των ψυχιατρικών τμημάτων, οι ειδικευμένοι γιατροί συμμετέχουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ειδικευόμενων στην ψυχιατρική γιατρών στο νοσοκομείο, στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Γεμέλειου Νοσηλευτικής Σχολής (ΕΠΑ.Σ), στα μαθήματα της Σχολής Νοσηλευτριών του Ερυθρού Σταυρού καθώς επίσης και στην εσωτερική εκπαίδευση των νοσηλευτών του νοσοκομείου. Επιπλέον, στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου φοιτητές της Ιατρικής της Ανωτάτης Νοσηλευτικής και της Ψυχολογίας πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση δίπλα στο ειδικευμένο προσωπικό και τους επαγγελματίες υγείας.

Όσον αφορά στο επιστημονικό έργο του Νοσοκομείου, οι γιατροί, οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές παρακολουθούν και συμμετέχουν με ανακοινώσεις σε συνέδρια, καθώς επίσης και σε ημερίδες που οργανώνονται από το νοσοκομείο. Με απώτερο σκοπό τη Διά Βίου Εκπαίδευση διοργανώνονται επιμορφωτικά σεμινάρια στα οποία δίνεται έμφαση στην ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των επαγγελματιών και στην προώθηση της παροχής

θεραπευτικών παρεμβάσεων που είναι βασισμένες στην τεκμηρίωση (evidence-based) σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.

Το Δρομοκαΐτειο είναι το πρώτο νοσοκομείο, το οποίο ξεκίνησε το πρόγραμμα εξειδίκευσης των Νοσηλευτριών στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική και χορήγησε τους πρώτους τίτλους ειδικότητας Ψυχιατρικής Νοσηλεύτριας.

Φαρμακείο

Το φαρμακείο στεγάζεται σε ένα από τα παλιά κτίρια του νοσοκομείου το οποίο κτίστηκε το 1893, αλλά κατά περιόδους έχει ανακαινιστεί. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά στην: α) παροχή φαρμάκων στους εσωτερικούς ασθενείς των τμημάτων, τους εξωτερικούς ασθενείς των Δομών αλλά και άλλων νοσοκομείων, β) καταγραφή και παραγγελία φαρμάκων.

Επιπλέον, εκτός από τη χορήγηση εξατομικευμένης ημερήσιας δόσης φαρμάκων στους νοσηλευόμενους ασθενείς, το Φαρμακείο χορηγεί δωρεάν φάρμακα στους εξωτερικούς ασθενείς κατόχους του βιβλιαρίου απορίας και στους δικαιούμενους δωρεάν περίθαλψης. Η δαπάνη αυτή για φάρμακα απόρων ανέρχεται στο ύψος του 40% περίπου της συνολικής δαπάνης φαρμάκων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το έτος 2010 η συνολική δαπάνη για φάρμακα ανήλθε στο 1.830.700 € εκ των οποίων η δαπάνη για φάρμακα εξωτερικών απόρων ασθενών ήταν 757.000 €, δηλαδή ποσοστό 41,58% επί του συνολικού ποσού.

Ιδιαίτερη αναφοράς χρήζει επίσης το γεγονός ότι, ενώ κατά τη δεκαετία 1999-2009, η δαπάνη φαρμάκων παρουσιάζει συνεχή αύξηση σε ετήσια βάση (κατά μέσο όρο 14,30%), το 2010 μετά από ενέργειες της Διοίκησης για τον εξορθολογισμό των δαπανών επετεύχθη μείωση κατά 17,59%. Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 14.

Διατομεακά Τμήματα

Το **Ευεργετών** είναι Διατομεακό Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας και καλύπτει τις ανάγκες ασθενών που βρίσκονται σε οξεία φάση συμπτωμάτων. Είναι τμήμα ταχείας διακίνησης, καθώς οι ασθενείς που εισάγονται παίρνουν εξιτήριο σε ένα περίπου μήνα μετά την εισαγωγή τους και δυνάμει 36 κλινών. Η κύρια δραστηριότητα του τμήματος αφορά

την: α) εξέταση των ασθενών, β) ομαδική ψυχοθεραπεία από την ψυχολόγο, γ) συνεργασία της κοινωνικής λειτουργού με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Το Γεμέλειο – Ψυχογηριατρικό Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας Λειτουργεί από το 1988 ως Τμήμα Βραχείας νοσηλείας για άτομα άνω των 65 ετών και είναι το μοναδικό στην Ελλάδα. Έχει και εξωτερικά ιατρεία. Φιλοξενούνται ασθενείς μεγάλου εύρους παθήσεων με διάφορα οργανικά προβλήματα λόγω ηλικίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχιατρικών παθήσεων που παρατηρούνται στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι κατάθλιψη και διπολική συναισθηματική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη) και αρχόμενη άνοια. Το τμήμα εφημερεύει 2 φορές την εβδομάδα στο πλαίσιο της γενικής εφημερίας, έχει δυναμικότητα 40 κλινών και δέχεται ασθενείς που εισάγονται είτε εκούσια είτε ακούσια. Η κύρια λειτουργία του τμήματος εστιάζεται: α) στην εξέταση και θεραπεία των ασθενών, και β) στην προσπάθεια εξεύρεσης τρόπων, ώστε να διοχετευθούν οι ασθενείς, μετά το πέρας της παραμονής τους στο τμήμα, είτε στις οικογένειές τους είτε σε αντίστοιχες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία- ξενώνες) Η ζήτηση για κλίνες του τμήματος αυτού είναι τεράστια.

Το Νοσοκομείο Ημέρας ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1996 και στεγάζεται σε ένα από τα καινούρια κτίρια του νοσοκομείου. Το τμήμα έχει δύναμη 25 ασθενών και στόχος του είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η αποκατάσταση επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων εξωτερικών ασθενών, καθώς επίσης και η ανακούφιση και στήριξη των οικογενειών τους. Φιλοξενεί ασθενείς διαφόρων ψυχικών παθήσεων, με εξαίρεση α) ασθενείς που έχουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ), β) ασθενείς με νοητική στέρηση και γ) ασθενείς που βρίσκονται σε έξαρση της ψυχικής νόσου. Το τμήμα απασχολεί τους ασθενείς καθημερινά 9-3 εκτός Σαββατοκύριακου. Οι δραστηριότητες του τμήματος περιλαμβάνουν α) ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, β) εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων (συζήτηση, μαγειρική, ζωγραφική, κλπ), γ) ομάδα απασχόλησης στα εσωτερικά εργαστήρια του νοσοκομείου. Τα αντικείμενα που κατασκευάζονται πωλούνται σε εκθέσεις του νοσοκομείου ή άλλων φορέων, όπως του Κέντρου Έκθεσης Πληροφόρησης και Κοινωνικής Έρευνας (ΚΕΠΚΕ) Τα έσοδα διατίθενται για διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις των ασθενών της ίδιας της μονάδας.

Μονάδες Επαγγελματικής Κατάρτισης

Στεγαστικές Δομές Ασθενών

Ενδονοσοκομειακές:		
Ξενώνας (Κέντρο Ξενώνας 16 ατόμων	50 Προεπαγγελματικής	ατόμων Εκπαίδευσης)
Εξωνοσοκομειακές:		
5 Ξενώνες (Πατησίων, Εξαρχείων, Κάτω Πατησίων, Πετραλώνων, Περιστερίου)		
9 Διαμερίσματα (Εξαρχείων, Χαϊδαρίου, Κυψέλης, Αγ. Βαρβάρας, Ψυχικού, Αιγάλεω)		
1 Οικοτροφείο (Χαλάνδρι, Μεταμόρφωση σε αναμονή της λειτουργίας του εντός του 2011)		

➤ Οι Ενδονοσοκομειακές

Είναι η δεύτερη μονάδα προετοιμασίας χρόνιων ασθενών για εγκατάστασή τους σε κοινοτικούς Ξενώνες και διαμερίσματα. Ξεκίνησε να λειτουργεί το 1998.

Για τις δραστηριότητες του τμήματος υπάρχει ωριαίο, ημερήσιο, και μηνιαίο πρόγραμμα τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Με βάση το πρόγραμμα γίνονται ομάδες ασθενών με ψυχοθεραπευτικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα, που αποσκοπούν στην αποκατάστασή τους μέσω της ανάπτυξης της ικανότητας ιεράρχησης και ικανοποίησης των αναγκών τους. Οι ομάδες σχετίζονται και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, όπως μαγειρική, χρήση πλυντηρίου, καθαριότητα του χώρου από τους ίδιους με την επίβλεψη του προσωπικού. Επειδή ο ξενώνας στοχεύει να λειτουργεί σαν θεραπευτική Κοινότητα, λειτουργούν και ομάδες προσωπικού, στις οποίες συζητείται ο προγραμματισμός του τμήματος και η λύση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν.

Ένας ξενώνας 16 ατόμων λειτουργεί από το 1995 και είναι ενδονοσοκομειακό τμήμα αποκατάστασης και προετοιμασίας για ξενώνες και διαμερίσματα, ενώ φιλοξενεί ασθενείς όλης της γκάμας των ψυχικών παθήσεων, που βρίσκονται όμως σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Κατά τις πρωινές ώρες οι περισσότεροι ασθενείς απασχολούνται σε κάποιο από τα εργαστήρια του τμήματος της Εργοθεραπείας, ή εργάζονται στα περίπτερα του νοσοκομείου και σε άλλες υπηρεσίες των τμημάτων.

Επίσης λειτουργεί και ξενώνας 50 ατόμων ο οποίος είναι και κέντρο προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Είναι τμήμα ενδιάμεσης δομής που προετοιμάζει ασθενείς (άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών) για τους ξενώνες και τα διαμερίσματα.

Ξεκίνησε να λειτουργεί το 1998 και στόχος του προγράμματος είναι να ετοιμάσει τους ψυχικά πάσχοντες για την κοινωνική τους επανένταξη.

Για τις δραστηριότητες του τμήματος υπάρχει ωριαίο, ημερήσιο, και μηνιαίο πρόγραμμα τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Με βάση το πρόγραμμα γίνονται ομάδες ασθενών με ψυχοθεραπευτικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα, που αποσκοπούν στην αποκατάστασή τους μέσω της ανάπτυξης της ικανότητας ιεράρχησης και ικανοποίησης των αναγκών τους. Οι ομάδες σχετίζονται και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοεξυπηρέτηση, όπως μαγειρική, χρήση πλυντηρίου, καθαριότητα του χώρου από τους ίδιους με την επίβλεψη του προσωπικού. Επειδή ο ξενώνας στοχεύει να λειτουργεί σαν θεραπευτική Κοινότητα, λειτουργούν και ομάδες προσωπικού στις οποίες συζητείται ο προγραμματισμός του τμήματος και η λύση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν.

➤ Οι **Εξωνοσοκομειακές δομές** του Νοσοκομείου λειτουργούν σαν το δεύτερο βήμα στην προσπάθεια ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών του νοσοκομείου μετά από την παραμονή τους κυρίως στους ενδονοσοκομειακούς Ξενώνες.

Οι δομές αυτές σκοπό έχουν να καλύψουν τη στεγαστική και εργασιακή αποκατάσταση των ασθενών. Διακρίνονται στα: α) **2 Οικοτροφεία**, που είναι μακράς ή απεριόριστης διαμονής, φιλοξενούν πιο βαριά περιστατικά που δεν μπορούν να είναι αυτόνομα, τα οποία όμως μπορούν να απασχολούνται σε διάφορες δραστηριότητες, β) **5 Ξενώνες**, με 36 μήνες ανώτατο χρόνο παραμονής στους οποίους οι ένοικοι αξιολογούνται κάθε 6 μήνες, έχουν πιο πολλές υποχρεώσεις καθώς και εργασιακή απασχόληση, ενώ συμμετέχουν σε δομημένες λειτουργίες (όπως ομάδα για καθαριότητα, πότισμα) και γ) **9 Διαμερίσματα** 4-6 ατόμων, με μερική ή καθόλου καθημερινή επιτήρηση και με εργασιακή απασχόληση.

Το **Οικοτροφείο** αποτελεί μία από τις δομές αποασυλοποίησης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στο οποίο φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη. Ο στόχος είναι να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην Κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων, που φιλοξενούνται δεν ξεπερνά τους 15, ενώ δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο παραμονής τους σε αυτό.

Στο οικοτροφείο παρέχεται εικοσιτετράωρη φροντίδα από το προσωπικό και η ταυτότητα των οικοτροφείων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και τη διάγνωση των ασθενών. Ένα ακόμα κριτήριο για την επιλογή σε ένα οικοτροφείο είναι ο τόπος καταγωγής, καθώς γίνεται προσπάθεια να επιστρέφουν οι ασθενείς κοντά στις κατοικίες και στις οικογένειες τους. Σήμερα, λειτουργεί ένα Οικοτροφείο στο Χαλάνδρι, ενώ αναμένεται να λειτουργήσει ένα ακόμη στην Μεταμόρφωση παρά τις αρχικές αντιδράσεις των κατοίκων της περιοχής.

Ο Ξενώνας φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η παραμονή τους στον ξενώνα γίνεται μετά από αίτηση των ιδίων και με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. Η παραμονή στον ξενώνα δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα και καθορίζεται από τη διαρκή αξιολόγηση του ενοίκου. Ο χρόνος παραμονής εξαρτάται από την ετοιμότητά τους να μεταβούν σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (διαμερίσματα, κ.λ.π.) ή για την επιστροφή τους στην Κοινότητα. Ο χρόνος παραμονής στον Ξενώνα δεν ξεπερνά τους 36 μήνες.

Σήμερα λειτουργούν πέντε ξενώνες (Πατησίων, Εξαρχείων, Κάτω Πατησίων, Πετραλώνων, Περιστερίου), που ξεκίνησαν την λειτουργία τους το 2000. Κάθε ξενώνας έχει τον δικό του επιστημονικό υπεύθυνο και στις κύριες λειτουργίες του περιλαμβάνεται η συγκρότηση ομάδων και συναντήσεων που σκοπό έχουν να προετοιμάσουν την μετάβαση των ασθενών στα διαμερίσματα, με τελικό στόχο την ψυχοκοινωνική και εργασιακή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Εκτός των προγραμματισμένων συναντήσεων οι ένοικοι είτε απασχολούνται με επιδότηση στα εργαστήρια του προγράμματος, είτε εργάζονται σε κάποιες από τις δομές του νοσοκομείου (φωτοτυπείο, κατάσταση «Ηδύ») Τέλος, στις δραστηριότητες για την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου λειτουργούν ομάδα μουσικής, ζαχαροπλαστικής, έκφρασης και δημιουργίας, καθώς και οργανωμένες έξοδοι αλλά και εκδηλώσεις. Αναφορικά με το επιστημονικό έργο του ξενώνα, το προσωπικό σε συνεργασία με τους ενοίκους συμμετέχει με ανακοινώσεις σε συνέδρια, σε ημερίδες αλλά και στον τύπο.

Αναφορικά με τα 9 **Διαμερίσματα**, η έναρξη της λειτουργίας τους έγινε το 2003. Είναι χώροι στέγασης σε μονοκατοικίες ή πολυκατοικίες 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.

Οι ένοικοι των διαμερισμάτων έχουν πλήρως ανεπτυγμένες ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και ο βαθμός επίβλεψης και υποστήριξης τους είναι χαμηλός. Ένας μεγάλος αριθμός των ενοίκων εργάζεται σε δομές του νοσοκομείου, ενώ οι υπόλοιποι που παραμένουν στα διαμερίσματα έχουν αναλάβει την οικιακή φροντίδα αυτών. Σε εβδομαδιαία βάση τηρείται θεραπευτική ομάδα στα διαμερίσματα όπου γίνεται η θεραπευτική παρακολούθηση των ενοίκων και η αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Επίσης γίνεται παρακολούθηση των ασθενών στον εργασιακό τους χώρο και παρέμβαση στην οικογένειά τους. Τα διαμερίσματα καθημερινά επισκέπτονται σε δωρη βάρδια μέλη του προσωπικού των δομών, ενώ σε ορισμένα διαμερίσματα παρευρίσκεται και μία «οικοδέσποινα» η οποία επιβλέπει και συντονίζει την καλή λειτουργία τους. Στην περίπτωση που κάποιος από τους ασθενείς υποτροπιάσει και δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο χώρο διαμονής του, μεταφέρεται είτε στον ενδονοσοκομειακό Ξενώνα 16 ατόμων, είτε σε κάποιο τμήμα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, με στόχους την πλήρη αυτόνομη διαβίωση και την πλήρη κοινωνική τους επανένταξη. Στο πλαίσιο αυτό, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη όλων εκείνων των απαραίτητων επικοινωνιακών και κοινωνικών ικανοτήτων που θα τους επιτρέψουν την απόκτηση εργασιακής απασχόλησης.

Απασχόληση – Κατάρτιση

- Εργασιοθεραπεία

Η εργασιοθεραπεία ξεκίνησε με την έναρξη της λειτουργίας του νοσοκομείου, αλλά ήταν αρχικά μια μορφή καθημερινής κινητοποίησης και απασχόλησης. Από την ένταξη του νοσοκομείου στο ΕΣΥ, τη μετατροπή του σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και την ένταξη της λειτουργίας των νοσοκομείων στα προγράμματα αποασυλοποίησης και κοινωνικής επανένταξης των ασθενών, άρχισε να γίνεται αξιολόγηση τους, με σκοπό να κριθεί η καταλληλότητά τους να ενταχθούν σε οργανωμένα προγράμματα και να ξεκινήσει η διαδικασία ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης.

Σήμερα λειτουργούν ομάδες εργασιοθεραπείας στα τμήματα του νοσοκομείου καθώς και εργαστήρια, όπου γίνεται αξιολόγηση των ασθενών μέσω της παρατήρησης και της συνέντευξης, καθώς και θεραπεία μέσω ομάδων συζήτησης κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων δημιουργικού χαρακτήρα και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με άλλους ασθενείς και προσωπικό. Για τον ίδιο σκοπό οργανώνονται διεπιστημονικές συναντήσεις. Τα εργαστήρια λειτουργούν σύμφωνα με ολοκληρωμένα Προγράμματα Απασχόλησης και στους συμμετέχοντες σε αυτά ασθενείς και πρώην νοσηλευθέντες στο νοσοκομείο, καταβάλλεται το θεραπευτικό κίνητρο ή το κίνητρο επανένταξης (117 € ή 176 € αντίστοιχα)

Τα εργαστήρια αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. **Εργαστήριο ζωγραφικής** όπου εργάζεται και ένας διοικητικός υπάλληλος εκτελώντας χρέη ζωγράφου και εκπαιδευτή. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σήμερα στο εργαστήριο απασχολούνται 10 ασθενείς.
2. **Εργαστήριο ωδικών πτηνών** το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000 και απασχολεί ασθενείς που προέρχονται από ξενώνες του προγράμματος. Στο εργαστήριο οι ασθενείς εκπαιδεύονται στην φροντίδα, εκπαίδευση, και αναπαραγωγή καναρινιών και παπαγάλων.
3. **Εργαστήριο πλεκτικής**, που ξεκίνησε το 1998 με το πρόγραμμα “Horizon” και στοχεύει στην εκπαίδευση στη χρήση πλεκτομηχανών, κοπτοράπτη, γαζωτικών μηχανών, τη συναρμολόγηση και το σχεδιασμό πλεκτών καθώς και τη διεκπεραίωση παραγγελιών. Σήμερα στο εργαστήριο απασχολούνται 7 ασθενείς.
4. **Εργαστήριο κοπτικής-ραπτικής** ή «Μονάδα Βιοτεχνικής Παραγωγής», το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1991 και λειτουργεί σαν ραφείο με τη χρήση ηλεκτρικής γαζωτικής μηχανής, κοπτοράπτη και μηχανής πλακοραφής. Στο εργαστήριο εργάζεται, εκτός από την εργοθεραπεύτρια, και μία τεχνίτρια, ενώ απασχολούνται 7 ασθενείς.
5. **Εργαστήριο υφαντικής**, που ξεκίνησε το 1994 με το πρόγραμμα “Horizon” και συνεχίζεται σήμερα ως πρόγραμμα του νοσοκομείου. Το εργαστήριο είναι εξοπλισμένο με καθιστούς και όρθιους αργαλειούς οι οποίοι παράγουν χαλιά, και ένα ευρύ φάσμα υφαντών. Από το 2001 στεγάζεται στον ίδιο χώρο με το

εργαστήριο υφαντικής, και το πρόγραμμα Υφαντικής – Κεντήματος του «Ψυχαργός» με ασθενείς-μέλη οι οποίοι διαμένουν στους ξενώνες. Το εργαστήριο διαθέτει μία τεχνίτρια και απασχολούνται 8 ασθενείς.

6. **Εργαστήριο κεντήματος**, το οποίο από το 2001 αποτελεί πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης και στα μέλη-ασθενείς χορηγείται μηνιαίως ένα ορισμένο χρηματικό ποσό σαν θεραπευτικό κίνητρο ή κίνητρο επανένταξης ανάλογα με τη διαμονή, εισόδημα, συμμετοχή, είδος απασχόλησης και απόδοση. Σήμερα στο εργαστήριο απασχολούνται 14 ασθενείς.
7. **Εργαστήριο ξυλουργικής**, το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000 και είναι εξοπλισμένο με όλα τα απαραίτητα μηχανήματα. Τα μέλη αφού ολοκλήρωσαν το αρχικό στάδιο κατάρτισης, σήμερα ασχολούνται με την κατασκευή ξύλινων μικροαντικειμένων όπως καθρέπτες, κηροπήγια, κορνίζες, δοχεία, διακοσμητικά, κ.λπ., αλλά και με μεγαλύτερες κατασκευές κατόπιν ειδικής παραγγελίας. Τα παραγόμενα είδη του εργαστηρίου διατίθενται σε εκθέσεις και ανάλογες εκδηλώσεις. Στο εργαστήριο υπεύθυνοι για τους ασθενείς που εργάζονται είναι δύο εργοθεραπευτές και ένας ξυλουργός. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σήμερα στο εργαστήριο απασχολούνται 10 ασθενείς.
8. **Εργαστήριο ξυλογλυπτικής**
9. **Μουσικό εργαστήριο**, «Η ορχήστρα της ψυχής» λειτουργεί από το 1996 και έκτοτε έχει ως σκοπό να προσφέρει χαρά σε άλλους ασθενείς άλλων ιδρυμάτων ή χώρων ειδικής φροντίδας όπως ορφανοτροφεία, γηροκομεία, ακόμη και σωφρονιστικά καταστήματα. Ταυτόχρονα, επιτυγχάνεται η συνεχής ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των ασθενών, η περαιτέρω κοινωνικοποίηση τους, η βελτίωση της επικοινωνίας τους καθώς και η τόνωση της ομαδικότητας τους. Απαρτίζεται από μία δεκαμελή ορχήστρα από νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς και ασθενείς, η οποία πραγματοποιεί περίπου τριάντα εκδηλώσεις εντός και εκτός του νοσοκομείου. Σήμερα στο εργαστήριο απασχολούνται 5 ασθενείς.
10. Τέλος, μέσω του τμήματος εργασιοθεραπείας απασχολούνται σε διάφορες υπηρεσίες του νοσοκομείου (π.χ. κλητήρες, πλυντήρια) 10 ασθενείς.

Παράλληλα λειτουργούν:

1. Μονάδα παραγωγής βιολογικών προϊόντων και επιμέλειας κήπων «Περιβόλι», στο οποίο καλλιεργούνται λαχανικά, οπωροφόρα δέντρα και συντηρείται και ένα θερμοκήπιο, σε μία έκταση συνολικά περίπου 9 στρεμμάτων. Στο περιβόλι εργάζονται ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από τα τμήματα, τις δομές, καθώς και ασθενείς που διαβιούν με τις οικογένειές τους.
2. Εργαστήριο συσκευασίας ειδών δώρων «Κιβωτός» που λειτουργεί από την αρχή της δεκαετίας του 1990 και στοχεύει στην εξυπηρέτηση των ασθενών, των επισκεπτών και του προσωπικού του νοσοκομείου.
3. Κομμωτήριο «Η Φρόνη», το οποίο καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών αλλά και του προσωπικού με ένα συμβολικό αντίτιμο.
4. Κατάστημα-τυροπιτάδικο «ΗΔΥ» που λειτουργεί από το 2000 στο κέντρο της Αθήνας.
5. Κατάστημα ειδών δώρων «Όναρ» στο Χαϊδάρι.
6. Κατάστημα «Χαρτόκοσμος» στο κέντρο της Αθήνας.
7. Εργαστήριο συσκευασίας ειδών δώρων «Κιβωτός» στο Αιγάλεω.

Λοιπές Δομές

1. Μουσείο

Το μουσείο ιδρύθηκε τον Νοέμβριο του 1995, 108 χρόνια μετά από την ίδρυση του νοσοκομείου. Η όλη διαδικασία δημιουργίας του κράτησε πέντε χρόνια (από το 1990 έως το 1995) από την αρχική απόφαση δημιουργίας του, με μεγάλες δυσκολίες και προβλήματα. Στεγάζεται στο κτίριο Ψυχαγωγίας – Συνεδριακό κέντρο. Στους χώρους του μουσείου εκτίθενται διάφορα παλαιά αντικείμενα, είτε γενικής χρήσης όπως μαγνητόφωνο με πομπίνες, μουσικά όργανα, γραφομηχανές, μια παλιά μηχανή προβολής ταινιών, και άλλα προσωπικά είδη αποβιωσάντων ασθενών «εγκαταλείμματα», είτε ιατρικής χρήσης συσκευές όπως ηλεκτροσόκ, «ζουρλομανδύες», καρδιογράφοι και άλλα αντικείμενα. Υπάρχει ακόμη μεγάλος αριθμός φωτογραφιών που χρονολογούνται από τις αρχές του περασμένου αιώνα, γύρω στις 500, μαζί με τα γυάλινα αρνητικά. Σε αυτές τις φωτογραφίες καταγράφεται η

ιστορία του νοσοκομείου στο διάβα των χρόνων. Μεταξύ άλλων μπορεί κανείς να δει σκηνές από το βουστάσιο, το χοιροστάσιο, το πτηνοτροφείο, το μελισσοκομείο, τον ελαιώνα. Επίσης υπάρχουν φωτογραφίες της περιοχής του Χαϊδαρίου και των όμορων δήμων, καθώς επίσης και της ευρύτερης περιοχής της πρωτεύουσας. Στα εκθέματα του μουσείου περιλαμβάνονται έργα των Κρυστάλλη, Μόσχου, Ιλβερστ, Λάβδα, Καραμάνου, υπογεγραμμένα και ανυπόγραφα, καθώς και φωτογραφίες που τους δείχνουν εν ώρα εργασίας, καθώς και σημειώσεις και συγγράμματα γνωστών λογοτεχνών όπως του Γ. Βιζυηνού, του Γ. Μιτσάκη, του Ρώμου Φιλύρα. Συνολικά το αρχαικό υλικό του μουσείου καλύπτει μεγάλο χρονικό διάστημα και αναδεικνύει τις αλλαγές της ψυχιατρικής περίθαλψης στο πέρασμα του χρόνου.

II. Επιστημονική Βιβλιοθήκη

Η δανειστική βιβλιοθήκη “Γεώργιος Βιζυηνός” ιδρύθηκε το Νοέμβριο του 1998 σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Βιβλίου και την υποστήριξη του Υπουργείου Πολιτισμού. Φέρει την τιμή αλλά και το συγκινησιακό φορτίο ενός μεγάλου ονόματος της ελληνικής λογοτεχνίας, το όνομα Γ. Βιζυηνός, ο οποίος άφησε την τελευταία του πνοή στο Δρομοκαΐτειο, του οποίου υπήρξε νοσηλευόμενος. Βρίσκεται στο χώρο της “Γεμελείου” Νοσηλευτικής Σχολής και σκοπός της είναι να αποτελέσει κέντρο ψυχαγωγίας και δημιουργικών δραστηριοτήτων για όλους όσους ζουν, εργάζονται ή φιλοξενούνται στο χώρο αυτό, καθώς και για όσους ζουν στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου Χαϊδαρίου. Διαθέτει πάνω από 2000 τίτλους βιβλίων, εγκυκλοπαίδειες και επιστημονικά περιοδικά. Στη συλλογή περιλαμβάνονται, Λογοτεχνία, Ιστορία, Θρησκεία, Γεωγραφία, Τέχνη, παιδικό τμήμα της συλλογής.

III. Κέντρο Ψυχαγωγίας – Συνεδριακό Κέντρο

Η κατασκευή του ολοκληρώθηκε το έτος 2008 και είναι συνολικής εκτάσεως 1167,67 τ.μ. Οι χώροι του είναι κατάλληλοι για πραγματοποίηση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων αλλά και για πραγματοποίηση Επιστημονικών Συνεδρίων και Συμποσίων. Διαθέτει πλην των άλλων και αμφιθεατρική αίθουσα με σκηνή πλήρως εξοπλισμένη με ηχητικά και φωτιστικά μηχανήματα. Στους χώρους του στεγάζεται το Μουσείο.

IV. Υπαίθριο Θέατρο

Στους χώρους του νοσοκομείου υπάρχει ειδικός χώρος εκδηλώσεων για θεατρικές παραστάσεις στον οποίο έχουν δοθεί κατά καιρούς διάφορες παραστάσεις με τη συμμετοχή αξιόλογων συντελεστών και διάσημων πρωταγωνιστών.

V. Ιερός Ναός «Άγιοι Ανάργυροι»

Από τη σύσταση του Ιδρύματος, ευγενής πόθος του Δ.Σ ήταν η ανέγερση Ιερού Ναού στον χώρο του Θεραπευτηρίου, που άρχισε να παίρνει σάρκα και οστά χάρη στη γενναία προσφορά του προεδρεύοντος τότε (1901) αντιπροέδρου Μιλτιάδη Καλβοκορέση με δωρεά του τεράστιου για την εποχή εκείνη 120.000 δραχμών και που εγκαινιάστηκε στις 6 Απριλίου 1902 από τον Αρχιεπίσκοπο ΣΥΡΟΥ και ΤΗΝΟΥ Μεθόδιο στη μνήμη των Αγ. Αναργύρων. Το 1986 ο Ναός ανακαινίστηκε χάρη κυρίως στη συγκινητική και ιδιαίτερα αξιέπαινη προσφορά Χιώτισσας κυρίας, που προσέφερε 2.000.00 δραχμές για την επιδιόρθωση και ανακαίνιση του Ναού και επέμενε να μείνει εντελώς ανώνυμη. Ο Ι. Ναός των Αγ. Αναργύρων λειτουργεί κατά τις Κυριακές και τις εορτές με εκκλησίασμα περιθαλπόμενους, προσωπικό, γείτονες και έκτακτους επισκέπτες.

VI. Γυμναστήριο

Η έναρξη της λειτουργίας πλήρους εξοπλισμένου και επανδρωμένου γυμναστηρίου πραγματοποιήθηκε το 2000. Σήμερα το Γυμναστήριο στεγάζεται στο ΣΕΒΑΣΤΟΠΟΥΛΕΙΟ, τα προγράμματα Φυσικής Αγωγής που υλοποιούνται στο νοσοκομείο από το Φεβρουάριο του 2000 έχουν ως στόχο την εκπαίδευση, κοινωνικοποίηση, κινητοποίηση, βελτίωση της φυσικής, ψυχικής και πνευματικής κατάστασης των ασθενών. Στο πλαίσιο των προγραμμάτων αυτών υλοποιούνται προγράμματα ενδυνάμωσης, αεροβικών δραστηριοτήτων, βελτίωσης κινητικών δεξιοτήτων, μουσικοκινητικής και παραδοσιακών χορών σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Τα προγράμματα διεξάγονται τόσο σε χώρους εντός του νοσοκομείου όσο και σε χώρους εκτός του νοσοκομείου ή σε αθλητικές εκδηλώσεις άλλων οργανισμών ή φορέων σε πανελλαδικό επίπεδο. Το νοσοκομείο διαθέτει γήπεδο ποδοσφαίρου, καλαθοσφαίρισης και αντισφαίρισης, τα οποία χρησιμοποιούνται όχι μόνο από τους νοσηλεύόμενους

ασθενείς και το προσωπικό αλλά και από τους κατοίκους και τους συλλόγους των γύρω δήμων.

VII. Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή (ΕΠΑ.Σ) «Γεμέλιος»

Στις 6/12/1994 με το Π.Δ. υπ' αρ. 373 ιδρύθηκε στο Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο «Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή». Σκοπός της σχολής σύμφωνα με τις διατάξεις είναι «να προετοιμάζει στο πλαίσιο θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό μέσης βαθμίδας, ικανό να παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες στους χώρους άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος». Στις 9/8/2000 με κοινή υπουργική απόφαση, έγινε μετατροπή της ΜΤΕΝΣ (Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή) σε Τ.Ε.Ε. Α΄ κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών. Το εκπαιδευτικό προσωπικό αποτελείται από 5 μόνιμους εκπαιδευτικούς. Από το έτος 2006-2007 λειτουργεί ως ΕΠΑ.Σ. (Ν. 3475/06 ΦΕΚ Α/146/13-7-06) Στεγάζεται σε ανεξάρτητο και αυτόνομο κτίριο εντός του χώρου του Νοσοκομείου διαμορφωμένο έτσι, ώστε να παρέχει θεωρητική και εργαστηριακή εκπαίδευση και το οποίο κτίστηκε και εξοπλίσθηκε με δαπάνες των οικογενειών Ιωάννου και Μιχαήλ Γεμέλου.

4.4.2. Στοιχεία Λειτουργίας

Στους παρακάτω πίνακες αναφέρονται σημαντικά στοιχεία λειτουργίας από το έτος 2005 έως και το 2010. Επιλέχθηκαν συγκεκριμένα αυτά τα έτη γιατί είναι τα τελευταία έτη εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τα τελευταία πριν την αρχή της οικονομικής κρίσης γιατί κατά τη διάρκεια της τα δεδομένα αλλάζουν και μας καθιστά δυσκολότερη την ανάλυση τους.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι συνολικές επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Βλέπουμε μία αυξητική τάση καθώς προχωρούμε προς το 2010, η οποία και αναμενόταν. Αυτό εξηγείται από την εφαρμογή της αποασυλοποίησης. Δεν υπάρχουν πλέον τόσοι χρόνιοι ασθενείς που νοσηλεύονται όσο παλιότερα, επομένως μετατίθενται η ανάγκη τους για ιατρική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πίνακας 4.12

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (τ.ε.ι.)

ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ (Τ.Ε.Ι.)						
Έτος	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1ος Έλεγχος	1.842	2.029	1.911	2.035	1.539	1.737
Επανάλεγχος	7.525	7.887	9.045	8.813	9.763	8.698
Σύνολο Έτους	9.367	9.916	10.956	10.848	11.302	10.435

Σε αυτόν τον πίνακα βλέπουμε τις έκτακτες επισκέψεις στο εφημερίο του νοσοκομείου τις ημέρες της γενικής εφημερίας. Δεν παρατηρείται ιδιαίτερη διακύμανση του αριθμού εισαγωγών πράγμα που δε μας βοηθάει να χαρακτηρίσουμε αυτήν την εξέλιξη σε αρνητική ή θετική. Η σύγκριση όμως του πρώτου πίνακα με τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Ι. με τον δεύτερο με τις έκτακτες εισαγωγές μας κατευθύνει σε ένα συμπέρασμα.

Πίνακας 4.13

Εφημερίο

ΕΦΗΜΕΡΙΟ							
Έτος	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Σύνολο
Εισαγωγές	3.394	3.753	3.207	3.218	3.045	3.749	20.366

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται καθαρά η σύγκριση των δύο παραπάνω πινάκων. Ο αριθμός των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των εισαγωγών από το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Είναι λοιπόν ξεκάθαρη η ανάγκη για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.



Διάγραμμα 4.1
Σύνολο Εξετασθέντων

Στον παρακάτω αυτό πίνακα καθώς και στο διάγραμμα αμέσως μετά εμφανίζεται ο αριθμός των εισαγωγών τα προαναφερθείσα έτη. Ενώ τα πρώτα έτη 2005 έως 2008 περίπου δεν υπάρχει διακύμανση τα δύο τελευταία έχουμε αύξηση των εισαγωγών. Αυτή η ανοδική τάση οφείλεται στην αρχή της οικονομικής κρίσης που εισβάλλει στη χώρα μας το έτος 2009. Με την οικονομική κρίση έχουμε αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας, των απολύσεων και γενικά των οικονομικών προβλημάτων της κοινωνίας πράγμα που καθιστά την αύξηση των ψυχικών ασθενειών αναμενόμενη. Έτσι εξηγείται και η αύξηση των εισαγωγών τα τελευταία έτη.

Πίνακας 4.14
Εισαγωγές

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ							
Έτος	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Σύνολο
Εισαγωγές	1.553	1.598	1.554	1.662	1.850	1.784	10.001



Διάγραμμα 4.2

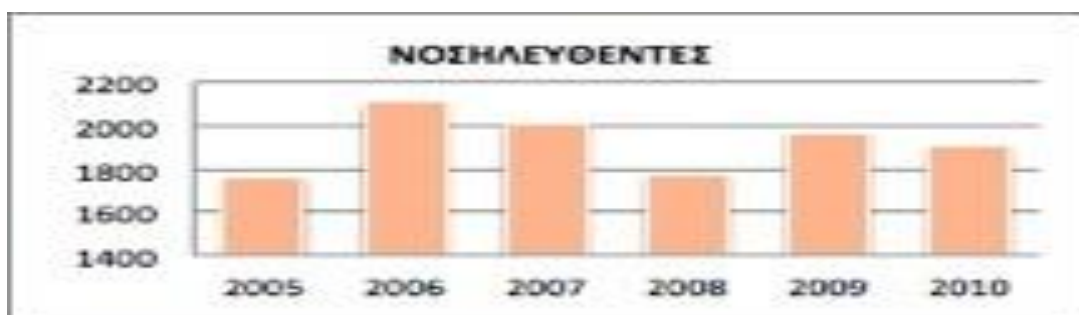
Εισαγωγές

Όπως φαίνεται όμως στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα με τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύθηκαν, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διακυμάνσεις. Αυτό δεν αναιρεί όμως το προηγούμενο συμπέρασμα για την αύξηση των ψυχικών ασθενειών. Η πολύ μικρή διακύμανση στον αριθμό των νοσηλευθέντων οφείλεται στη σύγχρονη μείωση των είδη χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται. Έτσι ενώ έχουμε αύξηση των εισαγωγών έχουμε μείωση του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών λόγω φυσικά της αποασυλοποίησης και την εγκατάστασή τους σε εξωνοσοκομειακούς ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα.

Πίνακας 4.15

Νοσηλευθέντες 2005-2010

ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ							
Έτος	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Σύνολο
Νοσηλευθέντες	1.763	2.108	200.8	1.769	1.970	1.906	11.524

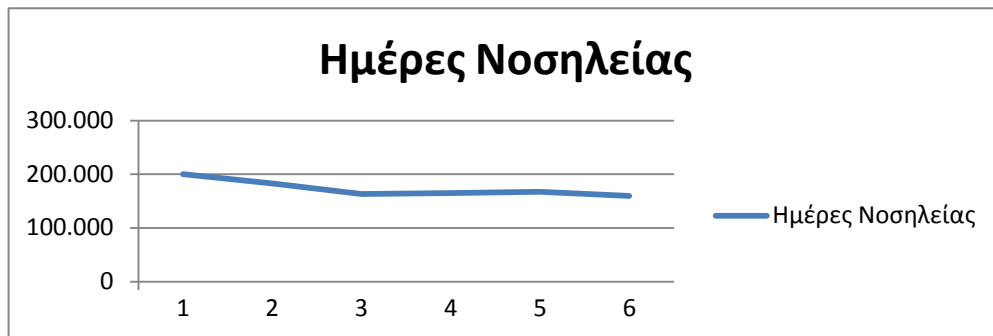


Διάγραμμα 4.3
Νοσηλευθέντες 2005-2010

Σε αυτόν τον πίνακα εμφανίζεται ο μέσος όρος μερών νοσηλείας. Είναι πολύ σημαντική αυτή η μέτρηση γιατί μπορεί να μας δείξει το βαθμό εγκατάστασης της αποασυλοποίησης. Σύμφωνα λοιπόν με τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα πρέπει να έχουμε μείωση των ημερών νοσηλείας. Εφόσον ο ασθενής έχει αποασυλοποιηθεί είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται να καταρτίζεται επαγγελματικά και αν συμμετέχει σαν ενεργό μέλος στα κοινωνικά δρώμενα. Η ψυχική του νόσος έτσι θα βρίσκεται σε πολύ καλύτερο στάδιο, χωρίς τον κίνδυνο των υποτροπών, με αποτέλεσμα η μείωση των ημερών νοσηλείας. Αυτό φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα και θεωρείται πολύ σημαντικό στοιχείο και για τα οικονομικά αποτελέσματα καθώς με τη μείωση των ημερών νοσηλείας μειώνεται και το κόστος νοσηλείας. Οπότε ένας από τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μπορούμε να πούμε ότι σε ένα βαθμό έχει επιτευχθεί.

Πίνακας 4.16
Ημέρες Νοσηλείας

ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ							
Έτος	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Σύνολο
Ημέρες Νοσηλείας	200.146	182.846	163.465	164.721	167.246	159.501	1.037.925



Διάγραμμα 4.4

Ημέρες Νοσηλείας

Συνοψίζοντας στο κεφάλαιο παρουσιάστηκε η σημερινή κατάσταση των κοινωνικών συνθηκών, της υγείας, και ειδικότερα της ψυχικής υγείας. Όπως είδαμε έγινε εκτενή αναφορά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ιδιαίτερα στο πρόγραμμα «Ψυχαργώς» α΄ και β΄ φάση, με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης να κυριαρχεί σε όλα τα στάδια της μεταρρύθμισης. Σημαντική για τη συνέχεια είναι η αναφορά στο μεγάλο Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αθηνών το «Δρομοκαϊτειο». Ένα νοσοκομείο που με τη συμμετοχή του στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση έπαιξε σημαντικό ρόλο στην πορεία της αποασυλοποίησης και του αποϊδρυματισμού. Η καλή διοικητική και οικονομική του οργάνωση πάντα σχετιζόμενη με άλλα δημόσια νοσοκομεία, μας επέτρεψε να συλλέξουμε στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία του αλλά και οικονομικά στοιχεία που θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο. Ο λόγος που αναλύθηκαν τα δεδομένα που αφορούν στη λειτουργία του νοσοκομείου είναι για να γνωρίσουμε το νοσοκομείο κατ΄ αρχήν και φυσικά η όλη εξέλιξη των δεδομένων αυτών είναι χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα. Αναλύοντας λοιπόν τα παραπάνω στοιχεία συγχρόνως με την ανάλυση των οικονομικών δεδομένων στο επόμενο κεφάλαιο, θα μπορέσουμε να έχουμε μία καλύτερη αξιολόγηση της εφαρμογής αλλά και του αποτελέσματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην περίπτωση που εξετάζουμε.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση από την αρχή της έως σήμερα παρουσίασε αρκετές οπισθοδρομήσεις στην εξέλιξή της. Λαμβάνοντας υπόψη τα οικονομικά δεδομένα ετών που συλλέχθηκαν από το Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» και τα δεδομένα που αφορούν στη λειτουργία του θα προσπαθήσουμε να αξιολογήσουμε την πορεία της καθώς και το αποτέλεσμα της. Γενικά όσο αφορά στην αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και όλων των προγραμμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αλλά και με πρόσφατες έρευνες, αναφέρονται αρκετά προβλήματα.

Τα προβλήματα που αναφέρονται είναι τα εξής:

1. Παρέχονται περιορισμένα δεδομένα από τους φορείς ψυχικής υγείας λόγω μη σωστής οργάνωσης (πολλές φορές δεν κρατούνται αρχεία)
2. Οι μόνες έρευνες για την οικονομική αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών έχουν γίνει στην Αγγλία και στις ΗΠΑ.
3. Πολλές μελέτες περιορίζονται στην ανάλυση κόστους – αποτελέσματος που είναι και η πιο συχνή μέθοδος αξιολόγησης.
4. Τα 2/3 των ερευνών αναφέρονται στη θεραπεία και στα φάρμακα και όχι σε οικονομικά στοιχεία.
5. Υπάρχει δυσκολία μέτρησης του έμμεσου και του κρυφού κόστους.
6. Τα χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής ασθένειας επηρεάζουν την οικονομική αξιολόγηση.
7. Δεν έχουν γίνει ακόμα αναλύσεις για τις νέες δομές που δημιουργήθηκαν με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση – αποασυλοποίηση.
8. Στην Ελλάδα δεν έχουμε θεσμικό πλαίσιο για την αξιολόγηση και τέλος δεν γνωρίζουμε το ποσοστό του ΑΕΠ που προορίζεται για την ψυχική υγεία.

Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει ακόμα σοβαρή, σωστή και πλήρης αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Με τη δικιά μας συνεισφορά, αξιολογώντας ένα πολύ μικρό κομμάτι της που αφορά το Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο» ίσως μπορέσουμε και βοηθήσουμε σε αυτό.

5.1. Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που συνελέγησαν από την οικονομική υπηρεσία του Ψ.Ν.Α «Δρομακαϊτείου» αναφέρονται: 1) στα έσοδα του νοσοκομείου από κρατική επιχορήγηση, από την επιχορήγηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από τα νοσήλια των ασφαλισμένων 2) στα έξοδα του νοσοκομείου που αφορούν τη μισθοδοσία και τις λειτουργικές δαπάνες και 3) σε λοιπά στοιχεία όπως ο αριθμός των ασθενών και του προσωπικού καθώς και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας. Όλες οι εγγραφές αφορούν το έτος 1981 έως και το έτος 2012 όπου και παρουσιάζονται στους πίνακες αναλυτικά όλα τα οικονομικά στοιχεία. Η οικονομική κρίση φαίνεται καθαρά ότι έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τα έσοδα αλλά και τη μεταβολή των υπόλοιπων στοιχείων. Ενώ όλες οι τιμές έχουν σταδιακή αύξηση ή μείωση κατά τη διάρκεια της 20ετίας, το οποίο σχολιάζεται αναμενόμενο αλλά και θετικό αποτέλεσμα, μεταβάλλονται διαφορετικά από το έτος 2009 που άρχισε να επηρεάζει ουσιαστικά η οικονομική κρίση τα δημόσια νοσοκομεία.

A) ΕΣΟΔΑ

Τα κύρια έσοδα του νοσοκομείου προέρχονται από την κρατική επιχορήγηση, από την Ευρωπαϊκή ενίσχυση, από τα νοσήλια των ασφαλισμένων, από ιδιωτικές επιχορηγήσεις και από άλλες πηγές που δεν αναφέρονται αναλυτικά. Η ευρωπαϊκή ενίσχυση, σύμφωνα με τους παρακάτω πίνακες, σταμάτησε για δύο περίπου χρόνια το 1997-98, έως ότου ενταχθεί το νοσοκομείο στο πρόγραμμα αποασυλοποίησης Ψυχαργώς Α' φάση το οποίο και συνέβη το 1999 και συνέχισε έως το 2008 όπου και έχουμε τη λήξη του προγράμματος αποασυλοποίησης. Το 1996 το νοσοκομείο από Ν.Π.Ι.Δ. , έγινε Ν.Π.Δ.Δ. έτσι στον πίνακα η κρατική επιχορήγηση δεν παρουσιάζεται από το έτος 1997 στη στήλη των εσόδων αλλά μεταφέρεται στη στήλη των εξόδων ως δαπάνη μισθοδοσίας. Τα νοσήλια προερχόμενα από τους ασφαλισμένους παρουσιάζουν σταδιακή πτώση καθώς μειώνεται και ο μ. ασθενών.

Σε αυτόν τον πίνακα παρουσιάζονται τα έσοδα από το 1980 έως και το 1986. Το 1986 είναι η χρονιά περίπου που αρχίζει η ευρωπαϊκή επιχορήγηση σύμφωνα με τον κανονισμό 815 που αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια. Παρατηρούμε φυσικά την έναρξη της Ευρωπαϊκής επιχορήγησης το 1985 αλλά και την απότομη αύξηση της κρατικής

επιχορήγησης το 1983 επειδή απότομα αυξήθηκαν και οι ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη λόγω της διεθνούς γνωστοποίησης της κατάστασης της ψυχικής υγείας στη χώρα μας και της δέσμευσής μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τέλος παρατηρούμε μια συνεχή αύξηση των εσόδων συνολικότερα αλλά και των επιμέρους καταγραφών τους που βέβαια αυξάνονται κατά πολύ με την άθροιση και της Ευρωπαϊκής ενίσχυσης.

Πίνακας 5.1
Έσοδα από το έτος 1980 έως το 1986

Α.ΕΣΟΔΑ	1980	1981	1983	1984	1985	1986
ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ	47.773	23.840	347.840	654.876	895.450	1.430.213
ΕΠΙΛΕΙΤ. & ΕΟΚ	0	0	0	0	45.000	169.437
ΝΟΣΗΛΙΑ	499.027	578.437	506.847	534.588	575.398	616.207
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	155.904	159.810	392.023	273.341	430.569	587.797
ΣΥΝΟΛΟ	702.704	762.087	1.246.710	1.462.805	1.948.402	2.803.654
TAM. ΥΠΟΛΟΙΠΟ	398.700	388.070	588.166	578.469	711.967	869.508

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα έσοδα από το έτος 1987 έως και το έτος 1993. Φαίνεται καθαρά η σταδιακή αύξηση του συνόλου των εσόδων με την κορύφωση της αύξησης στην κρατική επιχορήγηση το 1991 ακολουθώντας από εκεί και έπειτα φθίνουσα πορεία. Οι επιμέρους πηγές εσόδων δεν παρουσιάζουν αξιοσημείωτες μεταβολές.

Πίνακας 5.2

Έσοδα από το έτος 1987 έως το 1993

Α.ΕΣ ΟΔΑ	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
ΕΠΙ ΧΟΡΗ ΓΗΣΗ	2.268.550	2.690.500	3.195.100	3.692.300	4.196.625	0	2.118.415
ΕΠ. ΛΕΙΤ. & ΕΟΚ ΝΟΣΗ ΛΙΑ	186.915	235.100	450.200	895.000	660.308	914.720	500.059
ΛΟΙ ΠΑ ΕΣΟΔΑ	611.950	612.500	605.200	698.700	1.373.752	2	6.737.206
ΣΥΝΟ ΛΟ	936.212	857.100	869.800	914.100	878.776	9	2.095.827
ΤΑΜ. ΥΠΟΛΟΙ ΠΟ	4.003.602	4.395.200	5.120.300	6.200.100	7.109.41	2	8.370.6
							7
	1.559.969	1.485.986	1.555.156	1.690.963	2.887.982	3.594.040	6.246.242

Το αξιοσημείωτο του παρακάτω πίνακα και άξιο σχολιασμού είναι η παύση της κρατικής επιχορήγησης το 1997 όπου και το νοσοκομείο από Ν.Π.Ι.Δ. έγινε Ν.Π.Δ.Δ.. Η κρατική επιχορήγηση έως το 1996 αφορούσε τη μισθοδοσία που ανήκε στην αρμοδιότητα του νοσοκομείου, οπότε όποια κρατική χρηματοδότηση προοριζόταν κατά βάση για την κάλυψη των αναγκών της μισθοδοσίας. Έτσι η μισθοδοσία ανήκε στα έξοδα του νοσοκομείου. Από το 1997 και έπειτα η μισθοδοσία ανήκει καθαρά στην κρατική ευθύνη με αποτέλεσμα την παύση της χρηματοδότησης και την αφαίρεση της φυσικά από τον υπολογισμό των εξόδων του νοσοκομείου. Άξιο επίσης σχολιασμού είναι και η παύση της Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης για τα έτη 1997 και 1998 λόγω της ένταξης του νοσοκομείου στο πρόγραμμα «Ψυχαργός» α' φάση το 1999. Τα υπόλοιπα έσοδα δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες μεταβολές. Σημαντική είναι η φθίνουσα πλέον πορείας του συνόλου των εσόδων.

Πίνακας 5.3

Έσοδα από το έτος 1994 έως το 2001

Α.ΕΣΟΔΑ	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Α								
ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ	1.467.351	96.845	59.536	0	0	0	0	0
ΕΠΙΛΕΙΤ. & ΕΟΚ	710.806	314.512	833.602	30	0	93.425	819.093	1.179.266
ΝΟΣΗΛΙΑ	7.359.883	8.234.565	7.691.169	7.129.577	6.628.767	8.243.409	6.132.156	5.279.231
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	2.525.550	2.906.958	3.221.799	3.444.011	3.392.893	1.060.810	2.077.266	1.099.244
ΣΥΝΟΛΟ	12.063.589	11.552.880	11.806.107	10.573.618	10.021.660	9.397.644	9.028.515	7.557.741
ΤΑΜ.Υ ΠΟΛ.ΟΙ ΠΟ	8.595.539	10.417.643	11.854.594	9.237.595	5.926.070	12.018.004	16.148.617	18.547.657

Στους δύο επόμενους πίνακες, οι οποίοι διαχωρίζονται με τον τρόπο αυτό, καθώς το 2009 έχουμε την αρχή της οικονομικής κρίσης αλλά και την παύση της Ευρωπαϊκής ενίσχυσης. Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» φτάνει στο τέλος του το 2006 με μία μικρή παράταση έως και το 2008. Μπορεί τα δύο τελευταία έτη 2010 – 2012 να διαφαίνεται μια μικρή Ευρωπαϊκή χρηματοδότηση αλλά είναι λόγω της ένταξης του νοσοκομείου στο ΕΣΠΑ 2007 – 2013. Η χρηματοδότηση αυτή βέβαια δεν καλύπτει επ' ουδενός τις ανάγκες του νοσοκομείου για τη συνέχεια ή έστω τη διατήρηση του προγράμματος. Τέλος βλέπουμε μια μικρή αύξηση των εσόδων χωρίς αυτό να μας χαροποιεί ιδιαίτερα καθώς έχουν μειωθεί στο μισό συγκρινόμενα με τα παλαιότερα έτη.

Πίνακας 5.4
Έσοδα από το έτος 2002 έως το 2008

A.ΕΣΟ ΔΑ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ΕΠΙΧ ΟΡΗΓ ΗΣΗ	0	0	0	0	0	0	0
ΕΠ.ΛΕ ΙΤ.& ΕΟΚ	0	245.219	132.073	94.924	58.598	335.431	112.627
ΝΟΣΗ ΔΙΑ	5.881.329	3.810.159	3.783.629	4.386.854	3.614.663	6.701.307	3.675.606
ΛΟΙΠ Α	1.813.676	1.372.928	1.255.747	1.054.749	1.450.154	1.074.234	919.322
ΕΣΟΔ Α	76	8	7		4	4	2
ΣΥΝΟ ΛΟ	7.695.005	5.428.306	5.171.449	5.536.527	5.123.415	8.110.972	4.707.555
TAM. ΥΠΟΛ ΟΠΟ	21.316.277	18.501.673	17.896.249	15.562.761	12.822.846	12.464.074	8.206.000

Πίνακας 5.5
Έσοδα από το έτος 2009 έως το 2012

A.ΕΣΟΔΑ	2009	2010	2011	2012
ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ	0	0	0	0
ΕΠ.ΛΕΙΤ.& ΕΟΚ	0	50.658	61.313	61.805
ΝΟΣΗΛΙΑ	2.774.038	3.205.811	4.118.500	4.705.889
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	1.905.140	1.896.705	2.004.559	1.999.321
ΣΥΝΟΛΟ	4.679.178	5.153.164	6.184.372	6.767.015
TAM.ΥΠΟΛΟΙΠΟ	3.267.850	3.098.270	1.806.659	1.509.410

B) ΕΞΟΔΑ

Στην κατηγορία των εξόδων συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες μισθοδοσίας καθώς και οι λειτουργικές δαπάνες. Κατά γενική ομολογία τα έξοδα παρουσιάζουν συνεχή αύξηση. Το κόστος λειτουργίας αυξάνεται σταδιακά λόγω της συνεχής αύξησης των τιμών στην αγορά (φάρμακα και υγειονομικό υλικό, καύσιμα, τρόφιμα, αναλώσιμα είδη κ.α.) ενώ τα μόνα έξοδα που μειώνονται κατακόρυφα είναι οι δαπάνες μισθοδοσίας καθώς από το 1999 το κόστος μισθοδοσίας βαρύνει το υπουργείο όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Μια

μικρή δαπάνη μισθοδοσίας παραμένει λόγω ένταξης στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου της δαπάνης για τους μισθούς των επικουρικών υπαλλήλων και των εφημεριών του ιατρικού προσωπικού. Αξιοσημείωτο είναι ότι από 2010 η φαρμακευτική δαπάνη μειώνεται κατακόρυφα λόγω της εισαγωγής των γενόσημων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία.

Στους δύο επόμενους πίνακες (πίνακας 1, 2) βλέπουμε μια αυξητική πορεία των εξόδων συνολικά αλλά και των επιμέρους ποσών. Παρουσιάζεται μία απότομη αύξηση των εξόδων για μισθοδοσία από το 1983 ή οποία και συνεχίζεται έως και το 1997. Αυτό συμβαίνει γιατί τις δεκαετίες 1980 και 1990 έχουμε έκρηξη του αριθμού των προσλήψεων. Οι λειτουργικές δαπάνες αυξάνονται σταδιακά λόγω αύξησης και του επιπέδου των τιμών και του κόστους ζωής γενικότερα. Τέλος παρατηρείται η μηδενική δαπάνη για μισθοδοσία από κρατική επιχορήγηση όπως προαναφέρθηκε και στην ανάλυση των εσόδων.

Πίνακας 5.6

Έξοδα από το έτος 1981 έως το 1988

B. ΕΞΟΔΑ Α	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
ΜΙΣΘΟ ΟΙ	348.9 82	339.584	920.810	1.115.240	1.301.029	1.863.544	2.315.141	2.820.000
ΛΕΙΤ. ΔΑΠΑΝ ΕΣ	315.9 01	339.58 4	316.208	357.262	513.875	782.569	998.000	1.413.431
ΣΥΝΟ ΛΟ	664.8 83	772.71 7	1.237.018	1.472.502	1.814.904	2.646.113	3.313.141	4.233.431
ΜΙΣΘΟ ΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΚΡΑΤ. ΕΠΙΧΟΡ	0	0	0	0	0	0	0	0

Πίνακας 5.7

Έξοδα από το έτος 1989 έως το 1997

B. ΕΞΟΔΑ	<u>1989</u>	<u>1990</u>	<u>1991</u>	<u>1992</u>	<u>1993</u>	<u>1994</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>
A									
ΜΙΣΘΟΙ	3.310.000	3.820.000	4.368.247	4.407.096	4.596.302	4.644.226	5.114.662	5.819.724	7.756.095
ΛΕΙΤ. ΔΑΠΑΝΕΣ	1.828.862	2.244.293	2.994.829	3.257.459	4.203.002	5.070.069	5.115.891	4.543.563	5.422.596
ΣΥΝΟΛΟ	5.138.862	6.064.293	7.363.076	7.664.555	8.799.304	9.714.295	10.230.553	10.363.287	13.178.691
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΚΡΑΤ. ΕΠΙΧ. ΟΡ.	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Στους πίνακες 24 και 25 αναγνωρίζουμε τη μεταφορά της μισθοδοτικής δαπάνης στην κρατική επιχορήγηση το έτος 1999 η οποία και ακολουθεί αυξητική τάση. Για το λόγω αυτό έχουμε απότομη μείωση του συνόλου των εξόδων το ίδιο έτος. Η δαπάνη βέβαια για μισθούς επανέρχεται αλλά με πολύ μικρότερα ποσά το 2006 όπου και εντάσσεται στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου η δαπάνη μισθοδοσίας των επικουρικών υπαλλήλων και των εφημεριών του ιατρικού προσωπικού που μέχρι πρότινος ανήκε στη δικαιοδοσία του υπουργείου. Τέλος τα δύο τελευταία έτη, τα συνολικά έξοδα ακολουθούν πτωτική τάση καθώς στα νοσοκομεία εισάγεται το μέτρο για τα γενόσημα φάρμακα με αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Πίνακας 5.8

Έξοδα από το έτος 1998 έως το 2006

B. ΕΞΟΔΑ	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΜΙΣΘΟΙ	8.378.72 2	0	0	0	0	0	0	0	189.122
ΛΕΙΤ. ΔΑΠΑΝΕ Σ	4.954.46 3.	3.305.71 0	4.897.902	5.158.70 1	4.926.38 5	8.242.910	5.776.87 3	7.870.01 6	7.674.20 7
ΣΥΝΟΛΟ	13.333.1 85	3.305.71 0	4.897.902	5.158.70 1	4.926.38 5	8.242.910	5.776.87 3	7.870.01 6	7.863.32 9
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΚΡΑΤ. ΕΠΙΧΟΡ.	0	10.300.0 00	11.200.000	11.600.0 00	13.000.0 00	13.900.000	14.400.0 00	14.900.0 00	15.700.0 00

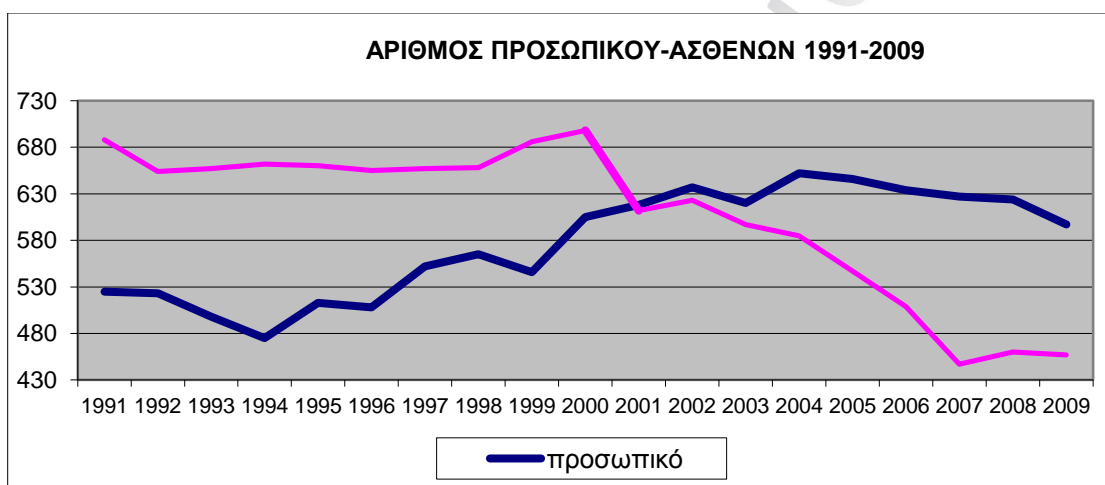
Πίνακας 5.9

Έξοδα από το έτος 2007 έως το 2012

B. ΕΞΟΔΑ	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΜΙΣΘΟΙ	65.685	196.112	155.414	152.398	158.129	154.505
ΛΕΙΤ. ΔΑΠΑΝΕΣ	7.944.623	8.645.803	9.461.914	9.081.452	8.600.194	8.111.025
ΣΥΝΟΛΟ	8.010.308	8.841.915	9.617.328	9.233.850	8.758.323	8.265.530
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ ΑΠΟ ΚΡΑΤ. ΕΠΙΧΟΡ.	17.605.346	18.989.375	19.084.730	18.605.760	18.176.367	17.600.006

Γ) ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τα έτη 1981 έως και 2009, όπως φαίνεται και στο γράφημα 1, ουσιαστικά πριν την αρχή της οικονομικής κρίσης ο αριθμός του προσωπικού αυξάνεται συνεχώς ενώ μειώνεται ο μ.ο. ασθενών. Μετά την οικονομική κρίση οι δείκτες λειτουργούν αντίστροφα, δηλαδή ο αριθμός του προσωπικού έχει αρχίσει να μειώνεται λόγω συνταξιοδότησης μεγάλου αριθμού υπαλλήλων και μη πρόσληψης νέου ενώ ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται σταδιακά λόγω της οικονομικής κρίσης που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ψυχικών ασθενειών.



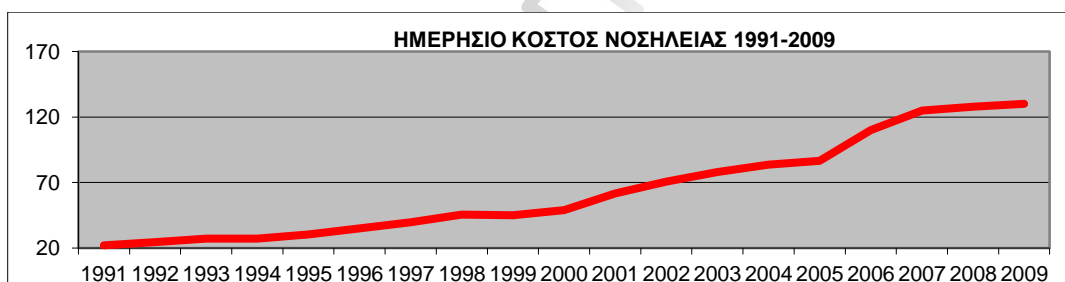
Διάγραμμα 5.1
Αριθμός Προσωπικού - Ασθενών 1991-2009

Το μόνο αξιόλογο θετικό αποτέλεσμα όπως προαναφέρθηκε είναι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης από το 2010 και έπειτα λόγω ένταξης στα νοσοκομεία του μέτρου των γενόσημων φαρμάκων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του Ημερήσιου Κόστους Νοσηλίου. Το ΗΚΝ σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν από την οικονομική υπηρεσία του νοσοκομείου υπολογίζεται ως εξής:

$$\text{ΗΚΝ} = \frac{\text{ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ + ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ}}{\text{ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ}} \times 365 \text{ ημέρες του χρόνου}$$

Τα λειτουργικά έξοδα περιλαμβάνουν τη φαρμακευτική δαπάνη και σύμφωνα με τον τύπο εφόσον έχουμε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης θα έχουμε και μείωση του αποτελέσματος του τύπου που μας δίνει το Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας.

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται καθαρά η αυξητική τάση του Η.Κ.Ν. έως και το 2009.



Διάγραμμα 5.2

Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας 1991-2009

Στον παρακάτω πίνακα δεν υπάρχουν αρκετές εγγραφές λόγω μη τήρησης σωστών αρχείων της διοικητικής και οικονομικής υπηρεσίας.

Πίνακας 5.10

Λοιπά στοιχεία από το έτος 1980 έως το 1988

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
ΑΡ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	-	333	-	360	368	389	421	-	-
Μ.Ο. ΑΣΘΕΝΩΝ	-	850	-	805	793	800	769	-	-
Η.Κ.Ν.	-	-	-	4,27	-	-	-	-	-
ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Πλήρη στοιχεία άρχισαν να καταγράφονται από το έτος 1991 και έπειτα. Φαίνεται λοιπόν ή συνεχής αύξηση του προσωπικού αλλά και ο σταθερός αριθμός των νοσηλευομένων. Έτσι για τον ίδιο αριθμό ασθενών έχουμε περισσότερο προσωπικό. Το Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας συνεχώς αυξάνεται . Σε αυτόν τον πίνακα εμφανίζεται επίσης για πρώτη φορά η εγγραφή των ημερών νοσηλείας, σημαντικό στοιχείο που η ανάλυση του και η παρακολούθηση της πορείας του θα μας βοηθήσει στη συλλογή συμπερασμάτων για την πορεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος.

Πίνακας 5.11

Λοιπά στοιχεία από το έτος 1989 έως το 1998

Γ.ΛΟΠΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
ΑΡ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	-	-	52	52	49	47	51	50	55	565
			5	3	8	5	3	8	2	
Μ.Ο. ΑΣΘΕΝΩΝ	-	-	68	65	65	66	66	65	65	658
			8	4	7	2	0	5	7	
Η.Κ.Ν.	-	-	22,6	24,52	27,06	27,22	30,40	34,92	39,70	45,40
ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	-	-	251,052	239,219	239,962	241,605	240,677	239,481	239,772	239,956

Στον πίνακα 28 φαίνεται καθαρά η αύξηση του αριθμού του προσωπικού και η σύγχρονη μείωση του αριθμού των ασθενών. Η μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών οφείλεται φυσικά στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση που αρχίζει το 1999 και εξελίσσεται μέσα στα επόμενα έτη έως και το 2008 όπου και σταματά. Αξιοσημείωτο είναι η αυξητική τάση του ημερήσιου κόστους νοσηλείας τα έτη αυτά αλλά και η σταδιακή μείωση των ημερών νοσηλείας, δεδομένα πολύ σημαντικά για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Πίνακας 5.12

Λοιπά στοιχεία από το έτος 1999 έως το 2008

Γ.ΛΟΠΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ΑΡ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	54	60	61	63	62	65	64	63	62	62
Υ	6	5	8	7	0	2	6	4	7	4
Μ.Ο. ΑΣΘΕΝΩΝ	68	69	61	62	59	58	54	50	44	46
	6	8	2	3	7	5	7	9	7	0
Η.Κ.Ν.	44,93	48,90	61,53	70,80	77,98	83,67	86,50	110,00	125,00	128,00
ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	250,70	255,35	213,36	227,83	217,94	213,37	200,14	182,89	163,46	167,90
	5	1	3	5	7	9	6	1	5	0

Στον τελευταίο πίνακα τα δεδομένα μας αλλάζουν. Αρχής γενομένης της οικονομικής κρίσης έχουμε και πολλές διαφορετικές διακυμάνσεις στα δεδομένα μας. Όπως παρατηρείται ο αριθμός του προσωπικού έχει αρχίσει να μειώνεται λόγω συνταξιοδότησης και μη πρόσληψης νέου αλλά και σύγχρονη αύξηση του μ.ο. ασθενών λόγω αύξησης των ψυχικών ασθενειών. Το Ημερήσιο Κόστος νοσηλείας άρχισε να μειώνεται με την εισαγωγή των γενόσημων φαρμάκων. Παραμένει όμως σταθερή η μειωτική τάση των ημερών νοσηλείας.

Πίνακας 5.13
Λοιπά στοιχεία από το έτος 2009 έως το 2012

Γ.ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>
ΑΡ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	597	562	528	514
Μ.Ο. ΑΣΘΕΝΩΝ	457	476	482	485
Η.Κ.Ν.	130,00	110,20	99,80	97,90
ΗΜ.ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	166,805	167,56	165,889	160,702

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται η εξέλιξη της Δαπάνης Φαρμάκων & Υγειονομικού Υλικού από το 1998 έως και το 2012.

Πίνακας 5.14
Εξέλιξη της δαπάνης φαρμάκων και υγειονομικού υλικού
από το 1998 έως το 2012

ΕΤΟΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ (€)	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ %
1998	522.998	-
1999	650.192	24,30
2000	844.143	29,80
2001	936.995	11,02
2002	1.151.506	22,80
2003	1.378.798	19,70
2004	1.496.875	8,56
2005	1.686.261	12,60
2006	1.766.971	4,80
2007	1.897.152	7,40
2008	2.027.963	6,90
2009	2.221.381	9,54
2010	1.830.700	-17,59
2011	1.829.668	-17,22
2012	1.824.055	-16,40

5.2. Οικονομική αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης – συμπεράσματα

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει σχεδιαστεί σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει την αποασυλοποίηση και την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως ιδρύματα νοσηλείας χρόνιων ψυχικά ασθενών. Αυτό ως ένα μεγάλο βαθμό έχει επιτευχθεί. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών έχει μετακινηθεί από τα νοσοκομεία σε εξωτερικές δομές μέσα στις πόλεις και έχει αρχίσει η διαδικασία ένταξης αυτών στην κοινωνία. Αυτό τους παρέχει αυτονομία και κατ' επέκταση και τη συμμετοχή τους στην οικονομία της χώρας.

Η δεύτερη φάση αφορά τον επαγγελματικό προσανατολισμό αλλά και την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Σε αυτή τη φάση περιμένουμε ουσιαστικά το θετικό οικονομικό αποτέλεσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Οι ασθενείς αυτοί, ενταγμένοι πλέον στην κοινωνία προσφέρουν στην οικονομία της χώρας με την εργασία τους αλλά και την πληρωμή των φόρων τους, έχοντας μείωση του άμεσου κόστους αλλά και του κρυφού δηλαδή του κόστους που αφορά την οικογένεια του ασθενούς.

Θα μπορούσε βέβαια να υπάρχει και μείωση του άμεσου κόστους στην πρώτη φάση αφού στους ασθενείς που έχουν ενταχθεί στην αποασυλοποίηση μειώνεται ο προστατευτισμός, δηλαδή μειώνεται η ανάγκη για εντατική νοσηλεία άρα μειώνεται και το κόστος. Η σταδιακή όμως ύφεση της οικονομίας, όπως προαναφέρθηκε, δεν το επέτρεψε.

Και ενώ η διαδικασία της αποασυλοποίησης είχε σταθερούς ρυθμούς εξέλιξης, το 2009 με την αρχή της οικονομικής κρίσης και την παύση της χρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση η εξέλιξή της σταμάτησε, έμεινε στάσιμη, με αποτέλεσμα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση να μην προχωρήσει ποτέ στη δεύτερη φάση και φυσικά να μη μπορούμε να έχουμε τα θετικά οικονομικά αποτελέσματα που αναμένονταν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταρρυθμίζονται σταδιακά στην Ελλάδα τα τελευταία 30 χρόνια, με χρονική καθυστέρηση έναντι άλλων χωρών του δυτικού κόσμου και μετά από διεθνή διαπόμπευση στις αρχές τις δεκαετίας του '80, όταν ο όρος «Λεροποίηση» καθιερώθηκε διεθνώς ως συνώνυμο του απάνθρωπου ιδρυματισμού των χρόνιων ψυχικά ασθενών. Έστω κι έτσι όμως, το παρωχημένο μοντέλο του πολύχρονου και μη αναγκαίου θεραπευτικά εγκλεισμού στα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα δίνει πλέον τη θέση του σε μικρές και σύγχρονες μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και σε νέες κοινοτικές δομές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η αρχή στην κατεύθυνση αυτή έγινε ουσιαστικά με την ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), για να ακολουθήσει λίγο αργότερα ο Κανονισμός 815/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Συνέχεια του κανονισμού αυτού αποτέλεσε ο επόμενος μεγάλος σταθμός του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργώς», που στο τέλος του 2001 δέχθηκε μια πρώτη αναθεώρηση ώστε να ισχύσει για τη δεκαετία 2001-2010. Η πρόκληση ωστόσο για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος δεν αφορά μόνο τους ασθενείς που επί χρόνια ζούσαν στο άσυλο αλλά και τους ασθενείς που ζουν στην κοινότητα. Γι' αυτό και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση και επέκταση των ευκαιριών κατάρτισης και απασχόλησης των ψυχικά πασχόντων, ώστε να παραμείνουν στην κοινότητα και εκτός νοσοκομείου και να έχουν δυνατότητες επαγγελματικής ένταξης. Πρόκειται για αναγνώριση του ζητήματος που προβάλλει επιτακτικό για τους ψυχικά ασθενείς και δεν είναι άλλο από την ολοκληρωμένη ψυχιατρική φροντίδα σε όλα τα επίπεδα των αναγκών τους (Α', Β', Γ' βαθμού περίθαλψη), της επαγγελματικής αποκατάστασης και της πλήρους κοινωνικής επανένταξης.

Μια ανάλυση των συλλεγμένων δεδομένων που παρότι οικονομικής φύσης αφορούν το Ψ.Ν.Α. «Δρομοκαΐτειο», ένα από τα μεγαλύτερα ΨΝ της χώρας και πεδίο εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μας επιτρέπει να εξαγάγουμε συμπεράσματα για τα αποτελέσματα του όλου εγχειρήματος. Οι στοχεύσεις του τελευταίου αφορούσαν γενικά την αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών και την επανένταξή τους στην κοινωνία μέσω επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης. Μια τέτοια προοπτική

θα επέφερε μείωση των λειτουργικών εξόδων και δαπανών νοσηλείας του ΨΝ, μείωση του έμμεσου κόστους για τον ασθενή και την οικογένειά του αλλά και μείωση του κόστους για μια κοινωνία με λιγότερους ασθενείς και περισσότερους ενεργούς πολίτες.

Στη βάση των παραπάνω, δεν μπορούμε παρά να επισημάνουμε πως ο βασικός στόχος έχει επιτευχθεί, με την αποασυλοποίηση να έχει σε ένα μεγάλο βαθμό προχωρήσει και αρκετές νέες εξωνοσοκομειακές δομές να φιλοξενούν ασθενείς που άλλοτε ζούσαν έγκλειστοι στα ψυχιατρεία. Αναμενόμενα λοιπόν, το κόστος νοσηλείας έχει μειωθεί, με την αποασυλοποίηση να επιφέρει μείωση του προστατευτισμού, σταδιακή δηλαδή ανεξαρτητοποίηση των ασθενών από τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες κυρίως υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα ωστόσο αυξάνεται η ανάγκη για πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας, με τους ασθενείς να χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση για την πρόληψη των υποτροπών που θα τους φέρουν πάλι στο περιβάλλον εντατικής νοσηλείας του νοσοκομείου.

Όσον αφορά την περίοδο της οικονομικής κρίσης των τελευταίων χρόνων, η παρατηρούμενη αύξηση του αριθμού των εισαγόμενων σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχει ασφαλώς να κάνει με την αύξηση των ψυχικών νόσων. Η αύξηση ωστόσο ισοσταθμίζεται από τη μείωση των ημερών νοσηλείας, με τους ασθενείς να νοσηλεύονται πολύ λιγότερες μέρες σε σχέση με την προ αποασυλοποίησης εποχή και το κόστος νοσηλείας να διατηρείται έτσι στα ίδια χαμηλά επίπεδα.

Σε κάθε περίπτωση, η επίτευξη μιας εν μέρει μείωσης των δαπανών νοσηλείας δεν πρέπει να επισκιάσει το παρατηρούμενο μεγάλο πρόβλημα στο δεύτερο και σημαντικότερο στάδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στην επαγγελματική δηλαδή αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Η εφαρμογή εξάλλου της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σταμάτησε ουσιαστικά το 2008 λόγω της παύσης της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης και της αδυναμίας συνέχισής της από το κράτος. Παρότι λοιπόν η μετεγκατάσταση των ψυχικά παθόντων από τα ψυχιατρεία σε εξωνοσοκομειακές δομές πραγματοποιήθηκε, η επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάστασή τους δεν προχώρησε στο βαθμό που επιδίωκε η μεταρρύθμιση. Η συγκυρία της οικονομικής κρίσης ήρθε έπειτα να επικυρώσει την αναβολή ολοκλήρωσης του σπουδαίου εγχειρήματος και το μεγάλο κόστος που βαραίνει τις οικογένειες των πασχόντων και γενικά την κοινωνία παρέμεινε και εκτινάχθηκε σε υψηλά επίπεδα. Μπορεί το 2012 – 2013 η χρηματοδότηση από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

να επέτρεψε προσπάθειες για επαγγελματική κατάρτιση των ασθενών, αυτές δεν είχαν όμως ούτε στόχευση ούτε συνέχεια.

Η σημερινή υποχρηματοδότηση απειλεί εντέλει το όλο εγχείρημα με κατάρρευση και ακύρωση τόσο σε επίπεδο Πρόληψης – Θεραπείας - Αποκατάστασης όσο και σε επίπεδο ποιότητας και αξιοπρέπειας ζωής των ψυχικά πασχόντων. Και όλα αυτά τρεις ολόκληρες δεκαετίες μετά την πρώτη εισαγωγή στον ελληνικό δημόσιο λόγο λέξεων όπως ιδρυματισμός, αποϊδρυματοποίηση, κοινωνική επανένταξη, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αποασυλοποίηση, που είναι πλέον πολύ γνωστές και ιδιαίτερα φορτισμένες στις τάξεις της ελληνικής ψυχιατρικής κοινότητας.

Το πεδίο που οφείλουμε στο εξής να μας απασχολήσει δεν είναι λοιπόν άλλο από αυτό της επαγγελματικής αποκατάστασης και της επαγγελματικής προστασίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Πρόκειται για έναν τομέα που όσο παραμένει ατροφικός και υποβαθμισμένος, δεν επιτρέπει ούτε την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ούτε τη δημιουργία ενός πλήρους φάσματος υπηρεσιών για την καθημερινότητα των ψυχικά πασχόντων και την πλήρη ενσωμάτωσή τους σε μια κοινωνία υποχρεωμένη να τους κρατήσει στους κόλπους της. Η αποασυλοποίηση έχει εξάλλου διπλή επίδραση: Αφενός απομακρύνει τα άτομα με ψυχικό πρόβλημα από το ίδρυμα με προορισμό και πάλι την κοινότητα, αφετέρου αλλάζει την ίδια την κοινότητα μέσα από λιγότερες ρατσιστικές λογικές, αναδεικνύοντάς τη σε κοινωνία που σέβεται και αναγνωρίζει σε όλους το δικαίωμα να είναι μέλη της, ανεξάρτητα από την κατάσταση της (ψυχικής εν προκειμένω) υγείας τους.

Πριν ωστόσο φθάσουμε να μιλάμε για αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, θα έπρεπε καταρχάς να προωθηθεί μια πολιτική πρόληψης για τη διατήρηση της εργασίας τους, όταν και όπου αυτή υπάρχει. Η βίωση του ιδρυματισμού και της εγκατάλειψης είναι μάλλον μακρινή όσο η επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ψυχικά πάσχοντος είναι ενεργή, γι' αυτό και επιβάλλονται κάθε είδους παρεμβάσεις σε εργοδότες, συναδέλφους, αλλά και στο ίδιο το άτομο, ώστε αυτό να κρατηθεί στην εργασία και να διαχειρίζεται «τα της υγείας του» χωρίς να προσθέσει, όπως συχνά συμβαίνει, στα ψυχικά του προβλήματα και αυτό της ανεργίας.

Για να επανέλθουμε στην επαγγελματική αποκατάσταση – η οποία και νοείται εδώ ως αμειβόμενη εργασία ανεξάρτητα από το βαθμό προστασίας ή το φορέα και το πλαίσιο που τη συνοδεύει - των ψυχικά πασχόντων, αυτή δεν αποτελεί ιατρική πράξη, συνιστά

όμως ουσιαστικό συμπλήρωμα όλων των άλλων (και ιατρικών) ενεργειών που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Αποτελεί συνεπώς δυσεξήγητο ερευνητικό κενό (μετά από τόσα χρόνια συνεχούς ή περιστασιακής εργασίας ψυχιατρικών ασθενών σε δομές και εργαστήρια ανά την Ελλάδα) η απουσία έστω μιας ελληνικής μελέτης για τη σύνδεση της πορείας της νόσου (π.χ. υποτροπές, συμπτώματα) με την εργασιακή κατάσταση των ασθενών.

Η έλλειψη εργασίας και η οικονομική εξαθλίωση πλήττουν βέβαια σήμερα μεγάλες ομάδες πληθυσμών σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της γης. Αυτό έχει και σαφείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ισορροπία των ανθρώπων, που εξαρτάται πια και επηρεάζεται όχι μόνο από το στενό οικογενειακό περιβάλλον αλλά και από τις ευρύτερες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Οι πρακτικές συνεπώς της αποκατάστασης και επανένταξης ή του μετριασμού των συνεπειών του αποκλεισμού για μια μεγάλη κατηγορία ειδικών ομάδων πληθυσμού έχουν να αντιπαλέψουν, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες, όχι μόνο τις προκαταλήψεις του παρελθόντος αλλά και τη συνεχώς διογκούμενη κοινωνική και οικονομική ανισότητα. Όλοι όμως όσοι μοιράζονται τις παραπάνω ανησυχίες και δίνουν καθημερινά τη μάχη ενάντια στην ψυχική αρρώστια και στις συνέπειές της, σε πείσμα μιας δύσκαμπτης και δυσπροσάρμοστης διοίκησης, αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο στην αναστροφή μιας μεταρρύθμισης που εξακολουθεί να εμπνέει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Σύστημα ψυχικής υγείας στη Γαλλία

Table 1 Number and rates of public psychiatry professionals in 2000 [5]

	Mean number per sector		Rate for 100,000 inhabitants	
	Child	Adult	0–19 years	≥20 years
Psychiatrists	4.9	4.8	9.6	8.9
Registrars	0.8	0.9	1.6	1.7
Other practitioners	0.1	0.5	0.1	0.9
Total medical staff	5.8	6.2	11.5	11.5
Psychologists	6.6	2.5	12.8	4.7
Nurses	15.3	48.4	31.1	89.4
Chief nurses	2.6	5.4	5.3	9.9
Psychomotricians	2.9	0.2	6.0	0.4
Ergotherapists	0.1	0.6	0.1	1
Orthophonists	2.8	0	5.6	0
Social workers	8	2.8	16.1	5.4
Others ¹	10.4	19.8	21.1	36.4
Total non-medical staff	48.4	79.8	99.8	147.4

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

Πίνακας 1: Εθνικό προϊόν, εισόδημα και παραγωγικότητα

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-27=100)	84,3	86,7	91,0	92,2	93,9	96,0	97,1	97,8	97,7
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-15=100)	73,2	75,5	79,7	81,1	83,0	85,2	86,6	87,6	88,1
Παραγωγικότητα της εργασίας ανά άτομο που απασχολείται (ΕΕ-27=100)	93,7	97,2	100,4	100,3	101,8	103,5	103,8	105,5	104,6
Παραγωγικότητα της εργασίας ανά ώρα εργασίας	65,5	68,0	70,4	70,5	72,7	73,7	71,9		

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
(ΕΕ-15=100)									
Μεταβολή ΑΕΠ	4,5	4,5	3,9	5,0	4,6	3,8	4,2	4,0	3,8
Μέσες ακαθάριστες αποδοχές ανά μισθωτό (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-15=100)	59,7	60,7	65,6	66,7	69,5	71,7	72		
Παραγωγικότητα του συνόλου των συντελεστών	100,0	103,2	104,7	107,1	109,1	111,3	112,3	113,8	114,8

Πηγές: ΕΣΥΕ, Υπουργείο Ανάπτυξης, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Eurostat, Ameco

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Πίνακας Οικονομικών Στοιχείων για την Ελλάδα

Βασικοί Οικονομικοί Δείκτες	2010	2011	2012 Τελευταία διαθέσιμα στοιχεία	2012 Προβλέψεις για το τέλος του έτους
ΑΕΠ Τρέχουσες τιμές (Σταθερές τιμές 2005, ετήσιες μεταβολές)	€ 227.318 εκ. -3,5%	€ 215.088 εκ. -6,9%	€ 47.189 εκ. (1 ^ο τρίμηνο 2012) -6,5%	€ 206.319 εκ. -4,1%*
Πληθωρισμός (Εναρμονισμένος δείκτης)	4,7% (μ.ο. 2010)	3,1% (μ.ο. 2011)	0,9% ** (Μάιος 2012)	-0,5% (μ.ο. 2012)
Δημοσιονομικό έλλειμμα (Γενική κυβέρνηση)	€ 23.859 εκ. 10,5 (% του ΑΕΠ)	€ 19.694 εκ. 9,2 (% του ΑΕΠ)	€ 10.874 εκ.*** (Μάιος 2012)	€ 13.732 εκ. 6,7 (% του ΑΕΠ)
Πρωτογενές δημοσιονομικό έλλειμμα	€ 10.666 εκ. 4,7 (% του ΑΕΠ)	€ 4.664 εκ. 2,2 (% του ΑΕΠ)	€ 2.349 εκ. (Μάιος 2012)	€ 488 εκ. 0,2 (% του ΑΕΠ)
Δημόσιο χρέος	€ 329.535 εκ. 145 (% του ΑΕΠ)	€ 355.616 εκ. 165,3 (% του ΑΕΠ)	€ 280.292 εκ. 130,0**** (% του ΑΕΠ)	€ 336.713 εκ. 163,2 (% του ΑΕΠ)
Ισοζύγιο πληρωμών (ως ποσοστό του ΑΕΠ)	-10,1%	-9,8%	N/A	-7,5%
Ανεργία	12,5% (μ.ο. 2010)	17,7% (μ.ο. 2011)	22,6% (1 ^ο τρίμηνο 2012)	19,7% (μ.ο. 2012)

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και Υπουργείο Οικονομικών. Οι προβλέψεις για τα δημοσιονομικά στοιχεία και το ΑΕΠ βασίζονται στον Συμπληρωματικό Προϋπολογισμό του 2012, την ετήσια έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδας για την ελληνική οικονομία και το Υπουργείο Οικονομικών, ενώ για τα υπόλοιπα στοιχεία οι προβλέψεις βασίζονται στην εαρινή έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ευρωπαϊκή οικονομία, με εξαίρεση τα στοιχεία για το ισοζύγιο πληρωμών τα οποία βασίζονται στην τελευταία έκθεση του ΔΝΤ η οποία συνόδευε το αίτημα της ελληνικής κυβέρνησης για επέκταση της δανειοδότησης στο πλαίσιο του δεύτερου πακέτου διάσωσης (Μάρτιος 2012) * Νεότερες προβλέψεις από την Τράπεζα της Ελλάδας και το ΚΕΠΕ κάνουν λόγο για ύφεση 5% και 6,7% αντίστοιχα. ** Μεταβολή από τον Μάιο του 2011. *** Πρόσφατα στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών Ιανουαρίου-Μαΐου 2012. Το έλλειμμα αυτό υπολογίζεται σε ταμειακή βάση που είναι διαφορετική από την προσέγγιση των λογαριασμών εθνικού εισοδήματος η οποία χρησιμοποιείται για το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής της κυβέρνησης. **** Υπολογισμένο με βάση το ΑΕΠ του τέλους 2011.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αμπατζόγλου, Γ., (1985). «Το Ίδρυμα και οι θεραπείες του», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 7, 28-31.
- Αμπατζόγλου, Γ., (1991). *Ψυχιατρική και Ιατρική, Οδυσσέας/ Τρίαψις Λόγος*, Αθήνα
- Ανθόπουλος, Χ., (2000). *Εθελοντισμός, αλληλεγγύη και δημοκρατία*, Αθήνα, Εκδόσεις Ακτή - Οξύ ΕΠΕ
- Γκιωνάκης, Ν., (1999). «Η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Προβλήματα, δυνατότητες, προοπτικές», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 66, σ. 74-78.
- Γκιωνάκης, Ν., (2004). «Μες στον καθρέφτη και τι είδε η Αλίκη ή συμμετοχή του μη κερδοσκοπικού τομέα στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση», ανακοίνωση στο Συνέδριο με θέμα «Η πορεία της ελληνικής ψυχιατρικής τα τελευταία 20 χρόνια. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. βία και ψυχική υγεία», Αθήνα
- Γκούσης, Α., (1960). *Σύντομη ιστορία της Ψυχιατρικής*, Κέρκυρα
- Δερτιλής, Γ., (2005). *Ιστορία του ελληνικού κράτους 1830-1920*, Αθήνα, Βιβλιοπωλείο της Εστίας
- Εστία, (1893). Ανά το άστυ, Ιανουάριος, σ. 14.
- Θεοδώρου, Β., (1987). «Ευεργετισμός και όψεις της κοινωνικής ενσωμάτωσης στις παροικίες (1870-1920)», *Ιστορικά*, 4, 7, σ. 119-154.
- Ιωαννίδη, Ε., Λαπατζίδης, Α., Μάντης, Π., (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Πάτρα, Τόμος Α, ΕΑΠ
- Κορασίδου, Μ., (2004). *Οι άθλιοι των Αθηνών και οι θεραπευτές τους. Φτώχεια και φιλανθρωπία στην ελληνική πρωτεύουσα τον 19ο αιώνα*, Αθήνα, Τυπωθήτω-Γ. Δαρδάνος

- Λυκέτσος, Γ., (1998). *Το μυθιστόρημα της ζωής μου*, Αθήνα, Γαβρηλίδης
- Μαδιανός, Μ., (1994). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από την θεωρία στην πράξη*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Μαρκεζίνης, Σ., (1968). *Πολιτική ιστορία της Νεωτέρας Ελλάδος*, Αθήνα, Πάπυρος, τ. 1-4.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ., (1995). «*Ιστορία των παρεμβάσεων αποϊδρυματοποίησης στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου*»
- Μητροσύλη Μ. και συν., *Μελέτη της νομικής και κοινωνικής θέσης των ασθενών στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου*, Αθήνα, Έκδοση των συγγραφέων.
- Μουζέλης, Ν., (1999). «*Εκσυγχρονισμός και κοινωνία των πολιτών*», *Το Βήμα*, 21/3/1999
- Μούσης, Ν., (2002). *Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δημόσια υγεία*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση
- Μπαϊρακτάρης, Κ., (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις/αντιπαραθέσεις 15.
- Μπαμπινιώτης, Γ., (1998). *Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας*, Αθήνα
- Μπιλανάκης, Ν., (2004). *Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα*, Αθήνα, Οδυσσέας
- Μπιλανάκης Ν., *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας*, Αθήνα, Αρχιπέλαγος, 2006,
- Μπιλανάκης, Ν., (2006). «*Μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Περιφέρεια Ηπείρου: επισκόπηση των χαρακτηριστικών τους*», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 97, 45-57.

- Οικονόμου, Μ.Π., (2004). «Εθελοντισμός στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας: Ιστορία και σύγχρονες προκλήσεις», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 85,125-130.
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (2002). γραφείο περιοχής Ευρώπη «Υγεία 21, Υγεία για όλους του 21^{ου} αιώνα». Επιμέλεια: Δημολιάτης Γιάννης, Δαρδάνος Γιώργος, Αθήνα, σελ. 365
- Πλουμπίδης, Δ., (1989). *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, Αθήνα, Σύγχρονα θέματα/ Τρίαψις Λόγος
- Στασινοπούλου, Ο., (1999). *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, Gutenberg
- Στασινοπούλου, Ο., (2004). *Κράτος πρόνοιας*, Αθήνα, Gutenberg
- Σωτηρόπουλος, Δ.Α., (2004). *Η άγνωστη κοινωνία πολιτών*, Αθήνα, Ποταμός
- Χούκλη, Μ., (2008). *Ευρωπαϊκή Ένωση και Δημόσια Υγεία, Αρμοδιότητες και Πολιτικές*. Β ΕΚΔΟΣΗ Αθήνα, Mediforce
- Υφαντόπουλος, Γ., Λιάκος, Α., Κωστάκη, Α., Λεούση, Χ., Τσιαντής, Ι., (1990). *Διαχείριση – Τομεοποίηση, Εκπαίδευση-Στελέχωση, Έκθεση Επιτροπής Εμπειρογνώμων για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας και ΕΟΚ*, Αθήνα
- Φαφαλιού, Μ., (1995). *Ιερά Οδός 343, Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*, Αθήνα, Κέδρος.
- Ψυρούκης, Ν., (1975). *Το νεοελληνικό παροικιακό φαινόμενο*, Αθήνα, Επικαιρότητα

Ξενόγλωσση

- Bierenbrood, spot M., (1981). «the therapeutic community: its Model, its Aid to Community Mental health». *International journal of Therapeutic Communities*, 1:1, 24-27

- Verdoux, H., (2007). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Published online: 25 November 2006), 257: 64-70
- Garrabe, J., & Kapsambelis, V., (1991). «Nouvelles structures Intermediaires et mouvement de desinstitutionalisation». En cyclopedie Medicochi-eneigale, *Psy*, 3739
- Monsques, J., (IRDES), (2005). ‘Ψυχιατρική και Ψυχική Υγεία σχέδιο 2005-2008’, *Πολιτική για την υγεία*, Monitor, Οκτώβριος.
- Kovess, V. (2004). *Κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Ευρωπαϊκή Επιτροπή
- Martin, M., & Jacob, B., (2002). *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Συμπόσιο, Αθήνα

Διαδικτυακές Πηγές

- www.pepsae.gr
- www.yyka.gov.gr (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΨυχαργόςΓ’ 2011-2020 Σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος Ψυχαργός , Νοέμβριος 2011.
- www.healthview.gr (πηγή pharmafocus)
- <http://www.hpm.org/survey/fr/a6/1>
- [http:// ec.europa.eu/health](http://ec.europa.eu/health)
- <http://eur-lex.europa.eu>
- [http:// europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11503.htm](http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c11503.htm), (Μετάφραση από την Γερμανική)