

**ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ**  
**της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας**  
**2006-2008**

Μέλη : **Χ. Βαρουχάκης, Στ. Θεοδοροπούλου, Θ. Καράβατος, Δ. Πλουμπίδης,**  
**Βλ. Τομαράς, Β. Τσιπάς**

Συντονιστής : **Δημ. Πλουμπίδης**

Ορίστηκαν οι ακόλουθοι άξονες εργασίας και τα μέλη της επιτροπής ανέλαβαν την συγγραφή των σχετικών ενοτήτων, μετά από επιτόπια έρευνα ή την επαφή με τους κατά τόπους υπεύθυνους :

1. Το πλαίσιο άσκησης της ψυχιατρικής
2. Δικτύωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και τομεοποίηση
3. Τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία.
4. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία .
5. Οι στεγαστικές δομές.
6. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ψυχιατρική.
7. Αποστιγματισμός, αποκατάσταση των ασθενών.
8. Τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου στην Ψυχιατρική.
9. Ο ιδιωτικός τομέας

Οι διαρκείς αλλαγές στο προσωπικό και την λειτουργία των διαφόρων μονάδων ανά την Ελλάδα δημιουργούν συνεχείς παρεκκλίσεις από την πραγματική εικόνα και απαιτούν διαρκή επαλήθευση των στοιχείων. Χρησιμοποιήσαμε κυρίως τα αριθμητικά μεγέθη του 2006 και του 2007, χωρίς να διαθέτουμε πάντα στοιχεία και για τα δύο αυτά έτη. .

Η Ψυχιατρική των Παιδιών και των Εφήβων θα πρέπει να αποτελέσει το κύριο αντικείμενο έρευνας μιας επόμενης επιτροπής.

### **1. Το πλαίσιο άσκησης της ψυχιατρικής**

Στην Ελλάδα έχουμε κλίσει μια εικοσαετία μεταρρυθμιστικής πορείας στην ψυχιατρική με τα εξής αδρά χαρακτηριστικά :

- Από το τέλος της δεκαετίας του 1970 είχε γίνει αισθητή η ανάγκη ριζικών αλλαγών στο πλαίσιο άσκησης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα , με έμφαση στην ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών μονάδων.

Μια σειρά από πιλοτικές μονάδες είχαν ήδη δώσει απτά δείγματα της δυνατότητας μιας «άλλης ψυχιατρικής» , με πρωτοπόρο το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών,

από το 1956. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970, οργανώθηκαν οι κινητές μονάδες των νομών Έβρου, Φωκίδας και το Κ.Κ.Ψ.Υ Βύρωνα-Καισαριανής.

Στα δημόσια ψυχιατρεία υπήρξαν σημαντικές αλλά μεμονωμένες πρωτοβουλίες ενίσχυσης της θεραπευτικής λειτουργίας και της αποκατάστασης, ήδη από την δεκαετία του 1950 (Δρομοκαϊτείο), του 1960 (Ψ.Ν. Αττικής), το τέλος της δεκαετίας του 1970 (Ψ.Ν.Θεσσαλονίκης). Να τονίσουμε επίσης την παραδειγματική παρέμβαση ομάδας νέων ψυχιάτρων στην Λέρο, την αρχή της δεκαετίας του 1980, που είχε ως αποτέλεσμα την ανάδειξη του προβλήματος και τις πρώτες προσπάθειες αποασυλοποίησης.

- Ο νόμος 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ. πρόσφερε το πρώτο πλαίσιο για την μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής.

- Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, ενεργοποιήθηκε στην Ελλάδα μια κεντρικά σχεδιασμένη μεταρρύθμιση, με την συνεργασία Ελλήνων ειδικών και εμπειρογνομόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και Διεθνών Οργανισμών Υγείας. Σταθμούς σε αυτή την μεταρρυθμιστική προσπάθεια αποτέλεσαν ο κανονισμός 815/1984 (1984-1994) και το πρόγραμμα «Ψυχαργώ» (Psychargos) I και II (1999-2007). Η ανάγκη ταχύρυθμων αλλαγών, ώστε αυτές να συντονιστούν με την απορρόφηση των Ευρωπαϊκών κονδυλίων, συνετέλεσαν στην ενσωμάτωση των λίγων πιλοτικών πρακτικών στις επιταγές αυτής της μεταρρύθμισης, της οποίας τους άξονες μπορούμε να συνοψίσουμε ως εξής :

- 1. Δημιουργία ενός δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και την τομεοποίηση.*
- 2. Προοδευτικό κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα προγράμματα αποιδρυματισμού συνοδεύτηκαν από την δημιουργία ενός πυκνού δικτύου στεγαστικών δομών.*
- 3. Ανάπτυξη ενός δικτύου ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία. Θεωρήθηκαν, σε μεγάλο βαθμό ως εναλλακτική λύση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία*
- 4. Ανάπτυξη κινητών μονάδων, σε περιοχές χωρίς ψυχιατρικές υπηρεσίες και σε νησιά. .*
- 5. Ανάπτυξη μονάδων ψυχο-κοινωνικής αποκατάστασης, διαφόρων επιπέδων. Ο νόμος 2716/99 προβλέπει επίσης την ίδρυση συνεταιριστικών μονάδων, με ειδικό νομικό καθεστώς (ΚοιΣΠΕ), για την απασχόληση και των ψυχικά ασθενών.*

- Ένα πρώτο, σημαντικό, πρόβλημα σε ολόκληρη την πορεία της μεταρρύθμισης υπήρξε αυτό της *ασυνέχειας* – δηλαδή, η δύσκολη συνέχιση και ανάπτυξη των προγραμμάτων μετά το τέλος της Κοινοτικής χρηματοδότησης.

Τα προγράμματα αποκατάστασης, επαγγελματικής αλλά και στέγασης υπέφεραν περισσότερο από αυτή την ασυνέχεια, σε συνδυασμό με τις μείζονες αλλαγές στην αγορά της εργασίας και την εμφανή αδυναμία προώθησης οργανωτικών σχημάτων, που να αφορούν το σύνολο της ψυχιατρικής φροντίδας, από την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα, ως την αποκατάσταση.

- Το 2008 με το ουσιαστικό τέλος του προγράμματος «Ψυχαργώ» (Psychargos) φαίνεται ότι κλείνει η μεταρρυθμιστική πορεία με τα χαρακτηριστικά που προαναφέραμε. Είναι εμφανές ότι η μεταρρυθμιστική αυτή πορεία δεν έχει ολοκληρωθεί και ο *απολογισμός* της είναι απαραίτητος ώστε να χαράξουμε την μελλοντική πορεία της ψυχιατρικής. Αυτό δεν μπορεί να γίνει παρά σύμφωνα με τις οικονομικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές δυνατότητες της χώρας μας, χωρίς όμως να εγκαταλειφθούν μείζονες αρχές, όπως του κεντρικού ρόλου της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και της παροχής υπηρεσιών που να καλύπτουν τις κύριες ανάγκες φροντίδας, πρόληψης και αποκατάστασης των χρηστών των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

- Έχει γίνει εμφανές ότι το κεντρικό και δισεπίλυτο πρόβλημα είναι αυτό της λειτουργίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε δίκτυο. Στην πράξη δεν έχει λειτουργήσει η δικτύωση, θέτοντας μείζονα προβλήματα στην οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας του πληθυσμού. Το ζήτημα της δικτύωσης, στην παρούσα φάση, επικεντρώνεται, σε μεγάλο βαθμό, σε αυτό της *τομεοποίησης*, η οποία αποτελεί βασική οργανωτική αρχή άσκησης της ψυχιατρικής, με τον νόμο 2716 / 1999. Με υπουργικές αποφάσεις έχουν οριστεί οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας για τους ενήλικους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), όσο και τα παιδιά και τους εφήβους (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.) σε ολόκληρη την χώρα.

Η λειτουργία των Τ.Ε.Ψ.Υ. αποτελεί από μόνη της μείζον οργανωτικό πρόβλημα, καθώς αποτελούν απλό γνωμοδοτικό όργανο, χωρίς δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Κατά συνέπεια δεν μπορούν να ασκήσουν τα πολλαπλά καθήκοντα που τους αναθέτει ο νόμος.

Από την τομεοποίηση αναμέναμε μια μεγάλη πρόοδο στην δικτύωση / ενοποίηση / συντονισμό των κατά τόπους ψυχιατρικών υπηρεσιών. Δυστυχώς, καταγράφουμε κυρίως προβλήματα και δυσλειτουργίες από την επιλεκτική και ανεπαρκή εφαρμογή της . Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι :

- α. Σε κανένα τομέα δεν λειτουργεί η διασύνδεση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας.
- β. Η οριζόντια επικοινωνία των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών που ανήκουν σε διαφορετικούς τομείς και σε διαφορετικούς φορείς εντός των τομέων είναι ελάχιστη.
- γ. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. δεν παρεμβαίνουν με κανένα τρόπο στην ρύθμιση των εφημεριών, ευθύνη που ανήκει εξ' ολοκλήρου στο Σ.Ο.Τ.Υ. (Συντονιστικό Όργανο Τομέων Υγείας).

Η επανεξέταση των αρμοδιοτήτων των Τ.Ε.Ψ.Υ. αποτελεί λοιπόν ζήτημα προτεραιότητας , αν επιθυμούμε την ενεργοποίηση της τομεοποίησης.

- Κεντρικό ζήτημα αποτελούν επίσης οι δυσλειτουργίες, σε ότι αφορά τις νομικές εγγυήσεις της ψυχιατρικής νοσηλείας :

- α. Την τήρηση των διαδικασιών που προβλέπει ο νόμος για τις αναγκαστικές νοσηλείες .
- β. Τις συνθήκες νοσηλείας ( περιορισμός και καθήλωση των διεγερτικών ασθενών, συχνά σε απαράδεκτες συνθήκες)

- Μείζον πρόβλημα αποτελεί , την τελευταία οκταετία, η μεγάλη άνοδος της αναγκαστικής νοσηλείας, την οποία θεωρούμε καταχρηστική, καθώς πιστεύουμε ότι οι σχετικές ανάγκες είναι πολύ μικρότερες . Βασική αιτία αυτής της μεγάλης ανόδου είναι η μεγάλη δυσκολία εξεύρεσης κλίνης σε δημόσιο νοσοκομείο, χωρίς την υποχρέωση εισαγωγής του ασθενούς, που συνεπάγεται η πιστοποίηση της ανάγκης για αναγκαστική νοσηλεία.

Στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων της Αττικής οι αναγκαστικές νοσηλείες αγγίζουν και ξεπερνούν το 50% των εισαγωγών , στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ξεπερνούν, επίσης, το 50% και άγγιξαν το 65% στο Ψ.Ν. Τρίπολης, το 2006. Στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Πατρών οι αναγκαστικές νοσηλείες ξεπερνούν το 50%. Σε μικρότερα ποσοστά κυμαίνονται στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων άλλων επαρχιακών πόλεων , όπου παρατηρούμε

και το ενθαρρυντικό φαινόμενο της εισαγωγής μικρού αριθμού ασθενών, με την μετατροπή της αναγκαστικής σε εκούσια νοσηλεία.

Πρόκειται για αριθμούς που προκαλούν τεράστια ανησυχία και ηθικό –δεοντολογικό προβληματισμό, σε ότι αφορά το σύστημα των παρεχομένων υπηρεσιών στην χώρα μας. Αποτελούν ένδειξη βαριάς δυσλειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης και περιφρόνησης των δικαιωμάτων των ασθενών, όταν η εξεύρεση κλίνης σε δημόσιο νοσοκομείο θεωρείται κεντρικότερο ζήτημα, από τον βαρύ στιγματισμό, που προκαλεί μια αναγκαστική νοσηλεία.

Οι διαπιστώσεις των ακόλουθων κειμένων τονίζουν τα πολλά και σημαντικά προβλήματα , σε ότι αφορά τις αναγκαστικές νοσηλείες και τα ζητήματα των δικαιωμάτων των ασθενών :

- *Δελτίο Τύπου του Συνηγόρου του Πολίτη, 22/5/2007 : Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών.*
- *Έκθεση Πεπραγμένων της διετίας 2005-2007 της «Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύτηκε τον Οκτώβριο 2007.*

## **2. Τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία.**

Οι αντιφάσεις της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό , στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη λειτουργία τους οι ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία :

**Α) Λειτουργούν 7 στην Αθήνα, με 140-150 κρεβάτια :**

Για το έτος **2006** έχουμε τα εξής στοιχεία (Σ. Θεοδοροπούλου) :

<b>Νοσοκομείο</b>	<b>Κλίνες</b>	<b>Νοσηλευθέντες</b>	<b>Κάλυψη</b>
<b>Γ.Ν. Αγ. Όλγα</b>	20	419	109,7 %*
<b>Γ. Ν. Κρατικό Πειραιά</b>	24	489	81,3%
<b>Γ.Ν. Γεννηματά</b>	18	365	141%*
<b>Γ.Ν. Ευαγγελισμός</b>	20	328	134%*
<b>Γ.Ν. Θριάσειο</b>	19	-	110%*
<b>Γ.Ν. Σισμανόγλειο</b>	20	323	112%*
<b>Γ.Ν.Σωτηρία</b>	20	346	82,9%

Στοιχεία : Στ. Θεοδοροπούλου.

\* Οι αριθμοί πάνω από 100 % είναι ενδεικτικοί των «επικουρικών κλινών» (ράντζων), χωρίς να σημαίνει ότι οι υπόλοιπες κλινικές δεν χρησιμοποιούν «επικουρικές κλίνες»,

σε περιόδους αιχμής.

Οι αναγκαστικές νοσηλείες αγγίζουν το 50% των εισαγωγών και κατά περιόδους το ξεπερνούν κατά πολύ.

Η προσεγγιστική άθροιση αυτών των αριθμών εισαγωγών στα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων της Αθήνας δίνει περί τις 2600 -2700 τον χρόνο.

**B)** Στην υπόλοιπη Ελλάδα λειτουργούν άλλες **11** ανάλογες μονάδες , με **190-200**, κρεβάτια . Το πρόβλημα των «επικουρικών κλινών» είναι εδώ λιγότερο οξύ αλλά υπαρκτό, κυρίως στην Πάτρα αλλά και αλλού.

Οι ψυχιατρικές μονάδες βρίσκονται στα εξής νοσοκομεία :

#### **- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης :**

Ο *τομέας ψυχικής υγείας* περιλαμβάνει τρεις κλινικές :

Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημ. Παιδοψυχιατρική και Ψυχιατρικό Τμήμα του Ε.Σ.Υ. **Συνολικά : 22 κλίνες**

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **5** ψυχιάτρους ( **2** πανεπιστημιακοί), **2** παιδοψυχιάτρους(1 πανεπιστημιακός), **8** ειδικευόμενους ψυχιάτρους, **2** ψυχολόγους, **1** κοιν. λειτουργό, **2** εργοθεραπευτές. Νοσηλευτές : **12** ενδονοσοκομειακούς, **8** εξωνοσοκομειακούς + **9** στον υπό ίδρυση ξενώνα του «Ψυχαργώ».

Στις εξωνοσοκομιακές υπηρεσίες εργάζονται σε μερική απασχόληση πολλοί από τους προαναφερόμενους επαγγελματίες ψυχικής υγείας: Κινητή μονάδα, με λειτουργία Κ.Ψ.Υ. στην έδρα της, Ξενώνα με 8 κλίνες, ενώ επίκειται η ίδρυση νέου ξενώνα με 10 κλίνες.

Η ετήσια κίνηση των νοσηλευόμενων ανήλθε για το 2007 σε 510 ασθενείς, από τους οποίους 62 σε ακούσια νοσηλεία (12,1 % ).

#### **- Γενικό Νοσοκομείο Βόλου**

Ψυχιατρική κλινική με **10** κλίνες.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **3** ψυχιάτρους (επιμ. Α΄ και Β΄ του ΕΣΥ και ένα επιμ. Α΄ σε απόσπαση), **9** νοσηλευτές και σε συνεργασία με τις άλλες μονάδες (π.χ. Κ.Ψ.Υ., διασυνδεδετική, ξενώνα) **2** κοινωνικούς λειτουργούς και **4** ψυχολόγους.

Το νοσοκομείο νοσηλεύει περίπου 180 ασθενείς κατ' έτος (με μέσο χρόνο νοσηλείας τρεις περίπου εβδομάδες). Δεν δέχεται ακούσιες νοσηλείες, αλλά δέχεται ένα μικρό αριθμό ασθενών αυτής της κατηγορίας μετατρέποντας την νοσηλεία τους σε εκούσια.

Πραγματοποιεί, επίσης, περί τις 150 γνωματεύσεις ασθενών τον χρόνο εκ των οποίων κατευθύνονται οι μισοί (ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. και Κοιν. Πρόνοιας) στην μονάδα οξέων του Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου και το Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης και οι υπόλοιποι σε ιδιωτικές κλινικές.

Βρίσκεται σε φάση ανοικοδόμησης κτίριο που θα στεγάσει κλινική ενηλίκων 20 κλινών (4-6 για το τμήμα οξέων) και Τμήμα παιδιών και εφήβων 6 κλινών. Βρίσκεται σε φάση πρόσληψης το ανάλογο προσωπικό, κυρίως με μετατάξεις προσωπικού από την Πέτρα Ολύμπου. Συγχρόνως ετοιμάζεται η λειτουργία κινητής μονάδας και ξενώνας βραχείας παραμονής.

#### **- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου**

Ψυχιατρική Κλινική με 25 κλίνες στο τμήμα βραχείας νοσηλείας και 10 στο τμήμα οξέων περιστατικών.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : 2 ψυχιάτρους Δ.Ε.Π. του Πανεπιστημίου Κρήτης και 5 του Ε.Σ.Υ. Ψυχολόγους 4 (μαζί με αυτούς που υπηρετούν στον ξενώνα) και 1 παιδοψυχολόγο) . 2 κοινων. λειτουργούς, 2 επισκέπτες υγείας και 1 εργοθεραπευτή. Επίσης, 22-25 νοσηλευτές, από τους οποίους 10 στο τμήμα οξέων και 21 στο βραχείας.

Νοσηλεύτηκαν το 2007 541 ασθενείς, από τους οποίους 389 στο τμήμα βραχείας νοσηλείας (με μέσο χρόνο νοσηλείας περίπου 20 ημέρες) και 152 στο τμήμα οξέων περιστατικών (με μέσο όρο νοσηλείας, περίπου 15 ημέρες). Όλοι οι ασθενείς του τμήματος οξέων ήταν σε αναγκαστική νοσηλεία.

#### **- Α' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**

Στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, με 22 κλίνες.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : 7 ψυχιάτρους (5 πανεπιστημιακούς + 2 ιδιωτικού δικαίου), 7 ειδικευόμενους και 7 νοσηλευτές.

Το 2006 : 366 εκούσιες εισαγωγές.

Το 2007 : 371 εκούσιες εισαγωγές.

#### **- Γ' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**

Στο Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ , με 22 κλίνες.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **12** ψυχιάτρους (**9** πανεπιστημιακούς (7 ενηλίκων και 2 παιδοψυχιάτρους για το τμήμα παιδιών και εφήβων) + **3** του ΕΣΥ). Επίσης **15** νοσηλευτές και **5** φύλακες ασθενών.

Το 2007: 250 εισαγωγές (με μέσο χρόνο νοσηλείας 21,5 ημέρες). Μετατροπή ορισμένων αιτημάτων αναγκαστικής νοσηλείας σε εκούσια.

#### **- Γενικό Νοσοκομείο «Γ.Ν. Παπανικολάου».**

Το ψυχιατρικό τμήμα διαθέτει **20** κλίνες. Στελεχώνεται από : **6** ψυχιάτρους και **1** ειδικευόμενο και 16 νοσηλευτές. Επίσης 4 παιδοψυχιάτρους.

Το 2006 : 311 εισαγωγές ασθενών σε εκούσια νοσηλεία και 15 στο Νοσ. Ημέρας.

Το 2007: 311 εισαγωγές ασθενών σε εκούσια νοσηλεία και 33 στο Νοσ. Ημέρας.

#### **- Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης**

(α) Εξωτερικό Ιατρείο - Συμβουλευτική , ενηλίκων. Δεν διαθέτει κλίνες

(β) Παιδοψυχιατρικό Τμήμα με **8** κλίνες.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **5** παιδοψυχιάτρους, **3** ειδικευόμενους και **8** νοσηλευτές

#### **- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων :**

Ψυχιατρική Κλινική με **30** κλίνες . Τους επόμενους έξι μήνες θα διαιρεθεί σε ένα τμήμα βραχείας νοσηλείας με 20 κρεβάτια και ένα τμήμα οξέων με 8 μονόκλινα δωμάτια.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : 11 ψυχιάτρους ( 5 πανεπιστημιακούς και 6 του Ε.Σ.Υ. ) , 6 ψυχολόγους ( 1 πανεπιστημιακό), 27 νοσηλευτές ( 7 στο τμήμα οξέων και 20 στο τμήμα βραχείας νοσηλείας).

Λειτουργεί επίσης τμήμα διασυνδετικής και εξωτερικά ιατρεία.

Το 2007 : 575 εισαγωγές ασθενών, από τις οποίες 129 (22,4%) αναγκαστικές νοσηλείες.

#### **- Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας :**

Ψυχιατρικό Τμήμα με **20** κλίνες

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **3** ψυχιάτρους, **16** νοσηλευτές (9 ΤΕ + 7 ΔΕ ) και **5** φύλακες ασθενών.

Λειτουργεί επίσης : Νοσοκομείο Ημέρας και Κ.Ψ.Υ.

Α)Το τμήμα εικοσιτετράωρης νοσηλείας δέχτηκε :



το 2006 : 417 εισαγωγές ασθενών (κάλυψη 80%). Από αυτές 56 (επί 65 παραπεμφθέντων ασθενών) ήταν αναγκαστικές νοσηλείες (13,4%)

το 2007 : 480 εισαγωγές ασθενών (κάλυψη 83%). Από αυτές 52 (επί 73 παραπεμφθέντων ασθενών) ήταν αναγκαστικές νοσηλείες (10,8,%)

B) Το τμήμα βραχείας νοσηλείας (με 8 θέσεις ημερήσιας νοσηλείας και 1 κλίνη βραχείας νοσηλείας) δέχτηκε :

το 2006 : 1558 εισαγωγές και το 2007: 1617. Οι αριθμοί αυτοί αντιστοιχούν σε ποσοστά κάλυψης άνω του 400% και τονίζουν την αποδοτικότητα των τμημάτων αυτού του τύπου.

#### **- Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης**

Ψυχιατρική κλινική **20** κλινών. Στελεχώνεται από 4 ψυχιάτρους και 2 ειδικευμένους, καθώς και 11 νοσηλευτές.

Το 2006 : 382 εισαγωγές. Το 2007: 393 εισαγωγές ασθενών. Όλες οι νοσηλείες είναι εκούσιες.

#### **- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης :**

Η Ψυχιατρική Κλινική λειτούργησε αρχικά με 10 και από την αρχή του 2008 με **20** κρεβάτια (δυνατότητα επέκτασης στα 38)

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **5** ψυχιάτρους (2 πανεπιστημιακούς και 3 Ε.Σ.Υ.), **3** ψυχολόγους, **2** κοιν. λειτουργούς, **1** λογοθεραπευτή, **1** εργοθεραπευτή, **1** φυσιοθεραπευτή, **14** νοσηλευτές (από την αρχή του 2008).

Από τον Οκτώβριο 2006 ως τον Δεκέμβριο 2007 νοσηλεύτηκαν 220 ασθενείς . Η μονάδα δεν δέχεται αναγκαστικές νοσηλείες αλλά ορισμένοι ασθενείς πείστηκαν να μείνουν με την θέληση τους.

#### **- Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών :**

Ψυχιατρική Κλινική με **24** κρεβάτια. Συχνή χρήση «επικουρικών κλινών».

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **3** ψυχιάτρους (2 πανεπιστημιακούς και 1 Ε.Σ.Υ.)

**1** Κοιν. Λειτουργό και **2** ψυχολόγους (1 μερικής απασχολήσεως). **7** νοσηλευτές (3 με δίπλωμα ψυχιατρικής ειδικότητας) και **7** (Δ.Ε.- επιμελητές ψυχικά ασθενών).

Στους ξενώνες υπηρετούν ακόμα 1 ψυχολόγος, 1 εργοθεραπευτής , 3 εκπαιδευτές, 2 νοσηλευτές και 8 Δ.Ε.- επιμελητές ασθενών.

Από το 2004 ως το 2007 νοσηλεύτηκαν 2327 ασθενείς ( 2327: 4 = 581,17) , από τους οποίους πάνω από 50% , με εισαγγελική εντολή.

#### **- Γενικό Νοσοκομείο Σερρών (παλαιό) :**

Η ψυχιατρική κλινική λειτουργεί στο κτίριο του παλαιού νοσοκομείου. Έχει δύναμη **20** κλινών, με ουσιαστική λειτουργία 15-18.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **2** ψυχιάτρους (2006) και **15** νοσηλευτές (12 με τις συνταξιοδοτήσεις), για ένα μεγάλο Νομό, χωρίς καμιά άλλη δυνατότητα ψυχιατρικής φροντίδας. Στο ΚΨΥ υπηρετεί **1** ακόμα ψυχίατρος. Δεν υπηρετεί κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος και εργοθεραπευτής.

Οι διακυμάνσεις στον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών σχετίζεται με τον αριθμό των υπηρετούντων ψυχιάτρων (3 για ένα μέρος του 2006 και 3 για το 2008, χάρη στην πρόληψη επικουρικού ψυχιάτρου. Οι δύο συνάδελφοι αδυνατούν να καλύψουν το σύνολο των εφημεριών και να εξυπηρετήσουν την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου).

Το 2006: 142 εκούσιες εισαγωγές ασθενών και 78 γνωμοδοτήσεις για ακούσια νοσηλεία, από τις οποίες νοσηλεύτηκαν 22: Σύνολο 164. Άλλοι 36 ασθενείς παραπέμφθηκαν για αναγκαστική νοσηλεία στο Ψ.Ν.Θ. και 1 σε ιδιωτική κλινική, ενώ 17 δεν νοσηλεύτηκαν.

Το 2007: 45 εκούσιες εισαγωγές ασθενών και 82 γνωμοδοτήσεις για ακούσια νοσηλεία, από τις οποίες νοσηλεύτηκε 1 : Σύνολο 46. Άλλοι 61 ασθενείς παραπέμφθηκαν για αναγκαστική νοσηλεία στο Ψ.Ν.Θ. και 5 σε ιδιωτική κλινική, ενώ 15 δεν νοσηλεύτηκαν.

Το 2008, μέχρι σήμερα, με 3 υπηρετούντες ψυχιάτρους, 42 εκούσιες εισαγωγές και 5 εκούσιες : σύνολο 45. Από τις 31 γνωμοδοτήσεις για ακούσια νοσηλεία 19 παραπέμφθηκαν στο Ψ.Ν.Θ., 4 σε ιδιωτική κλινική και 3 δεν νοσηλεύτηκαν.

Το Νοσοκομείο Ημέρας νοσήλευσε το 2006: 23 ασθενείς και το 2007:10 ασθενείς.

#### **- Γενικό Νοσοκομείο Χανίων :**

Ψυχιατρική κλινική με 25 κρεβάτια, τα μοναδικά για τους νομούς Χανίων και Ρεθύμνου, μετά την διακοπή της λειτουργίας του Ψ.Ν. Χανίων.

Η στελέχωση περιλαμβάνει : **6** ψυχιάτρους του Ε.Σ.Υ. , **6** ειδικευόμενους ψυχιάτρους, **3** ψυχολόγους, 2 κοινωνικούς λειτουργούς. Νοσηλευτές: περίπου **15**, κρίνονται ανεπαρκείς για τον όγκο εργασίας του τμήματος.

Μεταφορά ασθενών σε αυτό άρχισε από τον Σεπτέμβρη του 2005,πριν να κλείσει το Ψ.Ν. Χανίων, τον Φεβρουάριο 2006.

Σε όλο αυτό το διάστημα (περίπου 29 μηνών) πραγματοποιήθηκαν 1511 εισαγωγές ασθενών.

Σεπτ. 2005 – 31/12/2005 : 138

1/1/2006 - 31/12/2006 : 617

1/1/2007 – 31/12/2007 : 675

1/1/2008 – 21/2/2008 : 81

Από τις 1511 νοσηλείες , οι 961 ήταν εκούσιες (61,6%) και οι 457 ακούσιες (29,3%), ενώ 93 είναι αδιευκρίνιστες (6,1%).

Οι 1511 νοσηλείες αφορούν 871 ασθενείς. Από αυτούς 573 (65%) νοσηλεύτηκαν μόνο μια φορά.

\*

- Μια προσεγγιστική άθροιση των εισαγωγών στο σύνολο αυτών των νοσοκομείων δίνει περίπου **6.100-6.300** τον χρόνο.

- Σε ότι αφορά τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων της Μακεδονίας παρατηρούμε :

α. Μεγάλη ανισότητα στην επάνδρωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας , με ακραία παραδείγματα:

Ως προς το ιατρικό προσωπικό : Την περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, όπου υπηρετούν 2 μόνο ψυχίατροι, χωρίς ειδικευόμενους, χωρίς ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, για 20 κλίνες. Την περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών με 3 ψυχίατρους χωρίς τίποτα άλλο.

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό: Την περίπτωση της Α΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» της Θεσσαλονίκης με 7 νοσηλευτές για να καλύψουν 3 οκτάωρα για 22 κλίνες, με αποτέλεσμα την συχνή αποχώρηση των νοσηλευτών.

β. Δεν υπάρχει επαρκής και διάχυτη στον χώρο παιδοψυχιατρική κάλυψη

γ. Στα 9 από τα 18 υπάρχοντα Γενικά Νοσοκομεία δεν υπάρχουν αναπτυγμένες ψυχιατρικές κλίνες και κατ' επέκταση νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχει μόνο στοιχειώδης κάλυψη ενός Εξωτερικού Ιατρείου.

- Επεκτείνοντας σε όλη την χώρα την προσπάθεια γενίκευσης των διαπιστώσεων για τις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, εμφανίζεται ως μείζον πρόβλημα η μεγάλη *ανισότητα* στην επάνδρωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας. Ένας σημαντικός αριθμός από μονάδες σε γενικά νοσοκομεία περιορίζεται σε λειτουργίες εξωτερικών ιατρείων και διασυνδεδετικής ψυχιατρικής,

αναμένοντας σε δεύτερο χρόνο την λειτουργία κλινών , ή λειτουργώντας παράλληλα άλλες μονάδες (π.χ. ΚΨΥ στο Ρέθυμνο και το Ναύπλιο ή κινητή μονάδα στη Λαμία). Πολλά άλλα νοσοκομεία διαθέτουν ένα ή δύο ψυχιάτρους, χωρίς να προβλέπεται να λειτουργήσει τμήμα νοσηλείας, ενώ σε αρκετές πόλεις λειτουργούν επίσης γειτονικές μονάδες, όπως Κ.Ψ.Υγείας ή Κέντρα Ημέρας με κάποιο, ελάχιστο, δικό τους προσωπικό.

Μεγάλες ανισότητες και αστάθεια παρατηρούνται και στην επάνδρωση από άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Έχει προγραμματιστεί στο εγγύς μέλλον η λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας, σε γενικά νοσοκομεία , που ασφαλώς θα μπορούσε να βελτιώσει την συνολική λειτουργία :

Αθήνα : στο Ασκληπιείο Βούλας (το οποίο εξασφαλίζει ήδη την λειτουργία ενός Κ.Ψ.Υ. στο Παλαιό Φάληρο) και παιδοψυχιατρικές μονάδες στο Σισμανόγλειο και το Τζάνειο.

Υπόλοιπη Ελλάδα : στο Άργος, στην Καλαμάτα και την Κόρινθο ψυχιατρικά τμήματα και στο Ναύπλιο ένα Κ.Ψ.Υ.

Ο διασκορπισμός ενός και δύο ψυχιάτρων σε πολλά περιφερειακά νοσοκομεία δεν μπορεί τελικά να αποτελέσει επαρκή και σταθερό πόλο συγκρότησης εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και κατά συνέπεια αποτελεσματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας για την περιφέρεια, ενώ, αντίθετα, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης των εκεί υπηρετούντων. Η απομόνωση πιθανότατα εξηγεί την απροθυμία των συναδέλφων να επανδρώσουν τις θέσεις ψυχιάτρων των περιφερειακών νοσοκομείων, οι οποίες μένουν συχνά κενές ή παρατηρείται η βραχεία παραμονή και η εναλλαγή των εκεί υπηρετούντων.

- Αποτελεί ενδιαφέρον πείραμα η μεταφορά της ευθύνης της λειτουργίας των στεγαστικών δομών της αποασυλοποίησης από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε περιφερειακά γενικά νοσοκομεία (π.χ. Αγρίνιο, Μεσολλόγι, Κόρινθος, Καλαμάτα, Σπάρτη, Ναύπλιο κ.α). Δόθηκε η ευκαιρία να εμπλουτιστεί η λειτουργία τους με αρκετούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον πυρήνα συγκρότησης μονάδων εξωνοσοκομειακής φροντίδας του πληθυσμού.

- Η υπερφόρτωση των εφημεριών, κυρίως στην Αττική, με «βοηθητικές κλίνες» αποτελεί μείζον πρόβλημα, καθώς οι αθρόες αυτές εισαγωγές ακυρώνουν σε μεγάλο

βαθμό την θεραπευτική λειτουργία των κλινικών. Ακόμα περισσότερο το γεγονός ότι δεν λειτουργούν σε δίκτυο υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλίζεται το συνεχές της φροντίδας με την συνεργασία π.χ. των τομεοποιημένων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

- Αναφέραμε ήδη ως πρόβλημα ότι το Σ.Ο.Τ.Υ. δεν λαμβάνει καθόλου υπόψη την τομεοποίηση και αυτό αποτελεί δείγμα ότι αυτή δεν αποτελεί μια λειτουργική πραγματικότητα στα μάτια όσων αντιμετωπίζουν απτά και επείγοντα προβλήματα. Μείζον ζήτημα λειτουργίας αποτελεί επίσης το γεγονός ότι οι ψυχιατρικές κλινικές εφημερεύουν σε διαφορετικές ημερομηνίες από τις άλλες κλινικές των νοσοκομείων της Αθήνας, με αποτέλεσμα την αδυναμία εξυπηρέτησης ασθενών με πολλαπλά προβλήματα υγείας.

- Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί επίσης η καθυστέρηση στην οργάνωση **τμήματος οξέων περιστατικών** σε πολλά από τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Η διάθεση 4-8 κλινών στο τμήμα οξέων περιστατικών, για την ασφαλή νοσηλεία π.χ. διεγερτικών ασθενών, εξασφαλίζει την νοσηλεία των υπόλοιπων ασθενών σε συνθήκες που αρμόζουν στις ανάγκες της θεραπείας και της αξιοπρέπειας τους.

- Οι αριθμοί ασθενών που κατάθεσε η μονάδα βραχείας νοσηλείας του ψυχιατρικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, αλλά και η σχετική εμπειρία άλλων νοσοκομείων, δείχνει επίσης την ανάγκη ανάπτυξης **μονάδων ημερήσιας νοσηλείας**, οι οποίες μπορούν να ικανοποιήσουν ένα σημαντικό αριθμό ασθενών, που διαφορετικά θα κατέληγαν σε πλήρη νοσηλεία.

- Εδώ και τουλάχιστον δύο δεκαετίες αποτελεί τον αδύνατο κρίκο της δικτύωσης της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, η έλλειψη συνεργασίας και η μάλλον ανταγωνιστική σχέση των ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία με τις μονάδες των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Μόνο στο πλαίσιο της συν-λειτουργίας σε δίκτυο θα μπορούσε να λυθεί αυτό το πρόβλημα και να εκλείψουν τα, συχνά, παράπονα της αποφυγής των βαρύτερων περιστατικών, σε περιπτώσεις συν-εφημερίας.

Η τομεοποίηση είναι μια μεγάλη ευκαιρία σύσφιξης των σχέσεων και της συνεργασίας τους.

## **2.Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία .**

Πρόβλημα κεντρικής σημασίας είναι η **μετεξέλιξη** των ψυχιατρικών νοσοκομείων, καθώς παραμένουν ενεργά ως δημόσιοι οργανισμοί, ανεξάρτητα του αν δέχονται ή όχι εισαγωγές. Δεν πρέπει επίσης να παραγνωρίζουμε ότι τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν μια συσσωρευμένη πείρα και ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα προβλήματα της ψυχικής υγείας. Κατά συνέπεια θεωρούμε ως καίριο ζήτημα για την ψυχιατρική φροντίδα στην χώρα μας την μετεξέλιξη τους σε ένα σύνολο από ψυχιατρικές υπηρεσίες πρόληψης, εξωτερικής ψυχιατρικής φροντίδας, νοσηλείας και αποκατάστασης και όχι τον «διαμελισμό» τους και την λαφυραγώγηση της παρουσίας τους. Η μεταφορά των αρμοδιοτήτων των ψυχιατρικών νοσοκομείων στα γενικά νοσοκομεία δεν είναι με κανένα τρόπο αυτονόητη, καθώς οι διοικήσεις ενός γενικού νοσοκομείου, συχνά, δίνουν απόλυτη προτεραιότητα π.χ. στις χειρουργικές και παθολογικές ειδικότητες.

### **α)Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που «έκλεισαν» :**

Έχει γίνει εμφανές ότι όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που έκλεισαν εξακολουθούν να αποτελούν «ζωντανούς» οργανισμούς, καθώς το προσωπικό τους έχει μοιραστεί σε άλλες μονάδες, αλλά ανήκει οργανικά στο «τέως» ψυχιατρικό νοσοκομείο και παραμένει η διοικητική τους δομή. Κατά συνέπεια η «ενεργοποίηση» τους στην επιθυμητή κατεύθυνση αποτελεί στόχο στρατηγικής σημασίας και όχι η οριστική τους διάλυση, καθώς συγκεντρώνουν πολλαπλές λειτουργίες, από την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και την νοσηλεία , ως την αποκατάσταση και σημαντικό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού.

Η Ε.Ψ.Ε. παρακολουθεί στενά την πορεία των Ψ.Ν. που έκλεισαν, καθώς πιστεύει ότι αποτελούν χώρο ουσιαστικής μελέτης, για την χάραξη της στρατηγικής για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, τα επόμενα χρόνια.

Η αξιολόγηση της κατάστασης, μετά την διακοπή της λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων επιβάλλει :

- την μελέτη της κίνησης των ασθενών, στις εξυπηρετούμενες περιοχές και την πιθανή τους μετακίνηση σε άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
- τον καταμερισμό του υπάρχοντος προσωπικού και αυτού που θα προσληφθεί στη βάση του υπάρχοντος οργανισμού.

- την ολοκλήρωση της λειτουργίας των εξωνοσοκομειακών και νοσηλευτικών μονάδων που είχαν ήδη σχεδιαστεί και προγραμματιστεί , ώστε να αναλάβουν την ψυχιατρική φροντίδα του πληθυσμού.

#### - Το Ψ.Ν. Κέρκυρας :

Έπαψε να δέχεται εισαγωγές από τον Οκτώβριο του 2006, με την μετακίνηση των τελευταίων χρόνιων ασθενών σε στεγαστικές δομές.

Από τότε, λειτουργεί τμήμα οξέων περιστατικών (τμήμα «Α.Γκούσης») με 20 κλίνες , εντός του κτιριακού συγκροτήματος, ενώ ένα του μέρους έχει παραχωρηθεί στο Ιόνιο Πανεπιστήμιο.

Σήμερα, πλην του τμήματος οξέων, λειτουργεί Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην πόλη της Κέρκυρας (επίσημα από τον Φεβρουάριο 2008), τακτικά εξωτερικά ιατρεία, διασυνδεδετική ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο της Κέρκυρας και ετοιμάζεται κινητή μονάδα. Λειτουργούν επίσης οι εξής στεγαστικές δομές : 5 οικοτροφεία, 2 ξενώνες και 2 διαμερίσματα.

Στελεχώνεται από το ακόλουθο προσωπικό, που ένα σημαντικό του μέρος έχει προσληφθεί πρόσφατα και βρίσκεται σε φάση εκπαίδευσης.

Ψυχίατροι : 5 (διευθυντές :3, επιμ. Α΄ : 1, επιμ.: Β΄ :1). Ψυχολόγοι : 5, Κοιν. λειτουργοί : 7. Οι νοσηλευτές είναι : Π.Ε. : 1 , Τ.Ε. : 34 , Δ.Ε. : 57, Επισκέπτες Υγείας : 2 και βοηθητικό : 54. Σε όλες τις κατηγορίες έχει προκηρυχθεί ένας σημαντικός αριθμός θέσεων.

Η κίνηση του νοσοκομείου για το 2006 ήταν 288 εισαγωγές , από τις οποίες 82 αναγκαστικές νοσηλείες (28,3%) και για το 2007, 260 εισαγωγές , από τις οποίες 113 αναγκαστικές νοσηλείες ( 43,4%).

#### - Το Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου.

Έπαψε να λειτουργεί από το Ιανουάριο 2004.

Το προσωπικό του Ψ.Ν.Π.Ο. εξασφαλίζει την λειτουργία :

- Έξω από την Κατερίνη , της *Κλινικής Οξέων Πέτρας Ολύμπου* με 22 κλίνες.

Η στελέχωση του τμήματος οξέων περιστατικών γίνεται με : 3 ψυχιάτρους, 2 ειδικευόμενους, 22 νοσηλευτές [5 ΤΕ + 17 ΔΕ],

Το 2006 νοσηλεύτηκαν 452 ασθενείς (Α. 310 και Γ. 142).

Το 2007 νοσηλεύτηκαν 432 ασθενείς (Α. 317 και Γ. 115).

Το ποσοστό των αναγκαστικών νοσηλειών εκτιμάται σε άνω του 50%.

Επίσης λειτουργούν, με την φροντίδα του ιατρικού και άλλου προσωπικού του Ψ.Ν.Π.Ο. :

- Κ.Ψ.Υγείας και Εξωτερικά Ιατρεία στην Κατερίνη.
- 6 ξενώνες, 2 οικοτροφεία και 7 προστατευόμενα διαμερίσματα.
- Κινητή μονάδα και μονάδα φροντίδας κατ' οίκον .
- Κέντρα Ημέρας : 2 για ενήλικες και 1 για ανοϊκούς ασθενείς.

Στο Κέντρο Υγείας Λιτόχωρου , απασχολείται 1 ψυχίατρος , αλλά ανήκει στο Γ.Ν. Κατερίνης.

#### **- Το Ψ.Ν. Χανίων**

Έπαψε να δέχεται εισαγωγές από τον Φεβρουάριο 2006. Το προσωπικό του Ψ.Ν.Χ. εξασφαλίζει την λειτουργία πολλών μονάδας ψυχιατρικής φροντίδας και αποκατάστασης.

Το βάρος των εισαγωγών όλης της δυτικής Κρήτης και όχι μόνο αυτής υφίσταται το ψυχιατρικό τμήμα του Γ.Ν. Χανίων, καθώς η ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου Ρεθύμνου δεν έχει ακόμα λειτουργήσει.

Ο νομός Ηρακλείου και η ανατολική Κρήτη εξυπηρετούνται εν πολλοίς από την Ψυχιατρική κλινική του ΠεΠαΓΝΗ.

Δεν έχουμε στοιχεία για την δραστηριότητα της ιδιωτικής κλινικής του Ηρακλείου.

Η επιτροπή Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της ΕΨΕ, με επικεφαλής τον Χ.Βαρουχάκη, έχει αναλάβει την πρωτοβουλία πιλοτικής μελέτης για την εξέλιξη του Ψ.Ν. Χανίων , μετά την διακοπή των εισαγωγών.

#### **β) Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που λειτουργούν :**

Δέχονται ένα τεράστιο βάρος εισαγωγών, οι οποίες, εμφανώς, μικρή σχέση έχουν με την τομεοποίηση και επεκτείνονται σε ευρύτερες περιφέρειες. Άμεση συνέπεια αυτού είναι η απαράδεκτη αύξηση των ακούσιων νοσηλειών οι δυσκολίες κατά την διάρκεια της νοσηλείας και η ελλειμματική εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ουσιαστική δυνατότητα παραπομπής κατά την έξοδο τους.

#### **- Ψ.Ν. Αττικής**

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασε ο Κ.Κόντης (Λουτράκι, 2007) γίνεται εμφανής η δραστική μείωση των νοσηλευομένων εντός του Ψ.Ν.Α. ενώ οι



νοσηλεύομενοι σε εξωτερικές μονάδες αφορούν κυρίως τις στεγαστικές μονάδες των διαφόρων προγραμμάτων αποκατάστασης :

Ψ.Ν.Α.	Νοσηλεύομενοι εντός του Ψ.Ν.Α.	Νοσηλεύομενοι σε εξωτερικές μονάδες του Ψ.Ν.Α	Σύνολο
1970	2367	-	2367
1990	1851	-	1851
2002	795	369	1336
2005	536	528	1064
10/3/2006	531	528	1059
16/10/2007	503	545	1094

Λειτουργούν 10 τμήματα οξέων περιστατικών με 25 κλίνες το καθένα. Το φαινόμενο των επικουρικών κλινών είναι και εδώ συχνό, με την μορφή όμως της αύξησης των κλινών εντός των θαλάμων.

2006 : 2755 εισαγωγές και 2783 εξιτήρια. Ακούσιες εισ. περίπου 55% του συνόλου.

2007 : 2929 εισαγωγές και 2886 εξιτήρια. Ακούσιες εισ. περίπου 52% του συνόλου.

#### - Ψ.Ν. Δρομοκαίτειο

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασε ο Β.Φωτόπουλος (Λουτράκι, 2007) : Το Δρομοκαίτειο νοσήλευσε το 2006 : 520 ασθενείς : 370 εντός και 150 εκτός. Οι νοσηλεύομενοι σε εξωτερικές μονάδες αφορούν στεγαστικές, αποκαταστασιακές μονάδες.

Το νοσοκομείο διαθέτει 6 τμήματα οξέων με 30 κλίνες το καθένα (180 κλίνες). Οι υπεράριθμοι ασθενείς νοσηλεύονται σε τμήματα χρονίων ασθενών.

Το 2006 : 1598 εισαγωγές ( Α. 920 και Γ. 678). Από αυτές 642 ήταν εκούσιες και 844 ακούσιες εισαγωγές (52,1%).

Το 2007 : 1554 εισαγωγές (Α. 901 και Γ. 653). Από αυτές 701 ήταν εκούσιες και 781 ακούσιες εισαγωγές (50,2%)

#### - Ψ.Ν.Θεσσαλονίκης :

- Η Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική διαθέτει 20 κλίνες, 18 νοσηλευτές [8 TE + 10 ΔΕ], 4 ψυχίατροι [2 πανεπιστημιακοί 2 νοσοκομειακοί]

Τα υπόλοιπα τμήματα :

- Τα Α΄ Οξεία διαθέτουν 25 κλίνες. Στελέχωση : 3 ψυχίατροι, 4 ειδικευόμενοι, 18 νοσηλευτές [9 TE + 9 ΔΕ],

- Τα Β΄ Οξεία διαθέτουν 25 κλίνες. 4 ψυχίατροι, 3 ειδικευόμενοι,

16 νοσηλευτές [8 TE + 8 ΔΕ],

- Τα Γ' Οξεία διαθέτουν 25 κλίνες. 3 ψυχιάτροι, 4 ειδικευόμενοι,

17 νοσηλευτές [8 TE + 9 ΔΕ],

- Τα Δ' Οξεία διαθέτουν 25 κλίνες. Στελέχωση : 4 ψυχιάτροι , 3 ειδικευόμενοι,

18 νοσηλευτές [10 TE + 8 ΔΕ],

- Στο Νοσοκομείο Ημέρας υπηρετούν 2 ψυχιάτροι και 7 νοσηλευτές [4 TE + 3 ΔΕ]

- Στο ΨΝΘ ανήκουν τα ΚΨΥ της πόλης :

Στον ΒΔ Τομέα = 2 ψυχιάτροι και 6 ειδικευόμενοι

Στον Δυτικό Τομέα = 4 ψυχιάτροι και 0 ειδικευόμενοι

Στον Κεντρικό Τομέα = 6 ψυχιάτροι και 8 ειδικευόμενοι

Η κίνηση ασθενών στο Ψ.Ν.Θ ήταν :

το 2006 : εκούσιες 3154 και ακούσιες 832 (26,3% του συνόλου )

το 2007 : εκούσιες 3770 [αύξηση 19,5%] και ακούσιες 865 (28,9% του συνόλου), με αύξηση των ακούσιων νοσ. 4%.

### - Ψ.Ν. Τρίπολης

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσίασε ο Μ. Τυροβολάς (Λουτράκι 2007) :

Για τις εισαγωγές : 2 κλειστά τμήματα με 25 κρεβάτια και 2 ανοιχτά με 25 κρεβάτια το καθένα . Για το σύνολο αυτό των 100 κρεβατιών έχουμε 118 εισαγωγές το μήνα, τον τελευταίο χρόνο.

Στελεχώνεται από 7 ψυχιάτρους, που καλύπτουν επίσης τους ξενώνες, το ΚΨΥ, την άτυπη κινητή μονάδα στο Αστρος Κυνουρίας.

Το Ψ.Ν. Τρίπολης διατηρεί ξενώνες σε όλες τις πρωτεύουσες νομών στην Πελοπόννησο, συνολικά 6 ξενώνες και 2 στην Αιτωλοακαρνανία. Στην Τρίπολη : 3 ξενώνες και 2 οικοτροφεία. Στην Πελοπόννησο λειτουργούν ακόμα οι εξής ιδιωτικοί ξενώνες : 1 Κόρινθο, 2 Αχαΐα, 1 Καλαμάτα, 1 Τρίπολη.

Προέλευση των εισαγωγών, 2006 :

Αχαια : 123, Ηλεία: 120, Μεσσηνία : 163 , Αργολίδα : 97, Κορινθια: 91, Λακωνία: 76, Αιτωλοακαρνανία: 92, Αρκαδία ; 112, Κεφαλλονιά και Ζάκυνθο : 43

Η κίνηση του Ψ.Ν. Τρίπολης θα μειωθεί αν λειτουργήσουν τα νοσοκομεία Ηλείας και Μεσσηνίας (που διαθέτουν έτοιμες ψυχιατρικές κλινικές και αναμένουν το απαραίτητο προσωπικό). Έχουν επίσης προβλεφθεί σε μελλοντικό χρόνο 30 κλίνες στο Παναρκαδικό νοσοκομείο.

Οι διακινούμενοι ασθενείς : από 690 το 1996 έφτασαν σε 1004 το 2006 :

Η κίνηση των ασθενών τα τελευταία χρόνια ήταν ως εξής :

	Ακούσιες και % επί συνόλου	Εκούσιες	Σύνολο
<b>2005</b>	713 (64,9%)	331	1128
<b>2006</b>	641 (63,8%)	305	1004
<b>2007</b>	614 (59,8%)	418	1032

Επιπλέον παραθέτουμε συνοπτικά στοιχεία για τα εξής :

**- Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών)**

Δεν αναφερόμαστε εδώ στο σύνολο των κλινικών και αποκαταστασιακών δραστηριοτήτων της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, παράλληλα με τις ερευνητικές και εκπαιδευτικές του δραστηριότητες , αλλά μόνο στις εισαγωγές ασθενών.

Διαθέτει **63** κλίνες σε **7** τμήματα νοσηλείας.

Έτη	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Εισαγωγές ασθενών</b>	557	553	553	487	519

**- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου / τμήματα οξέων περιστατικών**

Διαθέτει δύο τμήματα οξέων περιστατικών , το ένα με 10-15 και το άλλο με 20-22 κλίνες.

Το 2006: 178 εισαγωγές , από τις οποίες 55-60 ακούσιες νοσηλείες (περίπου 32%).

Το 2007: 211 εισαγωγές , από τις οποίες 65-70 ακούσιες νοσηλείες (περίπου 31,7%).

**- Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.)**

Εισαγωγές γίνονται μόνο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, αναμένοντας την λειτουργία των παιδοψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία της Αττικής.

Το 2006 : 37 εισαγωγές (33 με διάγνωση διαταραχής της συμπεριφοράς και 30 εξ' αυτών με ηλικία 15 ετών και άνω)

Το 2007 : 44 εισαγωγές ( 29 με διάγνωση διαταραχής της συμπεριφοράς και 25 εξ' αυτών με ηλικία 15 ετών και άνω)

\*

Συνοψίζοντας την ενότητα για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία , βλέπουμε ότι δέχτηκαν ένα σημαντικό αριθμό εισαγωγών, από τις οποίες ένα ποσοστό, που ξεπερνά το 50% ,αφορά ακούσιες νοσηλείες :

<b>Ψυχιατρικά Νοσοκομεία : Εισαγωγές ανά έτος</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο	487	519
Ψ.Ν. Αττικής	2755	2929
Ψ.Ν. Αττικής «Δρομοκαϊτειο»	1598	1554
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	3154	3770
Ψ.Ν. Κέρκυρας	288	260
Κρατικό Θεραπευτήριο-Κέντρο Υγείας Λέρου	178	211
Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	452	432
Ψ.Ν. Τρίπολης	1004	1032
<b>Σύνολο</b>	<b>9216</b>	<b>10707</b>
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.)	37	44

Οι αριθμοί αυτοί υποδεικνύουν ότι η διακοπή της λειτουργίας των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι ζήτημα που απαιτεί την παράλληλη επίλυση πολλαπλών ζητημάτων.

π.χ. για να μπορέσει να διακόψει τις εισαγωγές οξέων περιστατικών το Ψ.Ν.Κέρκυρας έχει υπολογιστεί ότι απαιτούνται 30 κλίνες, κατανεμημένες στο Γενικό Νοσοκομείο της Κέρκυρας και σε δύο από τα νομαρχιακά νοσοκομεία της Ηπείρου. Σε ότι αφορά το Ψ.Ν. Τρίπολης έχει υπολογιστεί ότι απαιτούνται περίπου 100 ψυχιατρικές κλίνες κατανεμημένες σε Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία της Πελοποννήσου και της Δυτικής Στερεάς Ελλάδας.

Σε ότι αφορά το Π.Ν.Αττικής, το τέλος του 2007 λειτουργούσε στοιχειωδώς, με πολλές αντιδράσεις, μόνο η Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών. Για να διακόψει την λειτουργία της πρέπει να επισπευσθεί η έναρξη λειτουργίας των προγραμματισμένων έξι παιδοψυχιατρικών κλινικών στα Νοσοκομεία Σισμανόγλειο, Παίδων Πεντέλης, Ασκληπιείο Βούλας, Παίδων Α. Κυριακού, Δυτικής Αττικής και Τζάνειο, η οποία καθυστερεί.

Η περαιτέρω συρρίκνωση των τριών μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων (Ψ.Ν. Αττικής, Ψ.Ν. Αττικής «Δρομοκαϊτειο» και Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης) εξαρτάται από την ανάπτυξη νέων ψυχιατρικών κλινών σε Γενικά Νοσοκομεία, κατανεμημένα ανά την Ελλάδα, αλλά και την μετεξέλιξη των ίδιων αυτών ψυχιατρικών νοσοκομείων.

Είναι όμως αδύνατο να υπολογίσουμε τις ανάγκες σε κλίνες νοσηλείας, για συγκεκριμένους πληθυσμούς αν δεν λειτουργήσει ουσιαστικά ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ψυχικής υγείας, το οποίο θα αποτελέσει ηθμό στις εισαγωγές (παρέμβαση και θεραπεία στο σπίτι, πρόληψη υποτροπών μέσω παρακολούθησης του χρόνιου αρρώστου κλπ.).

Για το άμεσο μέλλον, μπορούμε να προβλέψουμε ότι τα τρία μεγάλα ψυχιατρεία θα εξακολουθήσουν να δέχονται μεγάλο αριθμό ασθενών. Πιστεύουμε ότι θα προωθούσε την ορθολογική χρήση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων η αναδιάρθρωση των τμημάτων τους σε οξείων και σε μέσης νοσηλείας. Τα πρώτα να νοσηλεύουν μέχρι και δύο μήνες. Τα δεύτερα από δύο έως έξι μήνες (σπάνια διάρκεια νοσηλείας για τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων).

Προκειμένου να μη χρονίσουν οι νοσηλευόμενοι και να μην υπερβεί η νοσηλεία το εξάμηνο θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα η προετοιμασία για έξοδο είτε προς την κοινότητα είτε προς τις ενδιάμεσες στεγαστικές δομές (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα). Αυτό προϋποθέτει ενεργοποίηση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας του τμήματος, αλλά παράλληλα και κινητικότητα του συστήματος των ενδιάμεσων στεγαστικών δομών. Οι ένοικοι, δηλαδή, των δομών θα πρέπει επίσης να προετοιμάζονται για τη μετάβασή τους σε κάποια πιο αυτόνομη μορφή στέγασης και διαβίωσης ώστε να εκκενώνονται θέσεις στις στεγαστικές δομές, και αυτές να μην αποτελούν την «τελική λύση» μετά το Ψυχιατρείο. Γνωρίζουμε όμως ότι η περαιτέρω αυτονόμηση των ασθενών αποτελεί στόχο ανέφικτο χωρίς την συνέργεια θεραπευτικών αλλά κυρίως κοινωνικών παραμέτρων.

### **3. Οι στεγαστικές δομές.**

Αποτέλεσαν τον κύριο φορέα της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα. Με ελάχιστες εξαιρέσεις ιδρύθηκαν και οργανώθηκαν χάρη στα προγράμματα του κανονισμού 815/1984 και κυρίως του «Ψυχαργώ» I και II. Η ταχύρυθμη οργάνωση τους υπήρξε η απόλυτη προτεραιότητα, τόσο από δημόσιους όσο και ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς, με άμεση συνέπεια την άνιση γεωγραφική τους κατανομή και την ετερογένεια στη λειτουργία τους.

Σήμερα, αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας τους, το πρόγραμμα της υποδοχής χρόνιων ασθενών, με εξαίρεση το Ψ.Ν. Τρίπολης, έχει λίγο ή πολύ ολοκληρωθεί και διαφαίνεται ως κύριο, στρατηγικό, διακύβευμα για την μελλοντική τους λειτουργία η δικτύωση τους σε ενεργά δίκτυα φροντίδας, όπου και θα μπορούσαν να διατηρήσουν τον χαρακτήρα της πρόσκαιρης στεγαστικής δομής. Έχει γίνει ήδη εμφανής η μεγάλη έλλειψη θέσεων σε ξενώνες για «νέο-χρόνιους» ασθενείς που παράγει, σε σημαντικούς αριθμούς, το νοσοκομειακό σύστημα περίθαλψης, ελλείπει δικτύωσης με μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και

παρακολούθησης. Πολλές νοσοκομειακές και άλλες μονάδες (π.χ. οι ιδιωτικές κλινικές ) αισθάνονται, εξ' ορισμού, αποκλεισμένες από την δυνατότητα εξεύρεσης μιας θέσης σε ξενώνα , για τους ασθενείς τους.

Οποιοσδήποτε σχεδιασμός οφείλει να λάβει υπόψη του ότι οι περισσότερες από αυτές τις στεγαστικές δομές λειτούργησαν για να δεχτούν χρόνιους ασθενείς από τα προγράμματα αποασυλοποίησης – με ελάχιστες δυνατότητες μεγαλύτερης αυτονομίας.

**Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ένοικοι και Εργαζόμενοι, 2005  
(Μ.Υ.Π., «Εμφύχωση», Νο 12, 2006)**

<i>Τύπος μονάδας</i>	<i>ΝΠΔΔ</i>	<i>ΜΚΟ/ΝΠΔΔ</i>	<i>Συνολο</i>	<i>Ένοικοι</i>	<i>Εργαζόμενοι</i>
<b>Οικοτροφεία</b>	24	58	82	1.217	1.633
<b>Ξενώνες</b>	69	18	87	854	1.157
<b>Προστατευμένα διαμερίσματα</b>	176	32	208	624	271
<b>Σύνολο</b>	269	108	377	2.695	3.061

Μείζον ζήτημα αποτέλεσε η προ τριετίας δραματική μείωση των προϋπολογισμών των στεγαστικών δομών αλλά και άλλων μονάδων, που εξυπηρετούνται από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες. Είναι βέβαιο ότι «οι απλήρωτοι εργαζόμενοι» και η οικονομική ανασφάλεια, ανά εξάμηνο, δεν μπορούν παρά να λειτουργούν αποδιοργανωτικά. Η χρηματοδότηση αυτών των μονάδων ,από τον κρατικό προϋπολογισμό τείνει όμως προς εξισορρόπηση τον τελευταίο χρόνο. Στην ελληνική πραγματικότητα οι στεγαστικές δομές αποτελούν ένα αυτόνομο και κεντρικό πρόβλημα, από τις ιδιαίτερες συνθήκες ίδρυσης και λειτουργίας τους, οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη σε οποιοδήποτε σχεδιασμό. Όρος διατήρησης και γόνιμης λειτουργίας τους είναι η ένταξη τους σε ενεργά δίκτυα φροντίδας.

#### **4. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ψυχιατρική.**

Η απουσία σχετικά ενοποιημένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί μείζον πρόβλημα στην φροντίδα των ασθενών και την παρακολούθηση όσων έχουν ήδη νοσήσει . Σήμερα λειτουργούν επικαλυπτόμενες και μη επικοινωνούσες δυνατότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας : από πολυδύναμα κέντρα υγείας (κυρίως του Ι.Κ.Α.) , από κέντρα ψυχικής υγείας, ιδιώτες ψυχιάτρους ή και γενικούς γιατρούς.

Η ένταξη ψυχιάτρων σε πολυδύναμα κέντρα υγείας δεν μπορεί να αποτελέσει συνολική λύση στο πρόβλημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και δεν μπορεί να θεωρηθεί παρά μόνο ως πιλοτική πρακτική προς αξιολόγηση. Ένα ολοκληρωμένο

σύστημα πρέπει να προτείνει λύσεις και για τις ψυχο-κοινωνικές πλευρές της φροντίδας, τις ψυχοθεραπείες, την πρόληψη κ.α..

Τα υπάρχοντα Κέντρα Ψυχικής Υγείας αποτελούν χώρο συν-λειτουργίας δραστηριοτήτων πρόληψης, πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας και παραπομπής σε μονάδες νοσηλείας. Αποτελούν, επομένως, πολύτιμο χώρο συντονισμού δραστηριοτήτων, ικανών να προσεγγίσουν την πολυπλοκότητα της ψυχικής νόσου. Η λειτουργία ομάδας διαφόρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε αυτά αποτελεί, επίσης, απαραίτητη προϋπόθεση για την φροντίδα των δυσκολότερων περιστατικών. Η διατήρηση των υπάρχοντων Κ.Ψ.Υ. και η ανάπτυξη νέων, καθώς και η αξιολόγηση της λειτουργίας όλων αυτών, μπορεί να δώσει πολύτιμα στοιχεία για την οργάνωση του συνόλου της ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.

Σε ότι αφορά την πρόληψη, η διαρκώς αυξανόμενη υποδοχή αιτημάτων για πληροφορίες και συμβουλευτική από τα ΚΨΥ και όχι μόνο από αυτά, αποτελεί ένδειξη των αυξανόμενων σχετικών αναγκών και πολύτιμη συνεισφορά στην πρωτοβάθμια πρόληψη, η οποία απαιτεί επίσης αξιολόγηση, εκπαίδευση και προγραμματισμό.

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία θα οργανώσει ημερίδες προβληματισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του πληθυσμού, καθώς η πολυπλοκότητα, τα κενά αλλά και οι επικαλύψεις των παρεχομένων υπηρεσιών δεν επιτρέπουν απλές λύσεις σε αυτό το μείζον πρόβλημα.

## **5. Αποστιγματισμός, αποκατάσταση των ασθενών.**

Η **ψυχοκοινωνική αποκατάσταση** έχει να επιδείξει σημαντική πρόοδο σε ότι αφορά την κοινωνικοποίηση των ασθενών, τον αποϊδρυματισμό, την προ-επαγγελματική εκπαίδευση και την απασχόληση, χάρη στην ευρηματικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των μονάδων αποκατάστασης και την δραστηριοποίηση οργανώσεων των οικογενειών και των χρηστών των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Η επαγγελματική όμως αποκατάσταση, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των ψυχικά ασθενών, αντιμετωπίζει σοβαρότατα προβλήματα μετά την «χρυσή εποχή» της δεκαετίας του 1990, όπου η ύπαρξη πολλών προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης, με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση,

προκάλεσε μία απογείωση αυτού του τομέα, που ακολούθησε στη συνέχεια μια απότομη προσγείωση. Σήμερα, ούτε οι Κοι.Σ.Π.Ε., που ψάχνουν την φυσιογνωμία τους, ούτε οι άλλες μορφές οργανωμένης απασχόλησης μπορούν να προσφέρουν στοιχειωδώς αμειβόμενη εργασία σε σημαντικό αριθμό ασθενών, ενώ η απασχόληση λίγων από τους λειτουργικότερους οφείλεται, συχνά, σε συγκυριακούς, λίγο ή πολύ τυχαίους παράγοντες (π.χ. οικογενειακούς).

Ο **αποστιγματισμός** της ψυχικής νόσου έχει να επιδείξει σημαντικές προόδους τα τελευταία χρόνια, χάρη στην ευαισθητοποίηση του κοινού και πολλών επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Σημαντική ήταν η συμβολή του ειδικού προγράμματος που πραγματοποιήθηκε από το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.

Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι η συνεχιζόμενη κοινωνική περιθωριοποίηση των ασθενών, με τις σοβαρότερες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, γεννά διαρκώς παλαιές και νέες μορφές κοινωνικού στιγματισμού, που θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε στη συνέχεια.

## **6. Τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου στην Ψυχιατρική.**

Τα περισσότερα Ν.Π.Ι.Δ. που εξασφαλίζουν την λειτουργία στεγαστικών δομών, κινητών μονάδων κ.α. πέρασαν την περασμένη διετία περίοδο μέγιστης ανασφάλειας, ως προς την χρηματοδότηση τους από τον δημόσιο προϋπολογισμό. Φαίνεται ότι το πρόβλημα αυτό τείνει προς την εξομάλυνση του.

Από τον Φεβρουάριο 2005 ιδρύθηκε το δίκτυο «Αργώ» (Δίκτυο Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας), το οποίο περιλαμβάνει 27 ΝΠΙΔ και 2 ΝΠΔΔ, με σκοπό να συντονίσει τις ενέργειες αυτών των μονάδων. Κύριο ζήτημα για τα ΝΠΙΔ είναι η ένταξη τους σε ενεργά δίκτυα ψυχιατρικής φροντίδας, παράλληλα με τις μονάδες που οργανώνουν οι δημόσιοι φορείς.

## **7. Ο ιδιωτικός τομέας**

Ο ρόλος τού Ιδιωτικού Τομέα στην υπόθεση της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» έχει πολύ λίγο απασχολήσει τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της. Οι λόγοι πολλοί: ιδεολογικοί, πολιτικοί, έλλειμμα πληροφόρησης, μεροληπτική αντίληψη της καθημερινής πραγματικότητας, άγνοια των αναγκών.

Ο κύριος προσανατολισμός της μεταρρύθμισης στον στόχο της συρρίκνωσης των ψυχιατρικών νοσοκομείων και τον μακροπρόθεσμο στόχο της αναστολής της



λειτουργίας τους, μας αναγκάζει να ασχοληθούμε κυρίως με το ζήτημα της ψυχιατρικής νοσηλείας στις ιδιωτικές κλινικές, πράγμα που λειτουργεί αποπροσανατολιστικά. Ιδιωτικός τομέας δεν είναι μόνον η ψυχιατρική νοσηλεία. Είναι κατ' εξοχήν η πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία παρέχεται από τούς ελεύθερους επαγγελματίες ψυχιάτρους σε όλη την Ελλάδα. Μία εμπειρισταωμένη έρευνα σε Πανελλαδική κλίμακα θα διαπίστωνε τις αντικειμενικές διαφορές της φροντίδας στο ιδιωτικό ιατρείο αλλά και το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι ιδιώτες ιατροί παραπέμπουν λιγότερο για νοσηλεία (αλλαγή του ποσοστού των ασθενών που νοσηλεύονται, σε ιδιωτικές κλινικές, μετά από παραπομπή ιδιώτη ή κρατικού ψυχιάτρου).

Υπάρχει τέλος το εντελώς καινούργιο κομμάτι συμμετοχής τού ιδιωτικού τομέα στην ψυχιατρική περίθαλψη μέσω των ΝΠΙΔ που ίδρυσαν ενδιάμεσες δομές. Να σημειωθεί μόνον ότι παραμένει ασαφής ο τρόπος της ανεμπόδιστης και τακτικής χρηματοδοτήσεως τους, χωρίς, για την ώρα, να πάσχουν στην εκπλήρωση των υποχρεώσεων που έχουν αναλάβει.

### Ιδιωτικές κλινικές

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές συμμετέχουν στην ψυχιατρική περίθαλψη εδώ και πολλές δεκαετίες. Παρακολούθησαν σε κάθε φάση της την εξέλιξη της ψυχιατρικής πραγματικότητας λειτουργώντας συμπληρωματικά με τον δημόσιο τομέα.

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές σε αντίθεση με τον υπόλοιπο χώρο άσκησης εμπορικής δραστηριότητας στον χώρο της υγείας, δεν αποτελεί εδώ και τουλάχιστον τρεις δεκαετίες ελκυστική επιχειρηματικά περιοχή. Δύο οι βασικοί λόγοι. Ο πρώτος ότι η νοσηλεία ενός ψυχικώς πάσχοντος δεν είναι πλέον η μόνη ή η πρώτη επιλογή, όπως δείχνει η εκτεταμένη χρήση των αντιψυχωτικών από εξωτερικούς ασθενείς. Ο δεύτερος ότι η χρήση των ιδιαίτερα κερδοφόρων παρακλινικών εξετάσεων που στην ουσία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα παραγωγής εμπορικού κέρδους στις ιδιωτικές μονάδες υγείας, στην ψυχιατρική χρησιμοποιείται στοιχειωδώς. Το βάρος πέφτει στην είσπραξη τού ημερησίου νοσηλίου. Ας προστεθεί εδώ και η πλήρης σχεδόν απουσία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών από τον τομέα της ψυχικής υγείας, ενώ αντίθετα συμμετέχουν με ένα σεβαστό ποσοστό στην κάλυψη δαπανών υψηλού κόστους στους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής.

Τα παραπάνω εξηγούν εύκολα την εικόνα που παρουσιάζεται σήμερα στο λεκανοπέδιο της Αττικής : λειτουργούν **δώδεκα** (12) ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές

με συνολική δύναμη 1.733 κλινών. Ο αντίστοιχος αριθμός το 1997 ήταν 2.460 και το 1992 ήταν 2.690 κλίνες. Λειτουργούν με πληρότητα που κυμαίνεται μεταξύ 90 και 100%. Από τις κλινικές που παρασχεθήκαν στοιχεία ( οκτώ από τις δώδεκα), το 2007 έγιναν περισσότερες από 1.500 εισαγωγές ασθενών. Οι 11 από τις 12 κλινικές είναι συμβεβλημένες με όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά ταμεία – την μερίδα του λέοντος ως αναμένεται την έχει το ΙΚΑ. Το σημερινό κλειστό νοσήλιο του ΙΚΑ ανέρχεται στο ποσό των 51 ευρώ ημερησίως ανά ασθενή. Υπάρχουν τόσον δικαστικές αποφάσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας όσον και οικονομοτεχνικές μελέτες (τμήμα οικονομικών επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης) που αναφέρονται στο ύψος της ημερήσιας δαπάνης και στον προσδιορισμό του νοσηλίου και το κρίνουν ως κάτω του κόστους. Για να διαλυθεί ένας ακόμη άχρηστος μύθος, οι νοσηλευόμενοι μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων υπερβαίνουν το 80% της δύναμης των κλινικών.

Η κατακόρυφη αύξηση της εμπορικής αξίας της γης επιτρέπει να λειτουργούν μόνο σε αυτές που στεγάζονται σε ιδιότητα ακίνητα, ενώ και δύο από αυτές που λειτουργούν σε ιδιότητα ακίνητα διέκοψαν πρόσφατα την λειτουργία τους. Δεν έχει υπάρξει στο διάστημα των τελευταίων δεκαετιών καμία νέα επιχειρηματική πρωτοβουλία δεδομένου ότι το οικονομικό και ψυχικό ρίσκο αξιολογείται ως υψηλό και εξαιρετικά υψηλό και αβέβαια η απόδοση.

Οι κλινικές του Λεκανοπεδίου λειτουργούν βάσει του νόμου 235/2000 νόμος όμως που ακόμα τελεί υπό αναστολή(!). Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ασθενών είναι χρόνιοι ασθενείς, οι οποίοι καλύπτουν [περίπου τα ¾](#) των κλινών.

Τα πράγματα φαίνεται να διαφοροποιούνται στην υπόλοιπη Ελλάδα. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι :

1. Υπάρχουν περιφέρειες όπου ο ιδιωτικός τομέας απουσιάζει εντελώς – Επτάνησα, Πελοπόννησος, Δωδεκάνησα, Ήπειρος, Θράκη, Στερεά Ελλάδα – και άλλες όπου η παρουσία του είναι ιδιαίτερα έντονη – Μακεδονία, Θεσσαλία. Στην Κρήτη υπάρχει μία κλινική 80 περίπου κλινών στην περιοχή του Ηρακλείου για την οποία κάποιες πληροφορίες την φέρουν να σχεδιάζει την επέκτασή της.
2. Δεν υπάρχει τάση μείωσης των διαθέσιμων κλινών αλλά αντίθετα δημιουργούνται νέες νοσοκομειακές μονάδες υψηλού επιπέδου.
3. Συχνά και εν γνώσει των αρχών ξεπερνούν σε νοσηλευόμενους την δύναμη των κλινών τους (κυρίως στην Θεσσαλία).

Στην Μακεδονία λειτουργούν εννέα (9) κλινικές :

Θεσσαλονίκη : τέσσερεις (800 κλ.)

(Η μεγαλύτερη από τις κλινικές της Θεσσαλονίκης – για την οποίαν υπάρχουν στοιχεία – έκανε ,το 2007, περίπου 1000 εισαγωγές ασθενών.)

Κοζάνη: δύο (370)

Βέροια : μία (80)

Κατερίνη: μία (80)

Καβάλα : μία (100).

Στην Θεσσαλία λειτουργούν εννέα (9) :

Λάρισα: τρεις (520),

Βόλος: δύο (230),

Τρίκαλα: τρεις (210),

Καρδίτσα : μία (215).

Οι κλινικές αυτές λειτουργούν με δύο ταχύτητες σχετικά με την άδεια λειτουργίας τους. Οι λεγόμενες «παλιές» άδειες – προ τού 1991 – έχουν προσαρμοσθεί με τον υπό αναστολή 235/2000. Οι νεότερες λειτουργούν με τον ν.517/91. Οι δύο νομοθετικές προβλέψεις διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τις προϋποθέσεις τόσο τις κτιριακές όσο και της σύνθεσης τού προσωπικού με εύλογο αποτέλεσμα οι πλέον πρόσφατες σε έναρξη λειτουργίας να θεωρούν – δικαίως - τον εαυτό τους σε μειονεκτικότερη θέση.

Κοινό πρόβλημα όλων – πέραν τού χαμηλού νοσηλίου – η μεγάλη καθυστέρηση στην καταβολή των δεδουλευμένων τους από τα υπόχρεα προς τούτο ταμεία. Κάποια από αυτά καθυστερούν έως και δύο χρόνια την εξόφληση των υποχρεώσεων τους.

Η συμμετοχή τού ιδιωτικού τομέα στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι εμφανής και θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να επικεντρωθούμε σε δύο ζητήματα

Το πρώτο θα ήταν να προσδιορισθεί με ακρίβεια – υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία – το κόστος νοσηλείας, το οποίο και θα καθορίσει εν συνεχεία ένα εύλογο νοσήλιο. Το δεύτερο να καθοριστεί ρεαλιστικό και εφαρμόσιμο νομοθετικό πλαίσιο στην λειτουργία τους. Μετά την διευκρίνιση αυτών των εκκρεμοτήτων θα ήταν ευφύες και σκόπιμο να γίνει ένας ψύχραιμος διάλογος για τούς τρόπους με τούς οποίους η συνεργασία ανάμεσα στον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα θα απέβαινε επωφελής για την κάλυψη των αναγκών για νοσοκομειακές κλίνες τόσο στο Λεκανοπέδιο όσο και ιδίως εκτός αυτού.

## Συνοπτικά

Θα τονίσουμε τα εξής :

- **Η αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης** είναι απαραίτητη για να μπορέσουμε να θέσουμε ολοκληρωμένους μελλοντικούς στόχους για την οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, σε πανελλήνιο επίπεδο.
- **Η μεγάλη αύξηση των εισαγωγών με εισαγγελική εντολή** αποτελεί κώδωνα κινδύνου για το σύνολο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και ένα «αντικειμενικό» δείκτη ανεπάρκειας της ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.
- **Η δικτύωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών** είναι απαραίτητος όρος λειτουργίας της ψυχιατρικής φροντίδας, βασισμένης στην πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα και τον περιορισμό της νοσηλείας. Στην παρούσα φάση η δικτύωση παραπέμπει στην ανάγκη ολοκλήρωσης της **τομεοποίησης** των ψυχιατρικών υπηρεσιών, η οποία θέτει μια σειρά από θεσμικά και οργανωτικά προβλήματα .
- **Τα ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία** δέχονται ένα τεράστιο βάρος εισαγωγών , καθώς δεν έχει ολοκληρωθεί το δίκτυο εξωνοσοκομειακής φροντίδας και η συρρίκνωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων αφήνει ακάλυπτα πολλά αιτήματα νοσηλείας. Η δημιουργία μικρών τμημάτων οξέων περιστατικών , η λειτουργία μονάδων ημερήσιας φροντίδας και η εναρμόνιση των εφημεριών τους με αυτές του νοσοκομείου που τα στεγάζει και , κυρίως, η σύνδεση τους με τα υπάρχοντα δίκτυα φροντίδας αποτελούν μέτρα άμεσης ανάγκης.
- **Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία** της χώρας μας οφείλουν να πραγματοποιήσουν μείζονες επιλογές σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση αυτών που δεν δέχονται πλέον εισαγωγές μπορεί να μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες για τις εναλλακτικές λύσεις στην λειτουργία τους. Η συρρίκνωση αυτών που εξακολουθούν να λειτουργούν και να δέχονται χιλιάδες εισαγωγές κάθε χρόνο, εξαρτάται άμεσα από την ολοκλήρωση του δικτύου των ψυχιατρικών υπηρεσιών, που θα μειώσουν τα αιτήματα νοσηλείας και μάλιστα αναγκαστικής νοσηλείας. Πρόκειται για ιδρύματα που συγκεντρώνουν τον μεγαλύτερο αριθμό ψυχιάτρων στην χώρα και την συσσωρευμένη εμπειρία της ελληνικής ψυχιατρικής . Είναι λοιπόν εύλογο να αναμένουμε και τις προτάσεις των συναδέλφων που υπηρετούν εκεί , για την πορεία αυτών των ιδρυμάτων .
- **Οι μονάδες στέγασης στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης** αποτελούν μια ελληνική ιδιαιτερότητα καθώς οργανώθηκαν ταχύρρυθμα με γνώμονα την μείωση

του πληθυσμού των χρόνιων ασθενών και λιγότερο την ένταξη τους σε ολοκληρωμένα δίκτυα ψυχιατρικής φροντίδας, η οποία όμως αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για την επιβίωση και την ανάπτυξη τους. Οι 108 από τις 269 αυτές μονάδες (2006) οργανώθηκαν από ΝΠΙΔ . Η διαφαινόμενη ομαλοποίηση στην χρηματοδότηση των τελευταίων, μετά τα δύσκολα χρόνια 2005 και 2006, αποτελεί επίσης πρωταρχικό παράγοντα για την ανάπτυξη τους.

- **Η επαγγελματική αποκατάσταση** των ψυχικά ασθενών παρουσιάζει σημαντικά οργανωτικά προβλήματα και έχει σαφώς πιο περιορισμένες δυνατότητες από την «χρυσή» δεκαετία του 1990 (της πληθώρας των κοινοτικών αποκαταστασιακών προγραμμάτων). Οι δυνατότητες απασχόλησης των ασθενών έχουν μειωθεί δραματικά, ακολουθώντας την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και τις ιδιαίτερες δυσκολίες των ίδιων των ασθενών. Οι μονάδες που προτείνουν προγράμματα κοινωνικής και προ-επαγγελματικής αποκατάστασης, επιτελούν ένα σημαντικότατο έργο κοινωνικοποίησης και διατήρησης των δεξιοτήτων των ασθενών .

- **Ο αποστιγματισμός** των ψυχικά ασθενών έχει κάνει σημαντικά βήματα. Η συνεχιζόμενη όμως κοινωνική περιθωριοποίηση των ασθενών με τα βαρύτερα ψυχοπαθολογικά προβλήματα μπορεί να γεννήσει νέες μορφές στιγματισμού. Η ενίσχυση των οργανώσεων των οικογενειών και των χρηστών των ψυχιατρικών υπηρεσιών αποτελεί σημαντική εγγύηση για την καταπολέμηση του στίγματος, την προάσπιση των δικαιωμάτων τους και την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

- **Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου** επιτελούν ένα σημαντικό έργο τόσο Στο επίπεδο της ψυχιατρικής φροντίδας, όσο και της αποκατάστασης. Είναι απαραίτητη η συνέχιση της λειτουργίας τους και η ένταξη τους σε ενεργά δίκτυα φροντίδας των ασθενών.

- **Η πρωτοβάθμια φροντίδα** αποτελεί επίσης πρωταρχικό τομέα για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής φροντίδας του πληθυσμού και την απομάκρυνση από τον «νοσοκομειοκεντρισμό». Ένα μέρος από την πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να εξασφαλιστεί από τους γενικούς γιατρούς και τα πολυδύναμα κέντρα υγείας, ένα άλλο όμως μέρος παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και την ανάγκη συνέργειας διαφόρων επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, οι οποίες εξασφαλίζονται από τα κέντρα ψυχικής υγείας. Η δικτύωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών αποτελεί παράγοντα αναβάθμισης, που αφορά και την πρωτοβάθμια φροντίδα.

- **Ο ιδιωτικός τομέας** εξασφαλίζει ένα πολύ σημαντικό μέρος της βασικής, εξωνοσοκομειακής φροντίδας των ψυχικά ασθενών και ένα σημαντικό μέρος των

αναγκών σε νοσηλευτικές κλίνες. Είναι απαραίτητη η προσέγγιση των ουσιαστικών προβλημάτων του ιδιωτικού τομέα και η διερεύνηση της δυνατότητας ουσιαστικής ένταξης του σε ενεργά δίκτυα φροντίδας των ψυχικά ασθενών.