



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020)

Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος
ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ.....	4
A.0 Προοίμιο: Ψυχική Υγεία. Μέγεθος του προβλήματος.....	4
A.1 Ιστορική εξέλιξη και αρχιτεκτονική της εθνικής στρατηγικής ψυχικής υγείας ...	10
A.2 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	14
A.3 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β'	15
A.4 Σύμφωνο Spidla.....	21
A.5 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργώς.....	22
A.6 Διεθνές περιβάλλον.....	24
A.7 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Γ 2011-2020	26
B. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
B1. Κοινοτικές Υπηρεσίες για ενήλικους με ψυχικές διαταραχές.....	29
B.1.1 Προτεραιότητες ανάπτυξης υπηρεσιών.....	29
B.1.2 Τυπολογία υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	30
B.1.3 Ανθρώπινοι πόροι.....	41
Εσωτερ. ασθενών.....	44
B.1.4 Πλαίσιο Δημιουργίας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στους ΤοΨΥ της χώρας	46
B.1.5 Σχέδιο Άμεσης Προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες του ΕΣΠΑ.....	48
B. 2. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας Παιδιών – Εφήβων.....	50
B.2.1. Γενικές αρχές για την ανάπτυξη, την οργάνωση και τον συντονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών – Εφήβων.....	52
B.2.2 Ανάγκες για Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (γενικό μέρος)	53
B.2.3. Προτεραιότητες για την ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.....	55
B.3. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας για Ευπαθείς Ομάδες.....	57
B. 3.1. Αυτισμός.....	57
B. 3.2. Άνοιες.....	62
B.3.3. Άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών	76
B. 3.4. Φτωχοί, άνεργοι, μετανάστες.....	84
Γ. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	88
Γ1. Παρακολούθηση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας.....	88
Γ.1.1 Πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας συστήματος παρακολούθησης.....	88
Γ.1.2 Διερεύνηση αναγκών.....	89
Γ.1.3 Καθιέρωση δεικτών και κριτηρίων εκβάσεων.....	91
Γ.1.4 Εθνικές Πολιτικές & Σύστημα Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	96
Γ.1.5 Καθορισμός διαδικασιών στην ψυχική υγεία.....	97
Γ.1.6 Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος.....	98
Γ2. Αξιολόγηση Ποιότητας.....	99
Γ.2.1 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance).....	99
Γ.2.2 Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών.....	101
Δ. Προαγωγή & Πρόληψη Ψυχικής Υγείας.....	103
Δ.1.1 Εισαγωγή.....	103

<u>Δ.1.2 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης.....</u>	<u>103</u>
<u>Δ.1.3 Νεολαία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία.....</u>	<u>105</u>
<u>Δ.1.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων</u>	<u>107</u>
<u>Δ.1.4.1 Προαγωγή της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης.....</u>	<u>107</u>
<u>Δ.1.4.2 Δράσεις Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των ανέργων</u>	<u>108</u>
<u>Δ.1.4.3 Προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων</u>	<u>109</u>
<u>Δ.1.4.4 Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων</u>	<u>112</u>

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Α.0 Προοίμιο: Ψυχική Υγεία. Μέγεθος του προβλήματος

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην εποχή μας. Οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στη χώρα μας, δείχνουν πως το 10-20% του πληθυσμού ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, από τις ελαφρότερες, έως τις βαρύτερες που συχνά προκαλούν αναπηρία δια βίου.

Δύο πρόσφατες μελέτες (Wittchen & συν 2011, Gustavsson & συν 2011), συνδύασαν τα επιδημιολογικά δεδομένα από 30 χώρες της Ευρώπης (27 χώρες της ΕΕ, Ελβετία, Νορβηγία, Ισλανδία) των ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών, ή «νόσων του εγκεφάλου» όπως ορίζονται σε αυτές, προκειμένου να προσδιορίσει τον επιπολασμό των διαταραχών αυτών, την κοινωνική επιβάρυνση που προκαλούν, όπως και το ετήσιο οικονομικό κόστος που συνεπάγεται η φροντίδα τους.

Στον Πίνακα 1 συνοψίζεται ο ετήσιος επιπολασμός των «νόσων του εγκεφάλου» στις 30 ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	
Επιπολασμός 12 μηνών των «Νόσων του Εγκεφάλου» σε 30 χώρες της Ευρώπης	
Ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων	27,1%
Ψυχικές διαταραχές των παιδιών και εφήβων	2,6% (9,6%*)
Σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας	1,3%
Διαταραχές ύπνου	4,6%
Άνοιες	1,2% (5,4%**)
Όλες οι «Νόσοι του Εγκεφάλου»	38,2%
Συνολικός Πληθυσμός στις 30 χώρες	164.800.000 άτομα

* Στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό

** Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού θα εμφανίσει κάθε έτος κάποια ψυχική διαταραχή. Στον Πίνακα 2, απεικονίζεται ο ετήσιος επιπολασμός των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, οι οποίες σε ένα υψηλό ποσοστό προκαλούν σημαντική δια βίου αναπηρία. Στην 4η στήλη, σε αυτόν, όπως και στους επόμενους πίνακες, γίνεται αναγωγή στον ελληνικό πληθυσμό, χωρίς φυσικά να λαμβάνονται υπ' όψη οι μικρές τοπικές διαφορές που μπορεί να υπάρχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Επιπολασμός 12 Μηνών των «σοβαρών» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Ψυχώσεις	1,2%	5,0	132
Διπολική Διαταραχή	0,9%	3,0	99
Άνοιες	(5,4*) 1,2%	6,3	132

* Στον πληθυσμό άνω των 65 ετών

Όπως φαίνεται, το 2% περίπου του πληθυσμού, πάσχει είτε από ψυχώσεις (συνήθως σχιζοφρένεια), είτε από διπολική διαταραχή. Οι διαταραχές αυτές συχνά απαιτούν δια βίου φροντίδα και ψυχιατρική θεραπεία και παρακολούθηση. Οι παρεμβάσεις είναι πολλαπλές και κυμαίνονται από τη φαρμακευτική θεραπεία και την νοσηλεία (σε περιόδους υποτροπής), έως ειδικές υπηρεσίες στέγασης και ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Επιπλέον, σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η άνοια, με έναρξη συνήθως κατά την τρίτη ηλικία.

Όμως, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού πάσχει από τις λεγόμενες «συνήθεις» ψυχικές διαταραχές, με βασικά συμπτώματα το άγχος, τη διαταραχή του συναισθήματος και σωματικά ενοχλήματα. Οι διαταραχές αυτές είναι μεν λιγότερο σοβαρές από τις προηγούμενες και θεραπεύσιμες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αλλά δεν παύουν να προκαλούν σημαντική πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των πασχόντων. Στον Πίνακα 3 απεικονίζεται ο επιπολασμός των διαταραχών αυτών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Επιπολασμός 12 Μηνών των «συνήθων» ψυχικών διαταραχών σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Μείζων Κατάθλιψη	6,9%	30,3	759
Διαταραχή πανικού	1,8%	7,9	198
Αγοραφοβία	2,0%	8,8	220
Κοινωνική φοβία	2,3%	10,1	253
Διαταραχή πανικού Γενικευμένου Άγχους	1,7-3,4%	8,9	225
Ειδικές φοβίες	6,4%	22,7	704
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,7	2,9	77
Διαταραχή μετά ψυχοτραυματισμό	1,1-2,9	7,7	200
Σωματόμορφη διαταραχή	4,9	20,4	539
Ψυχογενής Ανορεξία	0,2-0,5	0,8	38,5
Ψυχογενής Βουλιμία	0,1-0,9	0,7	35

Η συχνότερη διαταραχή, η οποία συχνά συνυπάρχει με άλλες από τον πίνακα, είναι η κατάθλιψη, η οποία υπολογίζεται από τον ΠΟΥ πως το 2020 θα αποτελεί το δεύτερο σε κοινωνική επιβάρυνση πρόβλημα υγείας παγκοσμίως.

Σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας αποτελούν επίσης οι διαταραχές από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στον Πίνακα 4, δίνεται ο επιπολασμός 12 μηνών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες των κυριότερων ψυχοδραστικών ουσιών. Στον πίνακα δεν γίνεται αναγωγή στον ελληνικό πληθυσμό, λόγω των μεγάλων διαφορών που παρατηρούνται μεταξύ χωρών, εξ' αιτίας πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4		
Επιπολασμός 12 Μηνών των ψυχικών διαταραχών από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών σε 30 χώρες της Ευρώπης		
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)
Εξάρτηση από τα οινόπνευματώδη	3,4%	14,6
Εξάρτηση από οπιούχα	0,1-0,4%	1,0
Εξάρτηση από κάνναβη	0,3-1,8%	1,4

Οι διαταραχές με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όπως και οι σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, των οποίων τα πρώτα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται κατά αυτές τις ηλικίες, είναι επίσης αρκετά συχνές. Στον Πίνακα 5, απεικονίζεται ο επιπολασμός τους στις 30 ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5			
Επιπολασμός 12 Μηνών των ψυχικών διαταραχών με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, σε 30 χώρες της Ευρώπης			
Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Δ.Ε.Π.Υ.*	(5,0**) 0,6%	3,3	66
Διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης	0,6%	0,6	-
Διαταραχές διαγωγής	(3,0**) 0,4%	2,1	44
Άλλες διαταραχές παιδιού και εφήβου	1,0	4,2	110
Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας	0,7	2,3	77
Αντικοινωνική διαταρ. προσωπικότητας	0,6	2,0	-

* Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερδραστηριότητας

** Στον πληθυσμό παιδιών και εφήβων

Ο Πίνακας 6 δίνει στοιχεία για την κοινωνική επιβάρυνση χρησιμοποιώντας τον δείκτη DALY (Disability Adjusted Life Years) στον οποίο υπολογίζεται η επιβάρυνση που προκύπτει από τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και την αναπηρία των διαφόρων νόσων. Σε αυτόν παρουσιάζεται η % συμμετοχή των κυριότερων ψυχικών διαταραχών σε σχέση με την κοινωνική επιβάρυνση των προβλημάτων υγείας εν γένει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6	
Κοινωνική Ψυχικών Διαταραχών σε 30 ευρωπαϊκές χώρες	
Διαταραχή	% Επιβάρυνση σε DALYs
Μείζων Κατάθλιψη	7,2
Άνοιες	3,7
Αλκοολισμός	3,4
Διαταραχές από άλλες ουσίες	1,3
Διπολική Διαταραχή	1,2
Σχιζοφρένεια	1,2
Όλες οι Ψυχικές Διαταραχές	21,6

Τέλος, όσον αφορά στο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στις 30 ευρωπαϊκές χώρες, αυτό είναι τεράστιο. Στη μελέτη των Gustavsson και συνεργατών (2011), το συνολικό ετήσιο κόστος των «νόσων του εγκεφάλου» στις 30 ευρωπαϊκές χώρες υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό, 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας. Στον Πίνακα 7 φαίνεται το κόστος των κυριότερων ψυχικών διαταραχών στην ίδια μελέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7	
Ετήσιο Οικονομικό Κόστος των Ψυχικών Διαταραχών σε 30 Ευρωπαϊκές Χώρες	
Διαταραχή	Δις. €
Διαταραχές του συναισθήματος*	113,4
Άνοιες	105,2

Ψυχώσεις	93,9
Διαταραχές άγχους	74,4
Εξαρτήσεις από ουσίες	65,7
Νοητική στέρηση	43,3
Διαταραχές προσωπικότητας	27,3
Σωματόμορφες διαταραχές	21,2

* Περιλαμβάνει τις διάφορες μορφές της κατάθλιψης και τη διπολική διαταραχή

Υπάρχουν ελάχιστα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Για την ακρίβεια, τα πιο πρόσφατα και αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από την πρόσφατη έρευνα σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, το 14% των Ελλήνων (1.200.000 άτομα), πάσχουν από κάποια «συνήθη» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στους μισούς από αυτούς, (7% ή περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% από αυτούς έχει επαφή με ψυχίατρο για το πρόβλημά του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, δεν διαφέρει από εκείνη σε έρευνες με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως στην Μ. Βρετανία, όμως το «χάσμα στη θεραπεία» σε αυτές είναι πολύ μικρότερο.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε αυτήν την έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους είναι υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που αφορούν το σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας, που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μεγαλύτερη από έξη φορές συχνότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%). Κατά συνέπεια, το βάθεμα της οικονομικής κρίσης και η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, αναμένεται να αυξήσει τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, εφόσον περισσότερα άτομα θα ανήκουν στις κατηγορίες των ανέργων και των οικονομικά μειονεκτούντων. Επιπλέον, λόγω της

οικονομικής κρίσης και της μείωσης των πόρων που το άτομο και το κράτος μπορούν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία, το «χάσμα θεραπείας» αναμένεται να διευρυνθεί περισσότερο.

A.1 Ιστορική εξέλιξη και αρχιτεκτονική της εθνικής στρατηγικής ψυχικής υγείας

Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» είναι ένα πρόγραμμα δράσεων με δεκαετή χρονικό ορίζοντα, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το 1997 για την περίοδο 1997 - 2006 και αναθεωρήθηκε το 2001 για την περίοδο 2001 - 2010. Στον παρόντα τόμο αποτυπώνεται η δεύτερη Αναθεώρηση του προγράμματος για την περίοδο 2011-2020, η οποία καλύπτει και την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ. Η περίοδος 2011-2015 αποτελεί την Α' φάση του προγράμματος (η οποία συμπίπτει με την περίοδο υλοποίησης του ΕΣΠΑ) και η περίοδος 2014-2018 τη Β' φάση υλοποίησης του. Στο τέλος της πρώτης περιόδου προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η τρίτη αναθεώρησή του προγράμματος.

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις».

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, λειτουργούσαν 9 ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία¹ ενώ αντίστοιχα το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ήταν υποτυπώδες. Η ανοικτή ψυχιατρική περίθαλψη συνίστατο κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και του ΙΚΑ².

Ο στρατηγικός σχεδιασμός ψυχικής υγείας ξεκίνησε στη χώρα μας μέσω του Κανονισμού 815/84³ της Ε.Ε. (τότε ΕΟΚ), ο οποίος αποτέλεσε το πλαίσιο για την επεξεργασία και υλοποίηση του πρώτου προγράμματος για τη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας (Browne et al, 1984; Μαδιανός, 1994:484; ΚΕΣΥ, 1985). Αυτός στην πρώτη φάση (1984-89) εστίασε στον εκσυγχρονισμό των ΨΝ⁴, στη δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στη δεύτερη φάση (1989-1995) στην προώθηση της αποϊδρυματοποίησης, ιδιαίτερα στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου⁵ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:34). Το πρώτο πενταετές πρόγραμμα έθεσε, επίσης, τις ακόλουθες προτεραιότητες:

- Λειτουργία Ψυχιατρικών Τομέων, δηλαδή ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών οι οποίοι θα εξυπηρετούν καθορισμένα γεωγραφικά διαμερίσματα και πληθυσμιακές ομάδες με στόχο την έγκαιρη και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ΑμΨΔ, την παραμονή του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον και την ταχεία αποθεραπεία του ασθενούς.
- Κατάρτιση και ταχύρυθμη εκπαίδευση του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων δια της χορήγησης υποτροφιών και ίδρυση σχολών για ψυχιατρική νοσηλευτική.
- Διενέργεια επιδημιολογικών μελετών και ερευνητικών προγραμμάτων με αντικείμενο την απογραφή των νοσηλευόμενων ενηλίκων και παιδιών στα δημόσια και ιδιωτικά ΨΝ (one day census), την εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

¹ Τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ήταν τα εξής: το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δρομοκαΐτειο, το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

² Επιπρόσθετα, οι ανοικτές ψυχιατρικές υπηρεσίες περιλάμβαναν 1 Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης και 4 Κέντρα Ψυχικής Υγείας στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα.

³ 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. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του προγράμματος δημιουργήθηκαν 134 νέες δομές ψυχικής υγείας, εκ των οποίων οι σημαντικότερες ήταν 25 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 28 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία και 42 ξενώνες και διαμερίσματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995:35)

⁴ Ο εκσυγχρονισμός των ΨΝ περιλάμβανε την επισκευή των κτιριακών εγκαταστάσεων, την ανάπτυξη μονάδων αξιολόγησης, οξέων περιστατικών και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι προτάσεις αυτές υποδηλώνουν ότι στο πλαίσιο του Καν. 815 το ΨΝ εξακολουθούσε να είναι η σπονδυλική στήλη του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης.

⁵ Προγράμματα “Λέρος Ι” και “Λέρος ΙΙ”

- Ανάπτυξη μονάδων επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης με στόχο την προώθηση των ΑμΨΔ σε συνεταιριστικές μονάδες, προστατευμένα εργαστήρια και την αγορά εργασίας.
- Αξιολόγηση του προγράμματος αποασυλοποίησης.
- Μετά τη λήξη του Κανονισμού 815/84, τον Ιούνιο του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προέβη στην εκπόνηση ενός δεκαετούς Σχεδίου Δράσης με την επωνυμία «Ψυχαργός», το οποίο υποβλήθηκε στην Ε.Ε.⁶ το 1997. Οι στόχοι του προγράμματος ήταν οι ακόλουθοι (ΥΓΠ, 1997:2):
- Η αποασυλοποίηση 1500 ασθενών μακράς παραμονής στα ΨΝ της χώρας με ιδιαίτερη έμφαση στη συρρίκνωση του ΨΝΑ, ως ένα από τα πέντε εναπομείναντα υπερμεγέθη ψυχιατρεία της ΕΕ (δυναμικότητας άνω των 1000 κλινών)
- Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένες υποομάδες (υπερήλικους, παιδιά και εφήβους, άτομα που πάσχουν από αυτισμό, παραβατικά παιδιά) των ΑμΨΔ. Το ανωτέρω Σχέδιο Δράσης ήταν διαρθρωμένο σε τρεις άξονες δράσεων που αφορούσαν στους ενήλικους, στα παιδιά-εφήβους και στην τρίτη ηλικία και προέβλεπε την παράλληλη υλοποίηση υποστηρικτικών-συνοδευτικών ενεργειών που αφορούσαν στην υλοποίηση της τομεοποίησης των υπηρεσιών, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας και στην εκπαίδευση του προσωπικού.
- Η πρώτη αναθεώρηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός (Ψυχαργός Β΄) για την περίοδο 2001-2010 προβλέπει τα ακόλουθα:
- Ανάπτυξη δικτύου μονάδων στην κοινότητα, μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.) κατά 40%, κατάργηση των ΨΝ της Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Λέρου έως το 2015 και του Δρομοκαϊτίου ως το 2010.
- Αγωγή κοινότητας για την καταπολέμηση του στίγματος και την αποδοχή της ιδιαιτερότητας του ασθενούς και υποστήριξη δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με εθελοντικές δράσεις.
- Επαγγελματική επανένταξη ασθενών, με τη λειτουργία 46 Μονάδων Επαγγελματικής Επανένταξης και Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) ισάριθμων προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ). Επίσης, τίθεται ως στόχος η επαγγελματική ένταξη του 30% των ασθενών που δύνανται 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 για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ΑμΨΔ που διαβιούν στην κοινότητα.

⁶ Η πρώτη φάση του Προγράμματος Ψυχαργός (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» (ΥΓΠ, 2002:16). Τα αποτελέσματα του Προγράμματος περιλάμβαναν τη δημιουργία 80 Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για 1000 περίπου ασθενείς και 35 εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης (ΥΓΠ, 2001:11).

- Οριζόντια-διατομεακά προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, ενίσχυσης των οργανώσεων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συνηγορίας και καταπολέμησης του στίγματος.
- Λειτουργία και εφαρμογή μηχανισμών, εργαλείων και διαδικασιών για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.
- Μηχανισμοί υποστήριξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δικτύωσης σε τομεακό και περιφερειακό επίπεδο.
- Δράσεις κοινωνικής ενσωμάτωσης και επαγγελματική ένταξης ΑμΨΔ.
- Ηλεκτρονική ψυχική υγεία και ηλεκτρονική διοίκηση (ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών και εφαρμογές τηλεψυχιατρικής).

Η συνολική αποτίμηση του προγραμματισμού του ΥΥΚΑ⁷ για την περίοδο 1984-2009 καταδεικνύει ότι ο σχετικός σχεδιασμός ήταν υπηρεσιοκεντρικός, και επικεντρωμένος στην υλοποίηση της αποασυλοποίησης και δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, η εκπόνηση ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού, η χρηματοδότηση της υλοποίησης του από κοινοτικούς πόρους και η πρόταξη του οράματος της κοινοτικής περίθαλψης συνιστούσαν μια νησίδα καινοτομίας σ' ένα τοπίο μιας ασυνάρτητης και μυωπικής δημόσιας διοίκησης.

Οι αιτίες για την απουσία μιας ισόρροπης στρατηγικής ήταν κυρίως η σύνδεση της με τα κοινοτικά χρηματοδοτικά πλαίσια⁸ (Καν.815/84, Β' και Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης), η απουσία διασύνδεσης με τους φορείς υλοποίησης, η αδυναμία υποβολής ολοκληρωμένων προτάσεων από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) οι οποίες να υπερβαίνουν τη συντεχνιακή λογική ενίσχυσης της στελέχωσης υφιστάμενων υπηρεσιών, η έλλειψη αποκεντρωμένων υγειονομικών περιφερειών και η απουσία εξειδικευμένων στελεχών στην κεντρική υπηρεσία του ΥΥΚΑ⁹. Τροχοπέδη, επίσης, στην ισόρροπη υλοποίηση του σχεδιασμού αποτέλεσε η οικτρή κατάσταση των ΨΝ που αναδείχθηκε ακόμη περισσότερο με το σκάνδαλο του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου το 1989¹⁰ και τον καταστρεπτικό σεισμό του 1999 που έπληξε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

⁷ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

⁸ Αποτελεί αδιαφιλονίκητο γεγονός ότι η κοινοτική χρηματοδότηση αποτέλεσε ένα από τους βασικούς μοχλούς του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Ωστόσο, η επιταγή της απορρόφησης κοινοτικών κονδυλίων σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια αποτέλεσε τροχοπέδη για την εισαγωγή δομικών αλλαγών οι οποίες δεν θα είχαν ταμειακό αντίκρισμα.

⁹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥΚΑ ιδρύθηκε μόλις το 1990 κατά τη διάρκεια της οικουμενικής διακυβέρνησης με στόχο το σχεδιασμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση της επιχειρούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Κωνσταντόπουλος και Γιαννουλάτος, 2004:538).

¹⁰ Σχετικά βλ. άρθρο της αγγλικής εφημερίδας Observer με τίτλο "Europe's guilty secret" (10 September 1989).

A.2 Αρχές και αξίες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής Αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Αναλυτικότερα, οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι ακόλουθες (ΟΗΕ, 1991; ΠΟΥ, 2001):

- Κάθε άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
- Ενδυνάμωση χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία
- Συνέχεια της Φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ΑμΨΔ
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών*

Επιπρόσθετα, η ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Η παροχή αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας, με στόχο την μείωση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την πρόληψη ή μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών.
2. Η κατάργηση των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας.
3. Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό σε 24ωρη λειτουργία και η συμβατότητά τους με τις ανάγκες των ασθενών.

4. Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών όποτε αυτές είναι αναγκαίες.
5. Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.
6. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής σε κάθε επίπεδο.
7. Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και φροντιστών τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.
8. Η κατά το δυνατόν παροχή αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, που προάγουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη επιλογή από τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους.
9. Ο συντονισμός μεταξύ του προσωπικού και των υπηρεσιών μεταξύ τους, δηλαδή η δημιουργία δικτύων συνεργαζομένων υπηρεσιών.
10. Η λειτουργία πολυ-επαγγελματικών ομάδων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
11. Η ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εκπαίδευση, αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης - burn-out).
12. Η θέσπιση και η δημιουργία οργάνων σε τοπικό επίπεδο και η αναφορά τους στις ανώτερες υπηρεσίες (ΥΥΚΑ, Τ.Ε.Ψ.Υ., ΥΠε(;;)), όπως και η αξιολόγησή τους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), δηλαδή η δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με δυνατότητα αναθεωρήσεων με βάση τα αποτελέσματα διαδικασιών αξιολόγησης.

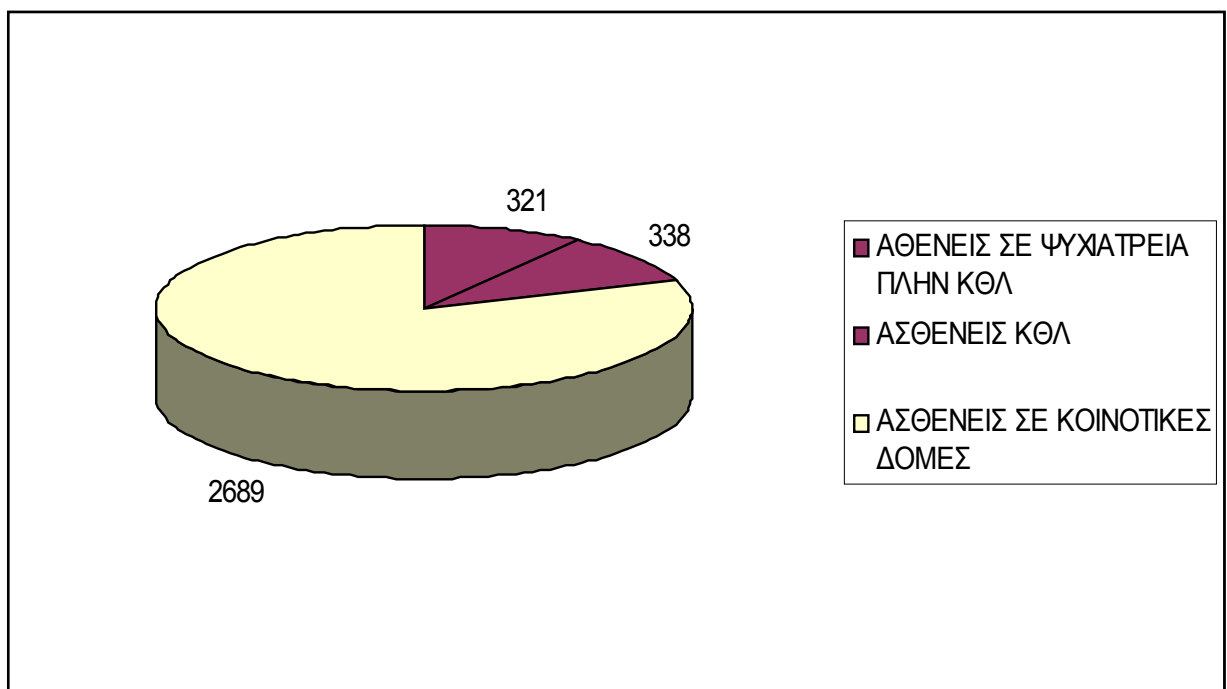
A.3 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β´

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

Τα έτη 2001-9 στο πλαίσιο της υλοποίησης της Β φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώ» συντελέστηκε η κατάργηση 4 από τα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ). 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. Παράλληλα, μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στα εναπομείναντα ΨΝ, ήτοι στο Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής- Δρομοκαΐτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο ΨΝ Τρίπολης και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όπου οι νοσηλευόμενοι ασθενείς είναι κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών από περιοχές άλλες πλην του νομού Δωδεκανήσου. Ως συνέπεια του προγράμματος αποασυλοποίησης οι ψυχικά νοσούντες που διαβιούν σε 452 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) ανέρχονταν το 2009 σε 2689 (2002: 1289 ασθενείς σε 146 ΜΨΑ), ενώ αντίστοιχα οι ασθενείς μακράς διαμονής που νοσηλεύονται στα ΨΝ είναι λιγότεροι από 2000. Οι μονάδες αυτές έχουν διασπαρθεί σε όλη την επικράτεια με αποτέλεσμα τη λειτουργία στεγαστικών δομών σε όλες τις περιφέρειες της χώρας και σε 37 νομούς της χώρας¹¹. Οι ΜΨΑ αυτές είναι δυνητικοί χώροι διαβίωσης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές από την κοινότητα ώστε να αποτραπεί η ιδρυματοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

Η κατανομή των ασθενών μακράς διαμονής σε ασυλικές και κοινοτικές δομές ως συνέπεια της αποασυλοποίησης αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:



Η προοπτική ανάπτυξης των ΜΨΑ εντός του οικιστικού ιστού των πόλεων επέφερε σε πολλές περιπτώσεις τις αντιδράσεις των περιοίκων και της τοπικής κοινότητας. Ωστόσο, οι αντιδράσεις αυτές δεν οδήγησαν στη ματαίωση της λειτουργίας των

¹¹ Οι νομοί που δεν διαθέτουν ΜΨΑ είναι οι νομοί Σητείας, Ζακύνθου, Λευκάδας, Σάμου, Λέσβου, Κυκλάδων, Ευρυτανίας, Φλώρινας, Καστοριάς, Γρεβενών, Ημαθίας, Κιλκίς, Ξάνθης, Δράμας και Ροδόπης.

ΜΨΑ ενώ βαθμιαία σημειώθηκε μεταστροφή της τοπικής κοινότητας η οποία πλέον διάκειται θετικά στις νέες δομές.

Ως συνέπεια της εφαρμογής του προγράμματος αποασυλοποίησης, ασθενείς που λαθροβιούσαν για μακρό χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν μεταστεγαστεί σε ΜΨΑ εντός του αστικού ιστού σε πόλεις όλης της επικράτειας με κριτήριο τον τόπο καταγωγής τους και την ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Κατά τη νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία οφείλονται στην αύξηση των εισαγωγών σε νοσηλευτικές δομές και στην αποφυγή του ισόβιου εγκλεισμού των ψυχικά ασθενών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, η οποία επιφέρει πολλαπλές εισαγωγές λόγω της υποτροπής της νόσου σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αύξηση των εισαγωγών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της όξυνσης των εισαγωγών έχουν επεκταθεί και ενισχυθεί οι προσφερόμενες υπηρεσίες με την ανάπτυξη νέων δομών και την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού. Παρά την επέκταση των κοινοτικών νοσηλευτικών δομών, οι περισσότερες εισαγωγές ασθενών εξακολουθούν να λαμβάνουν χώρα στα 3 μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ενώ ένα μεγάλο μέρος των νέων δομών δεν καλύπτει ακούσια περιστατικά.

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007), οι ακούσιες εισαγωγές προσεγγίζουν τις 6000/έτος για το σύνολο των νοσηλευτικών δομών της χώρας, ήτοι 53.8/100.000 κατοίκους.

Στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα, αντίστοιχα, έχει σημειωθεί μεγαλύτερη πρόοδος με τη λειτουργία 40 Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Επίσης, το κοινοτικό δίκτυο ενισχύθηκε ιδιαίτερα με τη λειτουργία των Κέντρων Ημέρας και των Κινητών Μονάδων, δομές οι οποίες αποτελούν τους αποκλειστικούς ή κύριους φορείς παροχής υπηρεσιών σε 11 νομούς της χώρας¹². Η έμφαση που δόθηκε στην ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών οφείλεται αφενός στη δυστοκία των δημόσιων φορέων παροχής ψυχικής υγείας λόγω των χρονοβόρων διαδικασιών ανάπτυξης υποδομών και στελέχωσής τους και αφετέρου στην ευελιξία των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ήταν οι φορείς υλοποίησης των δράσεων αυτών.

¹² Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Χίου, Κεφαλονιάς, Λευκάδας, Θεσπρωτίας, Φωκίδας, Τρικάλων, Καρδίτσας, Λακωνίας, Φθιώτιδας, Λασιθίου και Κυκλάδων.

Ως αποτέλεσμα αυτής της μεγέθυνσης του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, μόνο 5¹³ από τους 52 νομούς της χώρας δεν έχουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ με την ολοκλήρωση του Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια το ήμισυ των νομών της χώρας θα διαθέτουν ένα ικανοποιητικό δίκτυο υπηρεσιών¹⁴. Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών θα λειτουργήσει ως φίλτρο για την ανάσχεση της ιδρυματικής περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και θα διασφαλίσει την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Αποστολή των υπηρεσιών αυτών είναι η έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων σε υπηρεσίες οι οποίες είναι πλησίον της οικίας τους, η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων ασθενών ώστε να προληφθεί η υποτροπή της νόσου και η 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 1^{ης}, 3^{ης}, 5^{ης} & 6^{ης} ΥΠΕ

B. 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
- ♦

¹³ Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Πρέβεζα, Φλώρινα, Καστοριά, Ημαθία και Βοιωτία εκ των οποίων οι 4 διαθέτουν Ψυχιατρικό Τμήμα που έχει μόνο εξωτερικά ιατρεία..

¹⁴ Ήτοι τουλάχιστον δύο κοινοτικές υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩ» έχουν αναπτυχθεί κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες στοχεύουν αφενός στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και αφετέρου στη διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Αναλυτικότερα, στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και 27 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργούν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, κυρίαρχη θέση κατείχε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το οποίο λειτουργούσε Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών για παιδιά και εφήβους. Η βαθμιαία μετατόπιση προς ένα κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης καταδεικνύεται από τη λειτουργία 8 Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία σε 5 νομούς της χώρας¹⁵. Η πλήρης κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου έχει συντελεστεί το τρέχον έτος με τη μεταφορά 4 Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων από το ψυχιατρείο σε ισάριθμα Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής.

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στέγασης των παιδιών και εφήβων έχει ολοκληρωθεί η κατάργηση των ασυλικών εγκαταστάσεων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με τη μεταφορά των πασχόντων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Επίσης, δημιουργήθηκαν ξενώνες στην Αττική για εφήβους με ψυχικές διαταραχές (1) και για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων (1).

Οι εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης απαρτίζονται από 14 Κέντρα Ημέρας σε πέντε νομούς της χώρας¹⁶ για άτομα που πάσχουν από αυτισμό. Στον τομέα της τριτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν 3 ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και 1 οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική.

Όσον αφορά στη γεροντική άνοια και στις ασθένειες τύπου Alzheimer, τα έτη 2001-9 αναπτύχθηκαν επτά (7) Κέντρα Ημέρας σε 5 νομούς της χώρας¹⁷ με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και 3 Οικοτροφεία. Επίσης, έχουν λειτουργήσει 33 οικοτροφεία που φιλοξενούν ψυχογηριατρικά περιστατικά από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας στο πλαίσιο του προγράμματος της

¹⁵ Οι νομοί αυτοί είναι οι εξής: Αττικής, Έβρου, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας και Ηρακλείου.

¹⁶ Τα υφιστάμενα Κέντρα Ημέρας για άτομα που πάσχουν από αυτισμό έχουν αναπτυχθεί στην Αττική (10), το Μεσολόγγι, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και την Καλαμάτα.

¹⁷ Έχουν λειτουργήσει τρία (3) Κέντρα Ημέρας στην Αθήνα, ένα (1) στην Θεσσαλονίκη, ένα (1) στον Βόλο και ένα (1) στα Χανιά και ένα (1) στην Κατερίνη.

αποασυλοποίησης. Στόχος των οικοτροφείων είναι η διασφάλιση της παραμονής των ατόμων στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια». Οι μονάδες αυτές αποσκοπούν στο να προετοιμάζουν τις υπόλοιπες υπηρεσίες ώστε να δεχτούν τα άτομα αυτά ενώ παράλληλα υποστηρίζουν το προσωπικό και τους ενοίκους των δομών φιλοξενίας να τα υποδεχτούν και να σεβαστούν τα δικαιώματά τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν από ένα Κέντρο Ημέρας για μουσουλμάνους και για Ρομ στο νομό Αττικής. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί 1 Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας και δύο Κέντρα Ημέρας για μετανάστες με ψυχικές διαταραχές στο νομό Αττικής.

Επιπλέον, λειτουργεί Κέντρο Ημέρας και ξενώνας βραχείας φιλοξενίας στο νομό Αττικής για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άστεγους. Η δομή αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους και την προώθηση της σταδιακής κοινωνικής τους επανένταξης. Ο χάρτης των υπηρεσιών πλαισιώνεται, επίσης, από εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας για άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται με τη μητρότητα (επιλόχεια κατάθλιψη).

Θεσμικός πυλώνας της μεταρρύθμισης που αφορά την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτέλεσε ο Ν. 2716/99, ο οποίος θεσμοθετεί τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Αφορμή για τη μεταρρύθμιση αποτέλεσε η ανάγκη υπέρβασης των στρεβλώσεων που χαρακτήριζαν τις προστατευμένες μορφές απασχόλησης μέχρι τότε (πρακτικές απασχολησιοθεραπείας) και η ανάγκη πρόταξης της οικονομικής βιωσιμότητας, της εισαγωγής επιχειρηματικής τεχνογνωσίας, της διασφάλισης των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των απασχολούμενων, της ευρείας συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών και της εισαγωγής καινοτόμων αντικειμένων απασχόλησης. Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/99, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι ΚΟΙΣΠΕ είναι ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έως τώρα έχουν αναπτυχθεί 15 ΚΟΙΣΠΕ και ο συνολικός αριθμός των εργαζόμενων ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχει ανέλθει σε 270 άτομα περίπου.

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.

A.4 Σύμφωνο Spidla

Η ασυνέχεια στη χρηματοδότηση των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας και η αβελτηρία στην υλοποίηση του προγράμματος Β Ψυχαργός είχε ως συνέπεια την παρέμβαση της ΕΕ, η οποία οδήγησε στη σύναψη Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης. Το Σύμφωνο Spidla περιλάμβανε συμφωνημένα σημεία στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από μέρους της τελευταίας, και Οδικό Χάρτη υλοποίησής τους. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν αναγκαίες προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υλοποιείται από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ.

Τα κύρια σημεία του Συμφώνου είναι τα παρακάτω:

1. Η προσήλωση τόσο της Ε.Ε., όσο 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 2007-2013.
3. Η αξιολόγηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων.
4. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών με εξασφαλίσουν την πλήρη στελέχωση των δομών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και να προγραμματίσουν έγκαιρα τη στελέχωση των νέων δομών που πρόκειται να δημιουργηθούν. Έως το τέλος του 2009 έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 ιατροί (ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι) και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
5. Η προώθηση, έως 30/6/2009, εκ μέρους των Ελληνικών αρχών της πιστοποίησης και της έκδοσης των αδειών λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών των ΜΚΟ, όπως και η σύναψη συμφώνων μεταξύ του ΥΓΚΑ και των ΜΚΟ που θα επικυρώνουν την εκχώρηση και τους όρους προσφοράς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκ μέρους τους (ποιοτικά πρότυπα, στοιχεία

κοστολόγησης, κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και οικονομικού ελέγχου).

6. Η σε μόνιμη βάση επίλυση των προβλημάτων τακτικής χρηματοδότησης των ΜΚΟ.
7. Η εκ μέρους των Ελληνικών αρχών ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ.
8. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ανάπτυξης μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών που θα παρέχει τη δυνατότητα της συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ως συνέπεια του Συμφώνου, το Υπουργείο Υγείας υποχρεούται να εναρμονίσει τη στρατηγική του με τα σημεία που περιέχονται σε αυτό και να υποβάλει σε τακτά χρονικά διαστήματα εκθέσεις για την πρόοδο που σημειώνεται στην υλοποίησή τους.

A.5 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργός

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.

Η έκθεση, η οποία παραδόθηκε το 2010 επισημαίνει τα παρακάτω θετικά σημεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»:

- Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στη κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης
- Έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων
- Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών.
- Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης.
- Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους.
- Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

- Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση.
- Ανάπτυξη των ΚΟΙΣΠΕ
- Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς.
- Ύπαρξη καμπάνιας αντί-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος.

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

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αποσπασματικό, ανεπαρκώς συντονισμένο, συχνά με ανεπαρκή παροχή στον πληθυσμό, και αδύναμες διαδικασίες εφαρμογής της συμφωνημένης πολιτικής και βιαστικό και χωρίς περίσκεψη σχεδιασμό.
- Το σύστημα δεν βασίστηκε σε προσέγγιση με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο (άλλωστε δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία).
- Μη ισότιμη ανάπτυξη στις διάφορες περιοχές, αλλά ευκαιριακή ανάλογα με “επιχειρηματικές πρωτοβουλίες” παρά πραγματικές ανάγκες. Σημαντικά τμήματα της χώρας (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα) δεν διαθέτουν ούτε τις βασικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Υπερανάπτυξη του εξειδικευμένου προσωπικού και υπανάπτυξη προσωπικού σε ρόλους υποστήριξης.
- Προβλήματα ηγεσίας και αφοσίωσης και μη ύπαρξη της “κρίσιμης μάζας” των μεταρρυθμιστών οι οποίοι θα προωθήσουν την μεταρρύθμιση του συστήματος και θα αναπτύξουν νέες πρωτοβουλίες και καινοτομίες.
- Προβλήματα στο συντονισμό των διαφόρων τμημάτων του σχεδιασμού με υπερανάπτυξη ορισμένων από αυτά και υπο-ανάπτυξη άλλων.
- Χάσματα στη φροντίδα ομάδων όπως παιδιά - έφηβοι, τρίτη ηλικία, “αδικημένες ομάδες” (π.χ. αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός).
- Μικρή αλληλεπίδραση των διαφόρων τμημάτων του συστήματος με μη ανταποκρινόμενες στους ρόλους τους & ασυντόνιστες υπηρεσίες.
- Απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Απουσία έρευνας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.
- Προβλήματα και ρόλος των Τομεακών Επιτροπών Ψ.Υ., οι οποίες έχουν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, από τον οποίο εκπηγάζει και η αδυναμία τους να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντά τους.

- Προβλήματα των τμημάτων εσωτερικής νοσηλείας τα οποία υπερφορτώνονται (ράντζα), ενώ απουσιάζουν τα ειδικά τμήματα νοσηλείας οξέων περιστατικών για τα οποία συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία.
- Προβλήματα ποιότητας στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.
- Προβλήματα σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Μη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας.
- Προβλήματα λόγω των τεσσάρων ξεχωριστών συστημάτων στο χώρο της Ψ.Υ. (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, ΜΚΟ, Ιδιωτικός Τομέας, αλλά και τα Ασφαλιστικά Ταμεία), τα οποία λειτουργούν ανεξάρτητα και χωρίς συντονισμό μεταξύ τους.

A.6 Διεθνές περιβάλλον

Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Οι θεμέλιοι λίθοι της διαδικασίας άρθρωσης της κοινοτικής στρατηγικής ψυχικής υγείας ήταν οι διατάξεις του άρθρου 152 της Συνθήκης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΕΚ)¹⁸, οι αποφάσεις και τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου από το 1999 για επιμέρους θέματα ψυχικής υγείας¹⁹ και η ανάδειξη της ψυχικής υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως προτεραιότητα για ανάληψη δράσης, ιδιαίτερα μετά τον εορτασμό του 2001 ως έτους ψυχικής υγείας.

Καταλυτικό ρόλο στην ανάδυση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία αποτέλεσε η Υπουργική Διάσκεψη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΕΓ ΠΟΥ), η οποία έλαβε χώρα τον Ιανουάριο του 2005 στο Ελσίνκι. Στη Διάσκεψη αυτή υιοθετήθηκαν η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία (ΕΓ ΠΟΥ, 2005a) και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη (ΕΓ ΠΟΥ, 2005b). Ο σχεδιασμός αυτός αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης και αναφοράς για τις μεταγενέστερες πρωτοβουλίες της Ε.Ε.

¹⁸ «Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου» (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2006: 114).

¹⁹ Οι σχετικές αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου αναφέρονται στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, στην ανάληψη δράσης αναφορικά με τους καθοριστές υγείας, στη στρατηγική για τη μείωση της σχετικής με το αλκοόλ βλάβης, στην καταπολέμηση του στρες και της κατάθλιψης και στη δράση της Ε.Ε. για θέματα ψυχικής υγείας (European Council 1999; 2000; 2001a; 2001b; 2005a).

Η Πράσινη Βίβλος με θέμα τη διαμόρφωση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία της Ε.Ε. αποτέλεσε απάντηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην πρόσκληση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ. για την υλοποίηση των αποφάσεων της Υπουργικής Διάσκεψης του Ελσίνκι (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2005).

Επίσης, έθεσε το πλαίσιο μιας διαδικασίας διαβούλευσης με αντικείμενο την εκπόνηση ενδεχόμενης στρατηγικής και ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία.

Σε αυτό το πλαίσιο έλαβαν χώρα οι ακόλουθες θεματικές συναντήσεις²⁰:

- Προαγωγή ψυχικής υγείας και πρόληψη ψυχικής ασθένειας (16 - 17 Ιανουαρίου 2006, Λουξεμβούργο)
- Κοινωνική ένταξη και Θεμελιώδη Δικαιώματα²¹ (16 - 17 Μαρτίου 2006, Βιέννη)
- Ενημέρωση, έρευνα και επιμόρφωση (18 - 19 Μαΐου 2006, Λουξεμβούργο)

Με την περαίωση της διαδικασίας διαβούλευσης, οργανώθηκε συνδιάσκεψη το 2008 για την Ψυχική Υγεία με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η οποία κατέληξε σε Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία. Στην Ευρωπαϊκή αυτή διάσκεψη συμμετείχαν εκπρόσωποι από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, τα κράτη μέλη, οργανώσεις και εκπρόσωποι εμπλεκόμενων φορέων για θέματα ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο του Συμφώνου αναδείχθηκαν πέντε τομείς προτεραιότητας για δράση στ' ακόλουθα πεδία: Πρόληψη κατάθλιψης και αυτοκτονιών, Ψυχική Υγεία στους νέους και στην εκπαίδευση, Ψυχική Υγεία σε εργασιακούς χώρους, Καταπολέμηση στίγματος και κοινωνικού αποκλεισμού και Ψυχική Υγεία των ηλικιωμένων.

Το Σύμφωνο απεύθυνε έκκληση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα Κράτη Μέλη, μαζί με τους σχετικούς διεθνείς οργανισμούς και ενδιαφερόμενους ως προς τα ακόλουθα:

- Να δημιουργήσουν ένα μηχανισμό για την ανταλλαγή πληροφοριών.
- Να συνεργαστούν ώστε να εντοπίσουν καλές πρακτικές και παράγοντες επιτυχίας της πολιτικής δράσης και της δράσης των εμπλεκόμενων για την

²⁰ Επιπρόσθετα, στις Βρυξέλλες στις 8 Μαρτίου 2006 έλαβε χώρα κοινή άτυπη συνάντηση στην οποία συμμετείχαν οι εκπρόσωποι των κρατών μελών και της πλατφόρμας για την ψυχική υγεία με θέμα την «Κοινωνική ένταξη και τα Θεμελιώδη Δικαιώματα» και τους προτεινόμενους ρόλους της Ε.Ε.

²¹ Στη συνάντηση της Βιέννης έλαβαν χώρα δύο θεματικές τράπεζες που αφορούσαν αφ' ενός τον κοινωνικό αποκλεισμό και αφ' ετέρου τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ανικανότητα στα κράτη-μέλη της ΕΕ.

αντιμετώπιση των ζητημάτων προτεραιότητας του Συμφώνου, και να αναπτύξουν κατάλληλες συστάσεις και σχέδια δράσης.

- Να ανακοινώνουν τα αποτελέσματα τέτοιων εργασιών μέσα από μια σειρά διασκέψεων σχετικά με τα θέματα προτεραιότητας του Συμφώνου κατά τα επόμενα χρόνια ;

Στην κατεύθυνση της υλοποίησης των αποφάσεων του Συμφώνου, της παρακολούθησης της προόδου, της ανταλλαγής καλών πρακτικών και της επικαιροποίησης του σχεδίου δράσης, πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια διασκέψεις σε κάθε πεδίο προτεραιότητας.

Το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και οι σχετικές προτεραιότητες για δράση φιλοδοξούν να αποτελέσουν το περίγραμμα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την ψυχική υγεία. Το Σύμφωνο βασιζόμενο στην βέλτιστη Ευρωπαϊκή πρακτική, θα βοηθά στην εκπόνηση συστάσεων για δράση.

A.7 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Γ 2011-2020

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ 2001-2009)
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla
5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους,

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς Γ διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την

κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Το τρίτο αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών
2. Προαγωγή - Πρόληψη Ψυχικής Υγείας
3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Αναλυτικότερα, οι προτάσεις της επιτροπής αφορούν:

- Τη σύσταση **Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας** με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:
 1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
 2. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
 3. Δημιουργία **“Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας”** στο πρότυπο των **“Mental Health Trusts”** της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή.
 4. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.
- Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.
- Προσδιορισμός προτύπων υπηρεσιών με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
- Πλήρωση των κενών στα παιδιά-εφήβους, 3^η ηλικία, **“αδικημένες ομάδες”**.
- Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.
- Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
- Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
- Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
- Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με

συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.

- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Προτεραιότητα στην κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.
- Προτεραιότητα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- Προτεραιότητα στην εκπαίδευση του προσωπικού κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.
- Προώθηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) ή άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.
- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.

B. ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

B1. Κοινοτικές Υπηρεσίες για ενηλίκους με ψυχικές διαταραχές

B.1.1 Προτεραιότητες ανάπτυξης υπηρεσιών

Είναι πρακτικά πολύ δύσκολο να καθοριστούν εκ των προτέρων οι απαραίτητες υπηρεσίες ενός συστήματος ψυχικής υγείας, εφόσον στη διαδικασία αυτή παρεμβαίνουν πολλοί παράγοντες που αφορούν στη δυναμικότητα των υπάρχουσών υπηρεσιών, στη χρηματοδότηση του συστήματος, στα επιδημιολογικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού κάθε περιοχής, στις τοπικές αντιλήψεις και απόψεις για την ψυχική διαταραχή και την ψυχική υγεία, στις διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού και στα χαρακτηριστικά της διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης, όπως και στην ανάπτυξη άλλων στοιχείων του συστήματος υγείας, όπως η ΠΦΥ. Εν τούτοις, πρέπει να τονιστεί, ότι τα συστήματα υγείας λειτουργούν με βάση την «υδραυλική αρχή», με την έννοια ότι η μη προσφορά υπηρεσιών σε έναν τομέα, λόγω ελλιπούς ανάπτυξης ή υπολειτουργίας του, μεταφέρει την πίεση κάλυψης των αναγκών σε έναν άλλον. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής ανάπτυξη συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα, έχει ως συνέπεια να χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Κατά συνέπεια, η ισόρροπη ανάπτυξη όλων των τομέων ψυχικής υγείας αποτελεί το ευκταίο, στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων που πρέπει να τίθενται με βάση τη σοβαρότητα των προβλημάτων και τις δυνατότητες τους συστήματος. Στην περίπτωση της χώρας μας, αποτελεί σημαντική έλλειψη η ανεπαρκής ανάπτυξη του συστήματος ΠΦΥ, που θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά, οι παρακάτω βασικές αρχές προσδιορίζουν στα σύγχρονα συστήματα ψυχικής υγείας τις προτεραιότητες την ανάπτυξη και τον καθορισμό των απαραίτητων υπηρεσιών του συστήματος:

1. Προτεραιότητα στην πρόληψη σε κάθε επίπεδο και στην προαγωγή υγείας.
2. Προτεραιότητα στις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ψυχώσεις, διπολική διαταραχή, μείζων κατάθλιψη).

3. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον.
4. Επικέντρωση στην παροχή περίθαλψης στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής του ασθενούς, δηλαδή στην κοινότητα.
5. Επικέντρωση στη συνέχεια στη φροντίδα.
6. Επικέντρωση στην υπευθυνότητα απέναντι στον ασθενή και στην σαφή κατανομή των ρόλων απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του.
7. Παροχή στον ασθενή αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.
8. Παροχή στον ασθενή επιλογής εναλλακτικών μορφών φροντίδας και θεραπείας και ενίσχυση της δυνατότητάς του για επιλογή.
9. Επικέντρωση στην προσβασιμότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό της περιοχής.
10. Κάλυψη των βασικών αναγκών του ασθενούς για περίθαλψη ολόκληρο το 24ωρο.
11. Αποδοτική λειτουργία με την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων του συστήματος.
12. Ενίσχυση του ρόλου των οργανισμών των ασθενών και των οικογενειών τους.

B.1.2 Τυπολογία υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Με βάση τις παραπάνω αρχές και την τυποποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από διάφορους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς που υφίστανται, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης. Πρόκειται για υπηρεσίες στις οποίες η ψυχιατρική φροντίδα παρέχεται σε εξωτερική βάση, στο πλαίσιο της κοινότητας. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία παρόμοιων υπηρεσιών, προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ασθενών. Η εξειδίκευσή τους στην παροχή υπηρεσιών, μπορεί να δράσει ως φραγμός στον κίνδυνο αλληλοεπικαλύψεων, που υπάρχει ιδιαίτερα σε αυτόν τον τύπο υπηρεσιών. Με τη φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ασχολούνται περισσότερες της μιας υπηρεσίες, αλλά με διακριτούς ρόλους η καθεμία. Οι κυριότερες υπηρεσίες αυτού του τύπου είναι οι παρακάτω:
 - Υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων ή των ψυχιατρείων: Είναι οι παλαιότερες

υπηρεσίες αυτού του τύπου, που συνήθως αναλαμβάνουν την παρακολούθηση ασθενών που νοσηλεύθηκαν με εσωτερική νοσηλεία, αλλά αναλαμβάνουν και νέα περιστατικά μόνο σε εξωτερική βάση. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι η παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και (συνήθως) η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Λόγω του γεγονότος ότι η μητρική υπηρεσία (ψυχιατρική κλινική ή ψυχιατρείο) είναι εκείνη με την μικρότερη εμπλοκή στην κοινότητα, συνήθως δεν αναλαμβάνουν και αυτές πρωτοβουλίες στις οποίες απαιτείται κοινοτική εμπλοκή. Το θετικό αυτών των υπηρεσιών είναι, ότι με τη σημερινή διάρθρωση του συστήματος, προσφέρουν σε κάποιο βαθμό «συνέχεια στη φροντίδα» όσον αφορά το ιατρικό μέρος, εφ' όσον οι ίδιοι θεράποντες εμπλέκονται στην θεραπεία των ασθενών στην εσωτερική τους νοσηλεία και στην παρακολούθησή τους στη συνέχεια. Στις υπηρεσίες αυτές είναι δυνατό να δημιουργηθούν θυγατρικές δομές (π.χ. ειδικά ιατρεία). Σημαντική επικάλυψη μπορεί να δημιουργηθεί με άλλες Μο.Ψ.Υ. που προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες, ιδιαίτερα τα Κ.Κ.Ψ.Υ., όταν αυτά υφίστανται στην ίδια περιοχή.

- **Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Κ.Ψ.Υ.):** Η ιστορία των υπηρεσιών αυτών στη χώρα μας είναι αρκετά περίπλοκη. Στα τέλη της δεκαετίας του '50 δημιουργήθηκε στην Αθήνα το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, το οποίο όμως δεν αποτελούσε δομή κοινοτικής ψυχιατρικής, αλλά μάλλον εξειδικευμένο κέντρο παροχής περίθαλψης, κύρια ψυχοθεραπευτικού τύπου, σύμφωνα με τις τότε επικρατούσες απόψεις. Τα πρώτα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας δημιουργήθηκαν το 1979 και 1980 στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και στη συνέχεια, κύρια στη δεκαετία του '90 ακολούθησαν και σε άλλες πόλεις. Ο στόχος τους ήταν διττός: αφ' ενός μεν να παρέχουν «πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας», αφ' ετέρου δε να παρέχουν ειδικές υπηρεσίες τριτοβάθμιου τύπου (ειδικές ψυχοθεραπείες, ειδικά ιατρεία, κλπ). Όσον αφορά τον πρώτο στόχο, ο όρος κρίνεται τουλάχιστον ως νεολογισμός, εφ' όσον ο επιθετικός προσδιορισμός «πρωτοβάθμια» υπονοεί, σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική, την φροντίδα σε μη ειδικά κέντρα υγείας, δηλαδή στην ΠΦΥ. Φυσικά, με την υπανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, οι

δευτεροβάθμιες υπηρεσίες αναλαμβάνουν, σύμφωνα με την «υδραυλική αρχή» να καλύψουν ανάγκες που σε άλλη περίπτωση θα καλύπτονταν από την ΠΦΥ. Πάντως, αν και δεν υπάρχουν επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία, φαίνεται, σύμφωνα με δεδομένα της μονάδας παρακολούθησης των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν ανακοινωθεί από τον καθηγητή Μ. Μαδιανό, ότι με ελάχιστες εξαιρέσεις, λόγω της απουσίας αξιολόγησης και κανόνων κοινοτικής εμπλοκής, διαπιστώνεται σημαντική υπολειτουργία των υπηρεσιών αυτών σε αυτόν τον τομέα, όπως και σημαντικές αποκλίσεις και διαφορές μεταξύ των υπηρεσιών. Όσον αφορά δε τον δεύτερο στόχο, σε λίγα Κ.Κ.Ψ.Υ. αναπτύχθηκαν παρόμοιες υπηρεσίες (για την αποδοτικότητα των οποίων δεν υπάρχουν στοιχεία), ενώ σε καμιά περίπτωση μετά από προσεκτική μελέτη της κάλυψης κοινοτικών αναγκών της περιοχής. Παρατηρείται επίσης, σημαντική επικάλυψη με άλλες Μο.Ψ.Υ. που παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες, όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων και ψυχιατρείων. Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι οι μονάδες αυτές είναι προσαρτημένες σε νοσοκομεία, παρατηρείται, στις περισσότερες περιπτώσεις χαλαρή σύνδεσή τους με τις άλλες μονάδες του συστήματος ψυχικής υγείας.

- Υπηρεσίες περίθαλψης στο σπίτι του ασθενούς/ κινητές μονάδες (επέμβασης σε οξεία κρίση, παρακολούθησης στο σπίτι (assertive outreach service)): Πρόκειται για νεώτερου τύπου υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ως στόχο την κάλυψη των κενών που παρατηρούνται στη φροντίδα των ασθενών για διάφορους λόγους (απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, γεωγραφικοί λόγοι, λόγοι σχετικοί με την διαταραχή, κλπ), όσον αφορά στην παρακολούθησή τους και την έγκαιρη παρέμβαση και αποφυγή της χρονιότητας και αναπηρίας (δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη) και τη θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς στο περιβάλλον του και στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον. Συχνά οι υπηρεσίες αυτές δημιουργούνται στο πλαίσιο μεγαλύτερων μονάδων (ψυχιατρικές κλινικές, Κ.Κ.Ψ.Υ.). Στην Ελλάδα υπάρχουν από ετών λίγες παρόμοιες υπηρεσίες με καλά αποτελέσματα.

- Υπηρεσίες αντιμετώπισης νέων περιστατικών ψύχωσης (Μονάδες Έγκαιρης Παρέμβασης): Η μόνη υπηρεσία τέτοιου τύπου που λειτουργεί στην Ελλάδα εντάσσεται στη λειτουργία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα ψυχικής υγείας, τέτοιες μονάδες λειτουργούν από 15ετίας και πλέον. Συχνά είναι ενταγμένες σε μεγαλύτερες μονάδες, αποτελούνται δε από πολυεπαγγελματικές ομάδες διαφόρων ειδικοτήσεων. Στόχο έχουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στα νέα περιστατικά ψύχωσης, ει δυνατόν με αποφυγή της νοσηλείας (οπότε συνδυάζονται με θεραπεία στο σπίτι) και πρόληψη της αναπηρίας. Επειδή αποτελούν υπηρεσίες δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, συνδυάζονται συνήθως με προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που αποσκοπούν στην αγωγή της κοινότητας. Θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές, ιδιαίτερα για συστήματα ψυχικής υγείας στα οποία υπάρχει στόχος κλεισίματος των ψυχιατρείων (όπως στην Ελλάδα), εφ' όσον αποσκοπούν στην πρόληψη της αναπηρίας μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης και κατά συνέπεια αναμένεται να έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των «νέων χρόνιων» ασθενών με ψύχωση, από τους οποίους προκύπτει ο πληθυσμός των ιδρυμάτων αυτών.
- Ειδικά ιατρεία και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες: Αποτελούν συνήθως υπηρεσίες μεγάλων Μο.Ψ.Υ., με στόχο την παροχή φροντίδων σε ασθενείς για τους οποίους απαιτείται ειδική εμπειρία (π.χ. τρίτης ηλικίας, με διαταραχές διατροφής, κλπ) ή παρέχουν ειδικές θεραπείες, (συνήθως ψυχοθεραπείες όπως ψυχοδυναμικού ή γνωστικού τύπου, οικογενειακές θεραπείες, θεραπείες ομάδος) ή αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της θεραπείας ειδικών ομάδων ασθενών για τους οποίους απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα (σε θεραπεία με άλατα λιθίου ή ενέσιμα νευροληπτικά μακράς διάρκειας).
- Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης: Συχνά αποτελούν υπηρεσίες του μη κερδοσκοπικού ιδιωτικού φορέα, αν και, ιδιαίτερα αν έχουν πανεθνική εμβέλεια, αποτελούν μονάδες του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρέχουν συμβουλές σε άτομα σε κρίση τα οποία και κατευθύνουν σε μονάδες ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.

Στην Ελλάδα, παρόμοια γραμμή λειτουργεί στην Αθήνα από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπως και από ΜΚΟ.

2. Υπηρεσίες εσωτερικής νοσηλείας/ υπηρεσίες οξέων περιστατικών

- **Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων (περιλαμβανομένων των μονάδων οξέων περιστατικών και ακούσιας νοσηλείας και των μονάδων νοσηλείας για ειδικές διαταραχές):** Στόχο έχουν τη νοσηλεία περιστατικών που βρίσκονται σε κρίση και για τα οποία κάθε άλλη παρέμβαση δεν ενδείκνυται στην παρούσα φάση, λόγω κινδύνου αυτοκαταστροφής ή βλάβης σε άλλους, ανάγκης 24ωρης παρακολούθησης της πορείας και της θεραπείας ή αποτυχίας κάθε άλλης μορφής παρέμβασης. Συνήθως η νοσηλεία είναι βραχείας διάρκειας, μέχρι την πάροδο της κρίσης και του κινδύνου και τη σταθεροποίηση της κατάστασης, οπότε παραπέμπονται σε υπηρεσία κοινοτικής φροντίδας. Λόγω των περιορισμών που συνεπάγεται η νοσηλεία, συνιστάται η χρήση τους μόνο στις ανωτέρω ενδείξεις. Στην Ελλάδα όμως, όπως αναφέρθηκε ήδη, οι υπάρχουσες κλινικές δεν έχουν την δυνατότητα νοσηλείας πολλών από αυτά τα περιστατικά, λόγω της απουσίας της απαραίτητης υποδομής (μονάδες οξέων περιστατικών) και της απουσίας εξειδικευμένου και ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού. Το κενό αυτό καλύπτουν σε πολλές περιπτώσεις τα υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Βασική αιτία θεωρείται το γεγονός οι προδιαγραφές για την ίδρυσή τους θεσπίσθηκαν το 1985, σε ένα σύστημα στο οποίο τα ψυχιατρεία θα αναλάμβαναν τη νοσηλεία των περιστατικών αυτών. Επιπλέον, λόγω έλλειψης υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής, πολλά από τα περιστατικά των κλινικών αυτών αποτελούν ηπιότερες περιπτώσεις που σε άλλα συστήματα δεν θα χρειαζόνταν νοσηλεία. Κατά συνέπεια, οι ανάγκες σε ψυχιατρικές κλίνες εξαρτώνται από την ανάπτυξη των υπολοίπων υπηρεσιών του συστήματος. Κρίνεται ότι θα πρέπει οι κλινικές αυτού του είδους να αποκτήσουν τις υποδομές και το προσωπικό για την νοσηλεία οξέων περιστατικών (υπάρχει ήδη σχετικά πρόβλεψη στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ενώ πρόσφατα εγκρίθηκε η σκοπιμότητα δημιουργίας μονάδας οξέων περιστατικών στην Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων).

- **Ψυχιατρικά Νοσοκομεία:** Ο νόμος 2716/99 και το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» προβλέπουν την σταδιακή κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων έως το 2015, και την αντικατάστασή τους από υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής. Εν τούτοις, ενδέχεται στο μέλλον, να αποδειχθεί ότι ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων (1-2 σε όλη τη χώρα) με μικρό αριθμό κλινών να χρειασθεί να παραμείνουν για ειδικά περιστατικά για τα οποία είναι αδύνατη η φροντίδα άλλου είδους λόγω υψηλής επικινδυνότητας (ψυχιατρεία μέσης και υψηλής ασφαλείας, δικαστικά ψυχιατρεία).

3. Υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας. Την τελευταία δεκαετία έχουν αναπτυχθεί πλήθος υπηρεσιών αυτής της κατηγορίας. Στοχεύουν στην καταπολέμηση της αναπηρίας/ αποκατάσταση της λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχικά ασθενών (κυρίως ψυχωτικών) μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας και στην εμπλοκή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και ρόλους οι οποίοι παραβλάπτονται σημαντικά, είτε ως αποτέλεσμα της διαδικασίας της ψυχικής διαταραχής, είτε (και) ως επακόλουθο των κοινωνικών εμποδίων και διακρίσεων που προκύπτουν. Σημαντικός είναι ο ρόλος και η λειτουργία τους στη διαδικασία της αποασυλοποίησης και επανένταξης των ασυλοποιημένων ασθενών των ψυχιατρείων. Βασικοί δείκτες έκβασης αποτελούν η βελτίωση της λειτουργικότητας, η απόδοση σε κοινωνικούς ρόλους και η παραμονή στην κοινότητα (community tenure) και η αποφυγή της νοσηλείας. Σημαντικό πρόβλημα στη λειτουργία τους (ιδιαίτερα εκείνων που έχουν ως βασικό στόχο την εργασιακή αποκατάσταση) είναι ότι τα αποτελέσματά τους εξαρτώνται συχνά από γενικότερους κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες τους οποίους το σύστημα δεν μπορεί να ελέγξει και να επηρεάσει (π.χ. η αποκατάσταση στην εργασία στην ελεύθερη αγορά εξαρτάται σημαντικά από τα επίπεδα ανεργίας, το νομικό πλαίσιο για τα βοηθήματα και τη συνταξιοδότηση, τη δημιουργία συνεργατικών επιχειρήσεων, κλπ). Υφίσταται σημαντική ανάγκη διασύνδεσης τέτοιων υπηρεσιών με τους ευρύτερους κοινωνικούς φορείς για την προώθηση των ασθενών στην εργασία.

- **Νοσοκομεία Ημέρας/ Προγράμματα Μερικής Νοσηλείας:** Υφίσταται ποικιλία υπηρεσιών αυτού του τύπου, αυτούς φορές με διαφορετικούς στόχους. Οι βασικοί αυτούς στόχοι είναι: α) η υποκατάσταση της κλειστής νοσηλείας σε ασθενείς σε οξεία φάση (όπου αυτό είναι δυνατό), β) η μετάβαση από την κλειστή νοσηλεία

στην ανοικτή νοσηλεία, γ) η ψυχιατρική και συνολική φροντίδα και αποκατάσταση χρόνιων ασθενών σε κοινωνικούς ρόλους και η εκπαίδευση αυτούς κοινωνικές δεξιότητες (social skills training) και δ) η φροντίδα ασθενών με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και η κοινωνική αυτούς προσαρμογή (αμερικανικό μοντέλο). Συχνά συνδυάζονται με άλλα προγράμματα αποκατάστασης, στέγασης ή ακόμη και κλειστής νοσηλείας (District Services Center του νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου). Στην Ελλάδα λειτουργούν ελάχιστα τέτοια προγράμματα, με πρώτο εκείνο αυτούς Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

- **Κέντρα Ημέρας:** Μοιάζουν σημαντικά με τα προηγούμενα και απευθύνονται σε χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς. Βασική διαφορά είναι ότι δεν αποτελούν ψυχιατρικές υπηρεσίες με τη στενή έννοια του όρου και το προσωπικό δεν περιλαμβάνει ιατρούς. Λόγω αυτής της ιδιότητάς τους, συχνά δημιουργούνται από Μ.Κ.Ο. Σημαντικός αριθμός Κέντρων Ημέρας δημιουργήθηκε στη Β' Φάση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».
- **Προστατευμένα Εργαστήρια προ-εργασιακής και εργασιακής αποκατάστασης:** Συχνά αποτελούν παραγωγικές εργασιακές μονάδες οι οποίες είναι δυνατό να δημιουργούνται και από άλλες κρατικές υπηρεσίες ή Μ.Κ.Ο., με στόχο την εργασιακή αποκατάσταση επιλεγμένων ασθενών με σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο εργασιακής λειτουργικότητας. Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες παρόμοιες υπηρεσίες.
- **Λέσχες Ασθενών:** Είναι προγράμματα που δημιουργούνται στο πλαίσιο ΜΟ.Ψ.Υ. και συχνά παραμένουν λειτουργούντα και εκτός ωραρίου εργασίας. Στόχο έχουν την βοήθεια αυτούς αποκατάστασης των ασθενών και σε ρόλους στους οποίους συνήθως δεν εξασκούνται οι ασθενείς σε άλλα προγράμματα (π.χ. ψυχαγωγία) αλλά και την διατήρηση επαφής με ασθενείς οι οποίοι δεν επιθυμούν επαφή με αυτούς υπηρεσίες αλλά λόγω της «χαλαρότητας» του προγράμματος αποδέχονται την συμμετοχή σε αυτό σε χαλαρή βάση. Ελάχιστα τέτοια προγράμματα λειτουργούν στην Ελλάδα.
- **Προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης:** Υφίσταται ποικιλία παρόμοιων προγραμμάτων με στόχο την εκπαίδευση και κατάρτιση σε εργασιακούς ρόλους, αλλά και σε κοινωνικούς ρόλους γενικότερα

(social skills training). Συνήθως εντάσσονται σε μεγάλες Μο.Ψ.Υ. Στην Ελλάδα υφίστανται αρκετά τέτοια προγράμματα από την δεκαετία του '80, αν και αρκετά έχουν ουσιαστικά σταματήσει τη λειτουργία τους ή υπολειτουργούν λόγω έλλειψης κονδυλίων, εφ' όσον δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του κανονισμού αυτούς Ε.Ε. 815/84 και δεν προβλέφθηκε η επαρκής κρατική χρηματοδότηση για τη συνέχιση της λειτουργίας τους.

- **Προστατευόμενη εργασία και εργασία υπό επίβλεψη:** Ποικίλα σχήματα επιδοτούμενης εργασίας και επίβλεψης έχουν δοκιμαστεί τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες. Αποτελούν νεότερα προγράμματα τα οποία έχουν σημαντικές δυνατότητες, αλλά που πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή προκειμένου να εφαρμόζονται σωστά και να αποφεύγονται φαινόμενα εκμετάλλευσης από εργοδότες αλλά και να γίνεται η σωστή επιλογή των ασθενών που συμμετέχουν σε αυτά.
- **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.):** Αποτελούν ενδιαφέρουσες πρωτοβουλίες με σημαντικές δυνατότητες, που εφαρμόζονται ήδη σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Ολλανδία), όπως και στην Ελλάδα.
- **Ομάδες αυτοβοήθειας:** Δεν αποτελούν ψυχιατρικές υπηρεσίες, αλλά ομάδες πρωτοβουλίας ασθενών ή μελών των οικογενειών τους με στόχο την αλληλοβοήθεια και την υποστήριξη των μελών τους. Συνήθως δημιουργούνται από άτομα με κάποιο ψυχολογικό ή κοινωνικό πρόβλημα ή που ανήκουν σε κάποια πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου που χρειάζεται υποστήριξη. Κάποιες από αυτές (π.χ. οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί) αρνούνται την συμμετοχή τους σε ευρύτερα σχήματα ή ακόμη και την υποστήριξη των ιατρικών υπηρεσιών. Εν τούτοις, αναγνωρίζεται ότι η βοήθεια και υποστήριξη που είναι δυνατόν να παρέχουν είναι σημαντική και ότι το σύστημα υγείας πρέπει να στηρίζει και να ενθαρρύνει παρόμοιες προσπάθειες. Ιδιαίτερα πρέπει να αναφερθούν οι ομάδες και σύλλογοι οικογενειών ψυχωτικών ασθενών, όπου σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές μπορεί να οργανωθούν ομάδες ενημέρωσης και επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια ή αποφόρτισης της αρνητικής οικογενειακής ατμόσφαιρας. Στην Ελλάδα υπάρχουν πολύ λίγες παρόμοιες ομάδες λόγω του στίγματος της ψυχικής αρρώστιας και της μικρής

παράδοσης συμμετοχής σε τέτοιες προσπάθειες, αλλά και της μη συμμετοχής των υπηρεσιών (με ελάχιστες εξαιρέσεις) σε παρόμοιες προσπάθειες.

4. **Υπηρεσίες στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής.** Ένα σημαντικό πρόβλημα των χρόνιων ψυχικά αρρώστων είναι το πρόβλημα της στέγασης. Οι χρόνιοι ασθενείς, συχνά, είτε λόγω της απώλειας των γονέων τους και της έλλειψης στηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος, είτε λόγω της αδυναμίας διαβίωσης στην οικογένεια λόγω άλλων λόγων (απόρριψη, στίγμα, κακές μη βελτιούμενες σχέσεις με τους γονείς/ αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα) χρειάζονται τη στέγασή τους σε υπηρεσίες στις οποίες θα πρέπει να υπάρχει ειδική φροντίδα για την κατάστασή τους με στόχο την υψηλή ποιότητα ζωής (σε συνδυασμό με τα άλλα προγράμματα αποκατάστασης). Παλαιότερα, το κενό αυτό καλύπτονταν από τα ψυχιατρεία, αλλά με επακόλουθο την ασυλοποίηση και την διαβίωση σε απaráδεκτες συνθήκες. Σήμερα, το πρόβλημα αφορά αφ' ενός μεν αρκετούς ασθενείς που ζουν στην κοινότητα, αφ' ετέρου δε τους ασθενείς που εξέρχονται από τα υπό κατάργηση ψυχιατρεία. Για τους τελευταίους υπάρχει πρόβλεψη στο πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Εν τούτοις, κάθε πρόνοια θα πρέπει να λάβει υπ' όψη τον αριθμό των «νέων χρόνιων» ασθενών που θα προκύψουν τα επόμενα χρόνια. Γι' αυτούς, θα πρέπει να προβλεφθούν νέα σχήματα και να ενισχυθούν καινοτόμες πρωτοβουλίες από μη κρατικούς φορείς (Μ.Κ.Ο., ενώσεις συγγενών) για εύκαμπτα σχήματα στέγασης, πιθανόν και με συμμετοχή των συγγενών που έχουν τις οικονομικές δυνατότητες.

- **Μετανοσοκομειακοί ξενώνες:** Αποτελούν υπηρεσίες ψυχιατρικών κλινικών και απευθύνονται σε ασθενείς για τους οποίους απαιτείται στενή ψυχιατρική επίβλεψη αλλά όχι κλειστή νοσηλεία. Η παραμονή σε αυτούς είναι δυνατό να παρατείνεται για καθορισμένο χρονικό διάστημα με στόχο την προώθηση των ασθενών σε κοινοτικές στεγαστικές δομές ή σε ανεξάρτητη διαβίωση.
- **Ξενώνες μέσης και μακράς παραμονής, με ποικίλα σχήματα επίβλεψης:** Αποτελούν υπηρεσίες που δημιουργούνται στο πλαίσιο της κοινότητας από κρατικούς ή (κατά προτίμηση) άλλους φορείς (ΜΚΟ) και, ανάλογα με τους ανάγκες των ασθενών, η επίβλεψη ποικίλει από 24ωρη έως μερική. Μεγάλος αριθμός τέτοιων δομών έχουν δημιουργηθεί από το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», αλλά

υπάρχουν σημαντικές ανάγκες για ασθενείς οι οποίοι δεν νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί ότι τους ξενώνες των δημοσίων φορέων, οι θέσεις εργασίας των φροντιστών (νοσηλευτών, κλπ) δεν αναπληρώνονται σε περίπτωση αποχώρησής τους λόγω του γεγονότος ότι αυτές είναι προσωποπαγείς, οπότε συχνά παρατηρείται έλλειψη προσωπικού. Οι δομές αυτές, πρέπει να συνδυάζονται με υπηρεσίες αποκατάστασης. Ιδιαίτερη προσοχή στη δημιουργία τους (όπως και των οικοτροφείων) πρέπει να δίνεται στη διερεύνηση και τον χειρισμό των στάσεων τους τοπικής κοινωνίας, προκειμένου να αποφεύγονται οι τοπικές αντιδράσεις που συμβαίνουν συχνά (σύνδρομο NIMBY - Not In My Back-Yard). Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η πολύ μικρή έως σήμερα προώθηση των ενοίκων είτε προς την ανεξάρτητη διαβίωση είτε σε πιο προστατευμένες δομές (οικοτροφεία).

- **Οικοτροφεία:** Η λειτουργία τους άρχισε πρόσφατα στη χώρα μας (Β' φάση «ΨΥΧΑΡΓΩΣ». Αποσκοπούν να προσφέρουν στέγη σε ασθενείς με πολύ μικρή λειτουργικότητα για τους οποίους πολύ μικρές πιθανότητες αποκατάστασης υπάρχουν είτε λόγω ηλικίας, ψυχιατρικής κατάστασης (βαριά υπολειμματικά συμπτώματα) ή λόγω συνυπάρχουσας νοητικής στέρξης. Τα περισσότερα οικοτροφεία έχουν ανατεθεί σε τοπικούς ΜΚΟ, με εμπειρία από προηγούμενες φάσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ή σε συλλόγους συγγενών ψυχικά ασθενών. Αναμένεται να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση των ασθενών αυτών στην κοινότητα, για το υπόλοιπο διάστημα τους ζωής τους. Ιδιαίτερη πρόνοια πρέπει να δοθεί ώστε να μην μετατραπούν με το πέρασμα του χρόνου σε «μικρά άσυλα».
- **Προστατευόμενα διαμερίσματα:** Αποτελούν προγράμματα στέγασης στην κοινότητα, όπου επιδιώκεται η ημι-ανεξάρτητη διαβίωση ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, υπό την τακτική επίβλεψη των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- **Ανάδοχες οικογένειες:** Είναι πρόσφατα προγράμματα, με όχι τόσο μεγάλη διάδοση, στα οποία επιδιώκεται και επιδοτείται η από οικογένειες διαβίωση ασθενών, αρκετά λειτουργικών, σε οικογένειες.

5. **Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες.** Αποτελεί ίσως κοινοτοπία η υπογράμμιση της ανάγκης συνεργασίας των ψυχιατρικών υπηρεσιών με άλλους φορείς και

υπηρεσίες, κρατικές και του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα, στη δημιουργία των απαραίτητων δικτύων στην κοινότητα τα οποία διευκολύνουν σημαντικά στη φροντίδα των ασθενών και κινητοποιούν τους πόρους της κοινότητας, διευκολύνουν δε την αγωγή κοινότητας, ενημέρωση και καταπολέμηση του στίγματος.

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Άλλες ιατρικές υπηρεσίες
- Κοινωνικές υπηρεσίες/ υπηρεσίες πρόνοιας
- ΟΑΕΔ
- Οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών και οικογενειών
- Υπηρεσίες ΟΤΑ
- Άλλες κρατικές υπηρεσίες (αστυνομία, δικαστικές υπηρεσίες)
- Μη κυβερνητικοί οργανισμοί και άλλοι κοινωνικοί φορείς (εκκλησία, ΜΚΟ, εθελοντικές οργανώσεις, πολιτιστικοί σύλλογοι).

Το σύνολο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας περιγράφεται στις κατηγορίες 1-4, ενώ στο 5 αναφέρονται οι υπηρεσίες με τις οποίες χρειάζεται να υπάρχει συνεργασία, εφόσον, όπως ήδη τονίστηκε, μπορούν να προσφέρουν στην περίθαλψη ή έρχονται συχνά σε επαφή με ψυχικά ασθενείς. **Οι δυνατότητες των υπάρχουσών δομών ψυχικής υγείας, οι διατιθέμενοι πόροι και οι τοπικές ανάγκες θα προσδιορίσουν τις προτεραιότητες στην ανάπτυξη των υπηρεσιών.** Εν τούτοις, κρίνεται ότι (με εξαίρεση τα ψυχιατρικά νοσοκομεία) όλες οι παραπάνω υπηρεσίες αποτελούν απαραίτητα στοιχεία του συστήματος, προκειμένου να παρέχεται υψηλού επιπέδου φροντίδα στους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, επιβάλλεται η επανεξέταση (μέσω της αξιολόγησης της λειτουργίας των υπηρεσιών) και ο επαναπροσδιορισμός της λειτουργίας ορισμένων από αυτές, στο πλαίσιο της θέσπισης προτεραιοτήτων, της αποφυγής αλληλοεπικαλύψεων με άλλες υπηρεσίες που λειτουργούν στην περιοχή και της χρήσης τους με επιδίωξη τη βέλτιστη λειτουργία και αποδοτικότητα του συστήματος. Για παράδειγμα, στη λειτουργία των ΚΚΨΥ στην Ελλάδα παρατηρούνται αλληλοεπικαλύψεις σε σημαντικό βαθμό, με τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων, ενώ παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην απόδοσή τους. Επίσης, οι ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία δεν έχουν τη δυνατότητα, λόγω της δομής τους και του αρχικού προσδιορισμού της λειτουργίας τους πριν 23 έτη, να νοσηλεύσουν οξεία περιστατικά ή περιστατικά για τα οποία απαιτείται ακούσια νοσηλεία. Αυτό αποτελεί τουλάχιστον αναχρονισμό, λόγω του γεγονότος ότι σήμερα η χρήση υπηρεσιών εσωτερικής νοσηλείας ενδείκνυται κυρίως για τα περιστατικά αυτά

(ιδιαίτερα όταν υφίσταται κίνδυνος αυτοκτονίας ή σωματικής βλάβης ή της ζωής άλλων ατόμων) , λόγω της ανάπτυξης άλλων υπηρεσιών και προγραμμάτων με τη χρήση των οποίων αποφεύγεται η εσωτερική νοσηλεία.

Απαραίτητη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών και το σχεδιασμό της ανάπτυξης του συστήματος είναι η από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας **τήρηση στοιχείων που αποτυπώνουν τη λειτουργία τους και τη χρήση τους από τον πληθυσμό**. Τέτοια στοιχεία είναι:

1. Πληροφορίες για τις εκτελεσθείσες πράξεις από την υπηρεσία (π.χ. αριθμός εισαγωγών ανά έτος)
2. Πληροφορίες για τη συχνότητα ορισμένων πράξεων από την υπηρεσία βασισμένες στους ασθενείς (π.χ. αριθμός ασθενών που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία)
3. Πληροφορίες βασισμένες στους ασθενείς για επεισόδια ψυχικών διαταραχών από την έναρξη μέχρι την αποδρομή (π.χ. αριθμός ή συχνότητα θεραπευθέντων από την υπηρεσία επεισοδίων κατάθλιψης ανά έτος)
4. Πληροφορίες βασισμένες στους ασθενείς για «επεισόδια φροντίδας ή θεραπείας» (episodes of care).

Τέλος, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να δημιουργηθούν από το ΥΥΚΑ, πιο **λεπτομερή πρότυπα και προδιαγραφές των ψυχιατρικών υπηρεσιών** (στη δομή, τις διαδικασίες και τις εκβάσεις), συμβατά με τις σύγχρονες εξελίξεις και λαμβάνοντας υπ' όψη τα διεθνή κριτήρια ποιότητας, ούτως ώστε η δομή και η λειτουργία και η απόδοσή τους να μπορεί να συγκρίνεται προς κάποιο μέτρο αναφοράς.

B.1.3 Ανθρώπινοι πόροι

Η σωστή χρήση των ανθρωπίνων πόρων, που αποτελούν τον σημαντικότερο πόρο του συστήματος ψυχικής υγείας, η λειτουργία του οποίου δεν βασίζεται στην υψηλή τεχνολογία, αποτελεί βασικό και απαραίτητο στοιχείο της λειτουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παράμετροι που αφορούν στη χρήση του χρόνου και των δεξιοτήτων του προσωπικού και στη δυνατότητα του συστήματος να το ανακατανέμει σύμφωνα με τις διαπιστούμενες ανάγκες, στις επενδύσεις του συστήματος σε εκπαίδευση και στον προγραμματισμό της, αποτελούν προϋποθέσεις για την σωστή διοίκηση και λειτουργία του συστήματος. Τα παραδοσιακά σχήματα διορισμού σε συγκεκριμένες θέσεις από όπου οι εργαζόμενοι στο σύστημα είναι αμετακίνητοι, δημιουργεί σημαντικές παρενέργειες

και συμβάλλει στην αντιοικονομική χρήση των ανθρώπινων πόρων και στον περιορισμό αξιοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, ενώ, σε συνάρτηση και με την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για την εργασία τους, συμβάλλει στην επαγγελματική τους καταπόνηση (burn-out).

Σε προκαταρκτικό στάδιο, στην παρούσα πρόταση, πρέπει να προηγηθεί η καταγραφή του προσωπικού των Μο.Ψ.Υ., και η αξιολόγηση στοιχείων όπως η εκπαίδευσή τους, η χρήση του χρόνου στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η ύπαρξη οδηγιών για την εκτέλεση της εργασίας τους, η γεωγραφική κατανομή τους, η ικανοποίησή τους από την εργασία τους και η έκταση του φαινομένου της επαγγελματικής καταπόνησης.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο θέμα της εκπαίδευσης του προσωπικού, εφόσον η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, εξαρτάται σημαντικά από αυτήν και δεν είναι μόνο θέμα αριθμού προσωπικού, όπως φαίνεται παρακάτω από στοιχεία που αφορούν το υπηρετούν προσωπικό στην περιοχή. Με εξαίρεση τους ψυχιάτρους, για τους οποίους προβλέπεται ειδική εκπαίδευση πριν την έναρξη της εργασίας τους (ειδικότητα), το υπόλοιπο προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (με εξαίρεση τους ψυχολόγους, για τους οποίους απαιτείται μόνο το πτυχίο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην ψυχολογία), προσλαμβάνεται από τα νοσοκομεία στα οποία ανήκουν οι υπηρεσίες, μόνο με βάση τη γενική τους επαγγελματική εκπαίδευση και δεν απαιτείται εξειδίκευση στην ψυχική υγεία. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι τα παρακάτω:

- Έλλειψη εξειδίκευσης στην ψυχική υγεία σε σημαντικό ποσοστό του μη ιατρικού προσωπικού, κύρια των νοσηλευτών.
- Μη σταθερότητα του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (κύρια του νοσηλευτικού) που είτε έχει αποκτήσει εμπειρία με το χρόνο, είτε έχει παρακολουθήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης μετά τη λήψη του επαγγελματικού του διπλώματος, εφόσον υπόκειται στη γενική κατανομή του προσωπικού του νοσοκομείου και στην τοποθέτησή του σύμφωνα με τις γενικές ανάγκες του, που, εφόσον αφορούν όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, μπορεί να είναι ανταγωνιστικές προς εκείνες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Έλλειψη εξειδίκευσης των περισσότερων ψυχολόγων στην κλινική ή συμβουλευτική ψυχολογία, εφόσον για το διορισμό μέσω ΑΣΕΠ απαιτείται μόνο το πτυχίο ΑΕΙ, αλλά και της μεγάλης έλλειψης μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών ψυχολογίας.

Με βάση τα παραπάνω, υφίσταται σημαντική ανάγκη σε εθνικό επίπεδο, με πρωτοβουλία των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας να αναθεωρηθούν τα προγράμματα σπουδών των ΤΕΙ νοσηλευτικής ώστε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στα θέματα της ψυχικής υγείας και να καταρτιστούν μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών στην ψυχιατρική νοσηλευτική, ή (το προτιμότερο) να εξεταστεί η δυνατότητα προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην ψυχιατρική νοσηλευτική, με κατοχύρωση του επαγγελματικού τίτλου, και να αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην κλινική και συμβουλευτική ψυχολογία.

Ο παρακάτω πίνακας, παρέχει τον αριθμό του ελάχιστου απαιτούμενου προσωπικού ψυχικής υγείας ενηλίκων για τους τρεις ΤΟ.Ψ.Υ., σύμφωνα με τον ΠΟΥ (199..) για πληθυσμό 1.000.000.

ΕΛΑΧΙΣΤΟΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (1.000.000) ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΤΟΥ ΠΟΥ

Επάγγελμα	Εσωτερ. ασθενών		Εξωτ. ασθενών	Διοίκηση	Σύνολο
	Οξέων	Μέσης/μακράς παραμονής			
Κλινικοί ψυχολόγοι	-	2	12	-	14
Ψυχιατρικοί νοσηλευτές	90	28	42	2	162
Εργο-θεραπευτές	-	4	12	-	16
Ψυχίατροι*	18	4	12	2	36
Κοινωνικοί λειτουργοί	6	2	12	-	20
ΣΥΝΟΛΟ	114	40	90	4	248

* Συμπεριλαμβανομένων των ειδικευομένων ψυχιάτρων

Τα τελευταία υπάρχοντα συγκεντρωτικά στοιχεία για το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνονται στην έκδοση του ΠΟΥ (Ευρώπης) “Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges” από τα οποία προκύπτει ότι το ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

1. **Υψηλό αριθμό ψυχιάτρων (15/100.000 πληθυσμού).** Η Ελλάδα, σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία βρίσκεται στην 8^η θέση μεταξύ 46 ευρωπαϊκών χωρών. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν και τους ψυχιάτρους του ιδιωτικού τομέα που αποτελούν και την πλειονότητα. Επιπλέον δεν λαμβάνουν υπ’ όψη τις γεωγραφικές ανισότητες που υπάρχουν (υπερσυγκέντρωση στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη).
2. **Εξαιρετικά χαμηλό αριθμό νοσηλευτών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (3/100.000 πληθυσμού).** Η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση μεταξύ των 46 ευρωπαϊκών χωρών.
3. **Υψηλό αριθμό ψυχολόγων (14/100.000 πληθυσμού).** Η Ελλάδα βρίσκεται στην 5^η θέση μεταξύ 31 ευρωπαϊκών χωρών. Τα στοιχεία περιλαμβάνουν και τους ιδιώτες ψυχολόγους, ενώ δεν αναφέρονται στην παρατηρούμενη στην Ελλάδα απουσία εξειδίκευσης των ψυχολόγων

στην κλινική ή συμβουλευτική ψυχολογία, ή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

4. Τα στοιχεία δεν απεικονίζουν την γεωγραφική κατανομή του προσωπικού, που ποικίλει σημαντικά. Έτσι, υπάρχει σχεδόν πλήρης απουσία δομών και προσωπικού ψυχικής υγείας σε ορισμένες περιοχές της χώρας, ενώ μεγάλος αριθμός των ψυχιάτρων συγκεντρώνεται στην πρωτεύουσα και την Θεσσαλονίκη, ενώ των νοσηλευτών στα μεγάλα ψυχιατρεία.

Τα πρότυπα που ετέθησαν από τον ΠΟΥ στις αρχές της δεκαετίας του '90, δεν λαμβάνουν υπ' όψη τις νεότερες εξελίξεις, αλλά αποτυπώνουν πρακτικές των δεκαετιών του '70 και '80 και δεν υπολογίζουν νέου τύπου υπηρεσίες και ανάγκες για θεραπεία που στο μεταξύ προσδιορίστηκαν. Κατά συνέπεια, το ελάχιστο αναγκαίο προσωπικό πρέπει να είναι σημαντικά υψηλότερο από εκείνο που προσδιορίζεται από τον ΠΟΥ, αποτελεί δε θέμα ειδικής μελέτης στο πλαίσιο της συγκεκριμένης πρότασης.

Τα παραπάνω στοιχεία, θα πρέπει να συμπληρωθούν και να εξεταστούν σε σχέση με τις παραμέτρους που ετέθησαν ανωτέρω, προκειμένου να αξιολογηθεί η έως σήμερα λειτουργία του συστήματος. Στη συνέχεια, στο πλαίσιο του στρατηγικού σχεδίου που θα εκπονηθεί και του προγράμματος ανάπτυξης των δομών θα εξεταστεί η προσφορότερη κατανομή τους στο σύστημα. Επιπλέον, η δημιουργία των νέων δομών στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'» αναμένεται να προσθέσει νέο προσωπικό, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις θα χρειαστεί ειδική εκπαίδευση, αλλά και υποστήριξη από το ήδη υπηρετούν προσωπικό. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να προβλεφθεί η προγραμματισμένη ανάμιξη του «νέου» και του «παλαιού» προσωπικού, μέσω μετακινήσεων επιλεγμένων στελεχών των υπηρεσιών στις νέες υπηρεσίες.

B.1.4 Πλαίσιο Δημιουργίας Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στους ΤοΨΥ της χώρας

Στο πλαίσιο της τρέχουσας φάσης του προγράμματος Ψυχαργός, η οποία συμπίπτει με την Δ΄ Προγραμματική Περίοδο, έχει σχεδιαστεί η λειτουργία των παρακάτω υπηρεσιών²² :

- 36 Ψυχιατρικά Τμήματα (ΨΤ)
- 2 Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων (ΨΤΕΦ)
- 6 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- 3 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής Εφήβων (ΞΒΠΕΦ)
- 1 Ψυχιατρικό Τμήμα Μητέρας Παιδιού (ΨΤΜΠ)
- 52 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής (ΞΒΠ)
- 3 Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση (ΚΠΚ)
- 44 Κέντρα Ψυχικής Υγείας με κλίνες (ΚΨΥΚΛ)
- 72 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΚ)
- 71 Ξενώνες Βραχείας Παραμονής Παίδων κι Εφήβων (ΞΒΠΠΕΦ)
- 18 Πολυδύναμα Κέντρα Αντιμετώπισης της Κρίσης Χρηστών Ναρκωτικών (ΠΚΝ)
- 17 Κέντρα Αντιμετώπισης Αλκοολισμού (ΚΑΑ)
- 18 Ολοκληρωμένα Κέντρα Αυτισμού (ΟΚΑ)
- 33 Δομές Τελικού Σταδίου Αλτσχάιμερ (ΔΤΣΑΛΤ)
- 3 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- 1 Οικοτροφείο εφήβων
- 1 Μονάδα Οξέων- Μονάδα Ημερήσιας νοσηλείας

Όπως ήδη αναπτύχθηκε, ακόμη και μετά τις δύο πρώτες φάσεις του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», παρά την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, παραμένουν ακόμη σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες και κενά, ενώ πολλές υπηρεσίες που

²² Υ5α/Γ.Π.οικ.45994/19 -4 -2010 Υπουργική Απόφαση με θέμα «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ανάπτυξης δομών και υποδομών του Τομέα Ψυχικής Υγείας κατά την τριετία 2010 2013 στο πλαίσιο του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» (Φάση Γ΄)

ιδρύθηκαν δεν λειτουργούν, είτε λόγω έλλειψης του αναγκαίου προσωπικού, είτε για άλλους διοικητικούς λόγους.

Στόχος της πρότασης είναι η συμπλήρωση-επικαιροποίηση του ανωτέρω σχεδιασμού με την ενίσχυση των τοπικών δικτύων υπηρεσιών, με προτεραιότητα τις περιοχές όπου υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα).

Για το σκοπό αυτό, έχουν συνταχθεί πίνακες ανά ΤοΨΥ με όλες της υπηρεσίες που λειτουργούν σε αυτούς, όπως επίσης και όλες τις στεγαστικές μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Επιπλέον, οι πίνακες συμπληρώθηκαν με όλες τις μονάδες ψυχικής υγείας που έχουν κατά καιρούς προταθεί ανά ΤοΨΥ (βλ. Παράρτημα 1).

Οι πηγές των προτάσεων είναι: α) έργα της Β' Φάσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» που δεν υλοποιήθηκαν, αν και είχαν αρχικά προχωρήσει β) έγκριση σκοπιμότητας 2010, με αποτύπωση του βαθμού προτεραιότητας, και γ) σχεδιασμός της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας 2006 για τις ανάγκες διαπραγμάτευσης του ΕΣΠΑ.

Πλαίσιο Παρέμβασης:

1. Σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον ένα **Ψυχιατρικό Τμήμα σε Γενικό Νοσοκομείο**. Ελάχιστη δύναμη 15-20 κλίνες (με εξαίρεση τις υπάρχουσες δομές). Το Τμήμα πρέπει να περιλαμβάνει και **Μονάδα Οξέων Περιστατικών** τουλάχιστον 6 κλινών. Προτεραιότητα στο ΕΣΠΑ πρέπει να δοθεί στις περιοχές της χώρας στις οποίες υπάρχει έλλειψη τέτοιων μονάδων, π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιά Αιγαίου. Η δράση αυτή πρέπει να χαρακτηριστεί ως **άμεσης προτεραιότητας**.
2. Εναλλακτικά, σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με **δυνατότητα βραχύτατης νοσηλείας, ακόμη και αν δεν υπάρχει ψυχιατρικό τμήμα**. Στην περίπτωση αυτή θα μπορούσαν να διατίθενται 2-5 κλίνες για ολιγοήμερη νοσηλεία σε άλλη (π.χ. παθολογική) κλινική. Η δυνατότητα αυτή δεν μπορεί να ισχύσει για ασθενείς με ανάγκη νοσηλείας σε **Μονάδα Οξέων Περιστατικών**.
3. Δημιουργία σε κάθε ΤοΨΥ με ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, ιδιαίτερα σε εκείνους με μεγάλο πληθυσμό αναφοράς, **δορυφορικού Μετανοσοκομειακού Ξενώνα Βραχείας Παραμονής 10-15 θέσεων**, για τις περιπτώσεις ανάγκης νοσηλείας άνω των δύο μηνών στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, και τους ασθενείς με υψηλό αριθμό

νοσηλειών σε μικρό χρονικό διάστημα. Εναλλακτικά, οι ασθενείς μέσης νοσηλείας θα παραπέμπονται στις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ΤΟΨΥ.

4. Σε κάθε ΤοΨΥ θα πρέπει να υπάρχει Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ). Η λειτουργία του θα πρέπει να προβλέπει την άμεση επαφή με τους εξυπηρετούμενους, κατά συνέπεια, θα πρέπει να μπορεί να λειτουργήσει στο πλαίσιο των νεότερων εξελίξεων στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα (μοντέλα Case Management και Assertive Community Treatment). Σε ειδικές περιπτώσεις (προβλήματα γεωγραφικής επικοινωνίας, μικρός πληθυσμός αναφοράς, απουσία Τμήματος στο Γενικό Νοσοκομείο) θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα να περιλαμβάνει μικρό αριθμό κλινών υπερ-βραχείας νοσηλείας. Η δράση αυτή πρέπει να χαρακτηριστεί ως άμεσης προτεραιότητας.
5. Δημιουργία 1-2 Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας σε κάθε ΤοΨΥ, υποστηριζόμενων από 1-2 προστατευόμενα διαμερίσματα για ολιγοήμερη παραμονή, όπου αυτό απαιτείται για θεραπευτικούς λόγους ή ιδιαίτερους λόγους φροντίδας της ψυχικής υγείας. Εναλλακτικά, θα υποστηρίζονται από τους Ξενώνες Βραχείας Παραμονής ή τις ΜΨΑ του ΤΟΨΥ.
6. Δημιουργία στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε περιοχές και ΤοΨΥ όπου παρατηρείται έλλειψη (Δ. Μακεδονία, Αττική, Κ. Μακεδονία, κ.α.).
7. «Άνοιγμα» των στεγαστικών δομών σε νέους ασθενείς από την κοινότητα, με εποπτεία της διαδικασίας από την οικεία ΤΕΨΥ. Απαιτείται ανάκληση της Υπ. Απόφασης που ορίζει ελάχιστο διάστημα 12 μηνών σε δημόσια ψυχιατρεία για εισδοχή σε στεγαστικές δομές.
8. Υλοποίηση του σημείου 6 του Συμφώνου Spidla - Αβραμόπουλου (πρόσληψη 100 ψυχιάτρων/ παιδοψυχιάτρων και 800 λοιπών επαγγελματιών ψυχικής υγείας), με υλοποίηση των μέχρι σήμερα προκηρύξεων. Εξαίρεση του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το πάγωμα προσλήψεων στο δημόσιο (η υλοποίηση του ΕΣΠΑ αποτελεί επαρκή λόγο).

Β.1.5 Σχέδιο Άμεσης Προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες του ΕΣΠΑ

Το σχέδιο αυτό συναρτάται με το προηγούμενο και αποσκοπεί στην ταχεία υλοποίηση έργων πρώτης και δεύτερης προτεραιότητας, με παράλληλη χρήση

υπαρχόντων πόρων από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία τα οποία θα πρέπει μέχρι το 2015 (ή λίγο αργότερα) να καταργηθούν. Επί πλέον, για την υλοποίησή του θεωρείται πως θα πρέπει να προχωρήσουν οι διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού που αφορούν το σημείο 6 του Συμφώνου Spidla - Αβραμόπουλου (πρόσληψη 100 ψυχιάτρων/ παιδοψυχιάτρων και 800 λοιπών επαγγελματιών ψυχικής υγείας). Το σχέδιο προτείνεται για δράση μόνο σε περίπτωση μεγάλων εμποδίων στην περαιτέρω υλοποίηση του ΕΣΠΑ στην ψυχική υγεία.

Ο παρακάτω πίνακας είναι ενδεικτικός.

a/a	Δράσεις	Έργα (κατ'εκτίμηση)	Προϋπολογισμός (κατ' εκτίμηση)	Παρατηρήσεις
1	Υλοποιούνται τα έργα που είχαν πάρει προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη, είχαν σχεδιαστεί στο Γ΄ ΚΠΣ και δεν εντάχθηκαν (είναι περίπου 18 σημαντικά έργα)	18	22.000.000,00	
2	Συστήνονται και λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας (με κλίνες και μονάδα αντιμετώπισης κρίσης) από Ν.Π.Ι.Δ. (3-4 απ' αυτά θα μπορούσε να είναι Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα για παιδιά & εφήβους, τα αντίστοιχα δηλαδή Κέντρα Ψυχικής Υγείας για παιδιά-εφήβους)	15	18.000.000,00	
3	Συστήνονται και λειτουργούν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας από Ν.Π.Ι.Δ. σε περιοχές που δεν υπάρχουν σήμερα	15	9.000.000,00	
4	Συστήνονται και λειτουργούν κυρίως Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με το minimum αναγκαίο προσωπικό	10	15.000.000,00	
5	Συστήνονται και λειτουργούν Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία με προσωπικό που μεταφέρεται από τα "υπό κατάργηση" Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (κυρίως σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, αφού εκεί υπάρχει σημαντική ανάγκη)	7-8	10.000.000,00	
6	Συστήνονται και λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας με κλίνες και μονάδα αντιμετώπισης κρίσης από Ν.Π.Δ.Δ. (Νοσοκομεία) με προσωπικό που θα μεταφέρεται από τα "υπό κατάργηση" Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	7-8	8.500.000,00	
7	Παράλληλα, υλοποιούνται και όλες οι υπόλοιπες δράσεις (π.χ. εκπαιδευτικά προγράμματα, οριζόντιες δράσεις κ.λ.π. που δεν προϋποθέτουν τη χρηματοδότησή τους από πόρους του Τακτικού Προϋπολογισμού του ΥΓΚΑ μετά την περίοδο συγχρηματοδότησης.		;	

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα:

1. Δημιουργούνται περίπου 65 - 70 νέες δομές ψυχικής υγείας από το ΕΣΠΑ
2. Μπορούν να απορροφηθούν πόροι του ΕΣΠΑ της τάξεως των 85 - 90 εκατομμυρίων €, μόνο από τις δομές που θα δημιουργηθούν (με περίοδο συγχρηματοδότησης 2 έτη), πλέον των πόρων που θα απορροφηθούν από τα υπόλοιπα έργα.

3. Αν επιχειρηθεί με επιτυχία επιμήκυνση της περιόδου συγχρηματοδότησης σε 3 έτη το ποσό των πόρων που μπορεί να απορροφηθεί για τις δομές αυτές (και όχι για όλα τα έργα ψυχικής υγείας), μπορεί να φθάσει και τα 130 εκατομμύρια €.

4. Χρειάζεται να αυξηθεί ο ετήσιος Τακτικός Προϋπολογισμός του ΥΥΚΑ για χρηματοδότηση των Ν.Π.Ι.Δ. από τα 82 εκατομμύρια € που είναι το 2011 στα 105-110 εκ. €, μαζί με κάποια από τα υπόλοιπα έργα και μαζί με το έλλειμμα που παρουσιάζεται στο 2011. Κάτι τέτοιο θεωρείται μάλλον εφικτό.

B. 2. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας Παιδιών - Εφήβων

Οι υπηρεσίες παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα, πάντοτε υπολείπονταν σε ανάπτυξη, σε σχέση με εκείνες των ενηλίκων. Εκτός του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΠΝΑ), ελάχιστες μονάδες νοσηλείας είχαν αναπτυχθεί, κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Επιπλέον, στις υπηρεσίες εξωτερικής φροντίδας (ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, στεγαστικές μονάδες, ειδικές υπηρεσίες) που φέρουν το μεγαλύτερο βάρος των καθημερινών προβλημάτων υπάρχουν σημαντικά κενά, με ολόκληρες γεωγραφικές περιοχές χωρίς καμιά παιδοψυχιατρική φροντίδα.

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, είχε θέσει ως προτεραιότητα την αποασυλοποίηση των χρόνιων ενηλίκων ασθενών και την κατάργηση των ψυχιατρικών Νοσοκομείων με αποτέλεσμα τη δημιουργία ελάχιστων δομών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Η δημιουργία μικρών Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία ανά Υγειονομική Περιφέρεια μαζί με ένα συντονισμένο τοπικό δίκτυο ενδιάμεσων δομών είναι αναγκαία για να καλύψει τις ανάγκες πρώτης γραμμής.

Συγκεκριμένα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν:

Α) Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες στην Αττική (5), στην Ορεστιάδα, στην Αλεξανδρούπολη, στο Καρπενήσι, στη Θεσσαλονίκη (3), στα Ιωάννινα, στην Καβάλα, στη Λάρισα, στο Βόλο, στην Καλαμάτα, στην Ξάνθη, στην Κατερίνη, στη Σάμο, στις Σέρρες.

Β) Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών έχει παραρτήματα σε όλη την Ελλάδα με υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους και συγκεκριμένα στην Αττική, στην Πάτρα, στη Ζάκυνθο, στο Ηράκλειο, στη Θεσσαλονίκη και στο Βόλο.

Γ) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα που αποτελούν εξειδικευμένα κέντρα για παιδιά και εφήβους στην Αττική (7), στη Θεσσαλονίκη (2) και στο Ηράκλειο.

Δ) Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους από ειδικευμένο προσωπικό. Κινητές Μονάδες λειτουργούν στην Αλεξανδρούπολη, στη Ζάκυνθο, στα Ιωάννινα, στην Καρδίτσα, στα Τρίκαλα, στην Κεφαλλονιά, στην Κοζάνη, στις Κυκλάδες (3) και στη Χίο.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν:

Το τρέχον έτος ολοκληρώθηκε η κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ήταν το κύριο νοσοκομείο για παιδιά και εφήβους που παρείχε και ιδρυματικού τύπου περίθαλψη και το οποίο έχει ολοκληρώσει την κατάργηση των ασυλιακών του εγκαταστάσεων πλην της Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών) με τη μεταφορά των Κλινικών του στα ακόλουθα Γενικά Νοσοκομεία

- Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο ΓΝ Τζάνειο (4 κλίνες για παιδιά),
- Παιδοψυχιατρικό Τμήμα το Γ.Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», (2-4 κλίνες για παιδιά)
- Επίκειται η λειτουργία Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στο ΓΝ Παίδων Πεντέλης (4-5 κλίνες για παιδιά).

Επίσης, υπάρχουν οι εξής δευτεροβάθμιες υπηρεσίες:

- Την Παν. Παιδοψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Παίδων «Αγία Σοφία», (10 κλίνες)
- Παιδοψυχιατρικά τμήματα (3) στη Θεσσαλονίκη
- Παιδοψυχιατρικά τμήματα (3) στη υπόλοιπη Ελλάδα (Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο, Πάτρα)

Στον τομέα της τριτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν ξενώνες για παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές.

Συγκεκριμένα έχουν αναπτυχθεί οι ακόλουθες δομές:

α. Ξενώνες για παιδιά-εφήβους με ψυχικές διαταραχές στην Αθήνα (3), β. Ξενώνας παιδιών ψυχικά ασθενών γονέων.

Επίσης, είναι σε εξέλιξη η διαδικασία αναμόρφωσης του καθεστώτος της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης στην περίπτωση παιδιών που εμπλέκονται με τον νόμο (θυμάτων ή θυτών).

B.2.1. Γενικές αρχές για την ανάπτυξη, την οργάνωση και τον συντονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών - Εφήβων

1. Η ανάπτυξη Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τη χώρα μας. Η επένδυση επαρκών οικονομικών πόρων στη δημιουργία ενός ικανοποιητικού δικτύου ΥΨΥΠΕ αποτελεί μια ουσιαστική επένδυση στην πρόληψη μελλοντικής ψυχοπαθολογίας, τη μείωση ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού

2. Οι ΥΨΥΠΕ λειτουργούν ως Δίκτυο και αναπτύσσονται, οργανώνονται και συντονίζονται σε Μονάδες γεωγραφικές ευθύνης. Με την παρούσα διοικητική οργάνωση του ΥΥΚΑ προτείνεται η λειτουργία δικτύου ΥΨΥΠΕ ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Σε κάθε Υγειονομική περιφέρεια (Υ. Πε) αναπτύσσονται επί μέρους Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψυ.ΠΕ) .

3. Στόχος και αποστολή κάθε δικτύου ΥΨΥΠΕ/ ανά Υ.Πε είναι να εξυπηρετείται όλο το φάσμα των αναγκών ψυχικής υγείας του παιδικού /εφηβικού πληθυσμού και των οικογενειών τους, της περιοχής ευθύνης του, κοντά στον τόπο κατοικίας τους, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής (άρθρο 1 του Νόμου 2716/99, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας). Περιλαμβάνονται δράσεις και ανάπτυξη υπηρεσιών για την Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους.

4. Το Δίκτυο ΥΨΥΠΕ / Υ.Πε., πρέπει να διαθέτει όλους τους αναγκαίους πόρους, ώστε να είναι σε θέση να δώσει λύσεις για κάθε πρόβλημα Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου της περιοχής ευθύνης του. Για το σκοπό αυτό καταγράφει και αξιοποιεί όλους τους υπάρχοντες πόρους.

Ως πόροι του δικτύου ΥΨΥΠΕ /Υ.Πε., νοούνται όλες οι δομές και οι ανθρώπινοι πόροι του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που μπορεί να καλύψουν ανάγκες ψυχικής Υγείας των Παιδιών/ Εφήβων της περιοχής όπως: οι Υπηρεσίες που περιγράφονται στα άρθρα 4,5,6,7 και 8, 9, 10, 11 και 12 του Ν. 2716/99, Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν από Δήμους, ΜΗΚΥΟ, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησιαστικά ιδρύματα.

5. Η Διοίκηση - Συντονισμός του «Δικτύου ΥΨΥΠΕ / Υ.Πε» ανατίθεται σε ένα όργανο το οποίο αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας της περιοχής. Οι επαγγελματίες αυτοί μπορεί να μετέχουν και σε ΤΕΨΥΠΕ ενώ προτείνεται και η συμμετοχή εκπροσώπων των χρηστών των υπηρεσιών. Προτείνεται το συντονιστικό αυτό όργανο να εδρεύει στις ΥΠΕ και να υποστηρίζεται διοικητικά, γραμματειακά και οικονομικά από αυτές. Τα συντονιστικά όργανα των δικτύων συντονίζονται κεντρικά από φορέα του Υπουργείου Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης (πχ στα πλαίσια Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας) .

6. Συνεργασίες

Το Δίκτυο των ΥΨΥΠΕ ανά Υ.ΠΕ συνεργάζεται στην περιοχή του με:

A) το αντίστοιχο δίκτυο των Υπηρεσιών Πρόνοιας. Η συνεργασία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική δεδομένης της συνέχειας των αναγκών των παιδιών σε Υπηρεσίες Πρόνοιας και Ψυχικής Υγείας,

B) το δίκτυο των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για ενήλικες της ίδιας περιφέρειας, ιδίως όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών στους γονείς των παιδιών και την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας προς τα παιδιά μετά την ενηλικίωση τους.

Γ) τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δικαιοσύνης της ίδιας περιφέρειας. Θεωρούμε απαραίτητο το Υπουργείο Δικαιοσύνης να δεσμεύσει τους δικαστικούς λειτουργούς ώστε οι πράξεις που αφορούν ανήλικους που εμπλέκονται με τον νόμο (ανάθεση επιμέλειας, εισαγγελική παραγγελία αξιολόγηση με ερώτημα αναγκαστικής νοσηλείας, θεραπευτικά μέτρα κ.α.), να ανατίθενται σε δομές ΨΥΠΕ και προνοιακές δομές εντός των ορίων της Υ.Πε όπου κατοικεί το παιδί/έφηβος και η οικογένεια του.

Δ) τις Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας που αφορούν σε ζητήματα που αποτελούν «σημεία τομής» με την Ψυχική Υγεία.

B.2.2 Ανάγκες για Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (γενικό μέρος)

1. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα η Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου

Είτε ονοματίζονται Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα είτε Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιού & Εφήβου (προτιμούμε την δεύτερη ονομασία), είναι, κατά γενική

παραδοχή, το απαραίτητο συντονιστικό κέντρο κάθε Παιδοψυχιατρικού Τομέα και ΥΠΕ. Αποτελεί άμεση προτεραιότητα η πλήρης στελέχωση τουλάχιστον ενός Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου ανά Το. Ψυ. ΠΕ.

2. Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων Παιδιών και Ψυχιατρικά Τμήματα Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων.

Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο Γενικό Νοσοκομείο (ΠΨ.Τ.Γ.Ν.) αποτελεί αναγκαιότητα για την Νοσηλεία των δυσκολότερων περιπτώσεων, αλλά και για την ανάπτυξη των απαραίτητων Παιδοψυχιατρικών δομών, σε διασύνδεση με το Γενικό Νοσοκομείο (Εξωτερικά Ιατρεία, Διασυνδετική Συμβουλευτική, Κέντρα Ημέρας, Επείγοντα, ΜΕΝ, χρόνια ή καταληκτικά νοσήματα κλπ.). Η αποτίμηση και η οικονομικοτεχνική υποστήριξη ενός ΠΨ.Τ.Γ.Ν δεν πρέπει να υπολογίζεται μόνο με βάση τον αριθμό των κρεβατιών, αλλά και με την εξαιρετική σημασία που έχουν όλες οι παραπάνω Παιδοψυχιατρικές λειτουργίες σ' ένα Γενικό Νοσοκομείο. Οι ανάγκες για Νοσηλεία υπολογίζονται grosso modo σε μια μονάδα νοσηλείας (max 8 κρεβάτια), ανά 1.000.000 πληθυσμού για τους εφήβους (14-18) και λιγότερων για τα παιδιά.

3. Άλλες Υπηρεσίες του Δικτύου των δομών

Πλην των Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων και Ι.Κ.- Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας Παιδιού Εφήβου, θεωρούμε πολύτιμη τη δημιουργία και των υπόλοιπων αναγκαίων δομών Ψ.Υ.Π.Ε. σε κάθε Γεωγραφικό διαμέρισμα: Κέντρων Ημέρας, Ξενώνων και Οικοτροφείων για Εφήβους, Προστατευμένων διαμερισμάτων, Κέντρων υποδοχής στην Κρίση, Κινητών Μονάδων για περιοχές της χώρας με δύσκολη πρόσβαση σε πόρους, και των άλλων Μονάδων Ψ.Υ.Π.Ε., όπως προβλέπονται από τον 2716/99. Εφόσον λειτουργεί μια ΠΛΗΡΗΣ Παιδοψυχιατρική μονάδα ανά περιοχή και η αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή, ο προγραμματισμός των παραπάνω μονάδων θα συνεχιστεί ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε τομέα και εφόσον θα ανευρίσκονται οι αναγκαίοι πόροι.

4. Στελέχωση των Υπηρεσιών

Η επαρκής στελέχωση των ΥΨΥΠΕ με παιδοψυχιάτρους και πλήρη διεπιστημονική ομάδα αποτελεί προϋπόθεση για τη λειτουργία τους. Υπογραμμίζεται ότι η παρουσία μεμονωμένων παιδοψυχιάτρων σε κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας ή γενικά νοσοκομεία θεωρείται απολύτως ανεπαρκής.

Επίσης, για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού είναι απαραίτητη η αύξηση του συνολικού αριθμού των παιδοψυχιάτρων. Η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος έχει ζητήσει αύξηση του αριθμού των θέσεων της ειδικότητας (από 38 σε 76).

5. Αντιστοίχιση δομών Παιδιών και Εφήβων με τις δομές των Ενηλίκων.

Θεωρούμε απαραίτητη την αντιστοίχιση- διασύνδεση με τις αντίστοιχες Τομεακές Υπηρεσίες Ενηλίκων, με στόχο την συνολική κάλυψη της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (παιδιών & ενηλίκων) και την εξασφάλιση του περάσματος των παιδιών στις αντίστοιχες δομές ενηλίκων, στην ενηλικίωση.

B.2.3. Προτεραιότητες για την ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας

1. Αύξηση του χρόνου ειδικότητας σε 5 έτη (έχει υποβληθεί πρόταση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας στο ΚΕΣΥ) με διαμόρφωση του περιεχομένου εκπαίδευσης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της UEMS
2. Ανάπτυξη της Ακαδημαϊκής Παιδοψυχιατρικής με τη σύσταση και προκήρυξη θέσεων μελών ΔΕΠ Παιδοψυχιατρικής (είναι μόνον 9!)
3. Ανάπτυξη της έρευνας για την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων
4. Αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τις ΥΨΥΠΕ
5. Ανάπτυξη του θεσμού των αναδόχων οικογενειών και αξιοποίησή του για την κατάργηση της ιδρυματικής φροντίδας (σε συμπληρωματική λειτουργία με ξενώνες και άλλες δομές)
6. Άσκηση της παιδοψυχιατρικής σύμφωνα με τις αρχές του Κώδικα Δεοντολογίας της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος - Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων (2009),(www.hscap.gr).

Εν κατακλείδι, το πλαίσιο των παρεμβάσεων για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας σε παιδιά και εφήβους αφορά στις κάτωθι δράσεις:

- Ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικών Υπηρεσιών (σε Επαρχιακά Νοσοκομεία, σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή σε Κέντρα Υγείας) σε κάθε Νομό της χώρας
- Ανάπτυξη Ιατροπαιδαγωγικών υπηρεσιών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή στα Κέντρα Υγείας στους ΤΟΠΥ που δεν έχουν παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες
- Συμπλήρωση στελέχωσης Κινητών Μονάδων με παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες
- Δημιουργία τουλάχιστον ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος με δυνατότητα νοσηλείας ανά περιφέρεια (κατά προτεραιότητα ανάπτυξη Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στα Πα.Γ.Ν. Ρίου Πατρών, Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης, Πα.Γ.Ν. Ιωαννίνων και Πα.Γ.Ν. Αλεξανδρουπόλεως)
- Δημιουργία εξειδικευμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων και εφήβους με ψυχική ανορεξία
- Δημιουργία εξειδικευμένων παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά-εφήβους πρόσφυγες-μετανάστες
- Αύξηση του αριθμού των θέσεων των ειδικευομένων στην Παιδοψυχιατρική από 40 σε 70, με παράλληλη αναδιάρθρωση του χρόνου ειδικότητας
- Συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, ώστε να αναθεωρηθεί το καθεστώς της Παιδοψυχιατρικής Πραγματογνωμοσύνης και να οργανωθούν ειδικές υπηρεσίες για τα Παιδιά που εμπλέκονται με τον Νόμο
- οργάνωση δομών για την κάλυψη των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών των παιδιών με πρόβλημα κακοποίησης- παραμέλησης και διασύνδεση με προνοιακές δομές για παιδιά-εφήβους
- ΚΕΣΥ: αύξηση του αριθμού των θέσεων της ειδικότητας από 40 σε 70 (χρόνος αναμονής για την ειδικότητα 8 -10 χρόνια και αναθεώρηση των χρόνων της ειδικότητας.
- Διασύνδεση με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της σχολικής ένταξης των παιδιών

B.3. Κοινοτικές Υπηρεσίες ψυχικής Υγείας για Ευπαθείς Ομάδες

B. 3.1. Αυτισμός

A. Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική

Οι διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού εντοπίζονται σε ανθρώπους όλων των εθνικοτήτων, φυλών ή κοινωνικών ομάδων. Οι έρευνες έδειξαν ότι η συχνότητα της τυπικής μορφής του αυτισμού (σύνδρομο Kanner) είναι 4-6 στις 10000, ενώ για όλες τις άλλες μορφές του αυτισμού και γενικά τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές τα ποσοστά κυμαίνονται γύρω στα 90 άτομα ανά 10000 του γενικού πληθυσμού μιας χώρας. Στη Μεγάλη Βρετανία η Εθνική Οργάνωση Αυτισμού (NAS) μας ενημερώνει ότι το 2005 το ποσοστό στη χώρα ήταν 1 άτομο σε κάθε 120 άτομα του γενικού πληθυσμού. Στις Η.Π.Α. 1.500.000 άνθρωποι περιλαμβάνονται στα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και κάθε 20' προστίθεται στον κατάλογο αυτό ένα νέο διαγνωσμένο περιστατικό (U.N. 27/11/2007). Επίσης τα αγόρια επηρεάζονται 3-4 φορές περισσότερο από τα κορίτσια. Στην Ελλάδα παρόλο που δεν υπάρχει επιδημιολογική έρευνα το ποσοστό πρέπει να κυμαίνεται σε ανάλογο βαθμό.

B. Καλές πρακτικές (cost-effectiveness) για πρώιμη παρέμβαση

Μια διάσταση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης αποτελεί και η οικονομική τους απόδοση, η μελέτη της οποίας καθίσταται ολοένα και περισσότερο αναγκαία εξαιτίας της μεγάλης ζήτησης για τα προγράμματα αυτά, του μεγάλου κόστους λειτουργίας τους και της μεγάλης ποικιλίας τους. Έρευνες οικονομικής απόδοσης έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες πολιτείες των Η.Π.Α., στον Καναδά και σε άλλες χώρες.

Οι έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι τα προγράμματα πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης αποτελούν μια προσοδοφόρα επένδυση για το κράτος και την κοινωνία γενικότερα που αποφέρουν μία επιστροφή που μπορεί να κυμαίνεται από 2.36 έως 19 δολάρια, για κάθε δολάριο που επενδύεται, καθώς και πολλά άλλα οφέλη για το παιδί, την οικογένεια και την κοινωνία. Τα οικονομικά οφέλη εντοπίζονται κυρίως σε τέσσερις τομείς: (α) στον τομέα της εκπαίδευσης, (β) στον τομέα της εργασίας, (γ) στον τομέα της υγείας και (δ) στον τομέα της δικαιοσύνης. Τέλος, παράγοντες που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την οικονομική απόδοση των προγραμμάτων

πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης είναι το ίδιο το πρόγραμμα, το άτομο και το περιβάλλον του (Μακρυγιάννη, 2010).

Γ. Ορισμός του οράματος, των αξιών, αρχών και στόχων της πολιτικής

Τα παιδιά και τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες που συνδέονται με το στίγμα και τις διακρίσεις καθώς και με την έλλειψη πρόσβασης σε φροντίδα. Πολλοί αγωνίζονται αντιμετωπίζοντας πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινή τους ζωή. Πάρα πολλά άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα με φοβερές διακρίσεις, την κακοποίηση και την απομόνωση, ενώ τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματά τους παραβιάζονται.

Ο αυτισμός είναι μια πολύπλοκη διαταραχή. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις, η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να επιφέρει βελτιώσεις. Για το λόγο αυτό είναι τόσο σημαντική η ενημέρωση για τις ενδείξεις του αυτισμού όπως και η παροχή υπηρεσιών το συντομότερο δυνατό.

Κρίσιμης σημασίας είναι επίσης η στήριξη των γονέων, η δημιουργία θέσεων εργασίας για τα άτομα με αυτισμό με βάση τις ικανότητες και τις δυνάμεις τους και η βελτίωση της δημόσιας εκπαίδευσης ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μαθητών με αυτισμό.

Δ. Η ανάπτυξη υπηρεσιών για τον αυτισμό στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Γ

Σύμφωνα με τον Νόμο 2716/1999 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, περίθαλψη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα (Άρθρο1, παρ.1).

Έως την έναρξη του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, υπήρχαν μόνο ορισμένες δομές από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες για τα άτομα με Αυτισμό και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, ενώ κάποιες ιδιωτικές δομές που εξυπηρετούσαν Άτομα με Ειδικές Ανάγκες γενικότερα, παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, κινητικά προβλήματα και άλλες ψυχικές παθήσεις.

Με την ολοκλήρωση του ΨΥΧΑΡΓΩΣ, ο πληθυσμός αυτός μπορεί να εξυπηρετηθεί σε οργανωμένα Κέντρα όπως:

α. Ειδικά, Γενικά, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία εφόσον διαθέτουν εξειδικευμένα για τον Αυτισμό Ιατρεία ή /και Κέντρα, Ειδικές Μονάδες, Κινητές Μονάδες.

β. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα .

γ. Εξειδικευμένα Κέντρα Περίθαλψης, Κέντρα Ημέρας και Ολοκληρωμένα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης Ατόμων με Αυτισμό

δ. Διαγνωστικά Κέντρα Φυσικών η Ν.Π.Ι.Δ.

Οι δομές που παρέχουν Διάγνωση, Αξιολόγηση, Σχεδιασμό παρέμβασης, Συμβουλευτική Υποστήριξη και που διαθέτουν ομάδα εξειδικευμένων στελεχών μπορούν να προωθούν και την εφαρμογή του θεραπευτικού-εκπαιδευτικού προγράμματος του ατόμου με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. Προκειμένου για παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτό στοχεύει σε μία αντιμετώπιση στηριγμένη στο σπίτι, με παράλληλη ένταξη του παιδιού σε Κέντρα Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης, σε παιδικό σταθμό, στο νηπιαγωγείο και ταυτόχρονη εκπαίδευση και στήριξη της οικογένειας. Ακόμη, το ΨΥΧΑΡΓΩΣ προβλέπει Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης (Κέντρα Ημέρας) :

1) για παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-Αυτισμό.

2) για έφηβους και ενήλικες με Αυτισμό Υψηλής Λειτουργικότητας ή σύνδρομο Asperger.

Στα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης εντάσσονται παιδιά τα οποία παρακολουθούν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα προετοιμασίας για ένταξη σε σχολικό πλαίσιο. Στόχος είναι η όσο το δυνατόν ταχεία ένταξη στο νηπιαγωγείο.

Οι έφηβοι παρακολουθούν κανονικά το πρόγραμμα του εκπαιδευτικού πλαισίου στο οποίο είναι ενταγμένοι ενώ οι ενήλικες εργάζονται και τους παρέχονται συμβουλευτική υποστήριξη, καθοδήγηση, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ένταξης.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της διαβίωσης τέλος των ατόμων αυτών, υπάρχει η δυνατότητα οργάνωσης, λειτουργίας «Μονάδων και Προγραμμάτων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης».

Ως «Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» ορίζονται: α . Ξενώνες, β. Οικοτροφεία, γ. Κατοικίες, δ. Φιλοξενούσες Οικογένειες

Προτεινόμενες ενδεικτικές Δράσεις:

- **Δημιουργία Εθνικού Κέντρου Αναφοράς για τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού - Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές**

Έργο Εθνικού Κέντρου Αναφοράς :

- Συντονιστικό Όργανο Ενεργειών και Δράσεων που έχουν ως αντικείμενο τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού και γενικότερα τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Το Κέντρο αυτό λειτουργεί στο πλαίσιο του Οργανισμού Νοσοκομείου, υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α. και έχει άμεση διασυνδετική συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και άλλες Υπηρεσίες.
- Κέντρο Έρευνας - Μελέτης και Κατάρτισης, Εκπαίδευσης, Εξειδίκευσης Στελεχών.
- Εξειδικευμένο Διαγνωστικό Κέντρο και «Κέντρο Μεθοδολογίας» για την συνεχή βελτίωση των μεθόδων Διάγνωσης , Αξιολόγησης και Εφαρμογής σύγχρονων Μεθόδων Αντιμετώπισης των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και ειδικότερα του Αυτισμού.
- «Πειραματικό Πεδίο Εφαρμογής» της θεραπευτικής - ψυχοεκπαιδευτικής μεθοδολογίας, στο πλαίσιο της λειτουργίας Πρότυπου Κέντρου Εξειδικευμένης Περίθαλψης - Κέντρου Ημέρας Πρώιμης Παρέμβασης.
- Φορέας υλοποίησης καινοτόμων και πιλοτικών προγραμμάτων

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι τα ίδια τα άτομα με αυτισμό και οι οικογένειές τους

- Με την ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την οργάνωση και συντονισμό των δομών μεγιστοποιείται η κάλυψη των βασικών ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού.
- Οικονομική ωφέλεια μακροπρόθεσμα για τα ίδια τα άτομα με αυτισμό και τις οικογένειές τους, κοινωνική ένταξη στο μέτρο του δυνατού των ατόμων και δημιουργία προϋποθέσεων για την αποδοχή τους από την κοινότητα.
- Οι οικογένειες ατόμων με αυτισμό θα έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε θεσμοθετημένο συντονιστικό όργανο για την έγκυρη ενημέρωση, καθοδήγηση, υποστήριξη, εμπύκωση και της ενδυνάμωσης.
- Κοινωνικοοικονομική ωφέλεια της οικογένειας, αύξηση της παραγωγικότητας των γονέων η των αδελφών

Έμμεσα και γενικά ωφελούμενοι

- Το προσωπικό με την δημιουργία των νέων θέσεων εργασίας, την δημιουργία νέων προοπτικών στον εργασιακό χώρο και με την διαρκή επιμόρφωσή του.

- Επαγγελματίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, γενικότερα υγείας καθώς και παιδείας
- Όλος ο πληθυσμός καθ' όσον θα έχει δυνατότητα γενικότερης ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και κοινωνικής ενσωμάτωσης χωρίς προκαταλήψεις και προβλήματα.
- Αύξηση θέσεων απασχόλησης και συμβολή στην μείωση της ανεργίας
- Αλλαγή κοινωνικών στάσεων της κοινότητας σε θέματα που αφορούν τον αυτισμό

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

- Συμβολή στην ολοκλήρωση του Ε.Π. ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ και στους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο πλαίσιο του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
- Συντονισμός των έργων με αντικείμενο τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, βελτίωση της αποτελεσματικότητας των ενεργειών και δράσεων και ελαχιστοποίηση του χρόνου υλοποίησης.
- Αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αποτελεσματικής αντιμετώπισης που θα προτείνονται από το κέντρο αναμένεται να διατηρηθούν τα θετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων και να μειωθεί στο ελάχιστο ο κίνδυνος υποτροπής.
- Καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού
- Ενίσχυση της απασχόλησης
- Κοινωνικό όφελος
- Ισότητα των δυο φύλων
- **Εκπαίδευση, κατάρτιση, εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας, ψυχικής υγείας και παιδείας με αντικείμενο τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και γενικότερα τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές**

Λόγω της ιδιαιτερότητας των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και γενικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών απαιτείται εξειδικευμένη γνώση για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, την εκτενή αξιολόγηση, τον θεραπευτικό σχεδιασμό, τις αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις, πρωτίστως την πρώιμη, όπως επίσης και για την ψυχοεκπαίδευση, την συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση των οικογενειών καθώς και την ευαισθητοποίηση, αγωγή της κοινότητας.

Εκπαίδευση επαγγελματιών όπως παιδίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικοί παιδαγωγοί, ειδικοί θεραπευτές, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό των

δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (Ν.Π.Δ.Δ. & Ν.Π.Ι.Δ.)

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Τα άτομα με αυτισμό - δ.α.δ.

Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση δίνει την δυνατότητα για θεραπευτικό σχεδιασμό και πρώιμη παρέμβαση σε πολύ μικρή ηλικία κάτι που αποδεικνύεται ως η πλέον αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Η δυνατότητα κάλυψης των ψυχοκοινωνικών αναγκών του ατόμου σε όλες τις φάσεις της ζωής οδηγεί στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων και την πιθανότητα παλινδρομήσεων και υποτροπών

Οι οικογένειες τους

Οι επαγγελματίες

Οι δομές και οι υπηρεσίες

Η κοινότητα

Προσδοκώμενα αποτελέσματα

- Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της Ψυχικής Υγείας
- Ποιοτική και ποσοτική βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού και τις οικογένειες τους.
- Αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών.
- Ελαχιστοποίηση των παλινδρομήσεων, υποτροπών και αποτελεσματική αντιμετώπιση των κρίσεων.
- Ψυχοκοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων.

B. 3.2. Άνοιες

A. Εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και Συλλογή στοιχείων για μια αποτελεσματική πολιτική

Το ποσοστό των ηλικιωμένων προβλέπεται να αποτελέσει το 30% του πληθυσμού για τις χώρες τις ΕΕ (ΕU-27) το 2060 σε σύγκριση με το 2008 που κυμαινόταν στο 17% (Giannakouris, 2008). Η Άνοια, η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι ηλικιωμένοι με σχιζοφρένεια (ενήλικες με σχιζοφρένεια που γέρασαν) αποτελούν ήδη νοσήματα του σύγχρονου επιδημιολογικού προτύπου των ηλικιωμένων. Η θεραπευτική αντιμετώπισή τους σημαίνει αναπόφευκτα υψηλές υγειονομικές δαπάνες, άμεσες αλλά και έμμεσες που επιβαρύνουν σοβαρά οικονομικά και ψυχολογικά τόσο τον πυρήνα της κοινωνίας, την οικογένεια όσο και το σύστημα

υγείας. Υπολογίζεται ότι το 2040 περίπου 81 εκατομμύρια νέων περιστατικών με άνοια θα υπάρχουν παγκοσμίως, τα περισσότερα στις ανεπτυγμένες χώρες . Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 15 εκατομμύρια νέα περιστατικά θα υπάρξουν την επόμενη δεκαετία . Δεδομένου ότι η πορεία της άνοιας είναι χρόνια και υπολογίζοντας ότι η διάρκεια της νόσου είναι από 3-4 έτη έως 10-12 έτη αναλόγως της μελέτης τίθεται ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που αφορά τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειες τους αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Υπολογίζεται επίσης ότι το ετήσιο κόστος για την άνοια στις ΗΠΑ θα είναι περίπου 400 δισεκατομμύρια δολάρια συμπεριλαμβάνοντας τόσο το άμεσο όσο και το έμμεσο κόστος (Λυκέτσος 2011). Το κόστος μπορεί να είναι είτε έμμεσο και αφορά στις δαπάνες φροντίδας των ασθενών, όπως οι δαπάνες παρακολούθησης, ιατρικών επισκέψεων, εξετάσεων, φαρμακευτικής αγωγής, νοσήλεια, είτε έμμεσο κόστος αναφέρεται σε μη εμφανείς δαπάνες που απορρέουν από τις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος, όπως η απουσία του κύριου φροντιστή από την εργασία του. Συνολικά, το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή ποικίλλει και κυμαίνεται από 4.930\$ για συστήματα υγείας αναπτυσσόμενων χωρών και υπερβαίνει τα 36.749\$ στις ανεπτυγμένες χώρες. Για την Ελλάδα υπολογίζεται ότι το μηνιαίο κόστος για ένα ασθενή που βρίσκεται στο στάδιο που λειτουργεί αυτόνομα είναι 341€, στο στάδιο που ο ασθενής εξαρτάται από τους φροντιστές 957€ και τέλος στο στάδιο της ολικής αναπηρίας και εξάρτησης που σηματοδοτεί και την μακρόχρονη παραμονή του σε ίδρυμα 1267€. Όσον αφορά στη φροντίδα απαιτούνται συνολικά 168 ώρες μηνιαίως από μέλη της οικογένειας και 72 ώρες από έμμισθη φροντίδα (Κυριόπουλος, 2005). Η κατάθλιψη αποτελεί απειλή για την υγεία με ολέθρια αποτελέσματα. Η γηριατρική κατάθλιψη μεγιστοποιεί τον προσωπικό πόνο, την ανικανότητα, την παθολογική επιβάρυνση και την αποδιοργάνωση της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη επιβαρύνει περισσότερο την υγεία απ' ό,τι η στηθάγχη, τα εκφυλιστικά νοσήματα των αρθρώσεων, το άσθμα, και ο σακχαρώδης διαβήτης, καθολικά σε όλες τις χώρες και ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Alexopoulos, 2011). Στην Τρίτη ηλικία η κατάθλιψη είναι μοιραία γιατί αυξάνει τόσο την αυτοκτονία όσο και την θνησιμότητα που δεν προέρχεται από την αυτοκτονία. Η αναλογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια είναι υψηλότερη απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό ενώ κατάθλιψη είναι συχνά πρόδρομη της νόσου Alzheimer (Alexopoulos, 2009) . Συνεπώς τόσο η άνοια όσο και η κατάθλιψη αποτελούν σοβαρά προβλήματα για τον γηράσκοντα πληθυσμό παγκοσμίως αλλά και για την Ελλάδα, δεδομένου του ολοένα και αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων και

δεδομένου ότι βασικά ανθρώπινα δικαιώματα είναι η διασφάλιση καλής υγείας και καλής ποιότητας ζωής. Με βάση αυτό το σκεπτικό η ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης και αντιμετώπισης ασθενών με άνοια και κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό βήμα για την δίκαιη και ίση μεταχείριση τους στην κοινωνία έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν και να έχουν πρόσβαση σε αυτές αναλόγως με τις ανάγκες τους.

B. Επιδημιολογικά στοιχεία για την άνοια και την κατάθλιψη στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα υπάρχουν 160.000 ασθενείς με άνοια σύμφωνα με το EUROCODE (2009).

Οι επιδημιολογικές μελέτες για την Άνοια και την κατάθλιψη στην Ελλάδα είναι περιορισμένες. Συνολικά θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στα εξής:

1. Το 1993, οι Tsolaki και συν. (1999) μελέτησαν τον επιπολασμό και την επίπτωση της άνοιας σε ένα δείγμα 380 ηλικιωμένων ατόμων στην περιοχή της Πυλαίας Θεσσαλονίκης. Ο εκτιμώμενος ρυθμός επίπτωσης των ανοιών στο συγκεκριμένο δείγμα ήταν 57/1,000 για τα άτομα άνω των 70 ετών και ειδικότερα για τη Νόσο Alzheimer κυμαινόταν στο 39,9/1,000. Επιπλέον, ο επιπολασμός για την άνοια κυμαινόταν στο 6,29% για τις ηλικίες άνω των 70 ετών. Οι γυναίκες αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου συγκριτικά με τους άντρες για να εμφανίσουν Άνοια σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου δείγματος.
2. Το 2005 οι Papadopoulos και συν. (2005), δημοσίευσαν αφού μελέτησαν τον επιπολασμό και την επίπτωση της γηριατρικής κατάθλιψης σε ένα δείγμα 965 ηλικιωμένων ατόμων στην ευρύτερη αγροτική περιοχή του Βελεστίνου. Ο επιπολασμός της ήπιας κατάθλιψης ήταν 27% και της μέτριας και σοβαρής 7%. Με ομάδες υψηλότερου κινδύνου τις γυναίκες τους υπερήλικες, τους ηλικιωμένους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ παράλληλα η άνοια συνδέεται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Επίσης άλλο σημαντικό εύρημα ήταν η αυξημένη συν-νοσηρότητα κατάθλιψης με παθολογικά προβλήματα.
3. Το 2007, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας Νόσου Alzheimer (21 Σεπτεμβρίου), ομάδα Νευρολόγων και Ψυχολόγων πραγματοποίησε σύντομη αξιολόγηση νοητικών λειτουργιών σε ένα δείγμα γενικού πληθυσμού, 788 ατόμων, με μ.ο. ηλικίας άνω των 50 ετών (Sakka και συν., 2009). Το 69,4% ανέφερε διαταραχές μνήμης ως το βασικό λόγο συμμετοχής τους στην εκδήλωση πρόληψης και ενημέρωσης

4. Από το 2008 έως 2009 πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες και σύντομες νευροψυχολογικές δοκιμασίες μνήμης στα μέλη των Λεσχών Φιλίας του Δήμου Αθηναίων. Συμμετείχαν συνολικά 1800 άτομα, με μ.ο ηλικίας τα 73 έτη, εκ των οποίων αξιολογήθηκαν 286 άτομα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 70,1% του δείγματος ανέφερε τη μνημονική έκπτωση ως βασικό λόγο της συμμετοχής του στην αξιολόγηση. Η μνημονική έκπτωση δεν επιβεβαιώθηκε από τις νευροψυχολογική αξιολόγηση, αλλά ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, άγχος) ήταν παράγοντες προσέλευσης για νοητική αξιολόγηση. MMSE < 25 βρέθηκε στο 8% των συμμετεχόντων (Sakka και συν., 2010)
5. Από το 2009 η προοπτική επιδημιολογική μελέτη που λαμβάνει χώρα στους Δήμους Ιλίου, Βύρωνα και Ηλιούπολης (Ilion - Byron - Helioupolis Municipalities (I.B.H.M) Hellenic Study), σε πληθυσμό 1200 ατόμων με στόχο τον επιπολασμό της άνοιας και της κατάθλιψης επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα των Papadopoulos και συν. (2006) για την ήπια κατάθλιψη 28% και για την σοβαρού βαθμού 8% σε δείγμα αστικού πληθυσμού, ενώ ο επιπολασμός για την άνοια κυμαινόταν στο 8% για τις ηλικίες άνω των 60 ετών (Solias, 2010)

Γ. Ανταλλαγή πληροφόρησης με άλλες χώρες

Υπάρχει μεγάλη διασύνδεση της Ελλάδας με Ευρώπη και Αμερική για την άνοια. Στην Ευρώπη υπάρχουν τρία κυρίως Συμβούλια για την Άνοια:

- Το European Alzheimer Disease Consortium, στο οποίο συμμετέχουν εκπρόσωποι από περισσότερα από 50 Πανεπιστήμια της Ευρώπης. Από 2002 συμμετέχει και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης με τέσσερα ερευνητικά προγράμματα. Κύριος στόχος είναι η υποβολή αιτήσεων για χρηματοδότηση ευρωπαϊκών προγραμμάτων για έρευνα.
- Το δεύτερο συμβούλιο είναι το Addneuromed Consortium που έχει επίσης στόχο του την έρευνα και συνεργάζεται με το αντίστοιχο της Αμερικής σε κοινά ερευνητικά προγράμματα. Από το 2005 συμμετέχει και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Το τρίτο συμβούλιο είναι αυτό της Alzheimer Europe που είναι η ομπρέλα των Εταιρειών Alzheimer όλων των χωρών της Ευρώπης. Η Ελλάδα είναι μέλος του συμβουλίου αυτού από το 1998. Επίσης είναι μέλος της Alzheimer Disease International από το 1997.

Δ. Φροντιστές

1. **PROCARE** (2004) πρόκειται για ευρωπαϊκή έρευνα που παρουσιάζει στοιχεία για τις υπηρεσίες που παρέχονται στην Ελλάδα για την Τρίτη Ηλικία. Στη συγκεκριμένη έρευνα υπάρχει αναφορά για οικογενειακούς φροντιστές.
2. **EUROFAMCARE** (Triantafyllou και συν., 2006). Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη για τους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων, στα οποία περιλαμβάνονται ηλικιωμένοι με άνοια. Συνολικά, μελέτησε ένα δείγμα 1029 Ελλήνων φροντιστών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο πρώτος λόγος παροχής φροντίδας αποτελεί πάθηση-αναπηρία του ηλικιωμένου ατόμου σε ποσοστό 30%, ακολουθούν κινητικά προβλήματα σε ποσοστό 24% και η εξασθένηση που σχετίζεται με την ηλικία (15,9%). Το 35,8% των ατόμων που δέχονται φροντίδα αντιμετωπίζει προβλήματα μνήμης, ενώ μόνο το 1,9% του δείγματος δέχεται φροντίδα για ψυχολογικά προβλήματα όπως για π.χ. η κατάθλιψη. Η μέση ηλικία των ατόμων που προσέφεραν φροντίδα ήταν τα 51,7 χρόνια, ενώ οι κύριοι παροχείς φροντίδας είναι οι γυναίκες σε ποσοστό 80,9%. Το 47,2% των ατόμων που φρόντιζαν κάποιο ηλικιωμένο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος εργαζόταν ακόμη, ενώ το 26,4% του δείγματος που προσέφερε φροντίδα ανέφερε ότι η κατάσταση υγείας του δεν ήταν καλή.
3. Οι Tsolaki, Sakka και συν. (2008) μελέτησαν ένα δείγμα 200 οικογενειακών φροντιστών ασθενών με άνοια για να διερευνήσουν τις στάσεις τους σε θέματα σχετικά με την άνοια και τη Νόσο Alzheimer. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη οικογενειακών φροντιστών ανθρώπων με άνοια στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 85% του δείγματος ανέφερε σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση που οφειλόταν στη φροντίδα του ασθενούς. Η εξέλιξη της νόσου συσχετιζόταν άμεσα με την επιδείνωση των αρνητικών συναισθημάτων για τους φροντιστές σε σχέση με τη φροντίδα και τη συνολική αύξηση του φορτίου του φροντιστή.
4. Οι Mougias και συν. (2011) μελέτησαν ένα δείγμα 161 ασθενών με άνοια και τους φροντιστές τους για να διερευνήσουν τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και των δύο ομάδων. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πιο πρόσφατη μελέτη για την ποιότητα ζωής οικογενειακών φροντιστών ανθρώπων με άνοια και ασθενών με άνοια στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών,

καλύτερη οικονομική κατάσταση και λιγότερα παθολογικά προβλήματα ενώ χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται κυρίως με τα ψυχιατρικά συμπτώματα όπως η κατάθλιψη.

Ε. Υφιστάμενη κατάσταση

Η ολοκλήρωση της Β' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" για τη Ψυχιατρική μεταρρύθμιση βελτίωσε την υφιστάμενη κατάσταση δομών και υπηρεσιών για την Άνοια και συνολικά τη Ψυχική Υγεία της Τρίτης Ηλικίας αλλά δεν την ολοκλήρωσε. Σημαντικό μέρος από τις στεγαστικές μονάδες που ιδρύθηκαν στο πλαίσιο του κανονισμού 815/84 και του προγράμματος «Ψυχαργός» δέχτηκαν ψυχογηριατρικό πληθυσμό με ψυχιατρικά προβλήματα (33 οικοτροφεία) συμπεριλαμβανομένων της άνοιας της υπολειμματικής σχιζοφρένειας, ενώ δεν αναπτύχθηκε καμία μέριμνα για την γηριατρική κατάθλιψη.

Παράλληλα, τμήματα Νοσοκομείων του ΕΣΥ και Πανεπιστημιακών κλινικών, ΜΚΟ και ΟΤΑ έχουν αναπτύξει δράσεις που αν και δεν υπάγονται στο χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα "Ψυχαργός" έρχονται να προσθέσουν σε δομές και υπηρεσίες για τη φροντίδα των οικογενειών και των ασθενών άνοια και με γηριατρική κατάθλιψη.

Συνοπτικά οι δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν και παρέχονται αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη είναι οι παρακάτω:

Α) Ιατρεία Μνήμης. Σήμερα Ιατρεία Μνήμης λειτουργούν είτε ως ειδικά ιατρεία Νευρολογικών κλινικών είτε ως ιατρεία στο πλαίσιο Ψυχογηριατρικών μονάδων τόσο σε τμήματα γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και σε Πανεπιστημιακές Νευρολογικές και Ψυχιατρικές κλινικές. Επιπλέον, Ιατρεία Μνήμης δραστηριοποιούνται σε ΜΚΟ που ασχολούνται με την Νόσο Alzheimer και την Άνοια γενικότερα όσο και σε Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με Άνοια. Τα Ιατρεία μνήμης παρέχουν ολοκληρωμένη αξιολόγηση: νευρολογική εξέταση, νευροψυχολογική αξιολόγηση, συμβουλευτική) σε ανθρώπους με άνοια και στις οικογένειες τους.

Ιατρεία Μνήμης:

4 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Γενικά Νοσοκομεία στην Αθήνα

3 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Γενικά Νοσοκομεία στη Θεσσαλονίκη

5 Δημόσια Ιατρεία Μνήμης σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

2 Ιατρεία Μνήμης σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία στην Αθήνα

9 Ιατρεία Μνήμης σε Κέντρα Ημέρας ΜΚΟ Alzheimer σε όλη την Ελλάδα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Βόλος, Ρόδος, Χανιά)

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ΜΚΟ Alzheimer παραπέμπουν σε νευρολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και ψυχογηριατρικές μονάδες. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν **57** Νευρολογικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία(συμπεριλαμβανομένων των Ιατρείων Μνήμης).

Β) Ψυχογηριατρικά Ιατρεία Είναι ειδικά ιατρεία που λειτουργούν στο πλαίσιο των Ψυχογηριατρικών μονάδων τόσο σε τμήματα γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και σε Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές κλινικές. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν 5 Ψυχογηριατρικές κλινικές, 6 ψυχογηριατρικά ιατρεία σε μονάδες τριτοβάθμιας περίθαλψης και 2 ψυχογηριατρικά ιατρεία στην κοινότητα. Τα Ψυχογηριατρικά Ιατρεία παρέχουν ολοκληρωμένη αξιολόγηση σε ασθενείς με άνοια και στις οικογένειές τους και σε ασθενείς με γηριατρική κατάθλιψη.

Γ) Ειδικές Δομές

Οι δομές που εξυπηρετούν ασθενείς με άνοια διακρίνονται σε Κέντρα Ημέρας, Μονάδες Βραχείας Παραμονής (Ξενώνες), Μονάδες Μακράς Παραμονής, ΚΗΦΗ, Προγράμματα Φροντίδας στο Σπίτι.

I. Κέντρα Ημέρας:

Αθήνα- 5 Κέντρα Ημέρας

Θεσσαλονίκη -4 Κέντρα Ημέρας

Βόλος - 1 Κέντρο Ημέρας

Ρόδος - 1 Κέντρο Ημέρας

Χανιά - 1 Κέντρο Ημέρας

Συνολικά λειτουργούν **12** Κέντρα Ημέρας σε όλη την Ελλάδα (11 ανήκουν σε ΜΚΟ Alzheimer και υπάγονται σε χρηματοδότηση Ψυχαργώς)

II. Μονάδες Βραχείας Παραμονής: Οι μονάδες Βραχείας Παραμονής λειτουργούν από ΜΚΟ Alzheimer και χρηματοδοτούνται από το πρόγραμμα Ψυχαργώς. Σήμερα υπάρχουν 2 τέτοιες δομές στην Αθήνα και το Βόλο.

III. Μονάδες Μακράς Παραμονής: Αρκετές μονάδες μακράς παραμονής των ηλικιωμένων ανήκουν σε κοινωφελή (πχ. Γηροκομείο Αθηνών) ή εκκλησιαστικά ιδρύματα. Η μεγάλη όμως πλειοψηφία των ιδρυμάτων, κυρίως με ανοϊκούς ασθενείς είναι ιδιωτικά με όρους λειτουργίας που δεν γνωρίζουμε.

IV. ΚΗΦΗ. Τα ΚΗΦΗ είναι δομές για την ημερήσια φροντίδα των ηλικιωμένων, δέχονται και ανθρώπους με άνοια και λειτουργούν περισσότερο ως χώροι

«στάθμευσης». Οι παραπάνω δομές χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο και ανήκουν σε Δήμους. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν στην Ελλάδα συνολικά 56 ΚΗΦΗ.

V. Προγράμματα Φροντίδα στο Σπίτι (ΦΣΣ) για ασθενείς με Άνοια

Αθήνα: 2 ΦΣΣ που ανήκουν σε ΜΚΟ

Βόλος: 1 ΦΣΣ

Θεσσαλονίκη: 1 ΦΣΣ

Συνολικά 3 Προγράμματα Φροντίδα Στο Σπίτι για ασθενείς με Άνοια σε όλη την Ελλάδα, ανήκουν σε ΜΚΟ Alzheimer και χρηματοδοτούνται από το Ψυχαργώς.

Τα Προγράμματα αυτά δεν έχουν κοινή δομή (αριθμό προσωπικού και ειδικότητα), αλλά αναπτύσσονται βάσει των αναγκών του Φορέα και των διαθέσιμων πόρων).

Επιπλέον, τα τελευταία 2 χρόνια έχουν αρχίσει και αναπτύσσονται ιδιωτικά προγράμματα Φροντίδα στο Σπίτι για Ηλικιωμένους .

Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα δεν υπάρχουν μονάδες τελικού σταδίου για τους ανθρώπους με άνοια, παρά μόνο σε ιδιωτικές κλινικές και σε πολλές περιπτώσεις είναι στην ευχέρεια των ιδιοκτητών για το εάν θα δεχθούν ανθρώπους με άνοια.

Δ) Εταιρείες Νόσου Alzheimer και Ψυχογηριατρικές εταιρείες

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν συνολικά 30 ΜΚΟ-Εταιρείες Alzheimer (με ενεργή δράση 7), 2 ψυχογηριατρικές εταιρείες - μη κερδοσκοπικά σωματεία, καθώς και η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εταιρειών Alzheimer.

Ε) Δομές για την 3^η Ηλικία

Η Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης και της κοινωνικής στήριξης έχει να επιδείξει τον θεσμό των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ανήκουν στη δικαιοδοσία τοπικής αυτοδιοίκησης. Σήμερα λειτουργούν 260 από τα οποία 80 στην Αττική . Παρά την επιτυχία του θεσμού η περαιτέρω ανάπτυξη τους έχει προσκρούσει στα οικονομικά προβλήματα κάλυψης της μισθοδοσίας του προσωπικού και των λειτουργικών εξόδων, τα οποία επιβαρύνουν κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Α.Π.Η. μπορεί να αποτελέσουν χώρους παρέμβασης και πρόληψης για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη (Πλουμπίδης, 2011)

Συμπερασματικά: Αυτή τη στιγμή, οι υπηρεσίες και οι δομές που έχουν αναπτυχθεί για την άνοια , αφορούν στη πρόληψη και στη θεραπεία και διακρίνονται σε δομές και υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Ημέρας) και περιορισμένες τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης είναι περιορισμένες οι δομές που έχουν αναπτυχθεί για την γηριατρική κατάθλιψη και διακρίνονται σε δομές και υπηρεσίες κυρίως τριτοβάθμιας περίθαλψης. Οι χρήστες μπορούν να απευθυνθούν

σε οποιαδήποτε υπηρεσία ή δομή χωρίς κάποια παραπομπή από γιατρό. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις η διασύνδεση μεταξύ εταιρειών, δομών και λοιπών υπηρεσιών είναι προβληματική και στηρίζεται στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας των φορέων, των δομών και των Ιατρείων. Τέλος έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες στην επιδημιολογική προσέγγιση του προβλήματος τόσο της άνοιας όσο και της κατάθλιψης, ενώ έχει αναδειχθεί το θέμα της φροντίδας των ασθενών με άνοια, ο βαθμός επιβάρυνσης των φροντιστών αλλά και η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών, υπογραμμίζοντας την ιδιαιτερότητα που έχει η Ελλάδα στην φροντίδα των ασθενών με άνοια η οποία γίνεται κυρίως στο σπίτι σε ποσοστό περίπου 90%. Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη (2011) η πρόληψη, ο συντονισμός, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών, η εκπαίδευση των επαγγελματιών και η θεσμοθέτηση των παρεμβάσεων είναι η σύγχρονη πρόκληση για την Ελλάδα για τους ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη.

ΣΤ. Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

«Διεπιστημονικό Τηλε-Σεμινάριο για τις Άνοιες»

Αντικείμενο του προτεινόμενου έργου είναι η εκπαίδευση και η εξειδίκευση στο χώρο της άνοιας των επαγγελματιών υγείας με στόχο την ύψιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ανοιών είναι μία πραγματικότητα. Η αναγκαιότητα κάλυψης αυτού του κενού προκύπτει από κάθε επαφή μας τόσο με ασθενείς και οικογένειες, όσο και με τους ίδιους τους επαγγελματίες. Η έλλειψη αυτή προκαλεί λανθασμένες διαγνώσεις, καθυστέρηση ή λανθασμένες και ζημιογόνες θεραπείες, αδυναμία υποστήριξης και ορθής καθοδήγησης ασθενών και οικογενειών, σύγχυση και επιπλέον επιβάρυνση των ασθενών, αύξηση του οικονομικού και ψυχολογικού βάρους των οικογενειών, αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι θα είναι οι συμμετέχοντες στο σεμινάριο: Επαγγελματίες Υγείας από όλη την Ελλάδα.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι όλοι όσοι χρησιμοποιούν τις ενημερωμένες πλέον και εξειδικευμένες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας: ασθενείς με άνοια, οι οικογένειές τους και οι περιθάλποντές τους, ηλικιωμένοι με νοητικά ελλείμματα, συνολικά οι ηλικιωμένοι και άλλοι επισκέπτες των επαγγελματιών υγείας.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Οι συμμετέχοντες θα αποκτήσουν τις παρακάτω δεξιότητες:

- Καλύτερη συνεργασία με άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας
- Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών
- Εναλλακτικά εργαλεία για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους
- Κατανόηση των τάσεων της έρευνας στο χώρο των ανοιών
- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και εξυπηρέτησης
- Παραλαβή Βιβλίων απαραίτητων για τη δουλειά των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι το Βιβλίο «Άνοια: ιατρική και κοινωνική Πρόκληση», «Ασκήσεις μνήμης προσοχής και λόγου», «Κλίμακες και Κριτήρια» «Κέντρα Ημέρας» «Βιβλίο Περιθαλπόντων»

Ανάπτυξη Μονάδας Ολοκληρωμένης Βοήθειας (MOB)

Βασικό χαρακτηριστικό της λειτουργίας της MOB είναι η παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένους σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, με τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς στόχος είναι η απαρτίωση των ήδη υπάρχουσών δομών και η ανάπτυξη και λειτουργία, όπου κρίνεται απαραίτητη συμπληρωματικών δομών.

Η λειτουργία της MOB βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η δημιουργία και λειτουργία της Μονάδας Ολοκληρωμένης Βοήθειας (MOB) σηματοδοτεί την εγκατάσταση ψυχογηριατρικών υπηρεσιών μέσα στον κοινωνικό ιστό με σκοπό την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών σε συνεργασία με άλλες δομές. Πρόκειται για την μετάβαση από διάσπαρτες μη διασυνδεδεμένες υπηρεσίες σε MOB, δηλαδή σε διασυνδεδεμένες Υπηρεσίες κοινοτικής και κοινωνικής υποστήριξης των πασχόντων ηλικιωμένων που θα ανταποκρίνονται στις συνολικές κατευθύνσεις φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη (Πρόληψη, Πρώιμη αναγνώριση, Ολοκληρωμένη ιατρική και κοινωνική εκτίμηση, Διαχείριση του περιστατικού, Συνεχόμενη φροντίδα, Υποστήριξη και επανεκτίμηση του ατόμου και του φροντιστή(των), Πληροφόρηση, Συμβουλευτική, Φροντίδα σε χώρους διαμονής, Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ηλικιωμένους ασθενείς).

Η Ελλάδα στον τομέα της πρόληψης και της κοινωνικής στήριξης έχει να επιδείξει τον θεσμό των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) που ανήκουν στη δικαιοδοσία τοπικής αυτοδιοίκησης. Σήμερα λειτουργούν 260 από τα οποία 80 στην Αττική. Τα Κ.Α.Π.Η. μπορεί να αποτελέσουν χώρους παρέμβασης και

πρόληψης για την Άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη. Η λειτουργία της MOB προϋποθέτει την ενίσχυση και τον μετασχηματισμό των ΚΑΠΗ σε χώρους πρόληψης και ουσιαστικής φροντίδας αξιοποιώντας μία σειρά από ήδη υπάρχουσες και στελεχωμένες δομές εξειδικευμένες ως προς την Τρίτη ηλικία και τα προβλήματα της (Ιατρείο Μνήμης, Κέντρο Ημέρας, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.)

Η πιλοτική δημιουργία και λειτουργία των MOB θα πρέπει να λάβει υπόψη την ανομοιογενή γεωγραφική διασπορά των δομών και των υπηρεσιών για την άνοια και την γηριατρική κατάθλιψη, όπου υπάρχουν, που καθιστά δύσκολη την πρόσβαση και αυξάνει το κόστος παροχής υπηρεσιών ενώ παράλληλα υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των αναγκών των ηλικιωμένων. Στο πλαίσιο αυτό η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας στις επικοινωνίες (τηλεψυχιατρική), ιδιαίτερα για τις απομακρυσμένες γεωγραφικά και μη προνομιούχες περιοχές (νησιωτικές περιοχές) ως προς τις ψυχιατρικές υπηρεσίες μπορεί να επιλύσει μία σειρά από προβλήματα.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα, στο αστικό περιβάλλον τους ηλικιωμένους που πάσχουν από άνοια και κατάθλιψη και έμμεσα τόσο τους φροντιστές όσο και τη τοπική κοινωνία και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι MOB θα επιλύσουν αρκετά από τα παρακάτω προβλήματα:

α)τη δύσκολη πρόσβαση του πληθυσμού του Δήμου σε μονάδες ψυχικής υγείας, και την διασπορά των ειδικών μονάδων άνοιας σε όμορους ή απομακρυσμένους Δήμους. Η δύσκολη αυτή πρόσβαση αφορά ιδιαίτερα τα νησιά, όπου έχει τροποποιηθεί ο αγροτικός χάρτης του νησιού με την παρουσία συχνά ενός αστικού κέντρου και περιφερικών απομακρυσμένων ημιαστικών και αγροτικών κέντρων,

β) την αδυναμία άμεσης επίλυσης επείγουσών ψυχογηριατρικών περιστατικών π.χ. ασθενών με άνοια και διαταραχές συμπεριφοράς, ή ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη

γ) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γηριατρικό πληθυσμό απομακρυσμένων περιοχών

δ) την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των ψυχολογικών αναγκών στην κοινότητα των ηλικιωμένων και των φροντιστών .

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

- Διαμόρφωση επιδημιολογικού χάρτη

- Διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων αλλά και των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη
- Ταχύτερος και αποτελεσματικός σχεδιασμός για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς και των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια και κατάθλιψη και των φροντιστών τους
- Άμεση παρέμβαση στην κρίση
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας
- Εξατομικευμένες παρεμβάσεις
- Εκπαίδευση του προσωπικού των ΚΑΠΗ
- Εκπαίδευση του προσωπικού του ΚΥ
- Συνεργασία με τους οικογενειακούς ιατρούς της κοινότητας
- Περιορισμός των δαπανών με την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας
- Εύρυθμη λειτουργία της πρόληψης
- Αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας για την επικοινωνία και για την διαμόρφωση βάσης δεδομένων των ηλικιωμένων ασθενών της συγκεκριμένης κοινότητας

Πρόγραμμα Υποβοηθούμενης Διαβίωσης σε συνεργασία με ΟΤΑ

Αντικείμενο του προτεινόμενου έργου είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος απομακρυσμένης φροντίδας και παρακολούθησης ανθρώπων με άνοια (Mitseva και συν., 2009, 2010). Το συνολικό σύστημα αποτελείται από τα εξής μέρη:

- Κέντρο Ημέρας για ασθενείς με άνοια, που θα λειτουργεί ως σταθμός διαχείρισης και αναφοράς του συστήματος σε συνεργασία με τον Δήμο και άλλους τοπικούς φορείς.
- τις φορητές συσκευές επικοινωνίας, συσκευές εντοπισμού κίνησης και θέσης αλλά και συσκευές μέτρησης παραμέτρων υγείας που θα δοθούν σε ηλικιωμένους υπό τη μορφή δανεισμού,
- τους αισθητήρες ελέγχου που θα εγκατασταθούν σε διάφορα σημεία του σπιτιού των ηλικιωμένων με στόχο την αποτροπή και πρόληψη ατυχημάτων,
- το λογισμικό και βάση δεδομένων παρακολούθησης, καταγραφής μετρήσεων και συμβάντων καθώς και διαχείρισης κλήσεων - πλατφόρμα διαχείρισης
- και την διαδικτυακή πύλη ενημέρωσης.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι οι ασθενείς με άνοια και οι άνθρωποι με Ήπια Νοητική Διαταραχή και οι οικογένειές τους.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι ευρύτερη κοινότητα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά και οι αποκεντρωμένες κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες των Δήμων.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Προσδοκώμενα αποτελέσματα της δράσης είναι:

- Βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με άνοια και προαγωγή της αυτόνομης διαβίωσης
- Ελάφρυνση του φορτίου των φροντιστών
- Εξοικείωση των ηλικιωμένων με νέες τεχνολογίες
- Χρονική καθυστέρηση της εισαγωγής ασθενών με άνοια σε εξειδικευμένες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Δημιουργία δικτύου για ανάπτυξη δράσεων πρόληψης και ενημέρωσης για την Άνοια με την αξιοποίηση υφιστάμενων δομών της τοπικής αυτοδιοίκησης (Οριζόντια Δράση)

Η προτεινόμενη πράξη αφορά στην πρόληψη για την Άνοια και την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Η υλοποίηση των συγκεκριμένων δράσεων θα πραγματοποιηθεί μέσω της δημιουργίας **μηχανισμού δικτύωσης** και συμβουλευτικής υποστήριξης, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες δομές επιλεγμένων **ΚΑΠΗ και ΟΤΑ** για την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών ενημέρωσης, πρόληψης και παρέμβασης για την Άνοια με τη χρήση εξειδικευμένων και καινοτόμων εργαλείων.

Η πράξη αναφέρεται σε μια σειρά από υποστηρικτικές-οριζόντιες δράσεις, απαραίτητες για την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης στην τοπική κοινωνία. Οι δράσεις αυτές είναι: δημιουργία δικτύου με σκοπό την αμφίδρομη ροή πληροφοριών, επιστημονικών προσεγγίσεων, πρακτικών, προτύπων, τεχνογνωσίας, κυρίως μεταξύ επαγγελματιών υγείας των ΚΑΠΗ , ΟΤΑ και άλλων φορέων (ΕΚΚΑ, Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών, πανεπιστήμια, ΜΚΟ / οργανώσεις Alzheimer κ.ά.), δημιουργία συστήματος συμβουλευτικής και υποστήριξης (e-mentoring, υλοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος - Κατάρτιση, υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης για την Άνοια (αξιολόγηση νοητικών λειτουργιών/ screening, ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους, ενημερωτικές ομιλίες στην κοινότητα) (Σακκά και συν, 2010, Λυμπεροπούλου και συν, 2009), υλοποίηση των προγραμμάτων παρέμβασης για την

Άνοια (ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης ασθενών με άνοια, συμβουλευτική συγγενών).

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι:

Άμεσα ωφελούμενοι είναι οι επαγγελματίες υγείας - εργαζόμενοι των ΟΤΑ, οι οικογένειες ασθενών με άνοια και οι ασθενείς με Νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας.

Έμμεσα ωφελούμενοι είναι η ευρύτερη κοινότητα και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατί θα γίνεται αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπων με προβλήματα μνήμης, έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και ορθολογική χρήση των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

Ειδικότερα οι στόχοι της προτεινόμενης πράξης είναι:

- η προαγωγή της υγείας και βελτίωση ποιότητας ζωής υγιών ηλικιωμένων
- η ευαισθητοποίηση της Κοινότητας και μείωση του στίγματος
- η έγκαιρη διάγνωση για την Άνοια
- η ενημέρωση ασθενών με Άνοια και των οικογενειών τους
- η κατάρτιση επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρόληψης και παρέμβασης που αφορούν τη νόσο.
- η διασύνδεση του Φορέα Λειτουργίας με υπηρεσίες Υγείας και κοινωνικές δομές ΟΤΑ και ΚΑΠΗ (του Νομού Αττικής και άλλων Νομών της Ελλάδας) καθώς επίσης και με άλλους σχετικούς φορείς στην Ελλάδα (εταιρείες Alzheimer , κοινωνικοί λειτουργοί, προνοιακοί φορείς και επιστημονικοί φορείς).
- η αξιοποίηση υφιστάμενων δομών ΚΑΠΗ και ΟΤΑ για την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών πρόληψης και παρέμβασης για την άνοια.
- η πιλοτική εφαρμογή των δράσεων πρόληψης και παρέμβασης για την άνοια και αξιολόγησή τους.
- Η ελάφρυνση της συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης

«Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» σε ασθενείς με άνοια-αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς

Η νόσος Alzheimer και οι άλλες μορφές άνοιας, εκτός από το γνωστικό έλλειμμα που συνεπάγονται, προκαλούν πολλά προβλήματα συμπεριφοράς. Πολλές μελέτες δείχνουν, πως τα προβλήματα αυτά της συμπεριφοράς, είναι ο βασικός παράγοντας επιδείνωσης της Ποιότητας Ζωής των ασθενών (Mougiás και συν. 2011), αλλά και επιβάρυνσης των περιθαλπόντων τους (Bédard και συν. 2000). Τα φάρμακα δεν

είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, σε αντίθεση με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικές (Gitlin et al. 2007). Η προτεινόμενη παρέμβαση συνίσταται σε εβδομαδιαίες επισκέψεις στο σπίτι από 5 επαγγελματίες υγείας: μια ψυχολόγο, μια επισκέπτρια υγείας, έναν οδοντίατρο, έναν φυσικοθεραπευτή και μια κοινωνική λειτουργό. Η διάρκεια της παρέμβασης θα είναι 9 εβδομάδες ανά ωφελούμενο, με αναμνηστικές συναντήσεις. Το κόστος της παρέμβασης θα είναι μικρό, με τη μισθοδοσία πέντε ατόμων να καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία των εξόδων.

Άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι: Άμεσα ωφελούμενοι του προγράμματος θα είναι οι ασθενείς με άνοια, ενώ έμμεσοι θα είναι οι περιθάλποντες των ασθενών. Περιθάλποντες των ασθενών είναι συνήθως οι σύζυγοι ή τα παιδιά των ασθενών. Οι σύζυγοι, συχνά, είναι οι ίδιοι επιβαρυνμένοι με πολλά και χρόνια προβλήματα υγείας, ενώ τα τέκνα των ασθενών, συχνά εργάζονται και έχουν δική τους οικογένεια. Το αποτέλεσμα είναι, οι περιθάλποντες των ασθενών να είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι. Ο αριθμός των άμεσα ωφελουμένων, υπολογίζεται σε περισσότερους από 120 ετησίως, ενώ ο αριθμός συνολικά των ωφελουμένων θα είναι πολλαπλάσιος.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα: Μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς στο πλαίσιο της άνοιας, μείωση της χρήσης ακριβών αντιψυχωτικών και άλλων ψυχιατρικών φαρμάκων, βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών και μείωση της Επιβάρυνσης των περιθαλπόντων των ασθενών.

B.3.3. Άτομα με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών

A. Τα Σωφρονιστικά Καταστήματα

1. Στα Σωφρονιστικά Καταστήματα της Ελλάδας λειτουργεί ο νόμος των «συγκοινωνούντων Δοχείων». Με αυτή την έννοια, είναι δύσκολο να επιτευχθεί οποιαδήποτε αλλαγή σε ένα μόνο Κατάστημα, γιατί η πιθανή δυσλειτουργία των άλλων Καταστημάτων θα επηρεάσει οποιαδήποτε αλλαγή στο συγκεκριμένο Κατάστημα. Είναι λοιπόν βασική προϋπόθεση η κατανόηση της άμεσης αλληλεπίδρασης και επηρεασμού που υπάρχει μεταξύ των, για την επιτυχία οποιασδήποτε παρέμβασης στο χώρο των Σωφρονιστικών καταστημάτων.

2. Θέματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν οι κρατούμενοι σε όλα τα Καταστήματα Κράτησης σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό (EUPRIS Project, European Commission 2007, σ. 164, Alevizopoulos και συν. 2007). Αυτό σημαίνει ότι αν πρώτα δεν ληφθούν μέτρα σε θέματα Ιατρικών και γενικότερα υπηρεσιών Υγείας στα Καταστήματα Κράτησης θα είναι δύσκολο αν όχι αδύνατον να πετύχουν οποιοσδήποτε αλλαγές στα Θεραπευτικά καταστήματα Κράτησης, στα οποία μετακινούνται οι προς νοσηλεία κρατούμενοι όλης της Ελλάδας.

Σημειώνουμε ότι, στις Δικαστικές κ.λπ. φυλακές χρειάζεται η πρόσληψη τουλάχιστον ενός Παθολόγου, ενός Ψυχιάτρου, ενός Ψυχολόγου, και οδοντιατρική κάλυψη. Σε Δικαστικές φυλακές με μεγάλο αριθμό κρατουμένων προφανώς τα παραπάνω νούμερα να πρέπει να τροποποιηθούν προς τα πάνω (π.χ. για τις Δικαστικές Φυλακές του Κορυδαλλού ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού επιβάλλεται να είναι πολύ μεγαλύτερος).

Ενδεικτικά παρατίθεται ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών σε κρατούμενους Ελληνικών φυλακών και τη σχετική τους χωρητικότητα.

Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών σε κρατούμενους Ελληνικών φυλακών (Alevizopoulos και συν. 2007)			
Διάγνωση	Αριθμός ατόμων (%)		
Χωρίς ψυχική διαταραχή	272 (54.94)		
Διαταραχή προσωπικότητας	79 (15.96)		
Κατάχρηση ουσιών	72 (14.54)		
Κατάθλιψη	22 (4.44)		
Νευρώσεις	18 (3.64)		
Ψυχώσεις	13 (2.63)		
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	7 (1.41)		
Μανία	5 (1.01)		
Διπλή διάγνωση	7 (1.41)		

Χωρητικότητα Ελληνικών Καταστημάτων Φύλαξης και αριθμός κρατουμένων Σωφρονιστικό σύστημα Ελλάδας 16-5-2006			
	30	5584	10051
Κύρια καταστήματα και ιατροδικαστικές ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα			
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού		160	258
Γενικό Νοσοκομείο Κορυδαλλού		60	-
Φυλακή Κορυδαλλού (ανδρών)		640	2190
Φυλακή Κορυδαλλού (γυναικών)		270	554
Φυλακή Πατρών		343	718
Φυλακή Θεσσαλονίκης		370	615
Φυλακή Εξαρτημένων Ελαιών		300	51

Β. Τα Θεραπευτικά Καταστήματα

1. Το Επιστημονικό Προσωπικό Υγείας των Σωφρονιστικών καταστημάτων, αποτελεί ομάδα επιστημόνων με ιδιαίτερα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, δεξιότητες και γνώσεις (δικαστικής ιατρικής, ψυχιατροδικαστικής κ.λπ.), λόγω των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων του χώρου που εργάζονται. Είναι ανάγκη, για την αποτελεσματική λειτουργία του, να αποτελείται μόνο από μόνιμο προσωπικό. Οι ευκαιριακές εμπλοκές επιστημόνων μέσα από συμβάσεις, συμφωνίες κ.α. όχι μόνο δεν βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των κρατουμένων, αλλά αντιθέτως συχνά υποβαθμίζει και να κάνει επισφαλή την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Σωφρονιστικό Χώρο. Χρειάζεται λοιπόν οι επιστήμονες υγείας των Σωφρονιστικών Καταστημάτων να αποτελέσουν συγκεκριμένο σώμα, να αποτελείται από μόνιμο προσωπικό που θα εργάζεται στα καταστήματα, να συντονίζονται από Επιστήμονα με μακρά εμπειρία στα θέματα του σωφρονιστικού συστήματος επιστήμονα υγείας (όπως π.χ η θέση του Επιθεωρητή Υγείας του Υπ. Δικαιοσύνης) και κυρίως να υπάρχει διάρθρωση και ιεράρχηση στο πλαίσιο δημιουργίας Ιατρικών Διευθύνσεων και Τμημάτων (επισυνάπτω τμήμα σχετικής πρότασης που είχαμε υποβάλλει στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, ως Πρόεδρος του Συλλόγου Επιστημόνων Υγείας του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Σ.Ε.Υ.Υ.Δ.). Τα παραπάνω είναι ανεξάρτητα με το αν, τότε και πού θα ενταχθούν τα Θεραπευτικά Καταστήματα (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Υπουργείο Υγείας κ.λπ.) και πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα.

2. Στα Θεραπευτικά καταστήματα χρειάζεται η πρόσληψη μόνιμου Ιατρικού και γενικότερα μόνιμου Επιστημονικού προσωπικού.

Ειδικότερα, στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (Ψ.Κ.Κ.) , χρειάζονται τουλάχιστον 10-12 μόνιμοι ψυχίατροι και 17 τουλάχιστον νοσηλευτές απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών (νοσηλεύει ημερησίως 270-300 άτομα και ετησίως περί τα 2000 άτομα). Στελέχωση με ψυχολόγους. Άμεση ανάγκη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και όχι μόνο φαρμακευτικών (έχω καταθέσει στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, σε παρουσίαση στο ΚΕ.Σ.Φ., προ σχεδόν 15ετίας πρόταση λειτουργίας ψυχοθεραπευτικής κοινότητας στο Ψ.Κ.Κ., την οποία επισυνάπτω) . Φυσικά, κάλυψη των όποιων παθολογικών ή χειρουργικών αναγκών των νοσηλευομένων στο Ψ.Κ.Κ. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα παραπάνω, χρειάζεται η δημιουργία Ιατρικής Διεύθυνσης στο Ψυχιατρείο.

Τα αντίστοιχα ισχύουν για το Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού (Ν.Κ.Κ.) το οποίο θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες για την άμεση (με την εισαγωγή των)

διενέργεια των ιατρικών εργαστηριακών εξετάσεων των νοσηλευομένων στο Ψ.Κ.Κ.

II. Ειδικότερα

Στα Θεραπευτικά Καταστήματα χρειάζεται:

1. Άμεση δημιουργία Ιατρικών Διευθύνσεων στα Θεραπευτικά Καταστήματα και Ιατρικών τμημάτων στα Σωφρονιστικά Καταστήματα Κράτησης, με μόνιμο Επιστημονικό Προσωπικό. Σαφής διαχωρισμός αρμοδιοτήτων Διοικητικής και Ιατρικής Διεύθυνσης
2. Συνεχής επιστημονική επιμόρφωση και ενημέρωση του Ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού Υγείας.
3. Εκπαίδευση του φυλακτικού προσωπικού σε θέματα χειρισμού ψυχιατρικών νοσηλευομένων-κρατουμένων και χειρισμού των.
4. Περιοδική εκτίμηση της ικανότητας του φυλακτικού προσωπικού των Θεραπευτικών Καταστημάτων όσον αφορά στο χειρισμό των νοσηλευομένων κρατουμένων.
5. Κίνητρα για την προσέλκυση μόνιμου Ιατρικού Προσωπικού (συνθήκες εργασίας, ερευνητικές δυνατότητες, οικονομικά κίνητρα).

Γ. Ψυχιατροδικαστικές Υπηρεσίες

Εισαγωγή

Ο αριθμός ανθρώπων στη φυλακή με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά υψηλός. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η επικράτηση της ψυχικής ασθένειας είναι τόσο μεγάλη που έχει επιπτώσεις σε σχεδόν εννέα στους δέκα φυλακισμένους (Singleton, 1998). Οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων κρατών έχουν αναγνωρίσει ότι «συνεχίζουμε να φυλακίζουμε πάρα πολλούς ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας» Παράλληλα, ο πληθυσμός των φυλακισμένων έχει ανέλθει στα πρωτοφανή επίπεδα για την χώρα μας, παρά τις νομοθετικές προσπάθειες για το περιορισμό τους.

Θεωρείται εξαιρετικής σημασίας η αποτελεσματική παραπομπή πολλών φυλακισμένων που θα ωφελούταν από την θεραπεία για την ψυχική νόσο έξω από το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης . Η παραπομπή αυτή μπορεί να εξασφαλίσει ότι οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας θεραπεύονται στο καλύτερο δυνατό πλαίσιο από ιατρικής, κοινωνικής και ηθικής σκοπιάς. Μπορεί επίσης να βοηθήσει να μειώσει τον αυξανόμενο αριθμό των φυλακισμένων και τα αυξανόμενα ποσοστά επανάληψης της παραβατικότητας για εκείνους που βγαίνουν

από τη φυλακή. Τα ανωτέρω θα βοηθήσουν στην προστασία του κοινού και στην εξοικονόμηση χρημάτων που θα ξοδεύονταν σε καινούργιες καταδίκες και φυλακίσεις.

Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία παραπομπής, βοηθώντας ανθρώπους να παραμείνουν εκτός φυλακής ή και να αποφυλακιστούν. Οι ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες, επίσης, παρέχουν ασφαλή φύλαξη/κράτηση σε ειδικά νοσοκομεία με έμφαση στην θεραπεία και την φροντίδα παρά στην τιμωρία.

Στον Δυτικό κόσμο ο πληθυσμός των φυλακισμένων έχει αυξηθεί γρήγορα στην τελευταία δεκαετία, αντίστοιχα με τον ψυχιατροδικαστικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, ο αριθμός ανθρώπων που τίθενται υπό κράτηση στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες της Μ. Βρετανίας έχει μια αυξανόμενη τάση την τελευταία δεκαετία, από 2.650 το 1997 σε σχεδόν 4.000 μέχρι τον Ιούλιο 2007. Επιπλέον, ο αριθμός των φυλακισμένων που μεταφέρεται στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αντίστοιχα αυξάνει κάθε έτος.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες είναι νέοι ενήλικες άνδρες, αλλά μεγαλύτεροι σε ηλικία από τον πληθυσμό των φυλακών. Οι γυναίκες στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αντιστοιχούν σε μία στους οκτώ, ένα ποσοστό διπλάσιο από ότι στον πληθυσμό των φυλακών.

Αν και υπάρχει ποικιλία παραβάσεων στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες, σχεδόν κατά το ήμισυ τίθενται υπό κράτηση για βίαια εγκλήματα. Παρά τη συχνά σοβαρή φύση των παραπτωμάτων /εγκλημάτων που διαπράττονται από τους νοσηλευόμενους στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες και μια αύξηση στην αναστολή ή στην υπό όρους απόλυση τα ποσοστά επανάληψης παραβατικής συμπεριφοράς στα δύο επόμενα έτη μετά από το εξιτήριο είναι εξαιρετικά - χαμηλό σε σύγκριση με εκείνους που απελευθερώνονται από τη φυλακή. Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η μεγάλη πλειοψηφία (σχεδόν 97%) των ανθρώπων που μεταφέρονται άμεσα από τη φυλακή στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες μεταφέρονται στα μέσης και υψηλής ασφάλειας νοσοκομεία.

Υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα σε φυλακτικά καταστήματα μπορούν να παραμείνουν για τις ανάγκες των κρατουμένων και παράλληλα υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες για Σοβαρά Επικίνδυνη Διαταραχή Προσωπικότητας (DSPD-Dangerous Severe Personality Disorder Units) και ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους. CAHMS (Children and Adolescent Mental Health Services).

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψυχικά πάσχοντες που εγκληματούν μπορούν επίσης να τεθούν υπό κράτηση μετά από εισαγγελική εντολή ή να μεταφερθούν σε ψυχιατρικές μονάδες εντατικής φροντίδας αλλά και σε κοινοτικές ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Δ. Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες: Ανάπτυξη

Με τον όρο Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες αναφέρονται στις υπηρεσίες προς τα άτομα με ψυχική διαταραχή τα οποία έχουν ή είχαν προβλήματα με τον νόμο λόγω των πράξεων τους. Στην χώρα μας όπως τόνισε και η αξιολόγηση του «Ψυχαργώς», υπάρχουν πολύ μεγάλα κενά στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στα άτομα αυτά. Σήμερα, για την ψυχιατρική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών υπάρχει μόνο το Ψυχιατρικό Κατάστημα των Φυλακών Κορυδαλλού (ΨΚΚ). Στον χώρο αυτό κρατούνται (νοσηλεύονται) άτομα από όλη την Ελλάδα που έχουν καταδικασθεί με ποινές φυλάκισης. Το ΨΚΚ στελεχώνεται από προσωπικό του Υπ. Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Νοσηλεύονται περί τα 200-250 άτομα με ανεπαρκή ιατρική και νοσηλευτική στελέχωση. Δεν υπάρχουν κοινοτικές υπηρεσίες, ξενώνες, Κοι.Σ.Π.Ε. και καμία μέριμνα για του αποφυλακιζόμενους πλην του Ψυχιατροδικαστικού εξωτερικού Ιατρείου στην Β Ψυχιατρική Κλινική του Αττικού Νοσοκομείου.

Οι παραβάτες που έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι παραμένουν στα Ψυχιατρικά Τμήματα στην Αθήνα και της περιφέρειας για «φύλαξη» σύμφωνα με το Άρθρο 69 του Π.Κ. Η παραμονή τους στα Ψυχιατρικά τμήματα δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργία των τμημάτων αυτών καθώς οι ασθενείς αυτοί παραμένουν μαζί με ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια ή εκούσια για μεγάλο χρονικό διάστημα (5-6 χρόνια τουλάχιστον) και δεν μπορούν να λάβουν εξιτήριο αν δεν συναινέσει η δικαστική αρχή. Τα προβλήματα γίνονται άμεσα εμφανή αν γίνει αντιληπτό ότι ο μέσος όρος νοσηλείας δεν υπερβαίνει τους 2 μήνες στην συντριπτική πλειονότητα των ψυχικά πασχόντων. Με την μακροχρόνια παραμονή τους, οι ασθενείς του «άρθρου 69» επιβαρύνουν τις ήδη περιορισμένες δυνατότητες ενδονοσοκομειακής θεραπείας, αυξάνοντας τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση τους.

Στην Ευρώπη υπάρχουν δύο κύρια επίπεδα ασφάλειας στα ψυχιατροδικαστικά νοσοκομεία στα οποία και οι παραβάτες υπεύθυνοι για ένα έγκλημα και οι φυλακισμένοι που αναπτύσσουν ψυχική διαταραχή μπορούν να μεταφερθούν: υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας. Υπάρχουν επίσης Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες χαμηλού επιπέδου ασφαλείας, αλλά πολύ λίγοι παραβάτες μεταφέρονται εκεί άμεσα από τις φυλακές ή τα δικαστήρια. Η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων που

μεταφέρονται από τη φυλακή ή τα δικαστήρια εισάγονται αρχικά στις υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες. Το 2007 υπήρχαν σχεδόν 4.500 κρεβάτια υψηλής ή/και μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Υψηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Σε ορισμένα Ευρωπαϊκά κράτη όλα τα κρεβάτια στις υψηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, σε άλλα κράτη από κοινές δράσεις των υπ. Υγείας και Δικαιοσύνης. Οι κλίνες νοσηλείας στα Νοσοκομεία αυτά χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς που τίθενται υπό κράτηση στο πλαίσιο νόμου για παραβάτες με ψυχική νόσο και οι οποίοι είναι σοβαρός και άμεσος κίνδυνος για το κοινό.

Μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Στη Ευρώπη, οι κλίνες στις Μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες ανήκουν στο ΕΣΥ αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Οι κλίνες αυτές κατανέμονται σε ολόκληρη την χώρα. Είναι σχεδιασμένες για την νοσηλεία ασθενών υπό φύλαξη που θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν ΣΟΒΑΡΟ κίνδυνο για την κοινωνία.

Χαμηλής ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Πρόκειται για τα Τμήματα Οξέων Περιστατικών που πρέπει να υπάρχουν στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων.

Συνήθως, οι ασθενείς μετακινούνται σε αυτές τις υπηρεσίες μετά από μια χρονική περίοδο παραμονής σε μέσης ασφάλειας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για εκούσιους νοσηλευόμενους. Οι δομές αυτές αποτελούν ένα στάδιο πριν την πλήρη κοινωνική επανένταξη των ψυχιατροδικαστικών ασθενών. Η συνήθης μέγιστη διάρκεια νοσηλείας στις Χαμηλής Ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες είναι οκτώ εβδομάδες. Αυτά τα κρεβάτια χρησιμοποιούνται κατά ένα μεγάλο μέρος από εκείνους που τίθενται σε αναγκαστική νοσηλεία άμεσα από την κοινότητα ή που μετακινούνται από μέσης ασφαλείας Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Ε. Ψυχιατροδικαστικός πληθυσμός

Από άποψη εθνικότητας παρουσιάζεται αυξημένη αντιπροσώπευση των εθνικών μειονοτήτων τόσο στην Φυλακή όσο και στις Ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες και αυτό αναμένεται ότι θα ισχύει και για την Ελλάδα.

Σύμφωνα με την διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, όλοι εκείνοι που μεταφέρονται στις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες έχουν μια ψυχική διαταραχή ή νοητική υστέρηση. Η πλειοψηφία, 76% είχαν διάγνωση ψυχική διαταραχή, με ή χωρίς άλλες συνοδές διαταραχές. Ψυχοπαθητική διαταραχή προσωπικότητας είχαν 12%,

Νοητική υστέρηση 5% και μη προσδιοριζόμενη σαφώς ψυχική διαταραχή 7%. Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών διαγιγνώσκονται ως Ψυχοπαθητική διαταραχή (21% των γυναικών) σε σύγκριση με 12% των αντρών.

Διακίνηση ασθενών σε ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες

Αν και οι εισαγωγές ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες μπορούν να γίνουν από διάφορες οδούς, 3 είναι οι συνηθέστεροι:

1. Κατευθείαν από φυλακή , όπου παρέχεται πρωτίστως θεραπεία και όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία γυρνούν στην φυλακή.
2. Το δικαστήριο μπορεί να ορίσει την φύλαξη ως εναλλακτική τρόπο έκτισης ποινής και μπορεί να βρίσκονται κάτω από την δικαστική εξουσία σε θέματα παραμονής στην δομή.. Κάτω από αυτή τη δικαστική εντολή οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν να φροντίδα και θεραπεία και μετά την απομάκρυνση από την δομή.
3. Ασθενείς που μεταφέρονται κατευθείαν από τις κοινοτικές υπηρεσίες.

Η πιο συνηθισμένη παραβατική συμπεριφορά είναι η επιθετικότητα προς τρίτους (36%), με τή εγκληματική βλάβη (εμπρησμό (14%) ή ληστεία(10%)) να ακολουθούν. Οι ανθρωποκτόνοι παρουσίασαν αύξηση 65% ανάμεσα στο 200 και 2004.

Ζ. Χρησιμότητα ανάπτυξης σύγχρονων Ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών στην ΕΛΛΑΔΑ

Η ύπαρξη Ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών φέρνει την χώρα μας στην ομάδα των κρατών με ανεπτυγμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες για ειδικούς πληθυσμούς. Παράλληλα, ελαχιστοποιεί την πιθανότητα καταδικαστικών απόψεων και αποφάσεων για την Ελλάδα αναφορικά με παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων (ιδιαίτερα το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας) αλλά και συνθηκών κράτησης-φύλαξης ατόμων με ευαλωτότητες.

Σημαντικότερο όμως είναι ότι η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποασυλοποίηση στην χώρα μας δεν θα μπορέσει ποτέ να εφαρμοσθεί με επιτυχία χωρίς την ύπαρξη ενός «πλέγματος ασφάλειας» για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της παραβατικότητας που σχετίζεται με την ψυχική διαταραχή. Τέτοιες υπηρεσίες θα ενισχύσουν το αίσθημα ασφάλειας της κοινωνίας και θα δράσουν αποφασιστικά στην μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στιγματισμού της ψυχικής διαταραχής.

Επιπλέον, τα ποσοστά επανάληψης εγκληματικής συμπεριφοράς αυτών που παίρνουν πρώτο εξιτήριο από ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες στην κοινότητα

είναι εξαιρετικά χαμηλό (μικρότερο από 7%) σε σύγκριση με εκείνους που απελευθερώνονται από τη φυλακή. Σε σύγκριση, το ποσοστό επανάληψης εγκληματικής συμπεριφοράς για τους ενήλικους φυλακισμένους μέσα σε δύο έτη από την απελευθέρωση είναι 27% σεξουαλικά εγκλήματα και 46% για βίαια εγκλήματα.

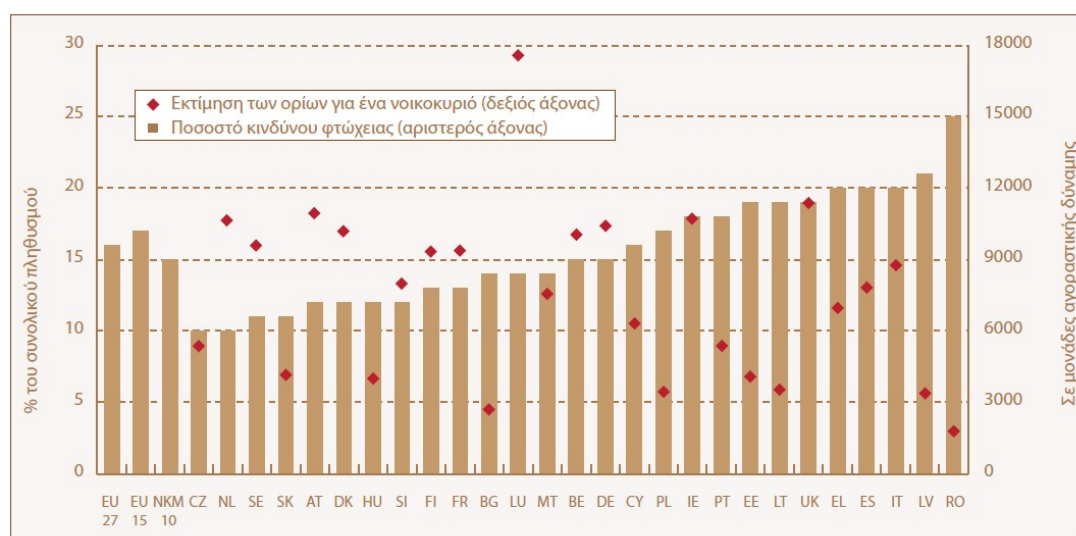
Η. Ειδικό πλαίσιο προτάσεων και κατευθύνσεων για τη Φροντίδα ψυχικής υγείας των κρατουμένων και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εντός των φυλακών και Ψυχιατροδικαστικές Υπηρεσίες

1. Το πρωτόκολλο συνεργασίας μεταξύ των Φυλακών και των Ψυχιατρικών Μονάδων να περάσει στις Το.Ψ.Υ.
2. Τα θεραπευτικά ιδρύματα εντός των Φυλακών να περάσουν στο Υπ. Υγείας και οι γιατροί που εργάζονται σε αυτά να περάσουν στο Ε.Σ.Υ.
3. Χορήγηση Χρηματικών Κινήτρων για την κάλυψη άγονων θέσεων στην Επαρχία.
4. Διακλαδική ομάδα παρέμβασης στις Φυλακές.
5. Ένταξη μιας ψυχιατρικής εκτίμησης στην υποδοχή των κρατουμένων από μια διακλαδική ομάδα.

B. 3.4. Φτωχοί, άνεργοι, μετανάστες

Περίπου το 16 % του πληθυσμού της ΕΕ (79 εκατομμύρια άνθρωποι) διατρέχουν τον κίνδυνο της εισοδηματικής φτώχειας, ενώ στα παιδιά και τους ηλικιωμένους αυτό το ποσοστό είναι ακόμα υψηλότερο. Η φτώχεια έχει πολλαπλές αιτίες: ελλιπής στέγαση, ανεπαρκείς δεξιότητες, έλλειψη πραγματικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και σε άλλες ζωτικές υπηρεσίες, ανικανότητα πρόσβασης στην αγορά εργασίας –όλοι αυτοί οι παράγοντες, κυρίως σε συνδυασμό μεταξύ τους, μπορούν να στερήσουν από τους πολίτες τη δυνατότητα να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία.

Ποσοστό κινδύνου φτώχειας στην ΕΕ (% , 2007)



Πηγή: EU-SILC (2007): εισοδηματικό έτος 2006· πλην HB (εισοδηματικό έτος 2006) και Ιρλανδίας (μεταβλητή περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2005/06)· RO: National Household Budget Survey 2006. Λείπουν στοιχεία Βουλγαρίας.
NKM = Νέα κράτη μέλη.

Εδώ και αρκετά χρόνια, συγκεκριμένα από το 1989, η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μεγάλα μεταναστευτικά κινήματα τα οποία αναδομούν την κοινωνική γεωγραφία του κέντρου της Αθήνας. Πρόκειται για μετανάστες από χώρες όπως το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, το Μπαγκλαντές, το Ιράκ, το Κουρδιστάν, η Παλαιστίνη, το Σουδάν και η Σομαλία, από χώρες όπου η φτώχεια, οι πόλεμοι και η εξαθλίωση διαμορφώνουν συνθήκες αναγκαστικής φυγής. Ο ίδιος, με γραφειοκρατικά παράνομους και με εξαιρετικά βίαιους τρόπους διασχίζουν τα σύνορα και έρχονται στην Ελλάδα, είτε για να συνεχίσουν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είτε για να παραμείνουν στη χώρα μας.

Με βάση σχετική έρευνα του ΕΚΚΑ το έτος 2009 υπολογίζονται 21.216 Άστεγοι σε όλη την Ελλάδα από τους οποίους μόνοι οι 500 έχουν επιλέξει τη ζωή στο δρόμο. Με στοιχεία της ΜΚΟ «ΚΛΙΜΑΚΑ», προστίθενται 4 νέο-άστεγοι την ημέρα. Στη συνέχεια, παραθέτουμε τα αυξημένα αιτήματα στο Δήμο Αθηναίων κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011. Παρατηρήθηκαν δηλαδή, τα εξής:

- Η κοινωνική υπηρεσία του Κέντρου Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων λειτουργεί με μία μόνον υπάλληλο και 3 ή 4 πρώην συμβασιούχους που παρέμειναν ως εθελοντές.
- Όπως προκύπτει από το αρχείο της κοινωνικής υπηρεσίας του Κέντρου Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων, τον τελευταίο χρόνο (από Απρίλιο 2010 έως Απρίλιο 2011) παρατηρείται σταδιακή αύξηση του αριθμού

των ατόμων που απευθύνονται στις υπηρεσίες του προκειμένου να ενταχθούν σε κάποιο από τα προγράμμά του.

- ο Συγκεκριμένα, στο πρόγραμμα στέγασης παρατηρείται συνολική αύξηση κατά 25% των ανθρώπων που ζητούν στέγη, καθώς και των αναφορών, τηλεφωνικών και γραπτών, για ανθρώπους που διαβιούν στον δρόμο με πολλαπλά προβλήματα (Το πρόγραμμα στέγασης αφορά δύο ξενώνες που λειτουργούν σε ενοικιαζόμενα παλαιά ξενοδοχεία και εξυπηρετούν συνολικά 180 αστέγους).

- ο Αύξηση κατά 20 % παρατηρείται και στο πρόγραμμα σίτισης (Πρόκειται για τα συσσίτια που προσφέρονται στο Κέντρο Σίτισης επί της οδού Σοφοκλέους 70, περί τις 1.800 μερίδες ημερησίως).

- ο Οι ενδιαφερόμενοι για το πρόγραμμα του Κοινωνικού Παντοπωλείου έχουν αυξηθεί κατά 35% (Το Κοινωνικό Παντοπωλείο λειτουργεί στον χώρο του Κέντρου Σίτισης σε συνεργασία με τον όμιλο Carrefour. Τρόφιμα και άλλα είδη πρώτης ανάγκης διανέμονται δωρεάν σε άπορους Έλληνες και νόμιμους μετανάστες).

- ο Στην Αθηναϊκή Αγορά παρατηρείται αύξηση κατά 24,5% (Λειτουργεί στο αίθριο της Βαρβακείου Αγοράς και διαθέτει είδη ένδυσης και υπόδησης σε άπορους Έλληνες και νόμιμους μετανάστες).

- ο Στο πρόγραμμα του Κοινωνικού Φαρμακείου υπάρχει αύξηση 22% σε ό,τι αφορά τους δικαιούχους, αλλά και τους ανθρώπους που εξυπηρετούνται κατά περίπτωση -εκείνους, δηλαδή, που έχουν μεν βιβλιάριο Πρόνοιας, δεν μπορούν όμως να εξυπηρετηθούν από τα φαρμακεία των νοσοκομείων λόγω έλλειψης συγκεκριμένων φαρμάκων (λειτουργεί επίσης στο αίθριο της Βαρβακείου Αγοράς και διαθέτει φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα σε ανασφάλιστους).

Το πρόβλημα είναι επίσης οξύ για τους Μετανάστες που ζουν στην Αθήνα και την Ελλάδα γενικότερα. Συγκεκριμένα, για την κατηγορία των ατόμων που δεν έχουν γνώση Ελληνικών και έχουν πολλαπλές ανάγκες. Είναι πληθυσμός που δεν έχει πρόσβαση σε κανονικές υπηρεσίες. Τα 2/3 απαιτούν διερμηνέα για να κάνουν οποιαδήποτε κίνηση. Οι Υπηρεσίες δεν έχουν διαμεσολαβητές και κατά συνέπεια δεν μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες. Οι συνθήκες στις οποίες ζουν είναι και αυτές άσχημες. Καθώς παρατηρούνται φαινόμενα όπως «ύπνος με

βάρδιες» όπου χρεώνονται 2-4€ για 8 ώρες ενώ δεν υπάρχει καμία πολιτική ένταξής τους. Τα θέματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι άνθρωποι, βρίσκονται στις παρυφές της ψυχιατρικής διαταραχής. Είναι σημαντικό λοιπόν, να καταβάλλονται προσπάθειες, προκειμένου οι άνθρωποι που ήταν στο περιθώριο να αναπτύσσουν δεσμούς και σχέσεις με το κοινωνικό σώμα. Όσο διασπώνται αυτές οι σχέσεις, ωθούνται στην παρανομία.

Γ. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γ1. Παρακολούθηση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Γ.1.1 Πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας συστήματος παρακολούθησης

Η ανάπτυξη και η λειτουργία ενός συστήματος παρακολούθησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μέσω της συστηματοποίησης των διαδικασιών συγκέντρωσης και επεξεργασίας στοιχείων και δεδομένων, αποσκοπεί κατά πρώτον στην αποτύπωση μιας σαφούς συνολικής εικόνας της κατάστασης και κατά δεύτερον στην αποτύπωση των εξελίξεων σε μια συνεχή βάση. Πέραν τούτου, επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση και αποτύπωση των αναγκών για περαιτέρω παρεμβάσεις σε επίπεδο δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Απώτερος στόχος ενός τέτοιου συστήματος παρακολούθησης είναι να συμβάλλει καθοριστικά στην αποτελεσματική αξιοποίηση των εκάστοτε χρησιμοποιούμενων μέσων και των διαθέσιμων πόρων (υλικών και ανθρώπινων) και στη βελτιστοποίηση της επίπτωσης των εν λόγω παρεμβάσεων, ειδικότερα όσον αφορά στην αυτόνομη διαβίωση και στη δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης για τα άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα ακόμα, επιδιώκει να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων εφαρμογής των παρεμβάσεων ή των πιθανών αστοχιών του αρχικού προγραμματισμού, ώστε να είναι δυνατή στη συνέχεια η ανάληψη διορθωτικών ενεργειών με στόχο τη «μεγιστοποίηση» της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Προκειμένου να αξιολογηθεί επαρκώς ένα σύστημα Ψυχικής Υγείας και Φροντίδας, και ιδιαίτερα η εφαρμογή και επίδραση των διαφόρων· έργων/προγραμμάτων που υλοποιούνται, είναι αναγκαίο να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και στοιχεία όσον αφορά τις γεωγραφικές περιοχές, τον πληθυσμό των ασθενών και τη χρήση των διαφορετικών επί μέρους Τμημάτων του εν λόγω συστήματος. Ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι η συγκέντρωση σε μία κεντρική μονάδα όλων των διαθέσιμων στοιχείων και πληροφοριών από όλες τις ψυχιατρικές μονάδες και η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων.

Για το σκοπό αυτό, κρίνεται σκόπιμο να δημιουργηθούν τέσσερις κατηγορίες δεικτών, οι οποίοι θεωρούνται κατάλληλοι τόσο για την παρακολούθηση της πορείας, όσο και για την αποτίμηση των αποτελεσμάτων και των επιπτώσεων εφαρμογής των διαφόρων παρεμβάσεων στον εν λόγω τομέα. Οι δείκτες αυτοί έχουν ως εξής:

- Δείκτες υπάρχουσας κατάστασης: Πρόκειται για στατικούς δείκτες που εκφράζουν την δυναμικότητα/ ικανότητα των υφισταμένων δομών/ υπηρεσιών ψυχικής υγείας και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Δείκτες εισροών/ διαδικασιών: Πρόκειται για δυναμικούς δείκτες που εκφράζουν τις προσπάθειες που καταβάλλονται και τις διαδικασίες που συντελούνται κατά χρονικά διαστήματα και γενικότερα τις κάθε είδους εισροές.
- Δείκτες εκροών/ αποτελεσμάτων: Πρόκειται για ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες που αποσκοπούν στο να εξακριβωθούν οι εκροές και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των διαφόρων παρεμβάσεων κοινωνικής ενσωμάτωσης.
- Δείκτες επιπτώσεων: πρόκειται για ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες που αποσκοπούν στην αποτίμηση των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων των παρεμβάσεων, ειδικότερα όσον αφορά το βαθμό κάλυψης των ατόμων της ομάδας στόχου και τις αλλαγές που έχουν επέλθει στην κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση.

Γ.1.2 Διερεύνηση αναγκών

Η διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο προγραμματισμού των ψυχικών υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα και κατά συνέπεια, πρέπει να αποτελεί τη βάση οικοδόμησης ενός σύγχρονου συστήματος ψυχικής υγείας.

1. Στο περιφερειακό επίπεδο, αφορά στους πόρους (οικονομικούς και ανθρώπινους) που διατίθενται για την ψυχική υγεία και στην κατανομή τους στα στοιχεία που απαρτίζουν το σύστημα, δηλαδή στη διερεύνηση της χρήσης των πόρων που διατίθενται σχετικά με τις ανάγκες που έχουν ήδη διαπιστωθεί, όπως και στο ποσοστό κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού

της περιφέρειας από τους Το.Ψ.Υ. Η διαπίστωση μη καλυπτόμενων αναγκών, μπορεί να οδηγήσει σε ανακατανομή των πόρων στην περιφέρεια ή σε αιτήματα για επιπλέον πόρους ή για άλλες παρεμβάσεις (νέες οδηγίες ή πολιτικές, νέα στρατηγική σχεδιασμού υπηρεσιών, προγραμματισμός της εκπαίδευσης, κατάρτιση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και οδηγιών) οι οποίες πρέπει να ελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (συνήθως ανά έτος). Σημαντικό πρόβλημα στη χώρα μας αποτελεί η έλλειψη ξεχωριστού συστήματος κατανομής των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων σε διάφορους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Για τη συγκεκριμένη πρόταση κρίνεται ότι θα ήταν αναγκαίο, σε πειραματικό επίπεδο, να δοκιμαστεί η λειτουργία και η απόδοση ενός ξεχωριστού συστήματος κατανομής των οικονομικών και των ανθρώπινων πόρων για το σύστημα ψυχικής υγείας.

2. Στο τοπικό επίπεδο, αφορά στην κάλυψη των αναγκών που διαπιστώνονται στον πληθυσμό του Το.Ψ.Υ., μέσω επιδημιολογικών μελετών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες (πληθυσμός των χρηστών υπηρεσιών, ειδικές πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας) σε σχέση με τους πόρους και την κατανομή τους σε τοπικό επίπεδο, σχετίζεται δε με τη χρήση τους και την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των Μο.Ψ.Υ. και του προσωπικού τους με τους δεδομένους πόρους. Διορθωτικές παρεμβάσεις επιχειρούνται όταν το σύστημα δεν είναι δυνατό να καλύψει τις ανάγκες που έχουν ήδη διαπιστωθεί, ή υπάρχει υπερκάλυψη αναγκών (σχεδιασμός και προγραμματισμός νέων μονάδων, επιπλέον προσωπικό, ανακατανομή των μονάδων και του προσωπικού τους, έλεγχος της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, συνεργασία μεταξύ των μονάδων και με άλλες υπηρεσίες και φορείς, εκπαίδευση σε νέα αντικείμενα, καινοτόμες δράσεις και παρεμβάσεις). Κάθε νέα παρέμβαση και διόρθωση του συστήματος πρέπει να αποτελεί με τη σειρά της αντικείμενο αξιολόγησης, προκειμένου να διαπιστώνονται η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά της. Τακτική αξιολόγηση του επιπέδου κάλυψης αναγκών σε τοπικό επίπεδο, πρέπει να διενεργείται ανά έτος.
3. Στο επίπεδο των μονάδων ψυχικής υγείας, αφορά στην εκτίμηση και το βαθμό κάλυψης των ατομικών αναγκών και αιτημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους. Η διαπίστωση μη καλυπτομένων ή υπερκαλυπτομένων αναγκών πρέπει να οδηγήσει σε διορθωτικές παρεμβάσεις (αιτήματα για επιπλέον προσωπικό, εκπαίδευση σε νέες παρεμβάσεις, μεταβολές των

θεραπευτικών παρεμβάσεων), οι οποίες και πάλι πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους. Και εδώ, η ετήσια αξιολόγηση είναι αναγκαία.

Γ.1.3 Καθιέρωση δεικτών και κριτηρίων εκβάσεων

Γιατί η μέτρηση της έκβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι τόσο επιτακτική σήμερα; Μια προσπάθεια για απάντηση δίνεται στο επόμενο τμήμα της πρότασης. Αρχικά είναι σκόπιμο να ορίσουμε και να διασαφηνίσουμε τις έννοιες της δραστηριότητας (efficacy), αποτελεσματικότητας (effectiveness) και αποδοτικότητας (efficiency) για τα οποία είναι απαραίτητη η καθιέρωση των δεικτών εκβάσεων.

Η δραστηριότητα αποτελεί ένα μέτρο της ωφέλειας (benefit) που προκύπτει από μια παρέμβαση σε συνθήκες ιδανικής κλινικής φροντίδας (π.χ. σε μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη - randomized controlled trial), για ένα συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό.

Μια παρέμβαση, ωστόσο, μπορεί να είναι δραστηριότητα κάτω από ιδανικές ερευνητικές συνθήκες αλλά όχι και αποτελεσματική κάτω από πραγματικές συνθήκες. Η έννοια της αποτελεσματικότητας αναφέρεται στην ωφέλεια που προκύπτει από μια παρέμβαση σε συνθήκες συνήθους κλινικής φροντίδας, για ένα συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό. Η αποτελεσματικότητα είναι όρος ευρύτερος, αφού περιλαμβάνει τόσο την δραστηριότητα μιας παρέμβασης όσο και την αποδοχή της από εκείνους στους οποίους προσφέρεται ή εφαρμόζεται.

Η αποδοτικότητα προσθέτει στην έννοια της αποτελεσματικότητας την ιδέα του κόστους σε σχέση με το όφελος. Απαντά στο ερώτημα: είναι μια υπηρεσία αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος της, ή το όφελος που παράγει είναι «ακριβό» και άρα παρατηρείται απώλεια πόρων, που τους στερούνται άλλες υπηρεσίες του συστήματος για τις οποίες υπάρχει ανάγκη;

Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ορίσουμε τι ακριβώς σημαίνει έκβαση στην ψυχική υγεία, διότι ο όρος τείνει να χρησιμοποιείται με αρκετή ασάφεια, ιδιαίτερα, όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το πρώτο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να διευκρινισθεί είναι ότι ο όρος χρησιμοποιείται πιο σωστά στον πληθυντικό παρά στον ενικό: μιλάμε δηλαδή για εκβάσεις (outcomes) και όχι γενικά για έκβαση (outcome). Διαφορετικά είδη εκβάσεων μπορεί να είναι η μεταβολή των κλινικών συμπτωμάτων ενός ασθενή όπως αυτά εκτιμούνται με μια κλίμακα, το ποσοστό των ασθενών που επανεισάγεται σε μια κλινική, το ποσοστό των ασθενών που συνεχίζει μια

ψυχοθεραπεία, ή η ικανοποίηση των φροντιστών ασθενών με σχιζοφρένεια, αυτισμό κ.λπ. Είναι λοιπόν σημαντικό να χρησιμοποιούμε τον όρο στον πληθυντικό ακριβώς για να υποδηλώνουμε ότι το αποτέλεσμα μιας υπηρεσίας μπορεί να εκτιμηθεί ή να μετρηθεί από πολλές οπτικές γωνίες.

Μια χρήσιμη διάκριση των εκβάσεων είναι η ακόλουθη:

α) Κλινικές Εκβάσεις: εκβάσεις που σχετίζονται με τα κλινικά χαρακτηριστικά των χρηστών μιας υπηρεσίας υγείας.

Η μέτρηση των κλινικών εκβάσεων πρέπει να βασίζεται σε κάποιες αρχές οι κυριότερες από τις οποίες δίνονται παρακάτω:

<i>Τι μετράται</i>	
Αρχή 1:	Ακριβής καθορισμός των στόχων της υπηρεσίας. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει μόνο τα κλινικά εκείνα χαρακτηριστικά που είναι σχετικά προς τους στόχους αυτούς
Αρχή 2:	Καθορισμός των αναγκών και των ενδιαφερόντων των χρηστών της υπηρεσίας. Η εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε τα χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν και τους χρήστες (π.χ. όχι μόνο αξιολόγηση κλινικών χαρακτηριστικών που ενδιαφέρουν τους κλινικούς αλλά και θέματα όπως η ποιότητα ζωής ή η λειτουργικότητα)
Αρχή 3:	Μέτρηση μόνο εκείνων των εκβάσεων που θεωρούνται δυνατό να μετρηθούν από πρακτική άποψη. Μέτρα που απαιτούν υπερβολικούς πόρους ή υπερβολική εξειδίκευση είναι καταδικασμένα να αποτύχουν
<i>Πώς μετράται</i>	
Αρχή 4:	Χρησιμοποίηση υπαρχόντων κλιμάκων με τις οποίες να υπάρχει εξοικείωση. Η δημιουργία νέων κλιμάκων είναι πιο χρονοβόρα και κοστίζει περισσότερο
Αρχή 5:	Καθορισμός των ατόμων που θα χορηγήσουν τις κλίμακες (Π.χ. θεραπευτές, ερευνητές, διοικητικό προσωπικό, αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια;)
Αρχή 6:	Τα μέτρα πρέπει να είναι αξιόπιστα και έγκυρα
<i>Πότε μετράται</i>	
Αρχή 7:	Η μέτρηση πρέπει πάντα να αρχίζει όσο πιο γρήγορα γίνεται σε σχέση με την αρχική επαφή
Αρχή 8:	Η μέτρηση πρέπει να γίνεται σε προκαθορισμένα διαστήματα ιδιαίτερα όταν δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί η λήξη της θεραπείας

β) Διοικητικές Εκβάσεις: εκβάσεις που σχετίζονται με την χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, αριθμός ραντεβού ανά ασθενή και ανά επεισόδιο, ταυτόχρονη χρήση άλλων υπηρεσιών, κόστος, κ.λπ.).

γ) Ικανοποίηση χρηστών: Εκβάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών μιας υπηρεσίας. Ειδικοί δείκτες (ερωτηματολόγια) που σχετίζονται με το είδος της υπηρεσίας όπου καταγράφονται στοιχεία για την τεχνική ποιότητα της υπηρεσίας, την επάρκεια των θεραπειών, τη διαπροσωπική ποιότητα (διαπροσωπικές ικανότητες του προσωπικού), την πρόσβαση στην υπηρεσία, τη δυνατότητα επιλογής και διαθεσιμότητας εναλλακτικών επιλογών στην θεραπεία, τη διάρκεια της θεραπείας και τέλος την ωφέλεια του ασθενή, δηλαδή πόσο πιστεύει ο χρήστης ότι ωφελήθηκε τελικά από την παρέμβαση της υπηρεσίας.

Η μεθοδολογία της μέτρησης των εκβάσεων είναι αρκετά περίπλοκη και απαιτεί μεγάλου βαθμού επιδημιολογική και στατιστική εξειδίκευση.

Από τα προηγούμενα έχει ήδη γίνει κατανοητή η χρησιμότητα των εκβάσεων στην διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η επικέντρωση στις εκβάσεις προσφέρει στην υπηρεσία την απαραίτητη επανατροφοδότηση, έτσι ώστε ποιοτικές αποκλίσεις να γίνονται αντιληπτές και να διορθώνονται - τροποποιούνται. Όσον αφορά στη συγκεκριμένη πρόταση, η καθιέρωση σταθερών δεικτών έκβασης είναι απαραίτητη, εφόσον μέσω αυτής επιτελείται η θέσπιση κριτηρίων με βάση τα οποία κρίνεται το αποτέλεσμα της λειτουργίας του συστήματος. Η θέσπιση απλών δεικτών, όπως βελτίωση, επιδείνωση, σταθερότητα, δεν επαρκεί, εφόσον αυτοί εμπεριέχουν υποκειμενικά στοιχεία από τη μεριά του θεραπευτή και του ασθενούς και μεταδίδουν πολύ λίγες πληροφορίες, επιπλέον δε δεν περιέχουν χρηστικούς ορισμούς που εξασφαλίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Κατά συνέπεια, η υιοθέτηση ή η δημιουργία δεικτών με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία στην αλλαγή) αποτελεί αναγκαία επένδυση που συμβάλλει στην μελέτη της απόδοσης του συστήματος ψυχικής υγείας. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί, ότι η επιλογή των δεικτών πρέπει να γίνεται ανάλογα με τον στόχο της κάθε Μο.Ψ.Υ. και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα από τη λειτουργία της. Με τη λογική αυτή, είναι αφενός επιθυμητή αφενός μεν η καθιέρωση ενιαίων δεικτών έκβασης γενικού τύπου (generic) για όλες τις Μο.Ψ.Υ., αλλά και ειδικών για κάθε υπηρεσία (service specific) δεικτών ανάλογα με την υπηρεσία. Έτσι, αν για παράδειγμα επιδιώκεται από μια υπηρεσία μερικής νοσηλείας (ή ημερήσιας νοσηλείας) η μείωση των εισαγωγών για εσωτερική νοσηλεία, η μείωση της συχνότητας των εισαγωγών μπορεί να αποτελέσει επιπλέον δείκτη έκβασης για την συγκεκριμένη υπηρεσία.

1. Στο επίπεδο του Π.Σ.Ψ.Υ., η παρακολούθηση δεικτών που υποδεικνύουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας, όπως οι δείκτες κοινωνικής στέρησης (π.χ. δείκτης Jarman), το επίπεδο ανεργίας, η συχνότητα παραβατικής συμπεριφοράς και έλλειψης οικογένειας και στέγης σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, η συχνότητα αυτοκτονιών ή αποπειρών αυτοκτονίας, αλλά και τα συνολικά στοιχεία από την έκβαση σε τοπικό επίπεδο και των διαχρονικών και διατοπικών μεταβολών τους, είναι χρήσιμοι ως δείκτες έκβασης, που υποδεικνύουν την απόδοση του συστήματος ψυχικής υγείας ως συνόλου σε σχέση με τα αναμενόμενα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στον γενικό πληθυσμό.
2. Παρόμοιοι δείκτες, αλλά αναφερόμενοι σε τοπικό επίπεδο, είναι σημαντικοί και στο επίπεδο των Το.Ψ.Υ. Στο επίπεδο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικά τα αθροιστικά στοιχεία που συλλέγονται από τις υπηρεσίες του συστήματος (διαγνωστική κατανομή των χρηστών των υπηρεσιών, ψυχοπαθολογία και λειτουργικότητα/ ποιότητα ζωής των ασθενών, συχνότητα αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονιών σε ασθενείς με ψυχικές ή σωματικές διαταραχές, κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, ικανοποίηση από την φροντίδα, συχνότητα εισαγωγών, συχνότητα ακουσίων εισαγωγών, συχνότητα υποτροπών, διάρκεια παραμονής ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές στην κοινότητα με αποφυγή της νοσηλείας τους, κλπ).
3. Απαραίτητη είναι η καθιέρωση δεικτών έκβασης και στο επίπεδο των Μο.Ψ.Υ, για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και των επιχειρούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Είναι σημαντικό οι δείκτες να είναι αξιόπιστοι και έγκυροι, με ευαισθησία στις μεταβολές της κατάστασης των ασθενών. Οι συνήθεις δείκτες αφορούν τη διάγνωση, τη συμπτωματολογία, τη λειτουργικότητα/ ανικανότητα των ασθενών, την ποιότητα ζωής, την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, την ικανοποίηση από την φροντίδα, την επιβάρυνση των συγγενών/ φροντιστών, κλπ. Σημαντική είναι επίσης η ύπαρξη δεικτών που αφορούν στη λειτουργία της υπηρεσίας και στο προσωπικό της (ικανοποίηση προσωπικού, τήρηση διαδικασιών, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική αποθάρρυνση, κλπ) και στην απόδοσή της όσον αφορά στον σκοπό λειτουργίας της, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω.

Η καθιέρωση προτύπων (δεικτών) έκβασης και η τακτική συλλογή των στοιχείων που απαιτούνται, προϋποθέτουν την αλλαγή της «κουλτούρας εργασίας» όλων των

φορέων που εμπλέκονται στην ψυχική υγεία και του προσωπικού τους, με την έννοια της συνειδητοποίησης της ανάγκης και της υποχρέωσης τήρησης στοιχείων και αρχείων και της χρήσης ταξινομήσεων, χρηστικών ορισμών και ψυχομετρικών εργαλείων. Οι δυνατότητες που παρέχουν τα σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα στην καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων, κάνουν ευκολότερη αυτή τη διαδικασία, όπως και στην ταχύτητα ανάλυσης και χρήσης των αποτελεσμάτων, ενώ η επένδυση του συστήματος σε αυτόν τον τομέα είναι ιδιαίτερα σημαντική με ευεργετικά αποτελέσματα στη λειτουργία του.

Εν τούτοις, η εισαγωγή παρόμοιων καινοτομιών δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι θα γίνει άμεσα αποδεκτή από το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντικές αλλαγές όπως αυτές που προτείνονται, αναμένεται να προκαλέσουν όχι μόνο ευμενή σχόλια και σύντομη προσαρμογή του προσωπικού, αλλά και αντιδράσεις και δυσκολίες στην εισαγωγή και καθιέρωσή τους.

Γ.1.4 Εθνικές Πολιτικές & Σύστημα Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Υπάρχει μεγάλη υστέρηση στην καταγραφή και παρακολούθηση της λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Η παρακολούθηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ελλειμματική λόγω της απουσίας συστήματος συλλογής πληροφοριών (πληροφοριακή υποδομή, βάση δεδομένων, δείκτες, κατάρτιση προσωπικού κλπ.). Οι πρωτοβουλίες στο χώρο αυτό διακρίνονται από ασυνέχεια και απουσία διασύνδεσης και διάχυσης των πληροφοριών. Ενδεικτικά, οι σχετικές πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν την ανάπτυξη βάσης δεδομένων από τον υποστηρικτικό μηχανισμό του άξονα 2 του ΕΠ Υγεία-Πρόνοια (ΜΥΠ), τη βάση δεδομένων της Διαχειριστικής Αρχής και την Απογραφή των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (2006-2007). Η συγκρότηση συστήματος συλλογής πληροφοριών απαιτεί την ανάπτυξη ενός διακριτού μηχανισμού- Παρατηρητηρίου με στόχο τη συλλογή και την ενιαία διαχείριση των επιδημιολογικών και στατιστικών πληροφοριών. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η διασύνδεση των δεδομένων αυτών με τον Υγειονομικό Χάρτη ώστε να υπάρχει πληροφόρηση του κοινού και η υιοθέτηση των δεικτών ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν οι διεθνείς οργανισμοί (Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΟΗΕ, ΟΟΣΑ κλπ.).

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ και της υλοποίησης του Συμφώνου Spidla είναι σε εξέλιξη η ανάπτυξη Συστήματος Παρακολούθησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (εκκίνηση έργου: Ιανουάριος 2011).

Στο έργο προβλέπεται

- Η διασφάλιση της διαλειτουργικότητας του Υγειονομικού Χάρτη(ΥΧ) και του Χάρτη Ψυχικής Υγείας
- Ο προσδιορισμός και η συγκέντρωση των ελάχιστων δεδομένων και δεικτών του Χάρτη Ψυχικής Υγείας.
- Η Επικαιροποίηση του Χάρτη Ψυχικής Υγείας-
- Ο προσδιορισμός διευρυμένου ερωτηματολογίου και αποστολή σε επιλεγμένο δείγμα φορέων-αναμένεται να ολοκληρωθεί τέλος Μαρτίου

Στο πλαίσιο του έργου έχει αναπτυχθεί βάση δεδομένων όπου καταχωρούνται τα δεδομένα που έχουν αποσταλεί από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Παρατηρείται δυστοκία ως προς την ανταπόκριση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (71% των δομών έχει αποστείλει στοιχεία). Παράλληλα, είναι στο στάδιο της επεξεργασίας η ανάπτυξη δεικτών ώστε να καταστεί δυνατή η παρακολούθηση της λειτουργίας των

Μονάδων Ψυχικής Υγείας και η βελτίωση της επικαιροποίησης του σχεδιασμού του προγράμματος Ψυχαργώς Γ.

Γ.1.5 Καθορισμός διαδικασιών στην ψυχική υγεία

Η καθιέρωση σαφών διαδικασιών στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλα τα επίπεδα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να υπάρξει σταθερό πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και κρίνεται η λειτουργία, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος (αξιολόγηση).

1. **Στο περιφερειακό επίπεδο**, είναι η αναγκαία η μελέτη δεικτών απόδοσης του συστήματος (π.χ. συχνότητα εισαγωγών, συχνότητα εισαγωγών νέων περιπτώσεων, συχνότητα εισαγωγών ανά κατηγορία διαταραχών, ποσοστό κατάληψης κλινών επί του συνόλου των παρεχομένων, συχνότητα ακούσιων νοσηλειών, χρήση υπηρεσιών σε διαφορετικούς Το.Ψ.Υ., κλπ), η καθιέρωση διαγνωστικών ταξινομήσεων και κλινικών οδηγιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, όπως και των προτύπων ελάχιστης φροντίδας (minimum standards of care).
2. **Στο επίπεδο των Το.Ψ.Υ.**, οι διαδικασίες περιλαμβάνουν την παρακολούθηση (monitoring) των λειτουργιών των Μο.Ψ.Υ. (όγκος επαφών και χρήσης των υπηρεσιών, τρόπος χρήσης των υπηρεσιών, τρόπος και διαδικασίες παροχής φροντίδας), τον κλινικό έλεγχο των ιστορικών (clinical audit), τη μελέτη των οδών παροχής φροντίδας (pathways to care) στους χρήστες των μονάδων και της ΠΦΥ, την παρακολούθηση της συνέχειας της φροντίδας (ποσοστό διαφυγών και εγκατάλειψης της φροντίδας) και την παρακολούθηση της φροντίδας ειδικών ομάδων (ασθενείς με ψυχώσεις, ασθενείς τρίτης ηλικίας, ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, ομάδες με ειδικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλπ). Μεγάλη σημασία έχει η καθιέρωση της παρακολούθησης των επιδημιολογικών δεικτών σε τοπικό επίπεδο, εφόσον αυτοί παρέχουν σημαντικά στοιχεία για τη λειτουργία του συστήματος και επιτρέπουν τη διεξαγωγή διαχρονικών και διατοπικών συγκρίσεων.
3. **Στο επίπεδο των Μο.Ψ.Υ.**, αναγκαία θεωρείται η καθιέρωση δεικτών διαδικασίας που αφορούν την παροχή των θεραπευτικών μεθόδων (υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας των θεραπειών από τους ασθενείς, καθιέρωση προτύπων διαδικασίας της ποιότητας των σχέσεων ασθενούς-ιατρού/ θεραπευτή, του θεραπευτικού περιβάλλοντος (setting), της

ευχέρειας στην πρόσβαση, της ποιότητας και ποσότητας των παρεχομένων πληροφοριών στον ασθενή και την οικογένεια, κλπ), τη συνεργασία με τις άλλες ψυχιατρικές μονάδες και άλλες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και πρόνοιας, τη συχνότητα των θεραπευτικών επαφών και συναντήσεων και πρότυπα ατομικής παροχής φροντίδας (ατομικό θεραπευτικό σχέδιο του ασθενούς). Λεπτομερέστερη συζήτηση γίνεται παρακάτω για την καθιέρωση δεικτών εκβάσεων των υπηρεσιών του συστήματος.

Γ.1.6 Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος

Σημαντικό πρόβλημα στην παρακολούθηση της λειτουργίας και την αξιολόγηση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, αποτελεί αφ' ενός μεν η έλλειψη τήρησης στοιχείων, αφ' ετέρου δε, η απουσία ενιαίου ψυχιατρικού φακέλου και κωδικοποίησης των τηρουμένων στοιχείων. Αυτό συμβαίνει παρά τις σημαντικές προόδους της πληροφορικής της τελευταίας 25ετίας, η οποία παρέχει τις δυνατότητες τήρησης μεγάλου όγκου στοιχείων, όπως και των διεθνών κωδικοποιήσεων των διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων που υφίστανται. Σε άλλες χώρες του δυτικού κόσμου, η ύπαρξη επίσημων κωδικοποιήσεων, η τήρηση στοιχείων με βάση αυτές και ηλεκτρονικού ψυχιατρικού φακέλου, είναι πραγματικότητα εδώ και αρκετά χρόνια.

Η ορθή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας, η αξιολόγησή του και ο σχεδιασμός του, εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη συλλογή και αξιοποίηση των καταλλήλων πληροφοριών. Επιπλέον, η κλινική εργασία υποβοηθείται σημαντικά από τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και την παρακολούθηση της πορείας του προβλήματός του. Στο πλαίσιο της ανάπτυξης των υπηρεσιών, πρέπει να καταρτιστεί σχέδιο για τη δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς για τους ασθενείς των ψυχιατρικών υπηρεσιών που θα περιλαμβάνει και κωδικοποιημένο ψυχιατρικό ιστορικό. Αυτός θα πρέπει να περιλαμβάνει το ελάχιστο «πακέτο» δεδομένων (minimum data set) το οποίο θα χρησιμοποιείται υποχρεωτικά για την καταγραφή κάθε επαφής με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την παρακολούθηση των ασθενών.

Η παρούσα δράση μπορεί να υλοποιηθεί στο πλαίσιο του ΕΠ «Κοινωνία της Πληροφορίας» και την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση του ΕΣΠΑ, το οποίο προβλέπει τη δυνατότητα κατάθεσης προτάσεων για εφαρμογές της πληροφορικής στην ψυχική υγεία. Κρίνεται ότι η κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων είναι αναγκαία.

Γ2. Αξιολόγηση Ποιότητας

Γ.2.1 Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance)

Ο Donabedian (1990), ένας οικονομολόγος της υγείας που έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αντιλαμβάνεται την ποιότητα «ως συστατικό μιας καθορισμένης μονάδας παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και ως μια αξιολογική κρίση επί της παροχής αυτής φροντίδας, η οποία μπορεί να διακριθεί σε δυο είδη, τεχνική και διαπροσωπική». Με τον όρο τεχνική ποιότητα, ο Donabedian αναφέρεται στην εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στο να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη στην υγεία. Η διαπροσωπική συνιστώσα αφορά τους ρόλους και τις λειτουργίες των ατόμων που συμμετέχουν στην διαδικασία φροντίδας. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, μια χρήσιμη διάκριση των συστατικών στοιχείων του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η ακόλουθη:

- α) τα **δομικά** στοιχεία του συστήματος, που αναφέρονται σε εκείνα τα στοιχεία του συστήματος υγείας που σε γενικές γραμμές παραμένουν σταθερά και δεν μεταβάλλονται δυναμικά ,
- β) οι **διαδικασίες** λειτουργίας του συστήματος (processes), που αφορούν ενέργειες και δράσεις με δυναμικό - μεταβαλλόμενο χαρακτήρα και
- γ) η **έκβαση** (outcome), το τελικό δηλαδή αποτέλεσμα των ενεργειών που έγιναν προηγουμένως.

Από τα ανωτέρω συνάγεται, ότι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, προϋποθέτει αφενός μεν τη δημιουργία προτύπων και δεικτών έκβασης, αφετέρου δε την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της τήρησής τους από τη μεριά των υπηρεσιών, τη βελτίωση των συνθηκών και την αποφυγή των ανεπιθύμητων περιστατικών που είναι δυνατό να συμβούν. Η θέσπιση αυτών των κριτηρίων γίνεται συνήθως σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, ενώ η παρακολούθηση της λειτουργίας των υπηρεσιών και της προσαρμογής τους στα πρότυπα, σε τοπικό

επίπεδο. Υπάρχουν σήμερα αρκετές προσπάθειες και εφαρμογές προτύπων διασφάλισης της ποιότητας στην ψυχική υγεία (ΠΟΥ, εθνικά πρότυπα) που χρησιμοποιούνται σε αρκετές χώρες.

Στη χώρα μας παρά την επέκταση του δικτύου των μονάδων ψυχικής υγείας παρατηρείται υστέρηση σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση τους. Το πλέον έγκυρο εγχείρημα αξιολόγησης των ΜΨΑ περιλαμβάνεται στην έκθεση που υπέβαλε ομάδα ξένων εμπειρογνομόνων με θέμα την αξιολόγηση της ποιότητας των ΜΨΑ που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος Α΄ Ψυχαργώς. Από ένα δείγμα 27 δομών που έτυχαν αξιολόγησης, οι 10 παρουσίαζαν ιδρυματικά χαρακτηριστικά όπως απουσία ατομικών προγραμμάτων, εσωστρέφεια, αποκοπή από την κοινότητα, μη προαγωγή της αυτονομίας των ενοίκων, ιατρικό συγκεντρωτισμό κλπ. (Grove et al, 2002).

Για την αντιμετώπιση του ελλείμματος αξιολόγησης αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Β Ψυχαργώς, ένα εργαλείο για την ποιοτική αξιολόγηση των Μ.Ψ.Α. Το εργαλείο αυτό ονομάζεται «Εγχειρίδιο Διασφάλισης-Βελτίωσης της Ποιότητας» και πρόκειται για την προσαρμογή ενός αντίστοιχου εργαλείου του ΠΟΥ με τίτλο “Quality Assurance in mental health” (WHO, 1994). Η διαδικασία ανάπτυξης του Οδηγού έχει συμπεριλάβει διαβούλευση με ένα ευρύ φάσμα εμπλεκόμενων φορέων, ενσωμάτωση των παρατηρήσεων που αυτοί υπέβαλαν, πιλοτική εφαρμογή στην Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και έγκριση από την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του ΚΕΣΥ (ΜΥΠ, 2007).

Επίσης, συγκροτήθηκε η Επιτροπή Αξιολόγησης της Ποιότητας (προβλεπόμενη από το άρθρο 15 της Υ5Β/οικ. 1962 Απόφαση), η οποία είναι δευτεροβάθμιο όργανο για την αξιολόγηση και θα αξιοποιήσει το σχετικό εγχειρίδιο και τα λοιπά τα υπό εκπόνηση εργαλεία (Πρότυπα λειτουργίας) που αναφέρονται παρακάτω.

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ είναι σε εξέλιξη οι ακόλουθες δράσεις:

1. Ανάπτυξη Προτύπων λειτουργίας και δεικτών αποτελεσματικότητας

Σχετικές επιμέρους δράσεις είναι:

Α. Η εκπόνηση και επεξεργασία των προτύπων σε συνεργασία με ερευνητικό ινστιτούτο (ΕΠΙΨΥ) και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Πρόκειται για επέκταση και ολοκλήρωση της προαναφερθείσας δράσης και αναφέρεται στην ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας για όλο το φάσμα των δομών ψυχικής υγείας.

Β. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των ΝΠΙΔ και των ΝΠΔΔ φορέων στην εφαρμογή των προτύπων.

Επιπρόσθετα, προτείνεται σε περιφερειακό επίπεδο η μελέτη των υπαρχόντων προτύπων και δεικτών έκβασης και η προσαρμογή τους για χρήση στις τοπικές συνθήκες μέσω διαδικασιών ποιοτικής έρευνας (key-informant interviews, focus groups, κλπ) και η πειραματική εφαρμογή τους στις υπηρεσίες της περιφέρειας. Τα πρότυπα αυτά θα είναι χρήσιμα για εθνική εφαρμογή στο μέλλον, ή για εφαρμογή και σε μονάδες ψυχικής υγείας άλλων περιοχών. Φυσικά, η μη εξοικείωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα στη χρήση παρόμοιων προτύπων και δεικτών, είναι δυνατό να προκαλέσει ερωτήματα και αντιδράσεις σε τοπικό επίπεδο και επίπεδο Μο.Ψ.Υ. (αντιδράσεις στην ιδέα του ελέγχου της ποιότητας, φόβος προσωποποίησης του ελέγχου, κλπ), αλλά θεωρείται ότι εάν της εφαρμογής τους προηγηθεί η κατάλληλη ενημέρωση και προβολή της χρησιμότητάς τους δεν πρόκειται να δημιουργηθούν σημαντικά προβλήματα. Τα πρότυπα που θα θεσπισθούν, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη, να αποτυπώνονται και να περιέχονται στον υπό κατάρτιση εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας κάθε υπηρεσίας (Μο.Ψ.Υ. και Μο.Ψ.Υ./Μ.Κ.Ο.).

Γ.2.2 Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών

Οι σύγχρονες τάσεις προς την κατεύθυνση της τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine) έχουν καταστήσει αναγκαία τη δημιουργία προτύπων θεραπειών, ή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που βασίζονται στην ισχύ των ενδείξεων για την αποτελεσματικότητά τους, με βάση την υποβολή τους σε ερευνητικές δοκιμασίες, όπως οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Randomized Controlled Trials). Με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών και την ισχύ των υπαρχουσών ενδείξεων, έχουν καταρτιστεί κλινικές οδηγίες και θεραπευτικοί αλγόριθμοι, με βάση τους οποίους ο κλινικός/ θεραπευτής μπορεί να καθοδηγείται στην επιλογή του. Τα κριτήρια αυτά δεν είναι υποχρεωτικά και αφήνουν περιθώρια επιλογής στον κλινικό με βάση την εμπειρία του. Η ανάγκη για προσφορά των αποτελεσματικότερων θεραπειών στην ψυχική υγεία, καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή παρόμοιων διαδικασιών και στα συστήματα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Σήμερα υφίστανται παρόμοιες οδηγίες από εθνικές ψυχιατρικές εταιρίες και διεθνείς οργανισμούς (της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, του ΠΟΥ, του Νοσοκομείου Maudsley, του National Institute of Clinical Excellence της Μ. Βρετανίας, της Αυστραλιανής Ψυχιατρικής Εταιρίας, κ.λπ.). Κατά συνέπεια, στόχος δεν είναι η δημιουργία νέων οδηγιών και

πρωτοκόλλων ex novo, αλλά η σύνθεση των ήδη υπαρχόντων και η δημιουργία Εθνικών Οδηγιών και Πρωτοκόλλων προσαρμοσμένων στην Ελληνική πραγματικότητα, όπως και η διάδοσή τους, μετά διαβούλευση με τους θεσμικούς φορείς (π.χ. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία), αλλά και η δημιουργία εκπαιδευτικού πακέτου για την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αποτελεί φαινόμενο ανεπαρκούς παρακολούθησης των διεθνών εξελίξεων και ενεργού προσαρμογής σε αυτές, το γεγονός ότι στη χώρα μας δεν έχει έως σήμερα επιχειρηθεί παρόμοια προσπάθεια.

Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ είναι σε εξέλιξη οι ακόλουθες δράσεις:

- A. Η εκπόνηση και επεξεργασία των πρωτοκόλλων θεραπευτικών πράξεων σε συνεργασία με ακαδημαϊκό φορέα (Έδρα της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)
- B. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δημόσιου και μη κερδοσκοπικού τομέα φορέων στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων

Δ. Προαγωγή & Πρόληψη Ψυχικής Υγείας

Δ.1.1 Εισαγωγή

Αναφορικά με τις δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας, δεν υπήρξε σχετικός προγραμματισμός για την ανάπτυξη τους. Στην πράξη οι εθνικές πολιτικές υγείας προέταξαν την ανάγκη ανάπτυξης επαρκούς δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εξαίρεση αποτέλεσαν ενδεικτικά οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος, η εκπόνηση σχεδιασμού για την πρόληψη της κατάθλιψης και οι δράσεις πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον²³.

Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει διατομεακά προγράμματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς “υψηλού κινδύνου”, δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας, κινητοποίησης εθελοντών, ενίσχυσης της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συνηγορίας, ενημέρωσης - εκπαίδευσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος και των προκαταλήψεων. Ενδεικτικοί Άξονες Δράσεων παρατίθενται παρακάτω.

Δ.1.2 Δράσεις πρόληψης της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή και σοβαρή ψυχική διαταραχή και ένας παράγοντας επικινδυνότητας που οδηγεί σε συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4η θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής απαλλαγμένων από αναπηρία, ενώ το 2020 θα καταλάβει τη 2η θέση στις δυτικές κοινωνίες και την 1η ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη.

Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός

²³ Παραδείγματα καλών πρακτικών σε αυτό το πεδίο περιλαμβάνουν τις κινητές μονάδες της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ) Βύρωνα-Καισαριανής, οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού και Αγροτικού Τύπου του ΨΝΘ κλπ.

έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ένας πολίτης αυτοκτονεί κάθε εννέα (9) λεπτά ενώ ο αριθμός για απόπειρες αυτοκτονιών εκτιμάται ότι είναι δέκα (10) φορές μεγαλύτερος.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Να βελτιωθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και βασικών στελεχών του κοινωνικού τομέα που αφορούν την ψυχική υγεία.
- Να περιορίσουν την πρόσβαση σε πιθανά μέσα αυτοκτονίας.
- Να ληφθούν μέτρα ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση για την ψυχική υγεία του ευρύτερου κοινού, των επαγγελματιών υγείας και συναφών τομέων.
- Να ληφθούν μέτρα για τη μείωση παραγόντων επικινδυνότητας που οδηγούν στην αυτοκτονία όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κατάχρηση ουσιών, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η κατάθλιψη και το άγχος.
- Να παρέχονται υποστηρικτικοί μηχανισμοί (π.χ. τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης) στα άτομα που είτε αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είτε έχασαν κάποιον ως αποτέλεσμα αυτοκτονίας.

Ο σχετικός εθνικός σχεδιασμός συνίσταται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κατάθλιψη, το οποίο εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και παραδόθηκε σε δημόσια διαβούλευση το 2008, αποτελεί μία οργανωμένη και συστηματική στρατηγική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάθλιψης η οποία βασίζεται σε στρατηγικές πρόληψης, πρώιμης παρέμβασης-θεραπείας και κοινωνικής φροντίδας.

Αποτελείται από 5 άξονες και 17 δράσεις και στόχο του έχει να βελτιώσει τις υπάρχουσες πολιτικές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αναδείξει όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη για την κατάθλιψη.

1ος Άξονας: Πρόληψη

2ος Άξονας : Έγκαιρη Διάγνωση

3ος Άξονας: Θεραπεία

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

5ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Αναλυτικότερα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συνίσταται:

- Στην καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, των προκαταλήψεων και της απομόνωσης, καθώς και στην κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών.
- Στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης και στη μείωση των περιστατικών κατάθλιψης.
- Στην εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.
- Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υποβοήθηση των ατόμων με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Στην καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στην πρώιμη παρέμβαση και θεραπεία.
- Στη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται σωστά σε άτομα που ζητούν βοήθεια.
- Στη δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας και εμπλοκής με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Δ.1.3 Νεολαία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία

Η θεμελίωση της δια βίου ψυχικής υγείας γίνεται σε νεαρή ηλικία. Έως και το 50% των ψυχικών διαταραχών ξεκινούν κατά την εφηβεία. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να εντοπιστούν σε 10% ως και 20% των νεαρών ατόμων, με υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Όμως μόνο μικρό ποσοστό αυτών των ατόμων (10-15%) καταλήγει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χωρίς να είναι βέβαιο ότι αυτό αντιπροσωπεύει τα άτομα με τη μεγαλύτερη ανάγκη θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στο πλαίσιο αυτού του άξονα υλοποιούνται οι ακόλουθες δράσεις:

Διερεύνηση Αναγκών και Ευαισθητοποίηση για το Φαινόμενο του Εκφοβισμού-Θυματοποίησης (Bullying) στα Σχολεία - Φορέας Υλοποίησης: ΕΨΥΠΕ

Διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 15% των μαθητών έχουν βιώσει συμπεριφορές εκφοβισμού-θυματοποίησης από συμμαθητές τους. Αναφορικά με την ελληνική πραγματικότητα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το πρόβλημα του εκφοβισμού-θυματοποίησης εμφανίζεται συστηματικά σε 1 στα 10 παιδιά.

Ο εκφοβισμός-θυματοποίηση (bullying) μαθητών από συμμαθητές τους αποτελεί μορφή επιθετικής συμπεριφοράς που εμφανίζεται κυρίως στο σχολείο με σοβαρές επιπτώσεις για τη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και τη διαδικασία της μάθησης. Ο εκφοβισμός μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, όπως αποκλεισμός από την ομάδα (κοινωνικός εκφοβισμός), διάδοση φημών (λεκτικός εκφοβισμός), χτυπήματα (σωματικός εκφοβισμός).

Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- **ΠΡΟΛΗΨΗ:** Ο έγκαιρος εντοπισμός των περιπτώσεων εκφοβισμού-θυματοποίησης σε παιδιά καθώς και η εκτίμηση και καταγραφή των αναγκών αυτών των παιδιών και του σχολείου.
- **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:** Η μείωση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση μορφών βίας και επιθετικότητας μεταξύ μαθητών στο σχολείο με την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος από τους μαθητές, εκπαιδευτικούς και γονείς.
- **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ:** Ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τα ζητήματα του εκφοβισμού-θυματοποίησης.

Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

Πρόληψη Ψυχοκοινωνικών Δυσλειτουργιών Σε Παιδιά & Οικογένειες Υψηλού Κινδύνου

Το πρόγραμμα εστιάζει στην έγκαιρη προληπτική παρέμβαση σε παιδιά και οικογένειες υψηλού κινδύνου ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών, η οποία θεωρείται ιδιαίτερης σημασίας διότι:

- Η ύπαρξη συνθηκών «κινδύνου» τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών είναι δυνατό να αναστείλει την ομαλή εξέλιξή τους και να δημιουργήσει ευνοϊκό κλίμα για την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών.
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση ήδη εγκατεστημένων διαταραχών είναι απαιτητική σε χρόνο και εξειδίκευση, πολυδάπανη αλλά και λιγότερο αποτελεσματική. Η έλλειψη έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πρώιμων διαταραχών καταλήγει σε διαταραχές στην εφηβική και την ενήλικη ζωή αυξάνοντας το οικονομικό και κοινωνικό κόστος.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία, ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Δράσεις για έγκαιρη παρέμβαση σε ολόκληρο το εκπαιδευτικό σύστημα.

- Παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, της εκπαίδευσης, και άλλων σχετικών κλάδων με την ψυχική υγεία και ευεξία.
- Προώθηση της ενσωμάτωσης της κοινωνικοσυναισθηματικής εκμάθησης σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες και στην προσχολική και σχολική κουλτούρα.
- Προώθηση της συμμετοχής των νεαρών ατόμων στην εκπαίδευση, τον πολιτισμό, τον αθλητισμό και την απασχόληση.

Δ.1.4 Δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης και της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων

Δ.1.4.1 Προαγωγή της ψυχικής υγείας στο πεδίο της απασχόλησης

Η εργασία είναι ευεργετική για τη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου. Ο ρυθμός και η φύση της εργασίας αλλάζουν, γεγονός που ασκεί πίεση στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου. Χρειάζεται δράση για να αντιμετωπιστεί η σταθερή αύξηση της απουσίας από την εργασία και της μειωμένης παραγωγικότητας και να αξιοποιηθούν οι πιθανές πηγές για τη βελτίωση της τελευταίας η οποία συνδέεται με το στρες και τις ψυχικές διαταραχές. Το εργασιακό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ενσωμάτωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία, ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Βελτίωση της οργάνωση της εργασίας, της οργανωτικής κουλτούρας και των ηγετικών πρακτικών προκειμένου να προωθηθεί η ψυχική υγεία και η ευεξία στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβάνοντας τη συμφιλίωση της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής.
- Υλοποίηση προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ευεξίας με αξιολόγηση του κινδύνου και προγράμματα πρόληψης για καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν αντίθετα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (άγχος, βίαιη συμπεριφορά όπως βία και παρενόχληση στην εργασία, αλκοόλ, ναρκωτικά) και σχήματα έγκαιρης παρέμβασης στο χώρο εργασίας.

- Παροχή μέτρων για υποστήριξη των προσλήψεων, της διατήρησης ή της αποκατάστασης και επιστροφής στην εργασία ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας ή διαταραχές.

Δ.1.4.2 Δράσεις Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης των ανέργων

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε κάθε αύξηση κατά 1% της ανεργίας αντιστοιχεί αύξηση κατά 0,79% στις αυτοκτονίες και κατά 0,79% στις ανθρωποκτονίες.

Ο ΠΟΥ ως βασικό μέτρο αντιμετώπισης προτείνει την υλοποίηση ενός καθολικού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας εστιάζοντας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψη, του αλκοολισμού, των αυτοκτονιών και των φαινομένων ενδοοικογενειακής βίας.

Στο πλαίσιο αυτό είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ειδικών δράσεων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ανέργων, των ατόμων που αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των οικογενειών τους μέσω των μονάδων ψυχικής υγείας του προγράμματος Ψυχαργός σε συνεργασία με την ΓΣΕΕ, τα παραρτήματα του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, τα Εργατικά Κέντρα, τα τοπικά επιμελητήρια και παραρτήματα της ΓΕΣΕΒΕΕ, τις κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, τα κέντρα υγείας και τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ.

Οι δράσεις θα εστιάζουν στην παροχή εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προς τους ανέργους, τα άτομα που αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, και όποτε απαιτείται προς τις οικογένειες και τους συγγενείς τους, ώστε να ενδυναμωθούν και να βελτιωθούν οι δυνατότητες τους για την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας. Παράλληλα βασικός στόχος θα είναι να υποστηριχθούν τα άτομα με αναπηρίες και τα άτομα που προέρχονται από τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (τσιγγάνοι, παλιννοστούντες, αποφυλακισμένοι, οροθετικοί, μετανάστες, πρόσφυγες, κλπ) ώστε να ενδυναμωθούν σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ένταξη τους στην αγορά εργασίας αλλά και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Οι δράσεις θα αναπτυχτούν βάσει μιας κοινής μεθοδολογίας που θα αναπτυχθεί και θα περιλαμβάνουν:

- προκαθορισμένες διαδικασίες ανίχνευσης αναγκών και παραπομπής από τα Κέντρα προώθησης της απασχόλησης του ΟΑΕΔ, τις κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, τα παραρτήματα του ΙΝΕ ΓΣΕΕ και τα Εργατικά Κέντρα,
- κοινή μεθοδολογία Intake και εξατομικευμένης προσέγγισης από τις μονάδες ψυχικής υγείας
- ανάπτυξη εξατομικευμένου υποστηρικτικού πλάνου δράσης για κάθε άνεργο
- ατομικές και ομαδικές συνεδρίες
- Follow up και επαναξιολόγηση
- πιθανή παραπομπή σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής
- Τηλεφωνική Γραμμή άμεσης υποστήριξης
- Εθνική μονάδα συντονισμού και υποστήριξης

Δ.1.4.3 Προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων

Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές αποτελούν μια υπομάδα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων και των ΑμεΑ η οποία παρουσιάζει ένα από τα μικρότερα ποσοστά απασχόλησης στις αναπτυγμένες χώρες. Έχει τεκμηριωθεί η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αμειβόμενη εργασία και τη θετική πορεία της ψυχικής νόσου ενώ αντίστροφα έχει καταδειχθεί ότι η ανεργία λειτουργεί επιβαρυντικά στην ψυχική υγεία (Dooley et al, 1994:745-765²⁴). Σύμφωνα με σχετική ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών, η απασχόληση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια κυμαίνεται από 10-30% (Marwaha and Johnson, 2004:337-49)²⁵. Το 1/3 των ΑμΨΔ αναφέρουν ότι έχουν απολυθεί ή εξωθηθεί στην παραίτηση και σχεδόν οι 4 στους 10 θεωρούν ότι δεν έχουν προσληφθεί εξαιτίας της πάθησής τους (Sayce and Curran, 2007). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι λιγότεροι από 4 στους 10 εργοδότες θα ήταν διατεθειμένοι να προσλάβουν ΑμΨΔ (Social Exclusion Unit, 2004). Η επαγγελματική ένταξη των ΑμΨΔ αναχαιτίζεται

²⁴ Σύμφωνα με σχετική μελέτη, άτομα που απώλεσαν την εργασία τους εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης και διαγνώστηκαν ως πάσχοντες από κατάθλιψη δύο φορές περισσότερο από τα άτομα που συνέχισαν να εργάζονται (Dooley et al, 1994)

²⁵ Άλλες πηγές τοποθετούν την απασχόληση των ατόμων με χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στο 24% (Social Exclusion Unit, 2004:28).

από παράγοντες όπως το στίγμα, οι χαμηλές προσδοκίες των πασχόντων, η έλλειψη επαγγελματικής κατάρτισης και η υφιστάμενη επιδοματική πολιτική.

Σε ό,τι αφορά τις στρατηγικές επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δύο είναι οι κυρίαρχες προσεγγίσεις. Σύμφωνα με την παραδοσιακή οπτική της προεπαγγελματικής κατάρτισης (prevocational training) που υιοθετείται κυρίως από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η εργασιακή αποκατάσταση προσεγγίζεται ως μια ακολουθία διακριτών δράσεων προοδευτικά αυξανόμενης δυσκολίας. Οι καταρτιζόμενοι ασθενείς διανύουν αυτά τα στάδια και εντάσσονται είτε σε ποικίλες μορφές προστατευμένης απασχόλησης είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις επαγγελματικές τους δεξιότητες και την ψυχοπαθολογία τους.

Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα (Jacobs, 1988:249):

- Αξιολόγηση εργασιακών δεξιοτήτων
- Αξιολόγηση- εκπαίδευση προεπαγγελματικών δεξιοτήτων
- Δράσεις εργασιακής κατάρτισης
- Εκπαίδευση-υποστήριξη στο χώρο εργασίας
- Προστατευμένη απασχόληση
- Τοποθέτηση στην θέση απασχόλησης
- Διατήρηση της θέσης απασχόλησης

Τα πλεονεκτήματα αυτών των παρεμβάσεων είναι η ολοκληρωμένη προσέγγιση, η μέριμνα για την πρόληψη των υποτροπών της νόσου και η προσαρμογή του εργασιακού αντικειμένου στις δυνατότητες του πάσχοντα και τη σοβαρότητα της πάθησής του. Ως μειονεκτήματα αναφέρονται το μικρό ποσοστό εργασιακής ένταξης, η τεχνητή διόγκωση «νεοειδρυματικών» προστατευμένων μορφών απασχόλησης και η συνακόλουθη συντήρηση σχέσεων εξάρτησης με το θεραπευτικό προσωπικό και η περιστολή της αυτονομίας των ΑμΨΔ.

Στον αντίποδα αυτής της προσέγγισης, το μοντέλο της υποστηριζόμενης απασχόλησης (supported employment) προτάσσει τη σύντμηση αυτών των διαδικασιών και την ταχεία τοποθέτηση των ΑμΨΔ στην ελεύθερη αγορά εργασίας ανάλογα με τις δεξιότητες και προτιμήσεις τους. Η εκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών λαμβάνουν χώρα στο χώρο εργασίας χωρίς να υπάρχει χρονικός περιορισμός, υπάρχει στενή συνεργασία των συμβούλων εργασίας και των θεραπειών του ασθενή και δεν υφίστανται κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των ασθενών (Becker and Drake, 2004:6-9). Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η επίτευξη υψηλών ποσοστών απορρόφησης στην αγορά εργασίας και η ενδυνάμωση και προαγωγή της αυτονομίας των ασθενών. Σύμφωνα με συστηματική

ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων, η προσέγγιση αυτή είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μέθοδο της προεπαγγελματικής κατάρτισης ως προς την εργασιακή αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Crowther et al, 2007).²⁶ Επίσης, τα ΑμΨΔ που εντάσσονται στα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης, δεν παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα υποτροπών, αυτοκτονιών, έλλειψης στέγης, διακοπής της θεραπευτικής αγωγής και επιδείνωσης της πάθησης (Becker and Drake, 2004) .

Επίσης, σε ό,τι αφορά στα πεδία της πρόσβασης στην εργασία και στην επαγγελματική κατάρτιση, έχει σημειωθεί πρόοδος με την ενσωμάτωση της κοινοτικής οδηγίας 2000/78 για την Ισότητα στην Απασχόληση. Ειδικότερα, ο σχετικός Νόμος 3304/2005 θεσπίζει την υποχρέωση του εργοδότη να προβαίνει σε εύλογες προσαρμογές²⁷, ορίζει φορείς προώθησης της αρχής της ίσης μεταχείρισης, προβλέπει διοικητικές και ποινικές κυρώσεις και ορίζει ότι ο εργοδότης φέρει το βάρος της αποδείξεως ότι δεν παραβιάστηκε η αρχή της ίσης μεταχείρισης. Οι ρυθμίσεις αυτές έχουν επικριθεί διότι περιορίζονται στην καταπολέμηση των διακρίσεων μόνο στα πεδία της απασχόλησης και κατάρτισης, δεν έχει προβλεφθεί ένας ενιαίος φορέας ελέγχου της ίσης μεταχείρισης και διότι δεν υπάρχει επαρκής εξειδίκευση των ενδεδειγμένων μέτρων που σχετίζονται με «τις εύλογες προσαρμογές»²⁸ (ΕΣΑμεΑ²⁹, 2007).

Σχετικά μέτρα που αφορούν εύλογες προσαρμογές για τα ΑμΨΔ είναι τα ακόλουθα:

- Ανάπτυξη ευέλικτων ωραρίων εργασίας. Η ευελιξία στο χρόνο έναρξης και λήξης της εργάσιμης ημέρας, στην παροχή αδειών και διαλειμμάτων και η εναλλαγή μερικής και πλήρους απασχόλησης είναι ορισμένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα για την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών που σχετίζονται με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, τις τακτικές ψυχιατρικές εξετάσεις και τις περιοδικές κρίσεις των ΑμΨΔ.

²⁶ Ειδικότερα, 18 μήνες από την εφαρμογή των ανωτέρω προγραμμάτων, 34% των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές εργάζονταν με μεγαλύτερες αποδοχές και περισσότερες ώρες εργασίας στο πλαίσιο του προγράμματος υποστηριζόμενης απασχόλησης ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ΑμΨΔ του προγράμματος της προκατάρτισης ανέρχονταν σε μόλις 12%. (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003080.html>).

²⁷ Σύμφωνα με το άρθρο 10 του Ν. 3304/05, «για την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης έναντι ατόμων με αναπηρία, ο εργοδότης υποχρεώνεται στη λήψη όλων των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέτρων, προκειμένου τα άτομα αυτά να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε θέση εργασίας, να ασκούν αυτήν και να εξελίσσονται, καθώς και δυνατότητα συμμετοχής στην επαγγελματική κατάρτιση, εφόσον τα μέτρα αυτά δεν συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση για τον εργοδότη».

²⁸ «Επιπρόσθετα, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ότι οι εύλογες προσαρμογές αφορούν, πέραν αυτού καθ. αυτού του χώρου εργασίας (προσβασιμότητα κτιρίου, εργονομική διευθέτηση του χώρου εργασίας), στον εξοπλισμό, στο ωράριο εργασίας, στα καθήκοντα, στις διαδικασίες, στις πρακτικές κλπ.» (Ε.Σ.Α.μεΑ., 2007 :40-42).

²⁹ Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία

- Προσαρμογή της διαδικασίας εποπτείας, καθοδήγησης και εκπαίδευσης στις ιδιαίτερες ανάγκες των ΑμΨΔ. Η παροχή γραπτών οδηγιών, οι τακτικές συναντήσεις των εργαζομένων με ψυχικές διαταραχές με τον εκάστοτε επόπτη και προϊστάμενο στο χώρο εργασίας και η ανάπτυξη εξατομικευμένων μεθόδων κατάρτισης αποτελούν ορισμένα από τα σχετικά μέτρα.
- Κατανομή των εργασιακών καθηκόντων η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τις δυνατότητες των ΑμΨΔ και να αμβλύνει στο μέτρο του δυνατού τις στρεσογόνες εκφάνσεις της απασχόλησης.
- Υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων στο χώρο εργασίας τους από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λειτουργούς επαγγελματικής αποκατάστασης με στόχο την προαγωγή των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων.

Για την αντιμετώπιση της σχετικής δυστοκίας θα πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα επεξεργασίας και εξειδίκευσης κοινοτικών κατευθύνσεων και εθνικών οδηγιών αναφορικά με δράσεις προώθησης της ευελιξίας στο εργασιακό πλαίσιο των ΑμΨΔ. Ενδεικτικές προτεινόμενες δράσεις για την προαγωγή της απασχόλησης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές:

- Ανάπτυξη Προγραμμάτων Υποστηριζόμενης Απασχόλησης
- Ανταγωνιστικά Προγρ/τα Κατάρτισης ΑμΨΔ
- Εξειδίκευση "εύλογων προσαρμογών" Ν.3304/05
- Συλλογή στοιχείων για Προγρ/τα Απασχόλησης για ΑμΨΔ

Δ.1.4.4 Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων

Α. Προαγωγή ψυχικής υγείας ηλικιωμένων

Ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης γερνάει. Η Τρίτη ηλικία φέρει μαζί της βέβαιους παράγοντες επικινδυνότητας για την ψυχική υγεία και ευεξία, όπως είναι η απώλεια δικτύων κοινωνικής υποστήριξης (οικογενειακό, φιλικό) και η εμφάνιση σωματικών και νευροεκφυλιστικών ασθενειών, όπως είναι η νόσος του Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας. Τα ποσοστά αυτοκτονίας σε άτομα τρίτης ηλικίας κυμαίνονται σε υψηλό επίπεδο.

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Συμφώνου ο σχετικός άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις::

- Προώθηση της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων στη ζωή της κοινότητας, περιλαμβάνοντας την προώθηση της φυσικής τους δραστηριότητας και των εκπαιδευτικών ευκαιριών.
- Ανάπτυξη ευέλικτων σχημάτων συνταξιοδότησης που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμένουν στην εργασία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είτε σε βάση πλήρους είτε μερικής απασχόλησης.
- Παροχή μέτρων για την προώθηση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων που δέχονται φροντίδα (ιατρική και/ή κοινωνική) τόσο στην κοινωνία όσο και στα ιδρύματα.
- Ανάλυση μέτρων για την υποστήριξη όσων φροντίζουν τους ηλικιωμένους

B. Πρόγραμμα διατομεακής συνεργασίας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών

Στο πλαίσιο του προγράμματος θα αναπτυχθούν συνέργειες μεταξύ Μονάδων Ψυχικής Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ανοϊκούς ασθενείς και σε δομές που παρέχουν φροντίδα σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Σχετικές δομές είναι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι και τα ΚΑΠΗ που έχουν αναπτυχθεί από την τοπική αυτοδιοίκηση. Στόχευση του προγράμματος είναι η κάλυψη των αναγκών κυρίως με τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων (ανθρώπινων και υλικών) που διατίθενται για την φροντίδα της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών.

Στόχοι Προγράμματος

- Η πρόληψη της ιδρυματοποίησης των ανοϊκών ασθενών και η παραμονή τους στην κοινότητα
- Η υποστήριξη και ελάφρυνση των φροντιστών των ασθενών
- Η προαγωγή της διατομεακής συνεργασίας στην κατεύθυνση της ανάπτυξης ενός απαρτιωμένου συστήματος φροντίδας των ανοϊκών ασθενών
- Η βελτίωση της διασύνδεσης κοινωνικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ανοϊκών ασθενών

Ενδεικτικές δράσεις Προγράμματος:

- Η παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στο πλαίσιο των δομών φροντίδας των ΟΤΑ

- Εκπαίδευση στην εργασία (on the job training) των εργαζομένων των ΚΗΦΗ και των Προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι και λοιπές δράσεις κατάρτισης
- Κατάρτιση των εργαζομένων στα ΚΑΠΗ κατά πρώτο λόγο στην έγκαιρη διάγνωση και την ψυχοεκπαίδευση των φροντιστών των ανοϊκών ασθενών
- Βελτίωση των δεξιοτήτων των πασχόντων για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας τους
- Διενέργεια επιδημιολογικών μελετών

Γ. Δράσεις ενημέρωσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος

Σημαντικό εμπόδιο στη λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί η σχεδόν πλήρης έλλειψη, με ελάχιστες φωτεινές εξαιρέσεις (Φωκίδα, Έβρος, Βύρωνας-Καισαριανή) προγραμμάτων αγωγής κοινότητας στην ψυχική υγεία, πράγμα που σε συνάρτηση με την απουσία δεσμών με την κοινότητα, είχε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Μικρή διαπερατότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην τοπική κοινωνία και υπο-χρησιμοποίηση των Μο.Ψ.Υ.
- Περιθωριακή θέση του συστήματος ψυχικής υγείας σε σχέση με το υπόλοιπο σύστημα υγείας
- Συντήρηση των μύθων για τον ψυχικά ασθενή και του στίγματος και των διακρίσεων εις βάρος του
- Παρεμπόδιση της δημιουργίας δομών στέγασης και αποκατάστασης στην κοινότητα λόγω των αντιδράσεων των κατοίκων

Η αγωγή της κοινότητας πρέπει να βασίζεται σε μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης, μέσω ειδικής έρευνας, που μπορεί να γίνει παράλληλα με την έρευνα του γενικού πληθυσμού. Η αγωγή κοινότητας πρέπει να αποτελέσει βασική λειτουργία του προτεινόμενου συστήματος. Η λειτουργία αυτή δεν πρέπει να εξαντλείται σε βραχύβιες καμπάνιες, αλλά να διαχέεται σε πολλά επίπεδα (γενικός πληθυσμός, τοπικοί φορείς, τοπική αυτοδιοίκηση, εκκλησία, δικαστικές και αστυνομικές αρχές, εκπαίδευση, ΜΜΕ, κλπ) η δε έντασή της να συντηρείται συνεχώς με ετήσιες τακτικές εκδηλώσεις (π.χ. ημέρες ψυχικής υγείας) και συνεχείς παρεμβάσεις (ΜΜΕ, τοπική αυτοδιοίκηση, κλπ). Με άλλα λόγια, το σύστημα πρέπει να θεωρήσει την αγωγή κοινότητας ως ισάξια λειτουργία με την παροχή υπηρεσιών και να την εντάξει στις τακτικές δραστηριότητές του. Προτείνεται σε κάθε Το.Ψ.Υ. να δημιουργηθεί ομάδα αγωγής κοινότητας από τις Μο.Ψ.Υ. και άλλους φορείς που θα λειτουργεί με ευθύνη της Τ.Ε.Ψ.Υ. και θα προγραμματίζει την αγωγή κοινότητας στην περιοχή. Στο επίπεδο του Π.Σ.Ψ.Υ. προτείνεται η δημιουργία από το Σ.Ψ.Υ.Π.,

επιτροπής αγωγής κοινότητας η οποία θα ασχοληθεί με την κατάρτιση οδηγίων που θα δίνονται στις ομάδες του κάθε Το.Ψ.Υ. για το θέμα και θα επεξεργάζεται και θα προτείνει κεντρικές δράσεις στο θέμα. Η επιτροπή αυτή θα βρίσκεται σε επαφή με τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥΚΑ, προκειμένου να διευκολύνει την τοπική εφαρμογή δράσεων που αποφασίζονται σε εθνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2001), «ο κύριος στόχος των δράσεων αυτών είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τη διαδικασία ανάρρωσης και ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.».

Οι κυριότερες σχετικές εθνικές δράσεις ήταν οι ακόλουθες:

Υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος Κατά του Κοινωνικού Στίγματος της Σχιζοφρένειας με τίτλο «Ας Ανοίξουμε τις πόρτες». Η δράση αυτή εντάσσεται σε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που συναρτώνται με τη σχιζοφρένεια, το οποίο έχει σχεδιαστεί από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ)³⁰. Σε αυτό το πλαίσιο, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο (ΕΠΙΨΥ) ανέπτυξε ένα σύνθετο πλέγμα δράσεων στον επικοινωνιακό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό τομέα:

i. Επικοινωνιακός Τομέας

Δράσεις που αφορούν τα ΜΜΕ και την ενημέρωση του κοινού (πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις ιστοσελίδες, ενημερωτικό υλικό και εκπομπές, τηλεοπτικά σποτ, άρθρα, πρωτοβουλία «Κυνηγοί κατά του Στίγματος»)

ii. Εκπαιδευτικός Τομέας

Ειδικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια, τους ασθενείς, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικές ομάδες του πληθυσμού (μαθητές, αστυνομικοί, εργοδότες και εργαζόμενοι κλπ.) και διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων.

iii. Ερευνητικός Τομέας

Ενδεικτικά αναφέρονται η διενέργεια πανελλαδικής έρευνας κοινωνικών στάσεων για την Ψυχική Ασθένεια (Οικονόμου και συν., 2005) σε 13 γεωγραφικές

³⁰ Το 1996 ήταν το έτος έναρξης του προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας «Open the doors» με στόχους την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της και την ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων. Μετά την αρχική πιλοτική φάση εφαρμογής του προγράμματος η ΠΨΕ ενέταξε την Ελλάδα το 1999 στην επόμενη ζώνη εφαρμογής του.

περιφέρειες (το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 1199 άτομα) και η διερεύνηση των τρόπων απεικόνισης του κοινού στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο (Οικονόμου και συν., 2007).

iv. Λοιπές Δράσεις

Ανάπτυξη δικτύου εθελοντών, συνεργασία με συλλόγους οικογενειών και ασθενών (βλ. υποστήριξη της οργάνωσης χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τίτλο Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «η Αναγέννηση»³¹) κλπ

Επίσης, οι μονάδες ψυχικής υγείας και οι ακαδημαϊκοί φορείς ανέπτυξαν δράσεις κατά του στίγματος με αποδέκτες τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τις οικογένειες των ασθενών και την κοινότητα. Αυτές αποσκοπούσαν στην επιμόρφωση των επαγγελματιών και την ενημέρωση του κοινού. Ιδιαίτερα θετικές, επίσης, ήταν οι παρεμβάσεις ενημέρωσης και ψυχοεκπαίδευσης των οικογενειών των ψυχικά πασχόντων.

Προτεινόμενες ενδεικτικές δράσεις:

- Ανάπτυξη συντονισμένης εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού σε πανελλαδικό επίπεδο για την καταπολέμηση του στίγματος
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ευαισθητοποίησης σε εκπαιδευτικά και εργασιακά πλαίσια για την αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών και την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων
- Ανάδειξη και ενίσχυση καλών πρακτικών που αφορούν σε προγράμματα για την ευαισθητοποίηση τόσο του κοινού όσο και την αλλαγή των στάσεων σε στοχευμένους θεσμικούς χώρους
- Αξιοποίηση του εκπαιδευτικού υλικού και της μεθοδολογίας καταπολέμησης του στίγματος που έχει παραχθεί στο πλαίσιο του Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια
- Έρευνα για την επικράτηση των στιγματιστικών αντιλήψεων
- Αξιολόγηση δράσεων
- Δράσεις Ψυχοεκπ/σης για χρήστες και οικείους τους

Δ. Δράσεις ενίσχυσης της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών

Οι στρατηγικές ενδυνάμωσης και προαγωγής της συμμετοχής των ΑμΨΔ και των οικείων τους είναι συστατικό στοιχείο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής ψυχικής υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, παρακολούθηση και αξιολόγηση των πολιτικών και προγραμμάτων

³¹ Η οργάνωση αυτή δημιουργήθηκε το 1984, αριθμεί 350 μέλη με στόχους που περιλαμβάνουν την ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους και την πληροφόρηση του κοινού.

ψυχικής υγείας ώστε οι υπηρεσίες να είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

Ενδεικτικές δράσεις:

- Υποστήριξη και τακτική χρηματοδότηση για τη δημιουργία ομοσπονδίας συλλόγων ψυχικά ασθενών σε εθνικό επίπεδο.
- Δημιουργία κοινωνικής λέσχης για τη διενέργεια επιμορφωτικών και ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων
- Ενημέρωση του κοινού και δράσεις καταπολέμησης του στίγματος

Ε. Δράσεις για την προώθηση της διασύνδεσης ανάμεσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας(ΠΦΥ) και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Όπως ήδη έχει επισημανθεί, η δυνατότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών εξαντλείται σε ένα τμήμα μόνο του πληθυσμού που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αναγκαστικά δε περιορίζεται στο τμήμα εκείνο με τα σοβαρότερα προβλήματα. Η συνεργασία με την ΠΦΥ είναι απαραίτητη, προκειμένου αφενός μεν για να καλυφθούν οι ανάγκες και όσο το δυνατό μεγαλύτερου τμήματος του πληθυσμού, αφετέρου δε, μέσω της δημιουργίας δικτύων με τις Μο.Ψ.Υ., για να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε αυτές, εκείνων των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και έχουν ανάγκη παρέμβασης, αλλά διάφοροι λόγοι και παράγοντες (γεωγραφικοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί, κλπ) την ανταγωνίζονται και την παρεμποδίζουν.

Η ανεπαρκής ανάπτυξη των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως έχει δείξει παλαιότερη έρευνα (Μανρεας και συν 1995), αλλά και η ελλιπής εκπαίδευση των λειτουργών της σε θέματα ψυχικής υγείας, έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη συχνότητα αναγνώρισης και διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγείας.

Η έλλειψη δικτύωσης και συνεχιζόμενης ενημέρωσης συχνά καταλήγει σε δαπανηρές επικαλύψεις. Επομένως, η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Καινοτόμες πρακτικές στην κατεύθυνση της διασύνδεσης περιλαμβάνουν την δέσμευση για ανάπτυξη πρωτοκόλλων συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων και ψυχιατρικών μονάδων στην περιφέρεια της Κρήτης και υποστηρικτικών εργαλείων

για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών³² και των χαρακτηριστικών του υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ενδεικτικές δράσεις³³:

- Διενέργεια έρευνας εκπαιδευτικών αναγκών γιατρών της πρωτοβάθμιας
- Κοινές εκπαιδευτικές δράσεις για τις πρωτοβάθμιες και ψυχιατρικές μονάδες
- Υιοθέτηση συγκεκριμένης δράσης για την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας των Το.Ψ.Υ. που θα επιλεγούν, το οποίο βασίζεται σε «εκπαιδευτικό πακέτο» εγκεκριμένο από τον ΠΟΥ (mhGAP). Η συγκεκριμένη δράση αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μόνιμων δεσμών και δικτύου μεταξύ των υπηρεσιών ΠΦΥ και των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με αναμενόμενο αποτέλεσμα την καλύτερη αποδοτικότητα του συστήματος.
- Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας των δράσεων
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων και ψυχιατρικών μονάδων
- Εντοπισμός και ανάδειξη-διάχυση των καλών πρακτικών
- Ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού (προσβάσιμου στο διαδίκτυο) που να αφορά τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την φαρμακευτική υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων
- Ενημέρωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την προβληματική της Π.Φ.Υ.
- Πιλοτικές δράσεις τηλεψυχιατρικής για την υποστήριξη των επαγγελματιών της Π.Φ.Υ.

ΣΤ. Πρόληψη και πρόωγη ανίχνευση των ψυχωτικών διαταραχών

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει δώσει ιδιαίτερο βάρος στην αποασυλοποίηση και στην κατάργηση των ψυχιατρείων, θεωρώντας ότι προέχει η αλλαγή στον τρόπο παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης και στην απομάκρυνσή της από το ασυλιακό μοντέλο. Λόγω της στροφής αυτής, έχει λανθασμένα ταυτιστεί από σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μόνο με αυτήν τη

³² Στην κατεύθυνση αυτή ειδικά ερευνητικά εργαλεία έχουν σταθμιστεί για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση συνήθων ψυχικών διαταραχών από το Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

³³ Οι προτάσεις για δράση υποβλήθηκαν από ομάδα εργασίας κατόπιν πρόσκλησης της Δ/σης Ψυχικής Υγείας που αποτελούνταν από τους Θηραίο Ε., Γκρέγκορ Σ. και Γκιωνάκη Ν.

διαδικασία, παρά το γεγονός ότι υπάρχει ιδιαίτερο σχέδιο και φροντίδα για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί, ότι λόγω της επικέντρωσης στις δομές, το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» δεν έχει δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε σημαντικά προβλήματα, το σημαντικότερο από τα οποία είναι η πρόληψη και πρώιμη διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών στην κοινότητα.

Η ετήσια επικράτηση των ψυχωτικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται από διεθνείς έρευνες, σε 15-25 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού (Μ.Ο. 20/100.000). Με τους υπολογισμούς αυτούς και παρά το ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα ελληνικά στοιχεία, οπότε η μεταφορά δεικτών άλλων χωρών ενέχει τον κίνδυνο του «οικολογικού σφάλματος», και με βάση το γεγονός ότι στις περισσότερες περιοχές του κόσμου δεν παρατηρούνται σημαντικές επιδημιολογικές αποκλίσεις στην επικράτηση των ψυχώσεων, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα κάθε έτος εκδηλώνονται περίπου 2200 νέες περιπτώσεις ψυχώσεων. Η παραδοσιακή θεώρηση του θέματος είναι, ότι λόγω της σοβαρότητας της διαταραχής, είναι απίθανη η διαφυγή των περισσότερων από αυτές από το δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οπότε, αργά ή γρήγορα, θα υπάρξει για κάθε ασθενή η αναγκαία φροντίδα.

Εν τούτοις, στην περίπτωση των νέων αυτών ασθενών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα ακόλουθα:

- Η έναρξη των ψυχώσεων επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβική και μετα-εφηβική ηλικία, ενώ το χρονικό σημείο έναρξης είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, λόγω της ύπαρξης προδρόμων (prodromal) συμπτωμάτων που διαρκούν για σημαντικό χρονικό διάστημα και της πολλές φορές εκ των υστέρων διαπίστωσης ύπαρξης περιόδου υψηλού κινδύνου (at risk period) σε άτομα που αργότερα ανέπτυξαν ψυχωτικές διαταραχές. Οι χρονικές αυτές περίοδοι, προσφέρονται για προληπτικές και πρώιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Σημαντική για την εξέλιξη των ψυχώσεων αποτελεί η πρώιμη παρέμβαση, που αφορά στην έγκαιρη διάγνωση, με την κατά το δυνατόν σμίκρυνση του χρονικού διαστήματος της μη θεραπευόμενης ψύχωσης (duration of untreated psychosis) και την σύντομη εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης. Σημαντικό διάστημα για την εξέλιξη της ψύχωσης είναι η πρώτη τριετία από την έναρξη. Βασικός λόγος αποτελεί, η παγίωση μετά από αυτήν των αναπηριών που προκύπτουν από την ψύχωση, που εκφράζονται συνήθως ως αρνητική συμπτωματολογία, η οποία είναι συχνά ιδιαίτερα ανθεκτική στη θεραπεία. Κατά συνέπεια, η σμίκρυνση αυτού του χρονικού διαστήματος

(του οποίου η διάμεση τιμή υπολογίζεται σε 1 έτος, αλλά επηρεάζεται σημαντικά από τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την διαπερατότητα που αυτές έχουν στην κοινότητα) πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών ενός σύγχρονου συστήματος ψυχικής υγείας.

Σήμερα υφίστανται διεθνώς, αρκετά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση, κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, αρκετά από τα οποία, παρουσιάζουν σημαντική επιτυχία. Σημαντική συμβολή της επιτυχίας αυτών των προγραμμάτων αποτελούν: α) η δημιουργία ιδιαίτερων υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση, με κύρια χαρακτηριστικά την έμφαση στην κατά το δυνατόν αποφυγή της εσωτερικής νοσηλείας και στη διατήρηση της φυσιολογικής ζωής του ασθενούς και β) η συνάρτησή τους με προγράμματα αγωγής υγείας της κοινότητας, με βασική συμμετοχή των κοινοτικών φορέων και των ΜΜΕ, τα οποία συμβάλλουν σημαντικά στην συνειδητοποίηση, ιδιαίτερα από τους υπεύθυνους φορέων όπως η εκπαίδευση και η ΠΦΥ και από τους γονείς, των πρόδρομων και πρώιμων συμπτωμάτων της ψύχωσης με αποτέλεσμα την κατά το δυνατό πιο έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ψύχωσης στο πρώτο της επεισόδιο, πρέπει να αποτελέσει ιδιαίτερο αντικείμενο, μέσω της δημιουργίας ειδικού προγράμματος για το θέμα αυτό. Με βάση την υπάρχουσα εμπειρία από την 3ετή λειτουργία υπηρεσίας έγκαιρης παρέμβασης στην Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και της διεθνούς εμπειρίας, προτείνονται τα παρακάτω:

1. Η δημιουργία από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥΚΑ, ομάδας μελέτης του θέματος, που θα καταλήξει σε συγκεκριμένες προτάσεις και οδηγίες.
2. Η πειραματική λειτουργία στην Π.Ε.Ψ.Υ. του παρακάτω σχήματος:
 - λειτουργία προγράμματος αγωγής υγείας με επικέντρωση στην έγκαιρη διάγνωση της ψύχωσης (διάρκεια 2-3 έτη) με εμπλοκή των φορέων που περιγράφονται στα της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ΠΦΥ
 - δημιουργία 2-3 ειδικών υπηρεσιών στο πλαίσιο πανεπιστημιακών κλινικών και τακτική ανά έτος αξιολόγησή τους, όπως και των επιχειρούμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων.