



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΓΚΡΟΥΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΓΚΡΟΥΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Επιβλέπουσα: Ελένη Χατζηχρήστου
Καθηγήτρια Παθολογίας ΤΕΙ Αθήνας

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



UNIVERSITY
OF PIRAEUS

Course of Postgraduate Studies

HEALTH MANAGEMENT



TEI
OF PIRAEUS

GKROUTSIS NIKOLAOS

EVALUATION OF THE GREEK PSYCHIATRIC REFORM

Supervisor: Chatzichristou Eleni
Professor of Internal Medicine, TEI of Athens

Graduated Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”

Piraeus, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια κα Ελένη Χατζηχρήστου για την άψογη συνεργασία, τη συνεχή επίβλεψη, καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές και παρατηρήσεις της, χωρίς τις οποίες η εκπόνηση της παρούσας εργασίας θα ήταν αδύνατη.

Θερμές ευχαριστίες στα μέλη της οικογένειάς μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους κατά τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής εργασίας μου.

Αισθάνομαι επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσω τους φίλους και συναδέλφους μου για τη στήριξη που μου παρείχαν και την υπομονή που έδειξαν κατά το διάστημα έρευνας και συγγραφής του παρόντος πονήματος.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη φίλη μου Σοφία Ξεσφίγγη για το ενδιαφέρον και την πολύτιμη βοήθειά της κατά το στάδιο ολοκλήρωσης της παρούσας εργασίας.

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επιδημιολογικά δεδομένα των τελευταίων ετών δείχνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές τείνουν να αυξάνονται, επιβαρύνοντας τη δημόσια υγεία, και τις τοποθετούν μεταξύ των κυριότερων αιτιών νόσησης και αναπηρίας παγκοσμίως. Το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, η ανάπτυξη της ψυχιατρικής σε συνδυασμό με κοινωνικοπολιτικά συμβάντα, είχε ως αποτέλεσμα την εγκατάλειψη του εγκλεισμού των ψυχιατρικών ασθενών σε μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και τη σταδιακή κατάργηση τους, προωθώντας συγχρόνως τη δημιουργία δομών στην κοινότητα. Αρκετές χώρες με αναπτυγμένη οικονομική και κοινωνική συγκρότηση προχώρησαν σε μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, μέσα από την κοινοτική ψυχιατρική, την τομεοποίηση και την αποασυλοποίηση και χρησιμοποιώντας δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ΨΚΑ) επιδιώκει την ομαλή προσαρμογή και τη σωστή ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή στον κοινωνικό ιστό.

Η αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αρχίζει τη δεκαετία του 1980 με την εγκατάλειψη του κλειστού-ιδρυματικού τύπου ψυχιατρικής περίθαλψης που ίσχυε μέχρι τότε. Εφαλτήριο των προσπαθειών βελτίωσης αποτέλεσε το ΚΘ Λέρου. Η ΕΕ υποστήριξε, κυρίως οικονομικά, το μεγαλύτερο μέρος των προγραμμάτων. Το 1999 κατοχυρώθηκαν νομοθετικά οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, οι αρχές της ΨΚΑ και αποασυλοποίησης και εκπονήθηκε το δεκαετές πρόγραμμα Ψυχαργός που αποτέλεσε την κυριότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στην ψυχιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκε δίκτυο νέων υπηρεσιών και ΨΚΑ, αναπτύχθηκαν δομές αποασυλοποίησης και ενισχύθηκαν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μείωσαν τη δύναμη τους και κάποια έπαψαν να λειτουργούν.

Η πρόοδος που σημειώθηκε στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι σημαντική. Ωστόσο, προβλήματα όπως η έλλειψη εθνικού σχεδιασμού για την ψυχική υγεία, η ανεπάρκεια οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, η καθυστέρηση στην τομεοποίηση, η παραμέληση των ψυχιατρικών αναγκών παιδιών και εφήβων αποτελούν εμπόδια που παρακωλύουν την επιτυχή έκβαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Για την επίλυση τους χρειάζονται δράσεις από την πλευρά της πολιτείας, της κοινωνίας και του ατόμου. Το ΕΣΠΑ 2007-2013 στοχεύει στη συνέχιση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική διαταραχή, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, κοινότητα, αποασυλοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, Ψυχαργός.

ABSTRACT

Epidemiological data throughout the past years show that incidents of mental disorder tend to rise, costing the national health system increasing amounts of money. Specifically, mental disorder is considered one of the main reasons of illness and disability worldwide. During the second half of the 20th century, the development of psychiatric science in combination with specific influences by the society and political events, allowed the steady abandonment of large psychiatric hospitals. They were replaced by smaller community structures that were ready to aid the rehabilitation of the psychiatric patients and their inclusion back to the society. Several western countries exerted radical changes to psychiatric treatment.

The psychiatric health system in Greece initiated its upgrade in the 1980's by abandoning the psychiatric hospital model, which was the standard, up to that date. The attempt for improvement started in the National Psychiatric center of Leros. The European Community supported most of the plans economically. In 1999, community psychiatric treatment was established by law and thereafter deinstitutionalisation commenced along with psychosocial rehabilitation and the ten year program Psychargos, which was the most important step taken, towards the upgrade of psychiatric treatment in Greece. Psychargos included a new net of psychosocial rehabilitation services, deinstitutionalisation structures and supported psychiatric treatment services in the community. As a result large psychiatric institutions of the past were minimized and some seized to operate completely.

The noted progress aimed at the psychiatric health in Greece is fairly important. However, problems arose due to lack of a greater national plan about psychiatric health, limited resources both human and economical and neglect of the psychiatric needs of children and adolescents. In order to solve them, specific actions are required by the state and the community. The National Strategic Report 2007-2013 aims at the continuation and fulfillment of the psychiatric reform in Greece.

Key words: mental disorder, psychiatric reform, community, deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, Psychargos.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται, διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα, αλλαγή στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Η μεταστροφή αυτή παρατηρείται τόσο σε κοινωνικό όσο και σε θεσμικό επίπεδο. Το στίγμα, ο εγκλεισμός και η εγκατάλειψη των ψυχικά ασθενών περιορίζονται, καθώς η αποδοχή της ψυχικής νόσου οδηγεί στην ανάπτυξη κοινωνικής ευαισθησίας σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες που προκύπτουν από αυτήν. Απόρροια των παραπάνω αποτελούν μεταρρυθμίσεις που σκοπό έχουν την αποασυλοποίηση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και την ένταξή τους στην κοινωνία μέσα από υπηρεσίες και δομές εξειδικευμένης φροντίδας. Η αποασυλοποίηση αποτελεί τη σύνθετη διαδικασία της απόσπασης του ψυχικά ασθενή από το ίδρυμα και την προσπάθεια για την επανένταξη του, μέσα από ένα δίκτυο δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αποασυλοποίηση είναι η αναδιοργάνωση των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ελέγχουν και ορίζουν το σύστημα υγείας μιας χώρας. Ωστόσο, η ολοκλήρωση τέτοιων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών δεν είναι εύκολη, ιδιαίτερα σε περιόδους κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων, ενώ τα εμπόδια που συναντά είναι πολύπλοκα και πολυάριθμα.

Στην παρούσα ανασκοπική εργασία έγινε μια προσπάθεια περιγραφής των κυριότερων ζητημάτων σχετικά με τη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών στο δυτικοευρωπαϊκό κόσμο και κυρίως στην Ελλάδα. Σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει την έκβαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο ελληνικό σύστημα υγείας τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, να παρουσιάσει τα αποτελέσματα αυτής, να εντοπίσει τις αδυναμίες και τα προβλήματα που ανέκυψαν και να προτείνει τρόπους προσπέλασης των σκοπέλων που έχουν δημιουργηθεί. Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για την εξέταση του θέματος είναι η συνθετική ανασκόπηση μελετών σχετικά με την ψυχιατρική αποασυλοποίηση στην ελληνική και διεθνή πραγματικότητα. Πιο αναλυτικά, η διάρθρωση της εργασίας έχει ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της ψυχικής υγείας και της ψυχικής διαταραχής, οι αιτιολογικές θεωρίες των ψυχικών διαταραχών και η διάγνωση και ταξινόμησή τους. Ακολουθούν δεδομένα σχετικά με το επιδημιολογικό πρότυπο των κοινών και των σοβαρών ψυχικών διαταραχών στον κόσμο και στην Ευρώπη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά η πορεία και οι λόγοι της

ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών στο δυτικό κόσμο, δίνονται οι ορισμοί και τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας, της τομεοποίησης και αποασυλοποίησης καθώς και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στη συνέχεια πραγματοποιείται μια συνοπτική παρουσίαση των μεταρρυθμιστικών διαδικασιών του δυτικοευρωπαϊκού κόσμου, με αναφορά στα μεταρρυθμιστικά προγράμματα έξι χωρών, στα προβλήματα που αντιμετώπισαν και στους παράγοντες που επηρέασαν την πρόοδο τους. Το κεφάλαιο κλείνει με μια αδρή μέτρηση της προόδου της αποασυλοποίησης.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται τα προγράμματα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αποασυλοποίησης στην Ελλάδα. Εξετάζεται το νομικό πλαίσιο που έχει θεσπίσει η ελληνική πολιτεία για την ψυχιατρική αναμόρφωση από το 1983 και έπειτα και περιγράφονται οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και τα αποτελέσματά τους. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο δεκαετές πρόγραμμα Ψυχαργός το οποίο αποτελεί και το σημαντικότερο βήμα αλλαγής της ψυχιατρικής πραγματικότητας. Αναλύεται ο σχεδιασμός και οι βασικοί στρατηγικοί του στόχοι και γίνεται προσπάθεια συνοπτικής καταγραφής των δομών που δημιουργήθηκαν. Ακόμα, επεξηγείται η οργάνωση, η λειτουργία και ο σκοπός των δομών στέγασης και αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο εφαρμογής του Ψυχαργός.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στα προβλήματα που προέκυψαν από τη μεταρρυθμιστική διαδικασία, διατυπώνονται προτάσεις βελτίωσης της ελληνικής πραγματικότητας και παρουσιάζεται το πλάνο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για τα επόμενα έτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Εξώφυλλο</i>	<i>i</i>
<i>Σελίδα τίτλου</i>	<i>ii</i>
<i>Αγγλικό εξώφυλλο</i>	<i>iii</i>
<i>Ευχαριστίες</i>	<i>iv</i>
<i>Ελληνική περίληψη με λέξεις κλειδιά</i>	<i>v</i>
<i>Αγγλική περίληψη</i>	<i>vi</i>
<i>Πρόλογος</i>	<i>vii</i>
<i>Πίνακας περιεχομένων</i>	<i>ix</i>
<i>Κατάσταση διαγραμμάτων</i>	<i>xii</i>
<i>Κατάσταση πινάκων</i>	<i>xiii</i>

Κεφάλαιο 1: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

<i>1.1 Ψυχική υγεία</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Ψυχική ασθένεια-Ψυχική διαταραχή</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες των ψυχολογικών διαταραχών</i>	<i>3</i>
<i>1.4 Διάγνωση και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Η επιδημιολογία των κοινών και σοβαρών ψυχικών διαταραχών</i>	<i>7</i>
<i>1.5.1 Κοινές ψυχικές διαταραχές</i>	<i>7</i>
<i>1.5.2 Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές</i>	<i>8</i>
<i>1.6 Αποτύπωση των ψυχικών διαταραχών στον κόσμο κατά τον ΠΟΥ</i>	<i>10</i>
<i>1.7 Η εικόνα των ψυχικών διαταραχών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα</i>	<i>10</i>
<i>1.8 Ανακεφαλαίωση</i>	<i>13</i>

Κεφάλαιο 2: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

<i>2.1 Από το άσυλο στην κοινότητα</i>	<i>14</i>
<i>2.2 Οι λόγοι που οδήγησαν στη μεταρρύθμιση</i>	<i>15</i>
<i>2.3 Το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης</i>	<i>17</i>
<i>2.3.1 Παροχή φροντίδας στην κοινότητα</i>	<i>18</i>
<i>2.3.2 Τομεοποίηση</i>	<i>19</i>
<i>2.3.3 Αποασυλοποίηση</i>	<i>20</i>
<i>2.4 Η ψυχιατρική-ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) στα πλαίσια της αποασυλοποίησης</i>	<i>21</i>
<i>2.5 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες</i>	<i>23</i>

2.5.1 Ιταλία	24
2.5.2 Γερμανία	25
2.5.3 Η.Π.Α.....	25
2.5.4 Μεγάλη Βρετανία	26
2.5.5 Ισπανία.....	27
2.5.6 Ελλάδα.....	27
2.6 Η αποασυλοποίηση σε αριθμούς	27
2.7 Ανακεφαλαίωση.....	30
<i>Κεφάλαιο 3: Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</i>	
3.1 Εισαγωγή.....	31
3.2 Το νομοθετικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	31
3.2.1 Ο νόμος 1397/83	31
3.2.2 Ο νόμος ΕΟΚ 815/84.....	32
3.2.3 Ο νόμος 2071/92.....	33
3.2.4 Ο νόμος 2716/99.....	33
3.3 Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.....	34
3.3.1 1984-1989	34
3.3.3 Τα αποτελέσματα του προγράμματος της περιόδου 1990-1995.....	36
3.4 Το Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός.....	37
3.4.1 Πρόγραμμα Ψυχαργός Φάση Α'	39
3.4.2 Αποτελέσματα της Α' Φάσης του Ψυχαργός.....	39
3.4.3 Πρόγραμμα Ψυχαργός Φάση Β'	41
3.4.4 Αποτελέσματα της Β' Φάσης του Ψυχαργός	42
3.5 Η οργάνωση και λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας.....	45
3.5.1 Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨ)	45
3.5.2 Δομές διαμονής και στέγασης.....	46
3.5.3 Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (ΙΠΚ)	47
3.5.4 Κινητές μονάδες ψυχιατρικής υγείας και κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη	48
3.5.5 Κέντρα Ημέρας και Νοσοκομεία Ημέρας	49
3.5.6 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ).....	50
3.6 Ανακεφαλαίωση.....	51
<i>Κεφάλαιο 4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</i>	
4.1 Τα επιτεύγματα της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	52
4.2 Αδυναμίες της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	52

4.3 ΕΣΠΑ 2007-2013: Δράσεις για τα επόμενα έτη.....	56
4.4 Προτάσεις	57
4.5 Ανακεφαλαίωση.....	60
Βιβλιογραφία	61

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 Η Ευρωπαϊκή προσέγγιση της δημόσιας ψυχικής υγείας.....	2
Διάγραμμα 1.2 Συσχέτιση μεταξύ των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών.	4
Διάγραμμα 1.3 Εκτιμώμενος αριθμός στο γενικό πληθυσμό της ΕΕ 18-65 ετών που πλήττεται από ψυχική διαταραχή σε 12μηνη βάση.....	11
Διάγραμμα 1.4 Ποσοστό του πληθυσμού ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην ΕΕ που έλαβαν κάποιο είδος θεραπείας.....	12
Διάγραμμα 2.1 Ψυχιατρικές κλίνες ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα και στην ΕΕ (των 15 και των 27) μεταξύ 1998 και 2008.....	29

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 Οι κύριες διαφορές των κοινών από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές	9
Πίνακας 2.1 Ενδονοσοκομειακές & εξωνοσοκομειακές δομές.....	18
Πίνακας 2.2 Ποσοστό ψυχ. κλινών σε δημόσια ψυχ. νοσοκομεία (ανά 10.000 κατοίκους) επί του συνόλου των ψυχ. κλινών.....	28
Πίνακας 3.1 Ψυχ. κλίνες σε γενικά νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακές δομές (ανά 100.000) υπηρεσίες για ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και κίνες στην κοινότητα (1984-1996)	37
Πίνακας 3.2 Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001	40
Πίνακας 3.3 Κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν μετά το 2002.....	42
Πίνακας 3.4 Δομές αποασυλοποίησης που δημιουργήθηκαν μετά το 2002.....	43
Πίνακας 3.5 Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν μετά το 2002.....	43
Πίνακας 3.6 Δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα μετά το 2002....	43
Πίνακας 3.7 Δομές ψυχικής υγείας ανά περιφέρεια	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ- ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 Ψυχική υγεία

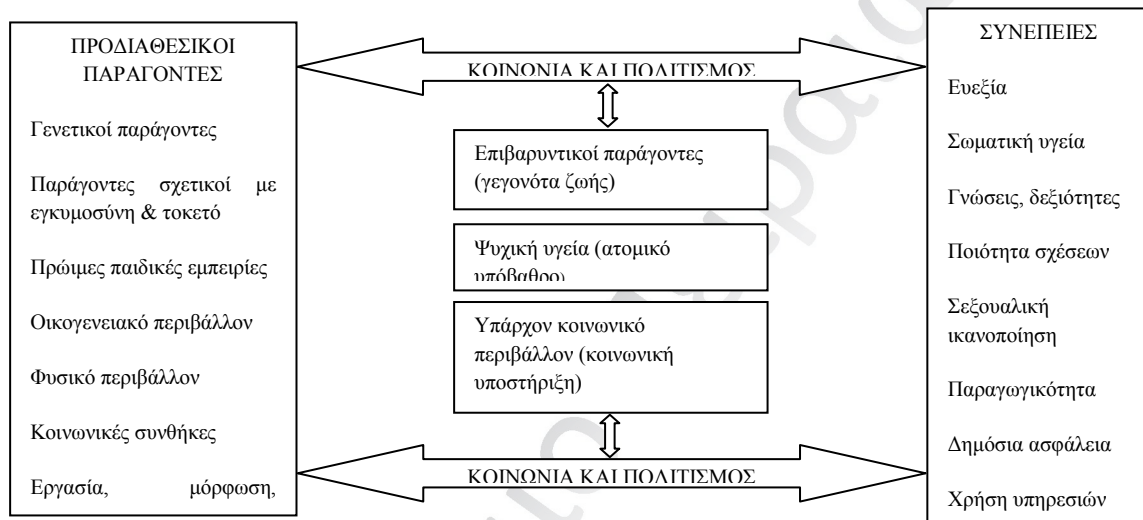
Ο ορισμός της ψυχικής υγείας διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Έννοιες όπως η υποκειμενική ευεξία και η λειτουργικότητα, η αυτονομία, η ανταγωνιστικότητα, η αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου αντανακλούν τις αντιλήψεις για την ψυχική υγεία. Παρόλο που είναι αρκετά δύσκολο, από διαπολιτισμική άποψη, να οριστεί επακριβώς η ψυχική υγεία αποτελεί κοινό τόπο ότι είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικής διαταραχής (WHO 2001). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας». Ο ορισμός αυτός αναφέρεται στη συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου αλλά και στη νοητική του συγκρότηση και στην αποτελεσματικότητά του να σκέφτεται με πλήρη διαύγεια (Δαρβίρη 2007).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προσδίδει μια θετική διάσταση στον ορισμό της ψυχικής υγείας αντιμετωπίζοντάς την ολιστικά. Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία έχει θετική συσχέτιση με το φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον, ενώ συγχρόνως επηρεάζεται από την βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα) (Φρέρης *et al* 2006).

Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης η θετική ψυχική υγεία (positive mental health) ορίζεται ως «μια κατάσταση ευρωστίας όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητες του, είναι σε θέση να διαχειριστεί τα στρες της ζωής, μπορεί να λειτουργήσει παραγωγικά και ικανοποιητικά και να συμβάλει στην κοινότητα του. Όπου η θετική ψυχική υγεία αποτελεί αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα και αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας και ευρωστίας των πολιτών της αλλά και παγκόσμιο δημόσιο αγαθό» (Jané-Lloris & Anderson 2005).

Σύμφωνα με την παραπάνω προσέγγιση, η ψυχική υγεία είναι κάτι που βασίζεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τι του προκαλεί στρες στη ζωή του και να μπορεί να το διαχειριστεί εποικοδομητικά. Πιστεύεται ότι η αναγνώριση των παραγόντων στρες συμβάλλει στην πρόληψη της ψυχικής ασθένειας.

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου υπόκειται σε πολλές επιδράσεις και πρέπει να αξιολογείται στο πλαίσιο του κοινωνικού του περιγύρου (οικογένεια, κοινότητα, φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον) και της ψυχονοητικής του κατάστασης. Για να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες ομάδων στην ψυχική υγεία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των κοινωνικών ομάδων, όπως οι βιωματικές εμπειρίες, η ιδιοσυγκρασία και οι προδιαθεσικοί παράγοντες (Nies & McEwen 2001) (Διάγραμμα 1.1).



Τροποποιημένο από Lavikainen J et al., 2001, *Public health approach on mental health in Europe*

Διάγραμμα 1.1

Η Ευρωπαϊκή προσέγγιση της δημόσιας ψυχικής υγείας

1.2 Ψυχική ασθένεια-ψυχική διαταραχή

Παλαιότεροι όροι που χρησιμοποιούνταν για την περιγραφή των ατόμων με ψυχική ασθένεια αποτέλεσαν πηγή κοινωνικών διακρίσεων και στιγματισμού. Όροι, για παράδειγμα, όπως τρελός, φρενοβλαβής, παράφρων συνδέθηκαν με έννοιες αρνητικές, όπως η βία, ο φόβος, η διανοητική ανεπάρκεια (Corrigan & Penn 1999).

Τη δεκαετία του 1990, η ορολογία που θα χρησιμοποιούνταν για την περιγραφή των ατόμων με ψυχική ασθένεια αποτέλεσε αντικείμενο κοινωνικοπολιτικών διαξιφισμών στην Αμερική και στην Ευρώπη. Αξιοσημείωτο είναι ότι κάθε πολιτεία της Αμερικής έχει το δικό της ορισμό για την ψυχική ασθένεια (Nies & McEwen 2001).

Διάφοροι φορείς υγείας και οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ και η Ευρωπαϊκή Ένωση,

ανθρωπιστικές οργανώσεις και ακαδημαϊκοί έχουν προτείνει μια σειρά από ονομασίες, λιγότερο ή περισσότερο συνώνυμες με την ψυχική ασθένεια. Όροι όπως η ψυχική διαταραχή (mental disorder), η ψυχική νόσος (mental disease), η ψυχική αρρώστια (mental illness), η άρρωστη ψυχική υγεία (ill mental health), τα ψυχικά προβλήματα (mental problems) αναφέρονται σε σχετικά κείμενα. Σήμερα τα πιο κοινά αποδεκτά βιβλία κλινικής ψυχιατρικής χρησιμοποιούν συμβατικά τον όρο ψυχική διαταραχή (Anckarsater *et al* 2009).

Ψυχική διαταραχή είναι ένα νόσημα με ψυχολογικές ή συμπεριφορικές εκδηλώσεις, που συνοδεύονται από σημαντικό βαθμό ενόχληση και έκπτωση της λειτουργικότητας. Μπορεί να προκαλείται από βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, γενετικές ή φυσικές διαταραχές. Το νόσημα προσδιορίζεται ως απόκλιση από κάποια ιδεατή φυσιολογική κατάσταση και κάθε ψυχική διαταραχή έχει χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα (Kaplan & Sadock's 2004).

Για την ερμηνευτική θεώρηση της ψυχικής διαταραχής οι ψυχίατροι χρησιμοποιούν μια σειρά όρων όπως λειτουργική, οργανική, πρωτοπαθής, δευτεροπαθής (Kaplan & Sadock's 2004):

- Λειτουργικές θεωρούνται οι ψυχικές διαταραχές που δεν μπορούν να αποδοθούν σε γνωστή δομική βλάβη του εγκεφάλου ή σε σαφή βιολογική αιτία (σχιζοφρένεια).
- Οργανικές είναι αυτές που οφείλονται σε συγκεκριμένο παράγοντα ή σε νόσο που προκαλεί δομικές μεταβολές στον εγκέφαλο (π.χ. ντελίριο οφειλόμενο σε εγκεφαλική λοίμωξη) (Μάνος 1997).

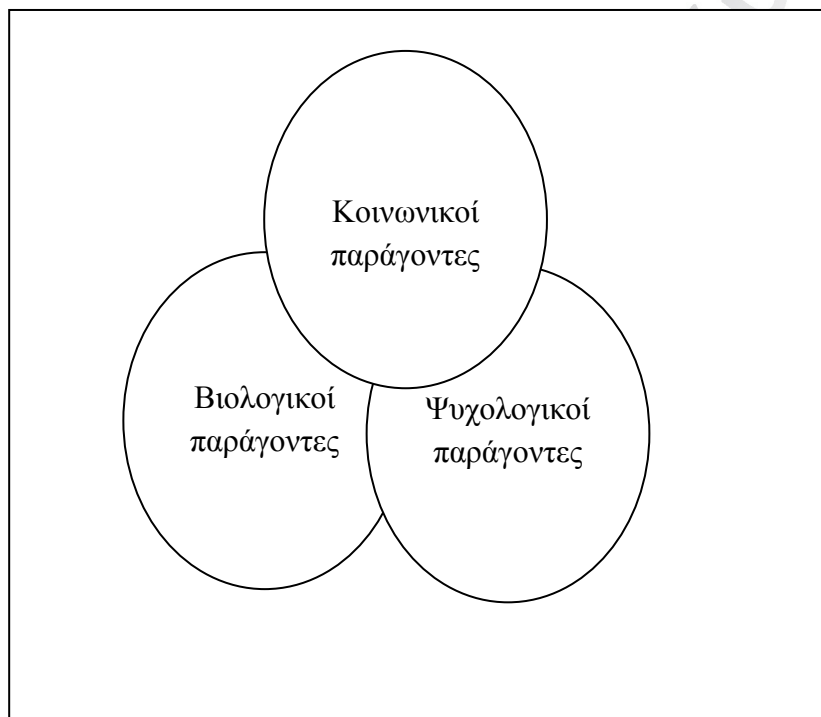
Σήμερα, αυτός ο παραδοσιακός διαχωρισμός βρίσκεται υπό αμφισβήτηση, καθώς η πρόοδος που έχει σημειωθεί στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου επιτρέπει το συσχετισμό λειτουργικών και δομικών ανωμαλιών στον εγκέφαλο με την παρουσία των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και στις δύο προαναφερόμενες ψυχικές διαταραχές (Radaelli *et al* 2008).

1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες των ψυχικών διαταραχών

Η ιατρική επιστήμη στις μέρες μας προσεγγίζει την υγεία και την ασθένεια σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο και σύμφωνα με αυτό αντιμετωπίζει το άτομο ως μια

βιοψυχοκοινωνική ολότητα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο βλέπει την ψυχική διαταραχή ως μια διαταραχή της αρμονικής ισορροπίας του ανθρώπινου συστήματος που περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές συνιστώσες (WHO 2001) (Τούντας 2000).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται και να συμβάλλουν στη γένεση των ψυχικών διαταραχών, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1.2.



Πηγή: WHO, *The World Health Report 2001, Mental Health: new understanding, new hope*

Διάγραμμα 1.2

Συσχέτιση μεταξύ των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην δημιουργία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών

Οι βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται αιτιολογικά με την ψυχική νόσο μπορούν να ομαδοποιηθούν σε γενετικούς παράγοντες, σε νευροδιαβιβαστές και σε δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου (Weinberger 1997).

Διάφορα κοινωνικά φαινόμενα, όπως η κοινωνική θέση, ο πολιτισμός, η οικονομική κατάσταση, όταν συμπίπτουν και με άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και συντελούν στη δημιουργία ψυχικής διαταραχής (Πολάκη *et al* 2007).

Ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στη

γένεση μιας ψυχικής ασθένειας είναι το είδος των διαπροσωπικών και οικογενειακών σχέσεων του ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του, όπως επίσης και οι σχέσεις με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Διαταραχές όπως η κατάθλιψη και οι φοβίες θεωρούνται αποτυχημένες προσπάθειες προσαρμογής του ατόμου σε ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής (WHO 2001) (Coursey *et al* 2000).

Παρά τις μεγάλες ανακαλύψεις του 20^{ου} αιώνα για την οργανική βάση πολλών ψυχικών διαταραχών και τη φαρμακευτική αντιμετώπισή τους, οι επιστήμονες αδυνατούν να δώσουν σαφείς εξηγήσεις για τη δημιουργία των ψυχικών διαταραχών (Folsom 2006). Οι βασικές αιτιολογικές θεωρίες των ψυχικών διαταραχών -δηλαδή η βιολογική, η κοινωνική και η ψυχολογική- είναι συχνά αντικρουόμενες μεταξύ τους και εκφράζουν διαφορετικές φιλοσοφικές, πολιτικές, ιδεολογικές, οργανωτικές, επιστημονικές και πρακτικές θεωρήσεις που επηρεάζουν την κλινική πράξη των ψυχιάτρων (Στυλιανίδης & Χονδρός 2007).

1.4 Διάγνωση και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που απασχολεί την ψυχιατρική κοινότητα είναι αναμφίβολα η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών γίνεται σύμφωνα με την ύπαρξη ή την απουσία μιας ομάδας συμπτωμάτων, βασίζεται δηλαδή στην περιγραφική φαινομενολογία καθώς επίσης και στην κλινική πορεία του ατόμου και στη διερεύνηση διαπροσωπικών θεμάτων και εμπειριών (Alacron 2009).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας, η οποία αποτελεί μια από τις πιο μελετημένες ψυχικές ασθένειες, αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση. Αρκετοί επιστήμονες χαρακτηρίζουν σήμερα τη διάγνωση της προβληματική επειδή δεν υπάρχουν ακόμα διαθέσιμα εργαστηριακά προσδιορισμένα κριτήρια και σαφείς δείκτες, επειδή βασίζεται αποκλειστικά σε δείκτες συμπεριφοράς (συμπτώματα που αναφέρουν οι ασθενείς, παρατηρήσεις των ειδικών) καθώς επίσης και επειδή πολλά από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συναντώνται και σε άλλες νευρολογικές ή ψυχιατρικές καταστάσεις (άνοια) (Lakhan & Kramer 2009).

Με όλες τις αδυναμίες και ατέλειες, η διάγνωση δίνει μια κοινή γλώσσα συνεννόησης στους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί ένα απαραίτητο στάδιο για την ψυχιατρική εκτίμηση του ατόμου, το διαχωρισμό μεταξύ των διαγνώσεων και την κατεύθυνση προς την εφαρμογή της καταλληλότερης θεραπείας για την επίτευξη

κλινικής βελτίωσης και την καλύτερευση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Επιπλέον, συμβάλλει στην επιδημιολογική έρευνα των ψυχικών διαταραχών με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση τους (Maj *et al* 2002).

Δύο γενικότερα παραδεκτά συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών αποτελούν το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών, το DSM, της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και το ICD (Διεθνής Στατιστική ταξινόμηση νοσημάτων και συναφών προβλημάτων υγείας) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που χρησιμοποιείται κυρίως στις χώρες της Ευρώπης (WHO 2001). Αυτά τα συστήματα παρέχουν κάποιες κύριες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και τις διαγνώσεις αυτών εφόσον πληρούνται ορισμένα κριτήρια. Σε γενικές γραμμές το DSM και το ICD είναι παρόμοια (WHO 1992). Οι κυριότερες διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών ασθενειών σύμφωνα με το ICD-10 (WHO 1993) είναι οι εξής:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών
- Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και άλλες παραισθητικές διαταραχές
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ουσιών
- Διαταραχές της διάθεσης (διπολικές, κατάθλιψη)
- Νευρωτικές, σχετιζόμενες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές
- Συμπεριφορικά σύνδρομα σχετιζόμενα με φυσιολογικές διαταραχές και σωματικούς παράγοντες
- Διαταραχές ενήλικης προσωπικότητας και συμπεριφοράς
- Διανοητική καθυστέρηση
- Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης
- Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία
- Ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές.

Τα δύο συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών βρίσκονται σε συνεχή επεξεργασία από ειδικές επιστημονικές ομάδες ψυχιάτρων και επιδημιολόγων της υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται στις νέες ανακαλύψεις και τις διαθέσιμες θεραπείες. Το 2007 ο ΠΟΥ ανακοίνωσε την έναρξη της διαδικασίας για την 11^η αναθεώρηση του ICD που θα είναι έτοιμη το 2014¹. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία έχει προγραμματίσει

¹ www.who.int

την έκδοση του επόμενου αναθεωρημένου DSM (DSM-V) για το 2013².

1.5 Η επιδημιολογία των κοινών και σοβαρών ψυχικών διαταραχών

Οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν στην κοινότητα και στην ΠΦΥ σε διάφορες χώρες του κόσμου, τον προηγούμενο αιώνα, κατέδειξαν την αληθινή διάσταση του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών (Σκαπινάκης & Μαυρέας 2001). Ανάμεσα στα σημαντικά επιτεύγματα των επιδημιολογικών μελετών ήταν η αναγνώριση ότι υπάρχουν πολλές ψυχικές διαταραχές, με διαφορετικό επιδημιολογικό πρότυπο (επιπολασμός, διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου, πρόγνωση) και η σωστή αποτύπωση της εικόνας που παρουσιάζουν οι ψυχικές διαταραχές στον κοινό πληθυσμό αλλά και στην ΠΦΥ (Σκαπινάκης & Μαυρέας 2001). Η σύγχρονη ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα προσανατολίζεται τόσο στις κοινές όσο και στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως φαίνεται παρακάτω.

1.5.1 Κοινές ψυχικές διαταραχές

Οι πιο σημαντικές διαγνώσεις που απαρτίζουν τις κοινές ψυχικές διαταραχές (common mental disorders) είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία, οι ειδικές φοβίες, η νευρασθένεια και οι μη ψυχωσικές καταθλιπτικές διαταραχές. Οι διαταραχές αυτές αφορούν περίπου στο 15-20% του γενικού πληθυσμού και στο 25% των ασθενών της ΠΦΥ (Σκαπινάκης, & Μαυρέας 2001).

Οι περισσότερες μελέτες έδειξαν ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές, όπως οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις, είναι εκείνες που προκαλούν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία και είναι επικρατέστερες μεταξύ των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, ανεξάρτητα από την επαγγελματική ή κοινωνική τάξη (Kessler & Greenberg 2002). Οι αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders) είναι ο πιο κοινός τύπος ψυχιατρικής διαταραχής στους ενήλικους με 12μηνη συχνότητα επέλευσης από 13,1 μέχρι 18,7% και συχνότητα επέλευσης περισσότερο από 25% στη διάρκεια της ζωής. Είναι χρόνιες καταστάσεις και

² www.dsm5.org

συχνά παρουσιάζουν συν-νόσηση (co-morbidity) με τις διαταραχές του συναισθήματος, με άλλες αγχώδεις διαταραχές και με διαταραχές πρόσληψης ουσιών (Wetherell *et al* 2006). Οι διαταραχές συναισθήματος (μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές) αποτελούν τον δεύτερο σε συχνότητα τύπο ψυχιατρικής διαταραχής μετά τις αγχώδεις διαταραχές με 12μηνη συχνότητα επέλευσης από 7,1 μέχρι και 11,1% στον ενήλικο πληθυσμό (Wetherell *et al* 2006).

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχει στιγμιαίο επιπολασμό (point prevalence) 3-5% στους άνδρες και 8-10% στις γυναίκες και διπλάσια συχνότητα επέλευσης στη διάρκεια της ζωής. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική μέχρι και την προχωρημένη ηλικία αλλά συνήθως η εμφάνισή της παρουσιάζει κορύφωση στην τέταρτη δεκαετία της ζωής. Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει την πρωτεύουσα σχέση ανικανότητας και πρόωρου θανάτου ανάμεσα σε άτομα ηλικίας 18 ως 44 ετών και την δεύτερη κατά σειρά σχέση ανικανότητας σε σχέση με τη λειτουργικότητα για όλες τις ηλικίες (Hegaman & Lyness 2006).

1.5.2 Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές

Σοβαρές διαταραχές (serious mental disorders) όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή (διπολική I και II, μανία στους εφήβους, διπολική διαταραχή με εναλλαγή φάσεων), παρότι προκαλούν σημαντικό βαθμό ανικανότητα σε ατομικό επίπεδο, λόγω της σπανιότητάς τους, θεωρείται ότι δεν επιβαρύνουν συνολικά τη δημόσια υγεία στον ίδιο βαθμό σε σύγκριση με τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές (Σκαπινάκης & Μαυρέας 2001).

Πιο ειδικά, η σχιζοφρένεια αφορά στο 1% περίπου του συνολικού πληθυσμού και είναι σχετικά σπάνια στα παιδιά με συχνότητα 1 στα 1000 άτομα (Nicolson & Rapoport 1999). Οι γυναίκες και οι άνδρες επηρεάζονται εξίσου. Οι άνδρες εμφανίζουν ως μέση τιμή έναρξης της ασθένειας τα 18-25 έτη ενώ οι γυναίκες τα 25-30 έτη. Η πολύ πρόωμη έναρξη της σχιζοφρένειας (very early onset) πριν τα 12 έτη, όπως και η πρόωμη έναρξη της (early onset), μετά τα 13 έτη, έχει συσχετισθεί με χειρότερη πρόγνωση, μεγαλύτερη χρονιότητα και έκπτωση της λειτουργικότητας σε σχέση με ασθενείς με προχωρημένη ηλικία έναρξης της σχιζοφρένειας (late onset) όπου τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά τα 45 έτη (Margari *et al* 2008). Επιπλέον, τα άτομα που εμφανίζουν σχιζοφρένεια σε προχωρημένη ηλικία είναι συχνότερα γυναίκες με λιγότερα αρνητικά συμπτώματα και

περισσότερα συναισθηματικά, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, φαίνεται να έχουν πιο σοβαρή πορεία στην ασθένεια σε σχέση με τις γυναίκες όσον αφορά στα περισσότερα αρνητικά συμπτώματα, όπως κοινωνική απόσυρση και επιπέδωση του συναισθήματος, και επηρεασμένη λειτουργικότητα (Margari *et al* 2002).

Οι διπολικές διαταραχές υπολογίζεται ότι επηρεάζουν το 1-3% του πληθυσμού παγκοσμίως. Μια σειρά επιδημιολογικών και κλινικών μελετών δείχνουν υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ των διπολικών και των αγχωδών διαταραχών (διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό) (Freeman *et al* 2002). Στον Πίνακα 1.1 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαφορές μεταξύ των κοινών και σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Πίνακας 1.1

Οι κύριες διαφορές των κοινών από τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές

	Κοινές ψυχικές διαταραχές	Σοβαρές ψυχικές διαταραχές
Επιπολασμός	15-20%	1%
Αιτιολογία	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: σημαντική συμμετοχή	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: ασθενής συμμετοχή
Διάγνωση	Απουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων	Ψυχωσικά συμπτώματα
Πρόγνωση	Καλή-συχνή αυτοΐαση	Δυσμενέστερη-σπάνια αυτοΐαση
Θεραπεία	Συχνά καλή ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία-συμβουλευτική	Φάρμακα απαραίτητα
Ανάγκη νοσηλείας	Σπάνια	Συχνή
Επίπεδο αντιμετώπισης	Στην πρωτοβάθμια φροντίδα	Στην δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια φροντίδα από ψυχιάτρους
Αλληλοεπικάλυψη	Συχνή με άλλες διαταραχές της ίδιας κατηγορίας	Η μία αποκλείει αμοιβαία την άλλη

Πηγή: Σκαπινάκης Π., Μαυρέας Β., *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: διαφορετικοί ασθενείς διαφορετικές ανάγκες*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2001, 18:444-445

1.6 Αποτύπωση των ψυχικών διαταραχών στον κόσμο κατά τον ΠΟΥ

Στην εποχή μας η υγεία ενός πληθυσμού δεν ορίζεται μόνο από τις στατιστικές θνησιμότητας αλλά και με βάση την αναπηρία και ανικανότητα του πληθυσμού (Πολάκη *et al* 2007). Κάθε ψυχική διαταραχή επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου προκαλώντας κάποιου βαθμού αναπηρία ή ανικανότητα στο άτομο και η μέτρηση της παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού.

Σε μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2004, οι ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζονται σε πολύ υψηλές θέσεις στον πίνακα των πλέον σημαντικών ασθενειών ως προς την επαγόμενη ανικανότητα. Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές συγκεντρώνουν το 13% των συνολικών DALY's (χαμένων χρόνων ζωής σταθμισμένα ως προς την επαγόμενη ανικανότητα) που χάνονται, σε σχέση με όλες τις ασθένειες και τους τραυματισμούς παγκοσμίως (WHO 2008). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ, 450 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Από αυτούς τουλάχιστον 150 εκατομμύρια υποφέρουν από κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής τους, σχεδόν ένα εκατομμύριο αυτοκτονούν κάθε χρόνο, και περίπου 25 εκατομμύρια υποφέρουν από σχιζοφρένεια (WHO 2003).

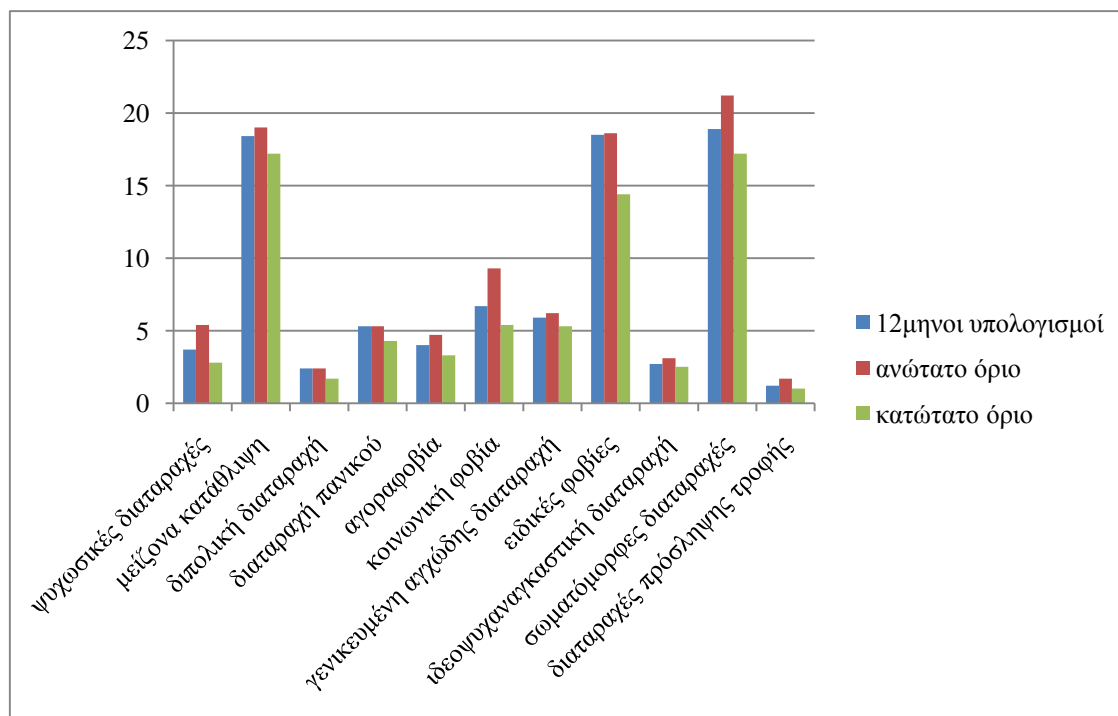
Οι επιστημονικές προβολές των στατιστικών στοιχείων, μέχρι το 2020, δείχνουν ότι οι νευροψυχιατρικές διαταραχές θα αντιστοιχούν στο 15% της παγκόσμιας αναπηρίας, με μόνη την κατάθλιψη να αντιστοιχεί στο 5,7% των χαμένων DALY's. Ενώ υπολογίζεται ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα αναπτύξει μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή διαταραχή συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ζωής του (WHO 2001).

1.7 Η εικόνα των ψυχικών διαταραχών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα

Η ανασκόπηση των δεδομένων 27 επιδημιολογικών μελετών στην κοινότητα από το 1990 και μετά, με στοιχεία από 16 χώρες της Ευρώπης, κατέδειξε ότι το 27% του συνολικού ενήλικου πληθυσμού της Ευρώπης υποφέρει από μία τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή (Wittcen & Jacobi 2005).

Σύμφωνα δε με υπολογισμούς σε 12μήνη βάση και όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.3, 82.7 εκατομμύρια άτομα που ανήκουν στον ενήλικο πληθυσμό της Ευρώπης 18-65 ετών, φαίνεται να επηρεάστηκαν ή θα επηρεαστούν από κάποια ψυχική διαταραχή σε

κάποια στιγμή της ζωής τους (σε συνολικό αριθμό 301.7 εκατομμυρίων ατόμων) (Wittcen & Jacobi 2005).

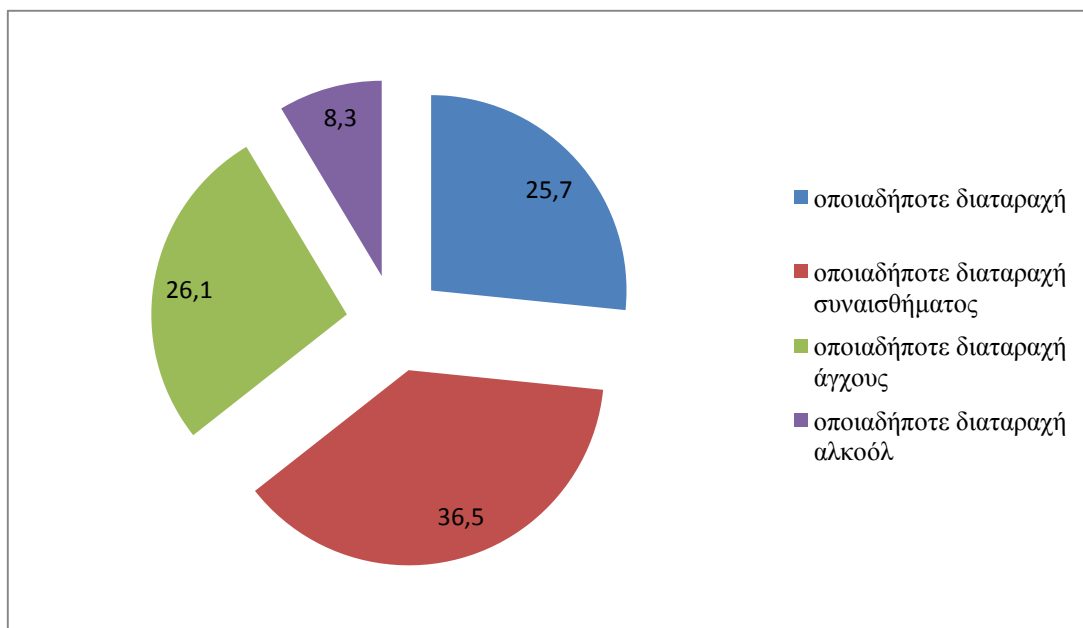


Τροποποιημένο από Wittcen HU., Jacobi F., Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies, European Psychopharmacology, 2005, 15:357-376

Διάγραμμα 1.3

Εκτιμώμενος αριθμός στον γενικό πληθυσμό της ΕΕ 18-65 ετών που πλήττεται από ψυχική διαταραχή σε 12μηνη βάση

Την υψηλότερη συχνότητα στο πληθυσμό της Ευρώπης, όπως φαίνεται από το διάγραμμα, εμφανίζουν οι αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες, κοινωνική φοβία, αγοραφοβία), οι καταθλιπτικές διαταραχές (μείζονα κατάθλιψη) και οι σωματόμορφες διαταραχές. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι από το σύνολο των ατόμων που επηρεάστηκε από κάποια αγχώδη ψυχική διαταραχή, μόλις το 26% έλαβε καθοδήγηση ή επαγγελματική φροντίδα από επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (όπως ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, ψυχοεκπαίδευση) (Διάγραμμα 1.4).



Τροποποιημένο από Wittcen HU., Jacobi F., *Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies, European Psychopharmacology, 2005, 15:357-376*

Διάγραμμα 1.4

Ποσοστό του πληθυσμού ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην ΕΕ που έλαβαν κάποιο είδος θεραπείας

Δεδομένα, από κάποιες από αυτές τις μελέτες, σχετικά με την επίπτωση κατά τη διάρκεια της ζωής υποδεικνύουν ότι σχεδόν κάθε δεύτερο άτομο στην Ευρώπη έχει ή θα εμφανίσει κάποια ψυχική ασθένεια σε κάποια στιγμή της ζωής του (Wittcen & Jacobi 2005). Σύμφωνα με μια έκθεση του ΠΟΥ για την υγεία του πληθυσμού στην Ευρώπη για τα έτη 1997-2002, τουλάχιστον 16% των Ευρωπαίων δήλωσαν ότι είχαν ένα χρόνια πρόβλημα υγείας και 3,4% από αυτούς ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας. Οι νευροψυχικές διαταραχές και τα συναισθηματικά προβλήματα συγκέντρωσαν το 9% του συνόλου των δηλωθέντων χρόνιων προβλημάτων υγείας και αναπηριών από κάποια αιτία (European Commission 2005). Στην ετήσια έκθεση του ΠΟΥ το 2001 για τις ψυχικές διαταραχές, φαίνεται ότι στο 6,4% διεγνώσθη τρέχουσα κατάθλιψη και στο 14,9% αυτών γενικευμένο άγχος. Στο σύνολό τους όλες οι ψυχικές διαταραχές ανήλθαν σε 19,2% (WHO 2001). Τέλος, ο αριθμός των ατόμων που νοσηλεύθηκαν το 2005 στην Ελλάδα για κάποια ψυχική διαταραχή υπολογίστηκε σε 39.981, σύμφωνα με δεδομένα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας³.

³ www.statistics.gr

1.8 Ανακεφαλαίωση

Η ψυχική υγεία αποτελεί μια ευρεία έννοια και αναφέρεται στην ολοκληρωμένη συναισθηματική και κοινωνική ευημερία του ατόμου. Γενετικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά προκαλώντας διάφορες ψυχικές διαταραχές. Οι κοινές ψυχικές διαταραχές προκαλούν μεγαλύτερη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία απ' ό,τι οι σοβαρές. Η διάγνωση και ταξινόμησή τους γίνεται βάσει κοινά αποδεκτών συστημάτων ταξινόμησης. Οι τελευταίες μελέτες εμφανίζουν αύξηση της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών και υψηλές θέσεις των χαμένων χρόνων ζωής λόγω της ανικανότητας που αυτές προκαλούν. Η χρονιότητα και το κόστος θεραπείας τους οδήγησαν σε επαναπροσδιορισμό του τρόπου αντιμετώπισης και διαχείρισης των ψυχικά ασθενών σε ολόκληρο το δυτικό κόσμο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

2.1 Από το άσυλο στην κοινότητα

Η περίθαλψη των ατόμων που έπασχαν από ψυχικές διαταραχές ανέκαθεν αντικατόπτριζε τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες αντιμετώπιζαν τις ψυχικές νόσους. Στο πέρασμα των αιώνων οι άνθρωποι αυτοί αντιμετωπιζόνταν με διάφορους τρόπους. Είχαν ξεχωριστή θέση σε κοινωνίες όπου πίστευαν ότι μιλούσαν στους νεκρούς ή στους θεούς. Το μεσαίωνα τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν. Αργότερα, τους κλείδωναν σε ιδρύματα και γίνονταν αντικείμενο έρευνας για την επιστήμη. Στην Ευρώπη του 19^{ου} αιώνα υπήρξαν διάφορες τάσεις. Με την ανάπτυξη της ψυχιατρικής ως ιατρικού κλάδου οι ψυχικές ασθένειες έγιναν αντικείμενο επιστημονικής έρευνας και οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν ασθενείς με ιατρικό πρόβλημα. Από την άλλη μεριά, άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές όπως και άλλοι με άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν και περιοριζόνταν σε μεγάλα ιδρύματα, κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα (WHO 2001).

Στη δεκαετία του 1950, επίσημοι φορείς υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο, συνέβαλλαν στη χάραξη νέων πολιτικών για τον τρόπο φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Οι κυβερνήσεις προχώρησαν στη χρηματοδότηση νέων μοντέλων ψυχικής υγείας και στην ψήφιση καινούργιων νόμων. Συγχρόνως, τα ΜΜΕ και η κοινωνία γενικότερα άρχισαν να εκδηλώνουν ενδιαφέρον για τους ψυχικά ασθενείς. Θέματα σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών άρχισαν να συζητιούνται και η κοινωνία αναγνώριζε την ανεπάρκεια των ιδρυματικών θεραπειών και το ζήτημα των διακρίσεων και του στίγματος (Tuntiya 2003).

Έτσι παρόλο που μέχρι τότε η κοινότητα θεωρούνταν ένα βίαιο και απειλητικό περιβάλλον για τους ψυχικά ασθενείς, από τα μέσα του 1950 η φροντίδα στην κοινότητα αποτέλεσε τον πρωταρχικό στόχο της ψυχιατρικής και έγινε συνώνυμη με την κοινωνική ενσωμάτωση, ενώ η φροντίδα στο ψυχιατρείο συνδέθηκε με τον αποκλεισμό από την κοινωνία, τον διαχωρισμό και την απάνθρωπη μεταχείριση. Η μεγάλη άνθιση της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής τις δεκαετίες του 1960 και 1970 στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες,

προσέφερε ένα πρακτικό και ιδεολογικό μοντέλο για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών έξω από τα ψυχιατρεία (Μαδιανός 2002).

Μέσα στα επόμενα χρόνια και σαν μια αλυσιδωτή αντίδραση, αναπτυγμένες Δυτικές χώρες όπως η Αμερική και η Μ. Βρετανία ακολούθησαν διαδικασίες αναδιοργάνωσης των θεσμικών και δομικών στοιχείων που έλεγχαν και όριζαν το ψυχιατρικό τους σύστημα – διαδικασίες που είναι παγκοσμίως γνωστές ως «ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις» (Σκαπινάκης & Μαυρέας 2001) (Μαδιανός 2002). Η γενική τάση για ψυχιατρική μεταρρύθμιση τα επόμενα χρόνια, εκφράστηκε με τη δημιουργία μιας ευρείας λίστας δομών/μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα και με την προσπάθεια κλεισίματος των μεγάλων ψυχιατρείων.

Η εγκατάλειψη της ιδρυματικής ψυχιατρικής επέφερε την απελευθέρωση ενός σημαντικού αριθμού ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρικά άσυλα. Ο όρος αποασυλοποίηση εισήχθη για να αναφερθεί στη σημαντικότερη πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Tuntiya 2003).

Πολλές από τις προσπάθειες για μεταρρύθμιση και αποασυλοποίηση που ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1950 στις οικονομικά αναπτυγμένες δυτικές χώρες, συνεχίστηκαν τα επόμενα χρόνια σε κάποιες από αυτές (Μ. Βρετανία, ΗΠΑ) (Tuntiya 2003) (Mechanic 2007), σε άλλες φάνηκαν να χάνουν την αρχική τους δύναμη και να παρακμάζουν (Ιταλία την δεκαετία του 80) (Burti & Benson 1996), ενώ στις λιγότερο αναπτυγμένες, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πολωνία, άρχισαν να εφαρμόζονται σχετικά πρόσφατα (Madianos & Christodoulou 2007) (Vazquez-Barquero & Garcia 1999) (Balicki *et al* 2000).

Οι μεταρρυθμιστικές/αποασυλοποιητικές διαδικασίες συνεχίζονται ακόμα σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο στοχεύοντας στη βελτίωση της φροντίδας ψυχικής υγείας.

2.2 Οι λόγοι που οδήγησαν στην μεταρρύθμιση

Αναμφίβολα μια από τις πιο ριζοσπαστικές κινήσεις σε παγκόσμιο κοινωνικοπολιτικό επίπεδο, το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, ήταν η σχεδόν ταυτόχρονη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών από το ιδρυματικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας σε ένα ανοικτό μοντέλο φροντίδας στην κοινότητα που οδήγησε στην αποασυλοποίηση και στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων σε ορισμένες από τις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου (Σκαπινάκης & Μαυρέας 2001).

Κοινωνικά φαινόμενα μεγάλης έκτασης, όπως η αποασυλοποίηση έχουν πολλές

αιτιολογίες και μπορούν να αποδοθούν σε διάφορες δυνάμεις και γεγονότα. Αρκετές υποθέσεις και επιχειρήματα μπορεί να βρει κάποιος στη διεθνή βιβλιογραφία για την εξήγηση των πολιτικών αποασυλοποίησης. Αυτές προέρχονται από διαφορετικές ακαδημαϊκές και ερευνητικές περιοχές όπως η ανάλυση των επιστημών υγείας (health care analysis), η φιλοσοφία της υγείας, η κοινωνική ιστορία ή ακόμα και η ιστορία της κοινωνιολογίας, χωρίς όμως να προσφέρουν μία σαφή εξήγηση (Tuntiya 2003) (Madianos 2006).

Αναζητώντας τους λόγους που οδήγησαν στην έναρξη της διαδικασίας αποασυλοποίησης και μεταρρύθμισης της ψυχιατρικής φροντίδας στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, οι πιο διαδεδομένες και συχνότερα αναφερόμενες ερμηνείες είναι:

- Η σημαντική πρόοδος στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας (η λεγόμενη «ψυχοφαρμακολογική επανάσταση») με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως νευροληπτικών και αντικαταθλιπτικών, βελτίωσε την κλινική εικόνα των πασχόντων και συνέβαλλε στην έξοδο πολλών εξ' αυτών στην κοινότητα
- Η ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων βοήθησε στην ομαλότερη προσαρμογή των ασθενών εκτός ψυχιατρείου
- Η κίνηση υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έγινε ένα πραγματικά παγκόσμιο φαινόμενο υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών, γεγονός που οδήγησε στην παραδοχή του αρνητικού ρόλου του ασύλου
- Κοινωνικά και ψυχικά στοιχεία ενσωματώθηκαν στον ορισμό της υγείας του νεοϊδρυθέντα, τη δεκαετία του 1950, ΠΟΥ, που με τη χρηματοδότηση και την επιρροή του για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών έδωσε το έναυσμα για την αλλαγή των μοντέλων φροντίδας στην ψυχική νόσο.

Τα παραπάνω γεγονότα, συνέβαλαν αποφασιστικά στην υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης του ανθρώπου από την οποία απορρέει η απόπειρα μεταρρύθμισης του τρόπου αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και η χάραξη νέων πολιτικών. Η νέα αυτή προσέγγιση, η οποία έρχεται σε σύγκρουση με την απόλυτη βιολογική ψυχιατρική, δικαιολογεί ιδεολογικά την ανάγκη για διαμόρφωση ενός θεραπευτικού σχεδίου το οποίο θα περιλαμβάνει, πέρα από την ενδεχόμενη νοσηλεία και την ψυχοφαρμακοθεραπεία, παρέμβαση στην οικογένεια, καθώς και κοινωνικοθεραπευτική παρέμβαση με απώτερο σκοπό την παροχή ευρύτερης στήριξης και δυνατότητας για επανένταξη. Οι διαπιστώσεις αυτές αποτελούν ουσιαστικά το έρεισμα της όλης προσπάθειας να μετατεθεί το κέντρο βάρους της φροντίδας από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία με την πάροδο του

χρόνου έγιναν καταπιεστικά και οπισθοδρομικά, σε μια πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα μέσα στην κοινότητα. Έτσι εδραιώνεται σταδιακά μια καινούργια πραγματικότητα που βρίσκει τις χώρες με την πιο αναπτυγμένη κοινωνική και οικονομική συγκρότηση να αντιλαμβάνονται τα στενά και περιορισμένα όρια της ψυχιατρικής του 19^{ου} αιώνα και την αδυναμία του θεσμού του ψυχιατρείου να απαντήσει στις ανάγκες των ασθενών για ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό σχέδιο (WHO 2001) (Pilgrim & Rogers 2004).

Για τους περισσότερους ακαδημαϊκούς, οι λόγοι που θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για τη σχεδόν ταυτόχρονη ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αποασυλοποίηση στις περισσότερες δυτικές χώρες, είναι πολλαπλοί και αμφισβητούμενοι και εμπλέκουν ένα σύνθετο σύνολο αλληλεπιδράσεων μεταξύ του ιατρικού επαγγέλματος, της δημόσιας ηθικής, του κράτους και της πολιτικής οικονομίας (Pilgrim & Rogers 2004).

2.3 Το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο όρος μεταρρύθμιση είναι συνώνυμος με τη μεταμόρφωση, τη μετατροπή, την καινοτομία και την αλλαγή. Πιο ειδικά, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σχετίζεται με την αναδιοργάνωση σε όλα τα θεσμικά και δομικά στοιχεία που ελέγχουν και ορίζουν το ψυχιατρικό σύστημα μιας χώρας (νομικά, διοικητικά, οργανωτικά, διαδικαστικά και το κλινικό πλαίσιο) (Μαδιανός 1994).

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση θεωρείται η αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενή, με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα στις εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο (Μαδιανός 2010). Βασίζεται σε μια νέα αντίληψη διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, όπου το δίκτυο κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας συναντά τις απαιτήσεις των ψυχικά ασθενών και αντιδιαστέλλεται το μοντέλο ασυλιακού τύπου που ίσχυε στο παρελθόν. Η υιοθέτηση του μοντέλου μιας πιο ανοικτής ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα οδηγεί στη δημιουργία μιας ευρείας λίστας ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών μονάδων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1, που θα στηρίξουν τη μεταρρύθμιση, φροντίζοντας συγχρόνως για τη θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών (Δαμίγος 2003).

Πίνακας 2.1

Ενδονοσοκομειακές & Εξωνοσοκομειακές δομές

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας	Κέντρα ψυχικής υγείας
Μονάδες οξέων περιστατικών	Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα
Κέντρο παρέμβασης κρίσης	Οικοτροφεία, ξενώνες
Ξενώνας βραχείας νοσηλείας	Προστατευόμενα διαμερίσματα
Νοσοκομείο ημέρας	Κέντρο ημέρας
	Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας
	Μονάδες αποκατάστασης και ψυχικής επανένταξης
	Ειδικά κέντρα ψυχικής επανένταξης

Τροποποιημένο από Λαμίγος Δ., Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Εκδόσεις Παπαζήση, 2003

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση συνδέεται στενά με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής, την αποασυλοποίηση και την τομεοποίηση, δηλαδή με παραμέτρους οι οποίες παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην επιτυχία προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

2.3.1 Παροχή φροντίδας στην κοινότητα

Η ιδέα της φροντίδας ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο αποτελεί μια καθολική προσέγγιση. Η φροντίδα σε κοινοτική βάση σημαίνει ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που χρειάζεται περίθαλψη θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να περιθάλπεται σε αυτό το επίπεδο. Πρέπει η περίθαλψη όχι μόνο να είναι τοπική και προσβάσιμη, αλλά και να απαντά στις πολλαπλές ανάγκες των ατόμων. Επιπρόσθετα, οφείλει να στοχεύει στη χρήση αποτελεσματικών θεραπευτικών τεχνικών, ώστε να ενδυναμώνονται οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, στοχεύοντας στην αυτοβοήθεια και αυτοεξυπηρέτησή τους, με την ενεργή συμμετοχή του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος τους, καθώς

επίσης και με τη δράση συγκροτημένων υποστηρικτικών μηχανισμών.

Πιο συγκεκριμένα, η φροντίδα στην κοινότητα για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή ψυχικά προβλήματα σημαίνει (WHO 2001) :

- Υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά στον ασθενή, όπως γενικό νοσοκομείο με τμήμα για έκτακτες εισαγωγές, και δομές στην κοινότητα για μακροχρόνια παραμονή
- Θεραπεία και εξατομικευμένη φροντίδα σύμφωνα με διάγνωση και ανάγκες του κάθε ατόμου
- Παρεμβάσεις τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- Μια μεγάλη κατηγορία υπηρεσιών που ασχολείται με τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικά προβλήματα
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Κινητές παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων αυτών που μπορούν να προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία
- Συνεργασία με τους φροντιστές και εκπλήρωση των αναγκών τους
- Νομοθετικές ρυθμίσεις για να στηρίζουν τις παραπάνω πλευρές της φροντίδας.

2.3.2 Τομεοποίηση

Το κυρίαρχο μοντέλο οργάνωσης μιας ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, είναι η δημιουργία γεωγραφικά καθορισμένων περιοχών που ονομάζονται τομείς. Η ιδέα αυτή αναπτύχθηκε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα στη Γαλλία και από τη δεκαετία του 1960 και μετά, εφαρμόστηκε ως οργανωτική αρχή σε όλες σχεδόν τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, με μέγεθος πληθυσμού που ποικίλει. Αυτή η αντιμετώπιση, έχει πολλά κοινά με την ιδέα της υγειονομικής περιφέρειας στη στρατηγική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο προσδιορισμός της πληθυσμιακής και γεωγραφικής μορφής του τομέα είναι απαραίτητος για το σχεδιασμό υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, περιλαμβάνει συνήθως 70.000-150.000 κατοίκους. Η τομεοποίηση συντελεί στο να αναπτυχθούν υπηρεσίες που θα λαμβάνουν υπόψη τις πληθυσμιακές και γεωγραφικές ιδιομορφίες του τομέα καθώς και στο να στελεχωθούν οι υπηρεσίες με προσωπικό ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού για τον οποίο προορίζονται. Επιπλέον, το μέγεθος του τομέα καθορίζει και τις αποστάσεις που

χρειάζεται ο ασθενής να διανύσει, ώστε να μην αναγκάζεται να απομακρύνεται για την παροχή της περίθαλψης από το κοινωνικό του περιβάλλον (WHO 2001).

2.3.3 Αποασυλοποίηση

Η ανεπάρκεια των ψυχιατρείων σε συνδυασμό με την ιδρυματοποίηση, την μονιμοποίηση δηλαδή της ανικανότητας, που οφείλεται στην κοινωνική απομόνωση και στην ιδρυματική φροντίδα, οδήγησε στο κίνημα της αποασυλοποίησης. Αποασυλοποίηση είναι η διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και η τοποθέτησή τους στην κοινότητα. Αποτελεί την πιο σημαντική πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποσπώντας, κατά μία έννοια, τον ψυχικά ασθενή από ένα ίδρυμα με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επανένταξή του στην κοινότητα. Παράλληλα οδηγεί στην εφαρμογή ενός δικτύου εναλλακτικών κοινοτικών δομών και συχνά στο κλείσιμο του ιδρύματος (Υφαντής 2005).

Η διαδικασία της αποασυλοποίησης δεν είναι ταυτόσημη με την απλή διαδικασία εξιτηρίου του ασθενή από το άσυλο ή την απονοσοκομειοποίησή του. Είναι μια σύνθετη διαδικασία με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Μεταφορά στην κοινότητα των χρόνιων νοσηλευόμενων ασθενών, που έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα.
- Εδραίωση και διατήρηση των κοινοτικών συστημάτων υποστήριξης για τους μη ασυλοποιημένους ψυχικά ασθενείς
- Το κλείσιμο των ιδρυμάτων πρέπει να ακολουθείται από τη δημιουργία εναλλακτικών δομών υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας στην κοινότητα
- Πρόληψη μη αναγκαίων εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία με την παροχή υπηρεσιών, φροντίδας στην κοινότητα.

Επομένως, η αποασυλοποίηση είναι μια σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει από τη μία μεριά την έξοδο των ψυχικά ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρεία και από την άλλη την εδραίωση των υπηρεσιών της κοινότητας, που θα παρέχουν στους χρήστες τη φροντίδα που έχουν ανάγκη (WHO 2001) (Lamb & Bachrach 2001).

2.4 Η ψυχιατρική-ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (ΨΚΑ) στα πλαίσια της αποασυλοποίησης

Για να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της αποασυλοποίησης, η επανένταξη δηλαδή των ψυχικά ασθενών στην κοινωνική ζωή και η αυτόνομη διαβίωση τους, παράλληλα με τη φαρμακοθεραπεία εφαρμόζονται και δράσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (psychosocial rehabilitation), συχνά αναφερόμενη και ως θεραπεία αποκατάστασης (rehabilitation), περιλαμβάνει επιστημονικά τεκμηριωμένες διαδικασίες-τεχνικές που βοηθούν άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες να αναπτύξουν τις απαιτούμενες κοινωνικές, διανοητικές και συναισθηματικές δεξιότητες ώστε να ζήσουν και να εργαστούν στην κοινότητα με όσο το δυνατόν λιγότερη επαγγελματική υποστήριξη (Μαδιανός 2002) (Rossler 2006). Οι στόχοι της ΨΚΑ (ΠΟΥ 1996) περιλαμβάνουν:

- Μείωση της συμπτωματολογίας μέσω φαρμακοθεραπείας, ψυχολογικών χειρισμών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων
- Μείωση των ιατρογενών προβλημάτων και του ιδρυματισμού
- Βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων μέσω της καλλιέργειας των κοινωνικών δεξιοτήτων, της ψυχολογικής αντιμετώπισης και της απασχόλησης
- Μείωση των διακρίσεων και του στίγματος
- Παροχή υποστήριξης στις οικογένειες που έχουν μέλος με ψυχική διαταραχή
- Κοινωνική υποστήριξη με την δημιουργία και διατήρηση ενός μακροπρόθεσμου συστήματος κοινωνικής στήριξης, με την κάλυψη των βασικών αναγκών για στέγη, την απασχόληση, το κοινωνικό δίκτυο και τον ελεύθερο χρόνο
- Την ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών μέσα από την αύξηση της αυτονομίας, της αυτάρκειας και των ικανοτήτων αυτοϋποστήριξης των χρηστών και των επαγγελματιών.

Η φιλοσοφία πίσω από την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση περιλαμβάνει δύο στρατηγικές. Η πρώτη στρατηγική είναι σε ατομικό επίπεδο και αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και προσόντων στον ψυχικά ασθενή εκμεταλλευόμενη τα υγιή μέρη του εγώ του. Η δεύτερη στρατηγική είναι οικολογική και στοχεύει στην ανάπτυξη υποστηρικτικών δικτύων στο περιβάλλον του ώστε να μειωθούν οι πιθανές στρεσογόνες πηγές. Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται:

- Στην εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης καθώς και στην εκπαίδευση

σε κοινωνικές δεξιότητες. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης αφορά σε όλες εκείνες τις παρεμβάσεις που σχετίζονται με βασικές καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης (π.χ. διατροφή, σωματική φροντίδα, ντύσιμο, περιποίηση του εαυτού). Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες είναι το σύνολο εκείνων των μεθόδων που χρησιμοποιούν τις ειδικές αρχές της θεωρίας της μάθησης για να προάγουν την απόκτηση, γενίκευση και διάρκεια των δεξιοτήτων που απαιτούνται σε κοινωνικές και διαπροσωπικές καταστάσεις.

- Στην ψυχοεκπαίδευση του ασθενή, δηλαδή την εκπαίδευση του στη διαχείριση συμπτωμάτων της ασθένειας του καθώς και στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής.
- Στην ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειες τους. Η ψυχολογική υποστήριξη αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πλαίσιο στο οποίο η ΨΚΑ πρέπει να αναπτυχθεί. Οι ομάδες αυτοβοήθειας για συγγενείς χρόνιων ασθενών έχουν αποδειχθεί ως μια ιδιαίτερα αποτελεσματική στρατηγική ΨΚΑ σε ατομικό επίπεδο.
- Στην επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση. Η απόκτηση και διατήρηση εργασίας περιγράφεται και ως ο βασικότερος στόχος της Ψυχιατρικής αποκατάστασης. Η εργασία πιστεύεται ότι όχι μόνο προάγει τη γενική λειτουργικότητα του ασθενή, αλλά ότι συμβάλλει και στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, ενώ έχει θετικά αποτελέσματα στην αυτοπεποίθηση και στην ποιότητα της ζωής του. Η απόκτηση επαγγέλματος αποτελεί ένα βήμα για τη μείωση της εξάρτησης από άλλους φορείς και το απαραίτητο βήμα για την ενσωμάτωση στην κοινωνία (ΠΟΥ 1996) (Madianos 2006).

Οι οικολογικές παρεμβάσεις της ΨΚΑ κατευθύνονται σε κοινωνικοπολιτικό επίπεδο (ΠΟΥ 1996) και στοχεύουν:

- Στην ενίσχυση των χρηστών των υπηρεσιών. Η ενδυνάμωση των χρηστών αποτελεί συστατικό στοιχείο και στόχο της ΨΚΑ
- Στη βελτίωση της στάσης της κοινής γνώμης σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές
- Στη βελτίωση της σχετικής νομοθεσίας
- Στο επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των ανθρώπινων πόρων. Η ένταξη της ΨΚΑ σε κάθε πολιτική υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ανάλογη κατανομή των πόρων, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις για οποιοδήποτε πρόγραμμα ΨΚΑ.

Για να θεωρηθεί μια παρέμβαση αποκαταστασιακή δεν αρκεί μόνο να ασχολείται με τις δεξιότητες των ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Θα πρέπει να συμβάλει στην καλύτερευση της λειτουργικότητας του άρρωστου ατόμου σε ένα ρόλο που θεωρείται

σημαντικός και από τον ίδιο τον πάσχοντα. Παράλληλα, όλες οι παρεμβάσεις θα πρέπει να κατευθύνονται προς την αυτοενδυνάμωση, την ανταγωνιστικότητα και την αποκατάσταση του (Farkas 2006).

Κάποιες αποτελεσματικές παρεμβάσεις ψυχιατρικής αποκατάστασης είναι και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η διαχείριση περίπτωσης και το ενεργητικό υποστηρικτικό πρόγραμμα φροντίδας για σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Madianos 2006). Η ΨΚΑ είναι πολύπλοκη και φιλόδοξη επειδή συμπεριλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τομείς και διαφορετικά επίπεδα, από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέχρι και τα σπίτια και τους χώρους εργασίας. Ακόμη, η ΨΚΑ συμπεριλαμβάνει την κοινωνία ως σύνολο. Κατά συνέπεια, αυτοί που εμπλέκονται στην ΨΚΑ ποικίλουν επίσης αρκετά, π.χ. μπορεί να είναι χρήστες υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, οικογένειες ασθενών, εργοδότες ή διοικητικοί υπάλληλοι των κοινοτικών υπηρεσιών (ΠΟΥ 1996).

Η λειτουργία και συνεργασία δομών επανένταξης και αποκατάστασης σε κοινοτικό επίπεδο, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας ενός αποκαταστασιακού προγράμματος. Οι δομές αυτές μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες (Κονταξάκης & Χριστοδούλου 2000) :

1. Τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής (κέντρα ημέρας, συμβουλευτικές υπηρεσίες ενηλίκων, ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες).
2. Τις υπηρεσίες στεγαστικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα, ανάδοχες οικογένειες)
3. Τις υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης (εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια, κοινωνικές επιχειρήσεις)
4. Τις ψυχιατρικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στα σύγχρονα ψυχιατρικά πλαίσια γίνονται μέσα από διεπιστημονική ομάδα που συνήθως διευθύνεται από έναν ψυχίατρο και βασίζεται στη συνεργασία των επαγγελματιών και στη σωστή διαχείριση όλων των διαθέσιμων κοινοτικών πόρων, οικονομικών, τεχνολογικών και ανθρώπινων.

2.5 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες

Αν και πολλές χώρες της Ευρώπης και του υπόλοιπου κόσμου ακολούθησαν τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας προς ένα κοινοτικό μοντέλο ψυχικής υγείας, η έκταση και ο τύπος της μεταρρύθμισης διαφέρουν αρκετά από χώρα σε χώρα. Αυτό που

είναι κοινό σε πολλές από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος της πολιτείας για την ψυχική υγεία που οδηγεί τις περισσότερες φορές στη διαδικασία αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών και στην αποκέντρωση της ευθύνης και ότι καμία χώρα δεν κατάφερε να υπερπηδήσει όλα τα εμπόδια. Όσον αφορά στα εμπόδια της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας παρόλο που διαφέρουν από χώρα σε χώρα, υπάρχουν κάποιες κοινές αντιστοιχίες σε σχέση με το σχεδιασμό, την οργάνωση και την παράδοση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (WHO 2001) (WHO 2006). Τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι περισσότερες χώρες που προέβησαν σε μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών τους αναφέρονται επιγραμματικά παρακάτω (WHO 2001). Στη συνέχεια παρουσιάζεται επιγραμματικά η μεταρρυθμιστική πορεία έξι δυτικοευρωπαϊκών κρατών:

- Ελλιπείς, μη επαρκείς και μη ποιοτικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Όχι εύκολη πρόσβαση του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες είναι άνισα κατανομημένες στους τομείς ψυχικής υγείας και δε γίνεται κατάλληλη ενημέρωση του κοινού
- Αδυναμία κατάργησης όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και επιτυχούς αποασυλοποίησης λόγω αναποτελεσματικών πολιτικών στρατηγικών, έλλειψης συντονισμού και διαθέσιμων οικονομικών πόρων
- Στάση των φορέων υγείας και της κοινότητας στην αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ασθενών (αρνητικές στάσεις, στίγμα)
- Έλλειψη σε οικονομικούς, ανθρώπινους και τεχνολογικούς πόρους.

2.5.1. Ιταλία

Στην Ιταλία η διαδικασία της αποασυλοποίησης και αναμόρφωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών είχε γρήγορη πορεία, την μεγαλύτερη έκταση και τη μεγαλύτερη επιτυχία από κάθε άλλο κράτος της Ευρώπης. Με την ψήφιση του νόμου 180 το 1978 απαγορεύθηκαν οι νέες εισαγωγές ψυχικά ασθενών στα ιδρύματα, έκλεισαν τα μεγάλα ιδρύματα και δημιουργήθηκαν νέες δομές στην κοινότητα για τους ψυχικά ασθενείς (Burti & Benson 1996) (WHO 2001). Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέμειναν άνισα κατανομημένες ανάμεσα στη βόρεια και νότια Ιταλία. Μάλιστα σε πολλά μέρη της νότιας Ιταλίας μέχρι τα τέλη του 1990, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσέφερε ελάχιστες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή ήταν σχεδόν ανύπαρκτη ώστε να μπορεί να περιγραφεί σαν

κοινοτική φροντίδα. Θεωρήθηκε μάλιστα ότι η πολιτεία εγκατέλειψε τους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειες τους στην κοινότητα στα πρώτα χρόνια της μεταρρύθμισης (Bollini *et al* 1988).

2.5.2 Γερμανία

Η Γερμανία στράφηκε προς ένα κοινοτικό σύστημα ψυχικής υγείας, στα μέσα της δεκαετίας του 1970, μέσα στο γενικότερο κλίμα κοινωνικών και πολιτικών αλλαγών. Ήταν κοινή απαίτηση η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία και η ίδρυση ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών (Baker *et al* 2001). Η συνεχής διαδικασία αποϊδρυματοποίησης και η εφαρμογή των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από την επανένωση Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας το 1990.

Στο Γερμανικό σύστημα ψυχικής υγείας δεν υπάρχει κεντρική οργάνωση και η κυβέρνηση δε δικαιούται να καθορίσει τις λεπτομέρειες της πολιτικής ή να θέσει συγκεκριμένους στόχους. Η φροντίδα ψυχικής υγείας αποτελεί ένα επικουρικό σύστημα όπου ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός είναι αρμοδιότητα των 16 ομοσπονδιακών κρατιδίων. Είναι κατανεμημένη μεταξύ πολλών τομέων και χαρακτηρίζεται από σημαντικές περιφερειακές διαφορές. Υπάρχει χάσμα ανάμεσα στις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες οι οποίες χρηματοδοτούνται χωριστά και στελεχώνονται από διαφορετικές ομάδες. Από το 1970 και μετά ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών μειώθηκε κατά το ήμισυ. Το μεταρρυθμιστικό ρεύμα ήταν αρκετά ισχυρό και κατάφερε να αφομοιώσει τα δύο διαφορετικά συστήματα μετά την ένωση. Στις μέρες μας, το κατακερματισμένο σύστημα και η χρηματοδότηση αποτελούν εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν από τη γερμανική κοινωνία (Baker *et al* 2001) (Kunze *et al* 2001) (Salize *et al* 2007).

2.5.3 ΗΠΑ

Στην Αμερική ο Νόμος περί Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας το 1963 επέβαλε την αποϊδρυματοποίηση επιφέροντας μαζική έξοδο ασθενών από τα ιδρύματα παρόλο που απουσίαζαν οι εναλλακτικές υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας. Μέχρι το 1973 πολλά

μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλεισαν και μεγάλοι αριθμοί χρόνια ψυχικά πασχόντων απελευθερώθηκαν. Στις επόμενες δύο δεκαετίες γίνονται συστάσεις από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να συνδεθούν οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες παροχής υποστήριξης με κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Grob 1991).

2.5.4 Μεγάλη Βρετανία

Στην Αγγλία η διαδικασία της αποασυλοποίησης ξεκίνησε τη δεκαετία του 1950, με το κλείσιμο πάνω από 45 ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη δημιουργία δομών στέγασης στην κοινότητα καθώς και άλλων εναλλακτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο πληθυσμός των νοσηλεύμενων ψυχικά ασθενών μειώθηκε από τους 152.000 το 1952 σε λιγότερους από 40.000 το 1990 (Gournay 1995). Μέχρι το 2002 λειτουργούσαν λιγότερα από 20 ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ πριν την ίδρυση του NHS (National Health Service) υπήρχαν περισσότερα από 120 ασυλιακού τύπου ιδρύματα. Δημιουργήθηκαν δομές στέγασης στην κοινότητα και εναλλακτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η λειτουργία του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διέπεται από αρχές όπως η τομεοποίηση και η κοινοτική ψυχιατρική, όμως ο τρόπος που εφαρμόζονται στην πράξη διαφέρει ανά περιοχή. Υπάρχουν για παράδειγμα περιοχές στις οποίες ακόμα λειτουργούν Ψυχιατρικοί Τομείς σε Γενικά Νοσοκομεία με εξωτερικά ιατρεία και δυνατότητα παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής-διασυνδεδετικής ιατρικής αλλά και νοσηλείας εσωτερικών ασθενών, ενώ παράλληλα λειτουργούν κοινοτικές δομές, ξενώνες και συμβουλευτικά κέντρα με δυνατότητα επέμβασης στην κρίση. Ωστόσο υπάρχουν και περιοχές στις οποίες η δραστηριότητα επικεντρώνεται ως επί το πλείστον σε μικρές και ευέλικτες μονάδες στην κοινότητα⁴ (Johnson *et al* 2001).

Η διαδικασία του κλεισίματος των ψυχιατρείων στη Μεγάλη Βρετανία ήταν σταδιακή και η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών θεωρήθηκε επιτυχής. Ωστόσο φαίνεται να υπάρχει αδυναμία των εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας κάλυψης των αναγκών του μεγάλου αριθμού των αποασυλοποιημένων ψυχικά ασθενών.

Αν και η αποϊδρυματοποίηση στις παραπάνω χώρες ήταν μεγάλης έκτασης, οι κοινοτικές ψυχιατρικές δομές που δημιουργήθηκαν και τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν ανταποκρίθηκαν στις ανάγκες περίθαλψης και αποκατάστασης του συνόλου του αποασυλοποιημένου πληθυσμού. Τόσο στην Αμερική όσο και στην Βρετανία οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν απευθύνονταν κυρίως σε

⁴ www.dh.gov.uk

άτομα με κοινές ψυχικές διαταραχές και όχι στα άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Gournay 1995).

2.5.5 Ισπανία

Στην Ισπανία η έναρξη των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών σηματοδοτήθηκε από τη δημιουργία της Ισπανικής εταιρίας Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Commission on Psychiatric Reform) και την ψήφιση του Γενικού νόμου της υγείας (General Law of Health) το 1986 που εισήγαγε ένα νέο μοντέλο ψυχικής υγείας. Αυτό προέβλεπε την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και τη δημιουργία ενός εκτενούς δικτύου Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Η Ισπανία κατάφερε να αναμορφώσει τις παρεχόμενες ψυχιατρικές υπηρεσίες, αλλά δεν κατάφερε να δημιουργήσει επαρκείς ενδιάμεσες κοινοτικές δομές (πχ στέγασης) και προγράμματα αποκατάστασης για τους αποασυλοποιημένους ασθενείς στην κοινότητα. Έτσι τα παλαιά ψυχιατρικά νοσοκομεία διατηρούνται μέχρι και σήμερα τόσο για τη μακροχρόνια όσο και για τη βραχυχρόνια περίθαλψη των ψυχικά ασθενών (Vazquez-Barquero & Garcia 1999).

2.5.6 Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες για τη μεταρρύθμιση του ψυχιατρικού συστήματος περίθαλψης (δημιουργία εναλλακτικών δομών στην κοινότητα) και αποασυλοποίησης έγιναν στα μέσα του 1980. Ήταν μικρής έκτασης και αφορούσαν βασικά τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς στη Λέρο. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1999, ξεκίνησε στην Ελλάδα η διαδικασία για την πλήρη αναμόρφωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας, την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και την κατάργηση των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (Madianos & Christodoulou 2007).

2.6 Η αποασυλοποίηση σε αριθμούς

Διαφορετικοί δείκτες έχουν προταθεί για την μέτρηση της μετάβασης, στα κράτη όπου έλαβε χώρα η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από τις κλασικές

μορφές φροντίδας προς ένα κοινοτικό μοντέλο και προς διαδικασίες αποασυλοποίησης των ψυχικά ασθενών. Ένας από αυτούς είναι η μέτρηση της μείωσης του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο -όπου οι περισσότερες χώρες έχουν ελλιπή δεδομένα. Ο αριθμός των κλινών σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία ως ποσοστό του συνόλου των διαθέσιμων ψυχιατρικών κλινών (Knapp *et al* 2007) αποτελεί έναν ακόμα δείκτη, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.2 που ακολουθεί.

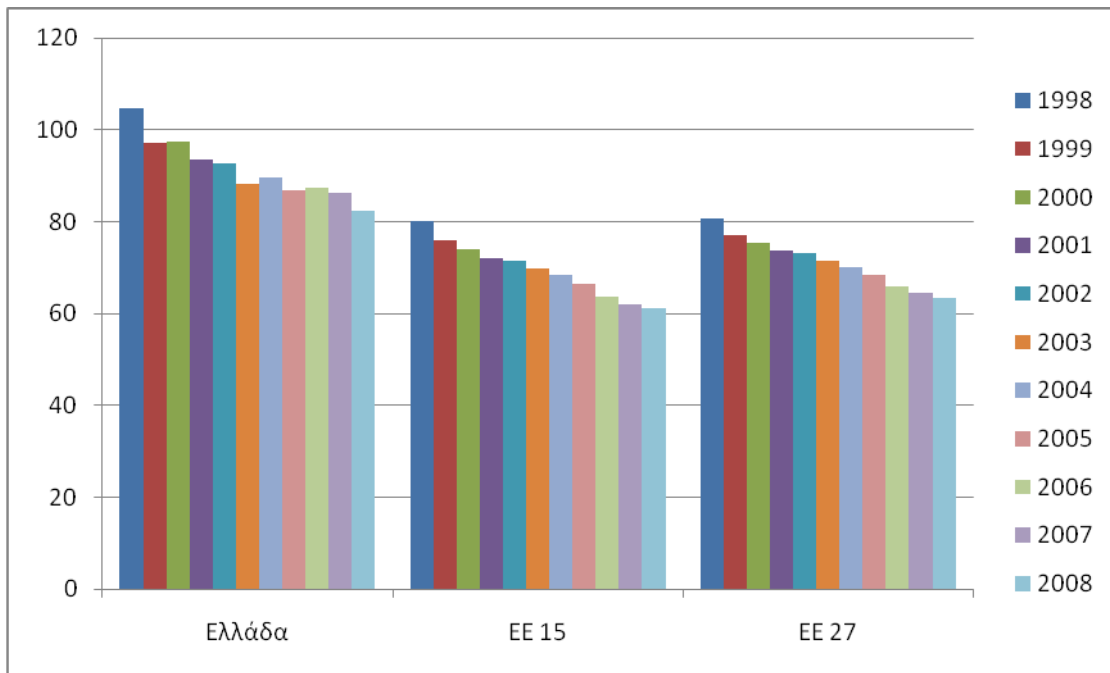
Πίνακας 2.2

**Ποσοστό ψυχ. κλινών σε δημόσια ψυχ. νοσοκομεία (ανά 10.000 κατοίκους)
επί του συνόλου των ψυχ. Κλινών**

ΕΕ (15 μέλη)	1972	1982	2001	ΕΕ (15 μέλη)	1972	1982	2001
Αυστρία	96	94	90	Ιταλία	-	96	0
Βέλγιο	98	96	66	Λουξεμβούργο	88	87	71
Δανία	89	80	26	Ολλανδία	70	54	82
Φιλανδία	90	-	0	Πορτογαλία	96	100	27
Γαλλία	80	76	64	Ισπανία	99	92	84
Γερμανία	-	92	63	Σουηδία	75	58	-
Ελλάδα	98	99	49	Μ. Βρετανία	95	86	-
Ιρλανδία	99	93	85				

Πηγή: Knapp M., McDaid D., Mossialos E. Thornicroft G., *Mental Health Policy and Practice across Europe-European Observatory on Health Systems and Policies series, Open University Press, 2007*

Τα δεδομένα από παρόμοιες μελέτες τις τελευταίες τρεις δεκαετίες στις χώρες της ΕΕ εμφανίζουν προοδευτική μείωση του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Στο Διάγραμμα 2.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η μείωση των ψυχιατρικών κλινών στις Ευρωπαϊκές χώρες που εφάρμοσαν διαδικασίες αποασυλοποίησης από το 1998 έως το 2008 σύμφωνα με δεδομένα της Ευρωπαϊκής στατιστικής υπηρεσίας.



<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=en&pcode=tps000>

47

Διάγραμμα 2.1

Ψυχιατρικές κλίνες ανά 100.000 πληθυσμό στην Ελλάδα και στην ΕΕ (των 15 και των 27) μεταξύ 1998 και 2008

Τέτοια δεδομένα μπορούν να αποτελέσουν μια μέτρηση της προόδου της φροντίδας μακριά από το άσυλο χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα την επιτυχημένη εφαρμογή μιας διαδικασίας αποασυλοποίησης (Knapp *et al* 2007).

Στην Ελλάδα η ψυχιατρική νοσηρότητα κυμαίνεται στο 16-18%, με 5-6% να πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και 1,2% από σχιζοφρένεια. Η αναγωγή σε αριθμούς δείχνει περίπου δύο εκατομμύρια άτομα κάθε ηλικίας, τα οποία ανά πάσα στιγμή υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή ενώ 150.000 νοσούν από ψυχώσεις με περίπου 10% από αυτούς να χρήζουν αποκαταστασιακής αντιμετώπισης (Μαδιανός 2009).

Οι Priebe και συνεργάτες μελετώντας εννέα χώρες της Ευρώπης που μείωσαν αρκετά τον αριθμό των ψυχιατρικών κλινών και ακολουθήθηκαν διαδικασίες αποασυλοποίησης, παρατήρησαν σημαντική αύξηση του αριθμού των δομών στέγασης στην κοινότητα, αύξηση του αριθμού ψυχικά ασθενών στις φυλακές, σε κάποιες από αυτές, και αύξηση των αναγκαστικών εισαγωγών των ψυχικά σθενών σε ψυχιατρικές μονάδες γενικών νοσοκομείων σε τρεις από αυτές. Οι μελετητές χαρακτήρισαν αυτό το φαινόμενο ως μεταστέγαση (reinstitutionalization), υπονοώντας ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς απλά μεταφέρθηκαν σε νέες μορφές ασύλων στην κοινότητα. Το φαινόμενο της

μεταστέγασης μπορεί να οφείλεται στον περιορισμένο αριθμό κοινοτικών υπηρεσιών και οικονομικών πόρων για τους αποασυλοποιημένους ψυχικά ασθενείς ή στην αναποτελεσματικότητα τους να επανεντάξουν πλήρως τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στην κοινότητα. Υπό αυτήν την έννοια η μείωση των ψυχιατρικών κλινών μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για κάθε μία από τις χώρες που ακολούθησαν διαδικασίες αποασυλοποίησης (Priebe *et al* 2008).

2.7 Ανακεφαλαίωση

Τα τελευταία 30 χρόνια πολλές χώρες ανά τον κόσμο προσπάθησαν να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα ψυχιατρικής περίθαλψης. Η γενική τάση ήταν η προοδευτική μετάβαση από το ιδρυματικό μοντέλο φροντίδας στο κοινοτικά-βασισμένο σύστημα φροντίδας και η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται στην κοινότητα από κινητές μονάδες, αλλά και σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα παρέχεται σε ένα δίκτυο υπηρεσιών που είναι εύκολα προσβάσιμο και το οποίο λαμβάνει υπόψη τα σύνθετα προβλήματα που δημιουργεί η ψυχική ασθένεια και τις διαφορετικές ανάγκες των χρηστών. Η πορεία της αποασυλοποίησης είχε διαφορετικό ρυθμό και έκταση στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Η κατάσταση της φροντίδας ψυχικής υγείας σήμερα είναι ανομοιογενής ανάμεσα στις χώρες και εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εισαγωγή

Μέχρι το 1980 η ψυχιατρική φροντίδα στην Ελλάδα βασιζόταν σε 9 υπερπλήρη δημόσια ψυχιατρεία και άλλα 40 ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, όλα ανεπαρκώς εξοπλισμένα, με ανειδίκευτο προσωπικό και με έναν πληθυσμό αποτελούμενο κυρίως από διανοητικά καθυστερημένους και ψυχωτικούς ασθενείς. Δεν υπήρχαν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δεν υπήρχε πρόνοια για αυτούς που υπέφεραν από λιγότερο σοβαρές ψυχικές διαταραχές και απουσίαζαν σχεδόν εντελώς οι υπηρεσίες για τα παιδιά και τους υπερήλικες. Η διοίκηση των υπηρεσιών ήταν ανεπαρκής και υπήρχε παντελής έλλειψη ειδικευμένου διευθυντικού και διοικητικού προσωπικού (Madianos *et al* 1999).

3.2 Το νομοθετικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

3.2.1 Ο νόμος 1397/83

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα ξεκινήσει στην Ελλάδα το 1983, μετά την ψήφιση του Νόμου 1397 για την ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικότερα με το άρθρο 21 του ίδιου νόμου, όπου αναφέρεται ότι η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται:

- από το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο
- από το ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου και
- από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) (Νόμος 1397/83 ΦΕΚ Α' 07/10/83).

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης και τις αντίστοιχες ιατρικές υπηρεσίες. Έχει την έδρα του στο Γενικό Νοσοκομείο, αποστολή του είναι η παροχή βραχείας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη, καθώς και η οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπευτικές υπηρεσίες (ψυχοφαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία,

εργοθεραπεία, κλπ) και κοινωνικές παρεμβάσεις. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του Ψυχιατρικού Τομέα στη διασυνδετική ψυχιατρική, δηλαδή στη συνεργασία με τις κλινικές των υπόλοιπων τομέων του νοσοκομείου (Παθολογικό, Χειρουργικό) για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών ή ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να εμφανίζουν οι νοσηλεύόμενοι σε αυτές.

Το ΚΨΥ αποτελεί, το συντονιστικό κέντρο των παρεμβάσεων στην κοινότητα. Βρίσκεται σε άμεση διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται. Παρέχει στον πληθυσμό ευθύνης του δωρεάν υπηρεσίες συμβουλευτικής, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η φροντίδα που παρέχει για την ψυχική υγεία είναι ψυχιατρική, ψυχολογική, ψυχοθεραπευτική, κοινωνική, νοσηλευτική, μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων. Επίσης, συντονίζει και διοργανώνει, σε συνεργασία με τοπικούς ή άλλους φορείς, δράσεις στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος (Νόμος 1397/83 ΦΕΚ Α' 07/10/83) (ΕΠΑΨΥ 2001).

Η ψήφιση του συγκεκριμένου νόμου θεωρείται ότι αποτέλεσε μια τομή στις μέχρι τότε αντιλήψεις για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αναφέρεται συχνά ως αφετηρία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

3.2.2 Ο κανονισμός ΕΟΚ 815/84

Ο κανονισμός (ΕΟΚ) 815/84 έδωσε την ευκαιρία και την οικονομική υποστήριξη στην Ελλάδα συγχρηματοδοτώντας με 55% (συνολικά με 120 εκατομμύρια ECU) για τη μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας και τη δημιουργία μονάδων Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Το αρχικό πρόγραμμα διήρκεσε από το 1984 μέχρι και το 1989 και με τον τροποποιημένο κανονισμό ΕΟΚ 4130/88 η κοινοτική ενίσχυση παρατάθηκε ως το τέλος του 1991 (Madianos *et al* 1999). Είχε τους παρακάτω τρεις στρατηγικούς στόχους:

- Την αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα από τη δημιουργία ενός δικτύου προληπτικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα ή μέσα στα γενικά νοσοκομεία
- Την αποασυλοποίηση των χρόνια νοσηλευόμενων ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας με την παροχή εναλλακτικής φροντίδας που θα περιλάμβανε

υπηρεσίες στέγασης και υπηρεσίες αποκατάστασης (rehabilitation) (με ιδιαίτερες δραστηριότητες για τους ασθενείς της Λέρου)

- Την εκπαίδευση του προσωπικού ψυχικής υγείας σε νέα μοντέλα φροντίδας.

3.2.3 Ο νόμος 2071/92

Το 1992 ψηφίστηκε ο νόμος 2071 όπου γίνεται εκτεταμένη αναφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συστήνονται Τομείς Ψυχικής Υγείας και συγκροτούνται Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΕ). Το πιο σημαντικό στοιχείο του συγκεκριμένου νόμου είναι ότι καθορίζονταν οι προϋποθέσεις και οι συνθήκες του ζητήματος της ακούσιας νοσηλείας που αφορά ιδιαίτερα τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο με το νόμο αυτό τα ΚΨΥ έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών (Νόμος 2071/92 ΦΕΚ 123 Α΄ 15/07/92). Στην πράξη αποδείχτηκε ότι οι αρνητικές συνέπειες από τη χρηματοδοτική και ιδιαίτερα τη λειτουργική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποκοπή τους από το νοσοκομείο αναφοράς ήταν σοβαρότερες από τις αναμενόμενες πιθανές θετικές συνέπειες της αυτονόμησής τους (Μωραΐτης 2007).

3.2.4 Ο νόμος 2716/99

Πρόκειται για τον πρώτο νόμο που σχετίζεται αποκλειστικά με την Ψυχική Υγεία, με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Ο νόμος αυτός καθορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η φροντίδα της ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Σύμφωνα με αυτόν, το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές, διαταραχές αυτιστικού τύπου και παιδιών με μαθησιακά προβλήματα.

Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν 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.

Επιπρόσθετα, συγκροτείται ειδική υπηρεσία για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων (Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές). Καθορίζεται επίσης ποιες μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συγκροτούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας ενώ μεγάλο μέρος του είναι αφιερωμένο στη νομοθετική πλαισίωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) που αποτελούν το κύριο εργαλείο για την επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Νόμος 2716/99 ΦΕΚ 96 Α' 17/05/99).

Η θέσπιση του νόμου συνέβαλε σημαντικά στην εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργός». Επίσης, διευκόλυνε την ευρύτερη δυνατή συμμετοχή δημόσιων, κυβερνητικών και μη κυβερνητικών φορέων στην αλλαγή νοοτροπίας της κοινωνίας, ενθαρρύνοντας την κατανόηση και την πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μωραΐτης 2007).

3.3 Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 ξεκίνησε η αναμόρφωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του συστήματος υγείας με την παρακίνηση και την οικονομική υποστήριξη της ΕΟΚ. Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια για την επόμενη δεκαετία κατηγοριοποιείται σε δύο περιόδους δράσεων, έτσι όπως αυτές αναλύονται παρακάτω.

3.3.1 1984-1989

Το 1983, ορίστηκε από την ΕΟΚ μια ειδική ομάδα για να αξιολογήσει το άσυλο της Λέρου. Η ομάδα αυτή διαπίστωσε ότι δεν επιτελούνταν καμία θεραπευτική πρακτική κάτω από οποιαδήποτε έννοια, το προσωπικό ήταν ανειδίκευτο, ενώ η φιλοσοφία και ο σκοπός των παρεμβάσεων ήταν η κράτηση των τροφίμων που εκπλήρωναν απλώς τις βασικές βιολογικές τους ανάγκες μέσα στο άσυλο. Η ομάδα αξιολόγησης συνέστησε στην Ελληνική κυβέρνηση να πάρει αιφνίδιες δράσεις για την εξυγίανση και μεταφορά

των ασθενών στους τόπους καταγωγής τους και σε άλλες δομές στην κοινότητα (Karastergiou *et al* 2005). Ο κανονισμός 815/84 πυροδότησε την έναρξη των μεταρρυθμιστικών διαδικασιών. Προέβλεπε έκτακτη οικονομική ενίσχυση για τη δημιουργία νέων εγκαταστάσεων κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια των Αθηνών (Πρόγραμμα «Α») και τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στο σύνολο της επικράτειας της Ελλάδας (Πρόγραμμα «Β»).

Μετά την εφαρμογή του προγράμματος ο ασυλιακός πληθυσμός της Λέρου μειώθηκε από τους 1509 ασθενείς το 1984, σε 1350 ασθενείς το 1987 με κύρια επικέντρωση των δραστηριοτήτων στην βελτίωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης. Ωστόσο υπήρξε μικρή απορρόφηση των Ευρωπαϊκών χρηματοδοτήσεων για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και την καλύτερευση της ζωής τους όπως και για την εκπαίδευση του προσωπικού σε νέα μοντέλα ψυχικής υγείας (Ekdawi 1987). Η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, η γραφειοκρατία, η απραξία των συστημάτων υγείας αποτέλεσαν ισχυρά εμπόδια στην εφαρμογή του προγράμματος. Από την άλλη μεριά, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας οδήγησε την κοινωνία και τους τοπικούς πολιτικούς να φέρουν αντίσταση στην εδραίωση νέων κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας (WHO 2008).

3.3.2 1990-1995

Το Σεπτέμβριο του 1989 ο Βρετανικός τύπος αποκάλυψε τις άθλιες συνθήκες στέγασης και μεταχείρισης σε μία από τις δύο μονάδες οξέων περιστατικών που λειτουργούσαν στη Λέρο. Αυτό αποδείκνυε ότι δεν έγιναν τα απαραίτητα βήματα από το προσωπικό και τη διοίκηση για την εξυγίανση του ασύλου σύμφωνα με τις υποδείξεις της Ευρώπης. Η παραπάνω συνειδητοποίηση λήφθηκε σαν αποτυχία της ίδιας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Σαν αποτέλεσμα, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα απαίτησε άμεσες επεμβάσεις, απειλώντας την ελληνική κυβέρνηση με διακοπή της χρηματοδότησης για τη μεταρρύθμιση (Karastergiou *et al* 2005).

Στο διάστημα 1989-1990, και αφού η Ελλάδα είχε εξασφαλίσει την αναμορφωμένη διάταξη 4130/88 που της έδινε μια δεύτερη ευκαιρία για την εφαρμογή του προγράμματος, δημιουργήθηκε ένα νέο λεπτομερές πρόγραμμα επεμβάσεων στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Λέρου (Λέρος Ι και ΙΙ) κάτω από την καθοδήγηση ειδικής Ευρωπαϊκής επιτροπής. Αυτό περιλάμβανε τη μεταστέγαση ενός μεγάλου αριθμού

ψυχικά ασθενών σε πλήρως επανδρωμένες κοινοτικές δομές κοντά στην περιοχή προέλευσης τους και τον εκσυγχρονισμό των κλινικών του νοσοκομείου ώστε να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις⁵. Στα επόμενα χρόνια δημιουργήθηκαν 25 δομές αποκατάστασης, όπως ξενώνες, διαμερίσματα και επαγγελματικά εργαστήρια για 125 άτομα, υλοποιώντας κάποιους από τους στόχους του προγράμματος (Karastergiou *et al* 2005). Εκείνη την περίοδο ενεπλάκησαν για πρώτη φορά μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (ΜΚΟ) στην υλοποίηση των προγραμμάτων, για την ταχύτερη εφαρμογή των στόχων.

3.3.3 Τα αποτελέσματα του προγράμματος της περιόδου 1990-1995

Η Έκθεση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το 1995 για τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κανονισμού 815/84 για την ψυχιατρική αναμόρφωση στην Ελλάδα έδειξε ότι σημειώθηκε αρκετά μεγάλη πρόοδος. Σύμφωνα με αυτή, κατάφεραν να λειτουργήσουν σε εθνικό επίπεδο μέχρι και το τέλος του 1995, 388 νέοι χώροι ψυχιατρικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία, Ξενώνες, Οικοτροφεία, και Επαγγελματικά Εργαστήρια (Commission of the European Communities 1995).

Μετά την εφαρμογή του δεύτερου προγράμματος αναμόρφωσης του Ελληνικού ψυχιατρικού συστήματος έγιναν και αρκετές παρεμβάσεις λειτουργικού χαρακτήρα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Για παράδειγμα βελτιώθηκε η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, σημειώθηκε πρόοδος στη διαδικασία αποασυλοποίησης των χρόνια ψυχικά πασχόντων, δημιουργήθηκαν αρκετές υπηρεσίες και σημεία αποκατάστασης ψυχικά ασθενών σε σημεία που δεν υπήρχε καμία ψυχιατρική υπηρεσία τις προηγούμενες δεκαετίες (Madianos *et al* 1999). Ο Πίνακας 3.1 που ακολουθεί, παρουσιάζει μια συνοπτική αποτύπωση των αποτελεσμάτων του προγράμματος.

Ενώ όμως κάποιοι στόχοι των προγραμμάτων επιτεύχθηκαν, αρκετοί βασικοί στρατηγικοί στόχοι έμειναν ανεκπλήρωτοι. Για παράδειγμα, δε δημιουργήθηκε κάποιο σύστημα φροντίδας ψυχικής υγείας σε τουλάχιστον 19 νομούς της χώρας ενώ οι νέοι χώροι ψυχιατρικής φροντίδας που λειτούργησαν είχαν άνιση γεωγραφική κατανομή (με 121 ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες να βρίσκονται στη ευρύτερη περιοχή της Αθήνας) (Madianos *et al* 1999).

⁵ www.leros-hospital.gr

Καθώς η επίτευξη των στόχων και του δεύτερου προγράμματος ψυχιατρικής αναμόρφωσης ήταν επίσης περιορισμένη, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αιτήθηκε για νέα μέτρα και δραστηριότητες που θα λάμβαναν χώρα τα επόμενα 10 χρόνια. Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της Ψυχικής Υγείας θα ήταν μεγάλης έκτασης καθώς θα άγγιζε το σύνολο των υπηρεσιών της χώρας και θα χρηματοδοτούνταν από ΚΠΣ αλλά και με εθνική συμμετοχή (Commission of the European Communities 1995).

Πίνακας 3.1

Ψυχ. κλίνες σε γενικά νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακές δομές (ανά 100.000), υπηρεσίες για ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και κλίνες στην κοινότητα (1984-1996)

	1984	1987	1990	1993	1996
Κλίνες σε Γεν. Νοσοκομεία	36	99	281	306	327
Κοινοτικά Κέντρα ψυχικής Υγείας	7	15	19	23	33
Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα	8	12	22	24	24
Εξωνοσοκομειακές δομές	20	38	43	51	56
Σύνολο εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών	35	65	84	98	113
Νοσοκομεία ημέρας	55	295	258	381	369
Τόποι παροχής υπηρεσιών ΨΚΑ	195	315	779	1603	1643
Κλίνες σε εναλλακτικές δομές/100.000	15	25	359	540	1052

Πηγή: Madianos M. et al., *Changing patterns of mental health care in Greece 1984-1996*, *European Psychiatry*, 1999. 14:462-467

3.4 Το εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός

Το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» δημιουργήθηκε για την εξυπηρέτηση των στόχων της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της εθνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια στην Ελλάδα. Η ολοκλήρωση της πολιτικής για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κατείχε τη δεύτερη θέση (Δεύτερος Άξονας προτεραιότητας) στις αναπτυξιακές επιλογές του Εθνικού Επιχειρησιακού προγράμματος (Commission of the European Communities 1995).

Με την ψήφιση του νόμου 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», δόθηκε το θεσμικό πλαίσιο για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης και δημιουργήθηκε το 10ετές σχέδιο Ψυχαργός.

Η κατευθυντήρια πολιτική και οι κυριότεροι στρατηγικοί στόχοι της δεκαετούς αυτής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που θα χρηματοδοτούνταν κυρίως από ΚΠΣ (Υ.Υ.Κ.Α. 2005), ήταν:

- Η τομεοποίηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Η λειτουργική αναβάθμιση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
- Η αποασυλοποίηση χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα ψυχιατρεία και η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας
- Η ανάπτυξη ειδικής δράσης που αφορά στη λειτουργική αναβάθμιση κυρίως του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου τους στην κοινότητα
- Η ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας και η διασύνδεση των υπηρεσιών σε ολοκληρωμένα δίκτυα
- Η προαγωγή της πρόληψης
- Η ανάπτυξη ενεργειών που προωθούν την κοινωνική αλληλεγγύη και ενισχύουν τις δράσεις επανένταξης των ψυχικά ασθενών στόχων στην αγορά εργασίας.

Μετά την έγκριση του από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με την Ε(2001) 583/04.04.2001 απόφαση, υπήρχαν πλέον τα κονδύλια και το θεσμικό πλαίσιο για την εφαρμογή του Εθνικού προγράμματος Ψυχαργώς. Η Ελλάδα χωρίστηκε σε 52 τομείς ψυχικής υγείας για να διασφαλιστεί η διοίκηση της ψυχιατρικής φροντίδας. Κάθε περιοχή της Ελλάδας αποτελούσε έναν ψυχιατρικό τομέα, με εξαίρεση τις δύο μεγαλύτερες περιοχές, Αττικής και Θεσσαλονίκης που χωρίστηκαν σε παραπάνω από έναν ψυχιατρικό τομέα (Madianos & Christodoulou 2007).

Η περίοδος 2000-2001 αποτελεί τη Φάση Α', δίνοντας έμφαση στην αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών, ενώ η περίοδος 2002-2006 τη Φάση Β' που αφορούσε κυρίως στις κοινωνικές υπηρεσίες που απαιτούνταν για την εκπλήρωση των αναγκών των τομέων ψυχικής υγείας (Karastergiou *et al* 2005). Στο πλαίσιο της Α' φάσης του Ψυχαργώς, είχε εγκριθεί ως πιλοτική δράση, η δημιουργία και λειτουργία Μονάδας Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) των Φορέων του προγράμματος. Ο στόχος της Μονάδας (Μ.ΥΠ.Ε.Π.) ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν από την αποασυλοποίηση⁶.

⁶ www.yyka.gov.gr

3.4.1 Πρόγραμμα Ψυχαργώς Φάση Α' (2000-2001)

Το πρόγραμμα Ψυχαργώς-Α' Φάση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το Β' Κοινοτικό πλαίσιο στήριξης την περίοδο 2000-2001 έχοντας χρηματοδοτηθεί με 35.8 εκατομμύρια ευρώ από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» και με 9,4 εκατομμύρια ευρώ από το μέτρο 3.3 του Εθνικού προγράμματος Υγεία-Πρόνοια 1994-1999 (Υ.Υ.Κ.Α. 2005).

Αυτό το μέρος του προγράμματος (Α' Φάση) εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της φάσης αυτής ήταν το γεγονός ότι για πρώτη φορά Γενικά Νοσοκομεία, ανέλαβαν τέτοιας έκτασης παρεμβάσεις αποασυλοποίησης, σε μια σχέση εταιρικής μορφής με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία⁷.

Επιπλέον στα πλαίσια του πολύπλευρου προγράμματος Ψυχαργώς και μετά την ψήφιση ειδικού νόμου (άρθρο 12 του 2716) επιτρέπεται η δημιουργία μιας ανεξάρτητης νομικής και αφορολόγητης επιχείρησης, που μπορεί να εμπορεύεται αγαθά και υπηρεσίες με περιορισμένη ευθύνη (υπό την χαλαρή επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας), τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης. Οι ΚΟΙΣΠΕ αποτελούν μια Μονάδα Ψυχικής Υγείας που στηρίζει την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, με φορείς τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς που ενώνονται με επαγγελματίες υγείας και άλλα Φυσικά ή Νομικά πρόσωπα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

3.4.2 Αποτελέσματα της Α' φάσης του Ψυχαργώς

Ο πρώτος απολογισμός του προγράμματος έγινε στα τέλη του 2001 με σκοπό να είναι έτοιμο για την δεκαετία 2001-2010 (Bellali & Kalafati 2006). Οι δράσεις που αναπτύχθηκαν σε αυτήν την πρώτη φάση αφορούσαν στη δημιουργία δομών στη κοινότητα, στην εξειδικευμένη κατάρτιση του προσωπικού και στην αποασυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη ορισμένου αριθμού χρόνιων ασθενών (Υ.Υ.Κ.Α. 2005). Δράσεις της Α' φάσης του προγράμματος που υλοποιήθηκαν με εθνικούς πόρους αφορούσαν στην αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών Δρομοκαΐτειο

⁷ www.yyka.gov.gr

(Πρόγραμμα Άμεσης Υποστήριξης Δρομοκαϊτείου), στην έναρξη λειτουργίας μικρού αριθμού μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού (ρομ, μουσουλμάνους, πρόσφυγες) καθώς και μικρού αριθμού Κέντρων Ημέρας. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν υποδομές για την εγκατάσταση ψυχιατρικών τμημάτων σε έξι νοσοκομεία που κατασκευάστηκαν την περίοδο 1997-2001⁸.

Τα αποτελέσματα αυτής της φάσης του προγράμματος ήταν:

- Δημιουργία ξενώνων και οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση-κατάρτιση 973 ασθενών που διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών. Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης⁹.

Πίνακας 3.2

Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που λειτουργούσαν στην Ελλάδα στο τέλος του 2001

Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	
Ξενώνες αποασυλοποίησης-αποκατάστασης	92
Οικοτροφεία	13
Προστατευμένα διαμερίσματα	94
Ενδονοσοκομειακοί ξενώνες αποκατάστασης	3
Σύνολο	202

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης & Παρακολούθησης "Ψυχαργός - Α' φάση"

Συνοψίζοντας, μετά την εφαρμογή της Α' φάσης, δημιουργήθηκαν στέγες ημιδιαμονής-οικοτροφεία, υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης (Υ.Ε.Ε.Α), οι οποίες βοηθούν στην εκπαίδευση των ψυχικά ασθενών και εξωνοσοκομειακές μονάδες στέγασης. Η εκπαίδευση, επίσης, του προσωπικού υγείας

⁸ www.yyka.gov.gr

⁹ www.yyka.gov.gr

στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση συνέβαλε στη βελτίωση των υπηρεσιών (Bellali & Kalafati 2006).

3.4.3 Πρόγραμμα Ψυχαργός Φάση Β' (2002-2010)

Η Β' Φάση του προγράμματος Ψυχαργός χρηματοδοτήθηκε από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Γ'ΚΠΣ) με συνολικό προϋπολογισμό 218,6 εκατομμύρια ευρώ, ενταγμένος στον Άξονα 2-Ψυχική Υγεία, του Επιχειρησιακού προγράμματος "Υγεία-Πρόνοια" 2000-2006 (Υ.Υ.Κ.Α. 2005). Σε αυτή τη φάση εκτός από κυβερνητικούς φορείς έλαβαν μέρος και 33 μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (ΜΚΟ). Ο σχεδιασμός προέβλεπε τη δημιουργία κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως κέντρα ημέρας, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας και ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα). Η χρηματοδότηση θα καλυπτόταν από το συνολικό προϋπολογισμό του προγράμματος (Stylianidis *et al* 2008).

Οι ενέργειες που έπρεπε να γίνουν στον Άξονα της Ψυχικής Υγείας στα πλαίσια του προγράμματος χωρίστηκαν στα παρακάτω 4 μέτρα:

1. Αποασυλοποίηση και κοινωνικοοικονομική επανένταξη ψυχικά ασθενών. Το μέτρο περιλαμβάνει τη λειτουργία πληθώρας νέων μονάδων αποασυλοποίησης (οικοτροφείων, ξενώνων, προστατευμένων διαμερισμάτων) κι έναν υποστηρικτικό Μηχανισμό για όλο τον Άξονα Προτεραιότητας 2.
2. Ανάπτυξη, συμπλήρωση, επέκταση δομών στην κοινότητα, για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Το μέτρο περιλαμβάνει κυρίως κτηριακές παρεμβάσεις και αγορά εξοπλισμού για μονάδες ψυχικής υγείας.
3. Ενέργειες πρόληψης, ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής επανένταξης. Το μέτρο περιλαμβάνει τη λειτουργία νέων δομών πρόληψης θεραπείας ψυχικών νοσημάτων και υλοποιείται κυρίως από φορείς δημοσίου δικαίου.
4. Κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών. Το μέτρο χρηματοδοτεί κυρίως την κατάρτιση του προσωπικού που εμπλέκεται στις νέες δομές του πρώτου και του τρίτου μέτρου (Υ.Υ.Κ.Α. 2005).

3.4.4 Αποτελέσματα της Β' φάσης του Ψυχαργός

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας από την Μονάδα υποστήριξης και Παρακολούθησης Έργου Ψυχαργός Φάση II μέχρι το τέλος του έτους 2005, υπήρχαν 377 οικιστικές δομές σε όλη την Ελλάδα που δημιουργήθηκαν από το 1988 και μετά, όπου το 28,6% αυτών διοικούνταν από μη κυβερνητικούς οργανισμούς και το 71,4% αυτών από γενικά νοσοκομεία ή ψυχιατρικά νοσοκομεία (Stylianidis *et al* 2008).

Σε αυτές τις εγκαταστάσεις (οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα), διέμεναν 2.695 ασθενείς (συνολικός αριθμός κρεβατιών 2.691, με 2,71 κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους). Ανάμεσα στο σύνολο των κατοίκων το 62,63% ήταν άνδρες και το 37,36% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία αυτών τα 54.67 έτη. Σχεδόν όλοι οι κάτοικοι ήταν πρώην ψυχιατρικοί τρόφιμοι. Οι 1288 από αυτούς, εγκαταστάθηκαν στις δομές ΨΚΑ κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργός Β' φάση (Stylianidis *et al* 2008).

Για να δοθεί μια διάσταση της προόδου που σημείωσε η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών μετά την υλοποίηση του προγράμματος Ψυχαργός, αλλά και των πρώτων μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων τη δεκαετία του 1990, αξίζει να αναφερθεί ότι ενώ ο αριθμός των χρόνια νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών το 1984, στα οκτώ ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας, ήταν 7.795, το 2004 μειώθηκε στους 2362 ασθενείς. Ειδικά για τη Λέρο, από τους 1509 ασθενείς που είχε αρχικά το θεραπευτήριο, κατάφερε να μειώσει τη δυναμικότητα του σε 475 το 2004 (Karastergiou *et al* 2005). Οι Bellali & Kalafati (2006) παρουσιάζουν τη φάση αυτή στη μελέτη τους ως ακολούθως:

Πίνακας 3.3

Κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν μετά το 2002

Κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας	2002-04	2005-06	2007+
Ψυχιατρικά τμήματα γεν. νοσοκομείων	16	28	6
Παιδοψυχιατρικά τμήματα γεν. νοσοκομείων	5	4	0
ΚΚΨΥ & Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα	24	25	6
Ξενώνες	9	17	5
Κέντρα ημέρας	18	10	1
Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας	6	13	0
Σύνολο	78	97	18

Bellali T., Kalafati M., *Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing*, *J Psychiatr Health Nurs*, 2006, 13:33-39

Πίνακας 3.4

Δομές αποασυλοποίησης που δημιουργήθηκαν μετά το 2002

Δομές αποασυλοποίησης	2002-04	2005-06	2007+
Ξενώνες	22	20	0
Οικοτροφεία	96	13	0
Προστατευόμενα διαμερίσματα	119	0	0
Εργαστήρια κατάρτισης	2	6	0
Σύνολο	239	39	0

Bellali T., Kalafati M., *Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing*, *J Psychiatr Health Nurs*, 2006, 13:33-39

Πίνακας 3.5

Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν μετά το 2002

Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας	2002-04	2005-06	2007+
Δομές για αυτισμό	4	8	7
Δομές για ναρκομανείς	0	12	9
Δομές για αλκοολικούς	0	8	0
Δομές για ασθενείς με Alzheimer	3	4	0
Σύνολο	7	32	17

Bellali T., Kalafati M., *Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing*, *J Psychiatr Health Nurs*, 2006, 13:33-39

Πίνακας 3.6

Δομές ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα μετά το 2002

	Κοινοτικές δομές	Δομές αποασυλοποίησης	Εξειδικευμένες δομές	Σύνολο
2002-04	78	239	7	318
2005-06	97	39	32	168
2007+	18	0	17	35
Σύνολο	193	278	56	527

Bellali T., Kalafati M., *Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing*, *J Psychiatr Health Nurs*, 2006, 13:33-39

Η κατανομή των δομών ψυχικής υγείας που λειτουργούν στην ελληνική επικράτεια ανά περιφέρεια παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Δε συμπεριλήφθηκαν οι μονάδες ψυχικής υγείας του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα ούτε οι αντίστοιχες μονάδες των

ασφαλιστικών οργανισμών. Δε συνυπολογίστηκαν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Πίνακας 3.7

Δομές ψυχικής υγείας ανά περιφέρεια

Περιφέρεια	Μονάδες ψυχικής υγείας
Κρήτης	44
Αιγαίου	45
Ιονίου	24
Πελοποννήσου	37
Δυτικής Ελλάδας	28
Ηπείρου	35
Μακεδονίας	58
Θράκης	19
Θεσσαλίας	46
Στερεάς Ελλάδας	26
Σύνολο	362

Πηγή: www.mentalhealthmap.gr

Από τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα αξίζει να σημειωθεί ότι:

- Οι περιοχές που φιλοξενούσαν ψυχιατρικά νοσοκομεία συγκεντρώνουν και το μεγαλύτερο όγκο των δομών αποασυλοποίησης: 27 δομές στην Λέρο, 17 στην Αρκαδία, 26 στα Χανιά, 18 στην Κέρκυρα, 27 στην Πιερία.
- Δεν υπάρχουν δομές στους νομούς Γρεβενών και Φλώρινας ούτε και στις Σποράδες.
- Τα παιδοψυχιατρικά τμήματα στην περιφέρεια είναι 3, ένα στο Ηράκλειο, ένα στην Πάτρα και ένα στην Αλεξανδρούπολη.

Η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών σημείωσε σημαντική πρόοδο στη Β' φάση υλοποίησης του προγράμματος, ήτοι:

- ✓ Τον Ιανουάριο του 2004 έκλεισε το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
- ✓ Ακολούθησε ο μετασχηματισμός του Ψυχιατρικού νοσοκομείο Χανίων το 2005
- ✓ Το κλείσιμο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας το 2006, και
- ✓ Στο τέλος του 2007 το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής έκλεισε και μετασχηματίστηκε σε δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών.
- ✓ Το ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης το Δεκέμβρη του 2008 μείωσε τη δύναμη των

ασθενών του από 400 σε 140 ενώ 100 ασθενείς μετέβησαν σε ξενώνες του νοσοκομείου και ΜΚΟ (Karastergiou *et al* 2005).

Όλο το προσωπικό που στελέχωνε αυτά τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μεταφέρθηκε στην κοινότητα για τη στελέχωση των κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας. Ένα μέρος στελέχωσε κάποιους ΚΟΙΣΠΕ που δημιουργήθηκαν στους αντίστοιχους τομείς ψυχικής υγείας.

Στα επόμενα χρόνια θα επιδιωχθεί η δραστική μείωση του αριθμού των κρεβατιών στα εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, δηλαδή στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, μέχρι το οριστικό κλείσιμό τους που προγραμματίζεται για το έτος 2015 (Karastergiou *et al* 2005) (Stylianidis *et al* 2008). Ίδια πρόβλεψη υπάρχει και για το Κ.Θ. Λέρου, το οποίο σήμερα διαθέτει μια κινητή ψυχιατρική μονάδα για τα Δωδεκάνησα, ένα κέντρο ψυχικής υγείας και επαγγελματικής κατάρτισης και τον πρώτο ΚΟΙΣΠΕ που δημιουργήθηκε για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Επτά ΚΟΙΣΠΕ συγκροτήθηκαν μέχρι το 2005 με 1200 μέλη που προσφέρουν εργασία σε 135 ψυχικά ασθενείς. Ο σκοπός είναι να δημιουργηθεί ένας ΚΟΙΣΠΕ σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας (52) τα επόμενα χρόνια.

3.5 Η οργάνωση και λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας

Οι μονάδες ψυχικής υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών/ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ως προς τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού τους έργου και γενικά ως προς τον τρόπο λειτουργίας τους.

3.5.1 Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ)

Η κύρια λειτουργία ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας είναι η προσφορά θεραπείας σε ασθενείς που χρειάζονται περίθαλψη, σε κατοικημένες περιοχές μεταξύ 80.000 και 150.000 κατοίκων. Η θεραπευτική ομάδα του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής υγείας απαρτίζεται από ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, κοινοτικό νοσηλευτή ψυχικής υγείας,

κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, κοινωνιολόγο και στατιστικολόγο που μπορεί να συντονίζει και να συνεργάζεται με ψυχιατρικές υπηρεσίες αλλά και άλλες από τις υπηρεσίες υγείας των γενικών νοσοκομείων.

Οι λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την δράση των ΚΚΨΥ είναι (ΜΥΠΦΨ 2004) :

- Η συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ενηλίκων, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, συμβουλευτική στήριξη σε ασθενείς και τις οικογένειες τους
- Η ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία
- Η υπηρεσία αντιμετώπισης ψυχολογικών κρίσεων (ιατρική περίθαλψη)
- Η παροχή κοινωνικών παρεμβάσεων σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης
- Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα ψυχικής υγείας
- Πρωτοβουλίες για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών (στέγαση, επαγγελματική αποκατάσταση).

Κοινοτικά Κέντρα ψυχικής υγείας (ΚΚΨΥ) λειτουργούν σε διάφορους δήμους της Ελλάδας. Ένα από αυτά, είναι και το πρότυπο κέντρο κοινότητας Βύρωνα-Καισαριανής, που είναι ενταγμένο στο σύστημα παροχής εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός 1994).

3.5.2 Δομές διαμονής και στέγασης

Οι υπηρεσίες προστατευόμενης στέγασης και διαμονής αποτελούν μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις για την επιτυχή προσπάθεια αποασυλοποίησης. Η οργάνωση των υπηρεσιών στεγαστικής φροντίδας διασφαλίζει τη συνέχεια της θεραπευτικής φροντίδας για ασθενείς με χρόνια ψυχική ασθένεια μέσα στην κοινότητα και συμβάλει στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Οι δομές διαμονής στην Ελλάδα διακρίνονται, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που φιλοξενούνται:

- σε ξενώνες
- οικοτροφεία και
- προστατευόμενα διαμερίσματα.

Οι ξενώνες έχουν δυναμικότητα μέχρι 15 άτομα. Φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με στόχο το μέγιστο βαθμό ανεξαρτητοποίησης τους. Ανάλογα με το χρόνο παραμονής οι ξενώνες διαβαθμίζονται σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας

παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται, ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς, σε υψηλό βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (παρουσία προσωπικού όχι όλο το 24ωρο) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων).

Το οικοτροφείο είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας για διαβίωση και υποστήριξη. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα οικοτροφείο δεν μπορεί να ξεπερνά τα 25 άτομα, και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές είτε, τέλος, άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας.

Τα προστατευόμενα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης (σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες) ατόμων με ψυχικές διαταραχές, δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ή νοητική στέρηση οποία έχουν αυξημένες, αλλά όχι πλήρεις, ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Αυτοί δε βρίσκονται κάτω από 24ωρη παρακολούθηση από επαγγελματίες υγείας, αλλά δέχονται επισκέψεις κάθε εβδομάδα ή όποτε παραστεί ανάγκη. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία. Στόχος είναι η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση και η προώθηση τους στην αυτόνομη διαβίωση¹⁰.

3.5.3 *Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (ΙΠΚ)*

Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο παρέχει δευτεροβάθμια περίθαλψη σε παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, και στις οικογένειές τους. Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ' οίκον επισκέψεων ή κοινοτικών δράσεων. Συνήθως η λειτουργία του είναι πρωινή και απογευματινή.

¹⁰ www.yyka.gov.gr

Το ΙΠΚ έχει την ευθύνη παροχής ή συντονισμού των ακόλουθων δραστηριοτήτων:

- Διαγνωστική εκτίμηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους
- Συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση
- Εξειδικευμένες υπηρεσίες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες
- Υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδική διαπαιδαγώγηση
- Σχεδιασμός παρεμβάσεων στην κοινότητα
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας
- Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας
- Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
- Σημαντικό είναι το έργο του ΙΠΚ στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης μέσα από την οργάνωση και εφαρμογή αντίστοιχων παρεμβάσεων σε παιδικούς σταθμούς, σχολεία, κλπ.

Στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, με κατάλληλη αναλογία ως προς τον αριθμό, το βαθμό εξειδίκευσης και την εμπειρία, ώστε να καλύπτει όλες τις ομάδες του πληθυσμού και όλο το φάσμα των διαταραχών) (ΜΥΠΦΨ 2004).

3.5.4 *Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας και κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη*

Η ΚΜΨΥ απευθύνεται πρωτίστως σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και από ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους εκπαιδευτικούς, τις τοπικές αρχές και όλους εκείνους που είναι δυνητικοί συμμετέτοχοι στην εφαρμογή δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του αποκλεισμού, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας αποτελούν νέες δομές που λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές:

- της τομεοποίησης, καθώς λειτουργούν σε συγκεκριμένο γεωγραφικά πληθυσμιακό χώρο, συγκεκριμένο νομό ή συγκεκριμένη γεωγραφική περιφέρεια,
- της συνέχειας της φροντίδας του ασθενή στην κοινότητα και
- της αποτελεσματικής και πλήρους κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού μιας

περιοχής.

Στις παραπάνω βασικές αρχές περίθαλψης στην κοινότητα καλείται να ανταποκριθεί μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ψυχίατρο, νοσηλεύτη, ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, ή και άλλες ειδικότητες (όπως παιδοψυχίατρο), ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους. Οι στόχοι της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας είναι:

- Η αποκέντρωση ψυχικής υγείας που στηρίζεται στη μετακίνηση ειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την πόλη σε περιοχές με ελλειπείς υγειονομικές υπηρεσίες (αγροτικές περιοχές ,δύσβατες ορεινές περιοχές)
- Η αντιμετώπιση του ασθενή στο φυσικό του περιβάλλον και η αποφυγή μετακίνησής του
- Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, και η παρέμβαση από μια μεγάλη διεπιστημονική ομάδα (ΜΥΠΦΨ 2005).

Η κατ' οίκον ψυχιατρική περίθαλψη είναι ο σημαντικότερος τομέας της ΚΜΨΥ. Πρόκειται για περίθαλψη και θεραπεία ψυχωσικών ατόμων που βρίσκονται σε κρίση, με τη διασφάλιση της συμμετοχής του ασθενή και του οικείου περιβάλλοντος του με βασικό στόχο την πρόληψη των υποτροπών και τη μείωση των νοσηλειών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (ΜΥΠΦΨ 2005).

3.5.5 Κέντρα Ημέρας και Νοσοκομεία Ημέρας

Τα Κέντρα Ημέρας είναι μονάδες ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενηλίκων που ζουν στην κοινότητα, έχουν ιστορικό ψυχικής διαταραχής και αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Είναι χώροι συνάντησης ανθρώπων, οι οποίοι μοιράζονται μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες. Τα Κέντρα Ημέρας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια της κοινότητας. Τα μέλη που συμμετέχουν στα προγράμματα των Κέντρων Ημέρας συνεχίζουν να ζουν στο οικείο τους περιβάλλον και έχει αποδειχτεί πως η συμμετοχή τους αυτή συμβάλλει στην βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και της ποιότητας ζωής, τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους. Το πρόγραμμα ενός Κέντρου Ημέρας περιλαμβάνει δραστηριότητες αυτοφροντίδας, κοινωνικοποίησης, ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και την προετοιμασία του ατόμου για

συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες, που διεκπεραιώνει μια ομάδα διαφορετικών επαγγελματιών. Κέντρα ημέρας λειτουργούν σήμερα σε πολλούς Τομείς Ψυχικής Υγείας της Ελλάδας από κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς¹¹.

Τα νοσοκομεία ημέρας αποτελούν μονάδες μερικής νοσηλείας, για 30 με 40 ασθενείς, που έχουν αποθεραπευτεί σε σημαντικό βαθμό. Απευθύνονται στον ενήλικο πληθυσμό των ψυχικά πασχόντων για τους οποίους η 24ωρη ψυχιατρική νοσηλεία δεν είναι αναγκαία ενώ η αντιμετώπισή τους σε εξωτερικό ιατρείο δεν επαρκεί. Τα άτομα που εξυπηρετούνται από το Νοσοκομείο ημέρας παραπέμπονται από άλλες μονάδες ή προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία. Οι ασθενείς νοσηλεύονται καθημερινά εκτός από Σαββατοκύριακο. Προσέρχονται το πρωί και φεύγουν το απόγευμα. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι 2-3 μήνες. Το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές, βιολογικές και κοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις ώστε να περάσουν ομαλά από τη νοσηλεία στην κοινωνική ζωή¹².

3.5.6 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ)

Οι ΚΟΙΣΠΕ θεσμοθετήθηκαν με τον Ν. 2716/99. Είναι ΝΠΙΔ με περιορισμένη ευθύνη των μελών και αποτελούν μονάδες Ψυχικής υγείας, η ανάπτυξη και η εποπτεία των οποίων ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας και ασκούνται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Έχουν εμπορικό χαρακτήρα και μπορούν να αναπτύσσουν οποιαδήποτε δραστηριότητα. Ένας ΚΟΙΣΠΕ έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Υπόκειται σε ανεξάρτητο νομικό και φορολογικό καθεστώς σαν επιχείρηση με περιορισμένη ευθύνη, κάτω από την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας
- Έχει άδεια άσκησης οποιασδήποτε επιχειρηματικής ενέργειας
- Διατηρεί εξαίρεση από τον φόρο προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α)
- Οι ασθενείς που εργάζονται εκεί, δε χάνουν τυχόν κρατικά επιδόματα
- Τα μέλη έχουν μέρισμα μετοχών αξίας 175€, και μπορούν να εξαγοράσουν και άλλο διατηρώντας όμως πάντα μια ψήφο στο μετοχικό συμβούλιο και πρέπει να περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες μελών :

¹¹ www.yyka.gov.gr

¹² www.yyka.gov.gr

- Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε ποσοστό μεγαλύτερο ή ίσο του 35% και πρέπει να είναι τουλάχιστον 15 ετών
- Επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εργαζόμενοι στο χώρο ψυχικής υγείας, δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό μικρότερο ή ίσο του 45%
- Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου ή άλλα φυσικά πρόσωπα σε ποσοστό έως 20% μετά από σχετική πρόβλεψη του καταστατικού των ΚΟΙΣΠΕ¹³.

Ένας από τους μεγαλύτερους και πρώτους που λειτούργησαν είναι ο ΚΟΙΣΠΕ Λέρου. Ιδρύθηκε το 2002 και διαθέτει 445 μέλη και 43 εργαζόμενους. Οι δραστηριότητες του συγκεκριμένου ΚΟΙΣΠΕ περιλαμβάνουν αγροτικές εργασίες, ένα εργαστήριο ζαχαροπλαστικής, ένα εργαστήριο επεξεργασίας και τυποποίησης μελιού και ένα κυλικείο. Τα επαγγέλματα που ασκούν γενικά οι ΚΟΙΣΠΕ περιλαμβάνουν καθαριστήρια ρούχων, σίτιση, κηπουρική, αρτοζαχαροπλαστική, ανακύκλωση χαρτιού, πλυντήρια αυτοκινήτων, μελισσοκομική, ύφανση χαλιών, εκτυπώσεις, λειτουργία καφετέριας-κυλικείου¹⁴. Σήμερα, οι 16 ΚΟΙΣΠΕ της χώρας αριθμούν περίπου 2000 μέλη. Από αυτά, το 45% (940 άτομα) είναι αποασυλοποιημένοι ψυχικώς πάσχοντες, οι οποίοι αποτελούν επίσης το 75% (290 άτομα) των εργαζόμενων στους ΚΟΙΣΠΕ (Εφημερίδα «Αυγή» 19/10/2010).

3.6 Ανακεφαλαίωση

Το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα έχει αφετηρία το ΚΘ Λέρου και τις άσχημες συνθήκες που επικρατούσαν εκεί τη δεκαετία του 1980. Με τη χρηματοδότηση και την παρακίνηση της ΕΕ δόθηκε έμφαση στην αναμόρφωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και στην αποασυλοποίηση, λαμβάνοντας υπόψη της ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας. Σχεδιάστηκε για να καλύψει την πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη των πολιτών με τη δημιουργία ενός μεγάλου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Φρόντισε επίσης και στη δημιουργία φορέων που στηρίζουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως η διαμονή, η επαγγελματική αποκατάσταση και εργασία και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης.

¹³ http://ec.europa.eu/employment_social/equal

¹⁴ www.koispe.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1 Τα επιτεύγματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Κάνοντας μια γρήγορη ανασκόπηση των επιτευγμάτων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης διαπιστώνουμε τη δημιουργία ενός δικτύου νέων υπηρεσιών για την επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης. Τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία βελτίωσαν τις κτηριακές τους εγκαταστάσεις, προσαρμοζόμενα στις νέες ανάγκες, μείωσαν δραστικά τις κλίνες κατά 65%, τέσσερα από αυτά έπαψαν να λειτουργούν και σχεδιάζεται η διακοπή λειτουργίας των εναπομεινάντων ως το 2015. Δημιουργήθηκαν ψυχιατρικοί τομείς σε γενικά νοσοκομεία, δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, εργαστήρια κατάρτισης, ΚΟΙΣΠΕ), Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία σε γενικά νοσοκομεία, κέντρα ημέρας και ψυχιατρικές κινητές μονάδες. Αναπτύχθηκε ένα δίκτυο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με προοπτικές εκπαίδευσης και εργασιακής ένταξης των ασθενών, έγιναν εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας (δομές για αυτισμό, για χρήστες ναρκωτικών ουσιών, για αλκοολικούς, για ασθενείς με Alzheimer). Πραγματοποιήθηκαν προγράμματα εκπαίδευσης των Ελλήνων επαγγελματιών ψυχικής υγείας από άλλες αντίστοιχες Ευρωπαϊκές ομάδες (π.χ. διακρατικά προγράμματα Horizon και Helios). Σημειώθηκε πρόοδος σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Παρά το γεγονός όμως ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα, οι ειδικοί στον χώρο της ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ακόμα εδραιωθεί στην Ελλάδα. Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά τα προβλήματα που έχουν ανακύψει από τη μέχρι τώρα πορεία υλοποίησης των μεταρρυθμιστικών διαδικασιών.

4.2 Αδυναμίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

1. Ανεπαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
 - Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα χρηματοδοτήθηκε κυρίως από Ευρωπαϊκές επιχορηγήσεις και με μικρή συμμετοχή του Ελληνικού κράτους. Μετά το

τέλος των κοινοτικών προγραμμάτων στήριξης, οι κυβερνήσεις αδυνατούν να ανταποκριθούν και να στηρίξουν οικονομικά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με αποτέλεσμα οι δομές να υποχρηματοδοτούνται και να απειλείται η βιωσιμότητά τους.

➤ Σε αρκετές μονάδες αποκατάστασης το προσωπικό έχει μειωθεί ενώ συγχρόνως παρατηρούνται καθυστερήσεις στις πληρωμές και αδυναμία κάλυψης βασικών λειτουργικών αναγκών (τροφοδοσία, αναλώσιμο υλικό κλπ). Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

➤ Το πρόβλημα της έλλειψης οικονομικών πόρων επιδεινώνει η ανορθολογική σπατάλη των λιγοστών πόρων χωρίς σχεδιασμό, προτεραιότητες, έλεγχο και εποπτεία (Στυλιανίδης 2009).

2. Η τομεοποίηση. Οι τομείς υπηρεσιών για ενηλίκους σχεδιάστηκαν με βάση τα 37 υπάρχοντα ΚΨΥ με αποτέλεσμα να ανακύπτουν τα κάτωθι προβλήματα:

➤ Ο καθορισμός μεγάλων, πληθυσμιακά, τομέων καθιστά δύσκολο το έργο των κοινοτικών υπηρεσιών (Στυλιανίδης 2009). Οι πολυπληθείς τομείς, των 250 ή 300 χιλιάδων κατοίκων, δυσχεραίνουν την επαφή με τον περιβάλλοντα κοινωνικό ιστό.

➤ Η πρόσβαση στις κοινοτικές δομές δεν είναι εύκολη ενώ προγράμματα πρόληψης και υποστήριξης είναι δύσκολα πραγματοποιήσιμα. Το πιο σοβαρό πρόβλημα είναι εκείνο της διασύνδεσης κάθε ΚΨΥ με την εφημερεύουσα ψυχιατρική υπηρεσία έτσι ώστε κάθε κάτοικος να αντιμετωπίζεται ως επείγον περιστατικό στην κοινότητα του και να μην χρειάζεται να εισαχθεί σε νοσοκομείο (Μαδιανός 2009).

➤ Επίσης, η υποτυπώδης δικτύωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών με τις μονάδες νοσηλείας και η ανεπαρκής οριζόντια επικοινωνία ανάμεσα στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες προκαλούν δυσχέρειες (Σακέλης 2009).

3. Η έλλειψη εθνικού σχεδιασμού για την ψυχική υγεία. Η πολιτεία δεν έχει εκπονήσει μακροχρόνιο και σαφή σχεδιασμό, ούτε έχει θέσει κατευθυντήριες γραμμές σε πολλά βασικά ζητήματα:

➤ Δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό, ούτε μελέτες αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

➤ Η απουσία ενός αξιολογικού συστήματος, ώστε να υπάρχει σαφής πληροφόρηση για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της κάθε υπηρεσίας, οδηγεί στην απουσία σχεδιασμού και προγραμματισμού της πολιτικής ψυχικής υγείας για την κάλυψη των αναγκών των προγραμμάτων.

➤ Επιπλέον, δεν είναι σαφές το ποσοστό του ΑΕΠ που επενδύεται στην ψυχική υγεία με αποτέλεσμα την ασυνέχεια στον πολιτικό σχεδιασμό (Στυλιανίδης 2009).

4. Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση φαίνεται να έχει παρεκκλίνει από τους αρχικούς στόχους και στα εξής:

➤ Η μείωση των κλινών των ψυχιατρείων σε συνδυασμό με την απουσία εναλλακτικών δομών στην κοινότητα δημιούργησε το φαινόμενο της ανάπτυξης ράντζων στα ψυχιατρεία και στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων (Μεγαλοοικονόμου 2009).

➤ Οι εισαγωγές περιστατικών με εισαγγελική εντολή έχουν αυξηθεί. Το 55-60% των εισαγωγών στις νοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες είναι ακούσιες.

➤ Η κοινοτική ψυχιατρική, που αποτελεί τον πυλώνα κάθε μεταρρύθμισης, αναπτύχθηκε με αργούς ρυθμούς.

➤ Η αποασυλοποίηση, που δε συνοδεύεται από λήψη μέτρων για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, έχει οδηγήσει σε πολλές περιπτώσεις απλώς στη μετεγκατάσταση και όχι στην αποϊδρυματοποίηση τους. Οι έγκλειστοι μεταφέρθηκαν από τις πτέρυγες χρόνιας παραμονής των ψυχιατρείων σε κοινοτικές στεγαστικές μονάδες, όπου βρέθηκαν σε συνθήκες κοινωνικού περιθωρίου (Μεγαλοοικονόμου 2009).

➤ Δεν υπάρχει καμία εξειδικευμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας για τους μετανάστες, που υπολογίζονται πάνω από ένα εκατομμύριο και είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή (Μαδιανός 2009).

5. Η σοβαρή έλλειψη εξειδικευμένων ανθρώπινων πόρων. Για την ομαλή λειτουργία των αποκαταστασιακών δομών χρειάζεται ικανό και επιστημονικά καταρτισμένο στελεχιακό δυναμικό (Χονδρός 2009).

6. Η χαμηλή προσαρμοστικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Οι περισσότερες οργανώνονται και λειτουργούν με τρόπο που εξυπηρετεί τις ίδιες και το προσωπικό τους και όχι τους ψυχικά πάσχοντες. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι αυτό των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων για παιδιά και εφήβους, τα περισσότερα από τα οποία λειτουργούν μόνο πρωί (ώρες δηλαδή που τα παιδιά βρίσκονται στο σχολείο και οι γονείς στις δουλειές τους) (Χονδρός 2009).

7. Ο τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΨΥΠΕ) παρουσιάζει τα παρακάτω προβλήματα:

➤ Υπάρχει έλλειψη σε δομές, αφού από τις 400 που προβλέφθηκαν σύμφωνα με το Ψυχαργώσ μόνο οι 10 προορίζονταν για παιδιά και εφήβους. Επιπλέον, οι 65 υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων που αναπτύχθηκαν είναι γεωγραφικά

ανισομερώς κατανεμημένες και δεν καλύπτουν το σύνολο της επικράτειας με αποτέλεσμα τουλάχιστον 20 νομοί να στερούνται υπηρεσιών ΨΥΠΕ.

➤ Οι ήδη υπάρχουσες δομές είναι υποστελεχωμένες ή υπολειτουργούν λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης.

➤ Υπάρχει έλλειψη σε ενδονοσοκομειακές μονάδες νοσηλείας για ανηλίκους που χρήζουν επείγουσας νοσηλείας (40 κλίνες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη), ενώ παρουσιάζεται καθυστέρηση στην ανάπτυξη νέων δομών και δομών παροχής ημερήσιας φροντίδας.

➤ Η τομεοποίηση των υπηρεσιών περιορίζεται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα ενώ δεν υπάρχουν οργανωμένα και συντονισμένα προγράμματα πρόληψης.

➤ Η χρηματοδότηση της έρευνας στην Παιδοψυχιατρική είναι ανεπαρκής και δεν αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης (Τσιάντης & Ασημακόπουλος 2009) (Σακέλης 2009).

8. Απομάκρυνση της οικογένειας από τα ψυχικά άρρωστα μέλη της και αδυναμία στήριξής τους. Η αδρανοποίηση της οικογένειας ως προς την φροντίδα των ψυχικά ασθενών σε συνδυασμό με την απουσία οργανωμένου δικτύου κοινωνικής πρόνοιας δημιουργούν ένα επιπλέον εμπόδιο στην ψυχιατρική αντιμετώπιση αυτών των ατόμων.

9. Τέλος, ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό που έχει να κάνει με την κοινωνία, την κοινωνική συνοχή, τη στάση και τις αντιλήψεις της. Το κοινωνικό σύνολο αντιδρά στη γειτονία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμάχεται θεσμικές αλλαγές. Υπάρχει σχεδόν καθολική αντίσταση στη συντελούμενη αλλαγή και κοινωνική αδυναμία για συνέργεια και συνεργασία (Στυλιανίδης 2009).

Ο Μαδιανός (2009), αναλύοντας τους λόγους για τους οποίους η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ολοκληρωθεί, παρά το γεγονός ότι διανύει την τρίτη της δεκαετία, επισημαίνει τα παρακάτω:

- Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια δεν υπήρξε αποτέλεσμα πίεσης της βάσης των εργαζόμενων, των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών και των οικογενειών τους, των φορέων του χώρου και του λαού. Ούτε υπήρξε κίνημα των εργαζόμενων, των οικογενειών και των καταναλωτών, κάτι που έγινε σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική. Αντιθέτως, η πρόταση για εξωραϊσμό των ασύλων και έξοδο των μακροχρόνια εγκλειστών ξεκίνησε από το Υπουργείο και την ΕΟΚ, δηλαδή η διαδικασία ακολούθησε πορεία από πάνω προς τα κάτω (Μαδιανός 2009).

- Δεν έγινε αποκέντρωση των υπηρεσιών στην κοινότητα. Η κοινότητα δεν έχει καμία

εμπλοκή στη διαχείριση των τοπικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ούτε νομοθετική κατοχύρωση. Κανένας από τους σχετικούς νόμους δε θεσμοθετεί την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινότητα ως συμμετόχους. Η αποξένωση από την διαχείριση των υπηρεσιών του πληθυσμού της μπορεί να επιφέρει σοβαρά εμπόδια στην ανάπτυξη τους (Μαδιανός 2009).

- Η διοικητική οργάνωση των νέων δομών δε διέπεται από ένα συστημικό χαρακτήρα αποκέντρωσης και αποφυγής των νοσηλείων. Επιπλέον, στους εργαζόμενους στις νέες δομές δεν αναπτύχθηκε προοδευτικά η ιδεολογία της κοινοτικής ψυχικής υγείας ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν το έργο και τις δράσεις τους (Μαδιανός 2009).

Ο Σακελλαρόπουλος (2007), επίσης, υποστηρίζει ότι το λάθος που έγινε με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας είναι ότι αυτή ξεκίνησε από την τριτοβάθμια περίθαλψη, με την αποασυλοποίηση, και όχι από τη δημιουργία μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

4.3 ΕΣΠΑ 2007-2013: Δράσεις για τα επόμενα έτη

Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς ΕΣΠΑ 2007-2013 για την «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» χρηματοδοτείται κυρίως από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, αλλά και από εθνικούς πόρους και ιδιωτική συμμετοχή. Ο συνολικός προϋπολογισμός ανέρχεται σε 3.013 εκατομμύρια ευρώ. Αποτελεί το επόμενο βήμα μετά το Ψυχαργός και με τις παρεμβάσεις του στοχεύει στη συνέχιση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Ο Θεματικός Άξονας Προτεραιότητας 5 που αφορά στην «εδραίωση της μεταρρύθμισης στον τομέα της Ψυχικής Υγείας-ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού» θα απορροφήσει περίπου το 12% της συνολικής δαπάνης (ΕΠ ΑΝΑΔ 2007-2013 2007).

Οι βασικοί στόχοι του Άξονα 5 είναι:

- Αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον εθνικό σχεδιασμό και εδραίωση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
- Προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας, της προαγωγής της υγείας και της ενημέρωσης του πληθυσμού
- Αναμόρφωση και εκσυγχρονισμός των φορέων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Ειδικότερα, για την υλοποίηση των στόχων προβλέπονται οι ακόλουθες δράσεις:

- Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, πρόληψη ώστε τα νέα περιστατικά να μη χρονίζουν, αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που διαβιούν στην κοινότητα.
- Εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας, μετασχηματισμός Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, ολοκλήρωση της κάλυψης των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές δομές. Είναι ο μεγαλύτερος άξονας στο πρόγραμμα και περιλαμβάνει την ανάπτυξη των αναγκαίων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία, ΚΨΥ, ΙΠΚ, κινητές μονάδες, κ.ά.
- Κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας, νέων και ήδη απασχολούμενων, καθώς επίσης και στελεχών άλλων τομέων.
- Ανάπτυξη και υλοποίηση οριζόντιων και διατομεακών προγραμμάτων πρόληψης των διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς «υψηλού κινδύνου», προαγωγή της ψυχικής υγείας, κινητοποίηση εθελοντών, ενίσχυση της συλλογικής έκφρασης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενημέρωση/εκπαίδευση του κοινού και καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων.
- Παρακολούθηση, προτυποποίηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση. Προβλέπεται η εφαρμογή δεικτών ποιότητας και προτύπων, η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και η σύσταση και λειτουργία παρατηρητηρίων και υποστηρικτικών μηχανισμών.
- Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.
- Υποστήριξη της αποτελεσματικότητας, της βιωσιμότητας και του ποιοτικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων για την εδραίωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (ΕΠ ΑΝΑΔ 2007-2013 2007) (Χονδρός 2009).

4.4 Προτάσεις

Τα προβλήματα που προέκυψαν από τη μεταρρυθμιστική διαδικασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ποικίλα και πολύπλοκα. Ειδικά το ζήτημα της χρηματοδότησης έχει γίνει αντικείμενο αναφοράς από εργαζόμενους, έχει απασχολήσει τον Τύπο και έχει αποτελέσει αντικείμενο δημοσίου διαλόγου. Παρά την αναμφίβολη σπουδαιότητα του, αποτελεί μία μόνο όψη ενός πολύπλευρου προβλήματος, για την

επίλυση του οποίου είναι αναγκαίες διοικητικές και θεσμικές παρεμβάσεις. Επιτακτική φαίνεται να είναι και η θεσμική κατοχύρωση της διαδικασίας αξιολόγησης και εξυγίανσης των δομών ψυχικής υγείας και η βελτίωση της δημόσιας πολιτικής προς όφελος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και του σεβασμού των δικαιωμάτων τους (Σακέλης 2009). Το σημαντικότερο όμως είναι να αλλάξει ο τρόπος σκέψης των ατόμων και να καταρριφθούν τα στερεότυπα και οι διακρίσεις για κάποιους που έτυχε να νοσήσουν από ψυχική νόσο. Στη συνέχεια του παρόντος πονήματος ακολουθούν προτάσεις ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να εδραιωθούν οι διαδικασίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

1. Από την πλευρά της πολιτείας και στο πλαίσιο ενός μακροχρόνιου και σαφούς σχεδιασμού θα πρέπει:

- Να τεθεί η ψυχική υγεία ως προτεραιότητα
- Να εκπονηθεί ένα επενδυτικό σχέδιο για την αξιοποίηση των κοινοτικών και εθνικών πόρων με κριτήρια μελλοντικής επαρκούς απόδοσης και όχι με λογικές απορρόφησης ευρωπαϊκών προγραμμάτων
- Να θεσπιστούν μέτρα και να εκπονηθούν εργαλεία αξιολόγησης και ελέγχου της αποδοτικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς όφελος των τοπικών κοινωνιών και με γνώμονα την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών
- Να αναπροσαρμοσθεί η εθνική νομοθεσία στις νέες συνθήκες, να ληφθούν μέτρα για την προστασία των ευάλωτων ομάδων και να συμμορφωθεί η χώρα με τα κριτήρια ευρωπαϊκών και διεθνών φορέων και οργανισμών
- Να μεταφερθούν πόροι από το ασυλικό σύστημα στη διαμόρφωση και εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων και υπηρεσιών στήριξης και φροντίδας των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές
- Να καταργηθούν τα Ψυχιατρεία και να αναπτυχθούν κλίνες σε Γενικά Νοσοκομεία και να δημιουργηθούν μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Να ενισχυθεί το ανθρώπινο δυναμικό, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό
- Να θεσπιστούν μέτρα για την προώθηση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην απασχόληση (Μαδιανός 2009) (Στυλιανίδης 2009) (Μεγαλοοικονόμου 2009) (Χονδρός 2009).

2. Για την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορούν να γίνουν τα παρακάτω:

- Να ενισχυθεί η οριζόντια επικοινωνία μεταξύ των εξωνοσοκομειακών δομών και η δικτύωση των εξωνοσοκομειακών δομών με τις ψυχιατρικές κλινικές ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική δικτύωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Να επανεξεταστούν οι αρμοδιότητες των ΤΕΨΥ (Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας), οι οποίες είναι επιφορτισμένες με ευρείας κλίμακας καθήκοντα συντονιστικού τύπου, χωρίς αποφασιστικό ρόλο και να αναβαθμιστούν από γνωμοδοτικό σε αποφασιστικό όργανο

- Να προχωρήσει η πλήρης τομεοποίηση των υπηρεσιών

- Να διασφαλιστούν διατομεακές συνεργασίες ανάμεσα στον τομέα της ψυχικής υγείας και σε άλλους τομείς (πρόνοια, εκπαίδευση, απασχόληση κλπ) (Σακέλης 2009) (Στυλιανίδης 2009) (Μεγαλοοικονόμου 2009).

3. Για την αναβάθμιση του τομέα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων (ΨΥΠΕ):

- Η εκπόνηση ενός εθνικού σχεδίου με ιεράρχηση των αναγκών και των προτεραιοτήτων

- Η ανάπτυξη τουλάχιστον μιας υπηρεσίας ΨΥΠΕ σε κάθε νομό της περιφέρειας

- Η προώθηση της τομεοποίησης και η οργάνωση κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών για παιδιά με ψυχικές διαταραχές, χωρίς να χρειάζεται να απομακρύνονται από την οικογένεια τους

- Η σύνδεση των υπηρεσιών ΨΚΑ παιδιών και εφήβων με την ΠΦΥ και η συνεργασία με φορείς του εκπαιδευτικού συστήματος, της απασχόλησης και της εργασίας

- Η σταδιακή ανάπτυξη διαγνωστικών, θεραπευτικών και υπηρεσιών πρόληψης

- Η ενίσχυση της έρευνας στον τομέα της ΨΥΠΕ και η βελτίωση της εκπαίδευσης των παιδοψυχιάτρων (Σακέλης 2009) (Τσιάντης & Ασημακόπουλος 2009).

4. Για την επιτυχή έκβαση οποιασδήποτε πολιτικής στον τομέα της Ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη η λήψη μέτρων για την καταπολέμηση του στίγματος των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και των κοινωνικών προκαταλήψεων. Η αλλαγή του τρόπου ακούσιας νοσηλείας και η συμμετοχή των ατόμων αυτών στη λήψη αποφάσεων για τη λειτουργία των κοινωνικών επιχειρήσεων αποτελούν προτάσεις προς αυτή την κατεύθυνση (Σακέλης 2009). Ο Μαδιανός αναφέρει ότι «η πραγματική ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μια διαλεκτική κοινωνία και ότι η επίτευξη της αφορά πρώτα το άτομο σε κοινοτικό επίπεδο και μετά την εξουσία, νομοθετική και εκτελεστική» (Μαδιανός. 2009).

5. Η οργάνωση ενός συστήματος υποστήριξης των εθελοντικών οργανώσεων κοινωνικής φροντίδας μπορεί να διαμορφώσει ένα υποστηρικτικό πλαίσιο για τους χρήστες και να προλάβει φαινόμενα κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι οργανώσεις αυτές μπορούν να αποτελέσουν χώρο ανάπτυξης και εφαρμογής νέων μορφών κοινωνικής βοήθειας με την κινητοποίηση της τοπικής εξουσίας και της κοινωνίας. Από το 2003 έχει ιδρυθεί η

Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ) έχοντας αναπτύξει δράση σε διάφορους νομούς της χώρας (Σακέλης 2009) (Νομίδου 2009). Παράλληλα, η ενίσχυση των ομάδων αυτοβοήθειας ατόμων με ψυχικές διαταραχές συμβάλλει στην καλύτερη κοινωνική προσαρμογή τους και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους χωρίς ψυχιατρικές παρεμβάσεις και φάρμακα.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Τα τεράστια βήματα που σημειώθηκαν στην ψυχιατρική αντιμετώπιση των ασθενών, μέσα και έξω από το άσυλο, στην Ελλάδα θα επισκιαστούν από την κακοδιαχείριση των πόρων, την ανικανότητα δημιουργίας ενός αποτελεσματικού δικτύου ψυχικής υγείας, την ανεπάρκεια επαγγελματικά καταρτισμένου προσωπικού. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος Ψυχαργός, τα βλέμματα και οι προσδοκίες για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης στρέφονται στο ΕΣΠΑ 2007-2013, επίσης χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ.

Η προστασία και η βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο. Ένα έργο που πρέπει να συνυπολογίσει την επιστήμη, την πολιτική και την κοινωνία. Τα κενά και οι αδυναμίες που υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα οδηγούν στην απαξίωση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αποδεικνύουν μια κρίση διαχειριστική, θεσμική και κοινωνική. Για την αποτελεσματική συνέχιση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης απαιτείται μακρόπνοος σχεδιασμός, επαρκής χρηματοδότηση, συντονισμός, έλεγχος και αναπροσαρμογή των πολιτικών και δράσεων για την αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

1. Alacron RD, *Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections*. World Psychiatry, 2009, 8:131-139
2. Anckarsater H. et al, *Mental disorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry*, International Journal of Law and Psychiatry, 2009, 32:342-347
3. Baker M. et al., *Psychiatric reform in Germany*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, 410:27-34
4. Balicki M. et al., *Focus on Psychiatry in Poland: past and present*, British Journal Psychiatry, 2000, 177:375-381
5. Bellali T., Kalafati M., *Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2006, 13:33-39
6. Bollini P. et al., *Revision of the Italian Psychiatric reform, North/South differences and future strategies*, Social Science & Medicine, 1988, 27:1327-1335
7. Burti L., Benson PR., *Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978*, International Journal of Law and Psychiatry, 1996, 19:373-390
8. Commission of the European Communities, *Final report on the implementation of council regulation EEC 815/84 on exceptional financial support in favor of Greece in the social field*, Brussels, 1995
9. Corrigan PW, Penn DL, *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*. American Psychologist, 1999, 54: 765-76
10. Coursey RD et al, *A psychological view of people with serious mental illness*, New Directions for Mental Health Services, 2000, 88:61-72
11. Ekdawi MY, *Asylum of Leros*, Psychiatric Bulletin, 1987, 11:275
12. European Commission, *Health in Europe 1998-2003*, Luxemburg: Official Office Publications of the European Communities, 2005
13. Farkas M., *Identifying psychiatric rehabilitation interventions: an valued based practice*, World Psychiatry, 2006, 5:161-162
14. Folsom DP., *Schizophrenia*, In: Psychiatry for Neurologists, edited by Jeste D, Friedman J, Humana Press, New Jersey, 2006

15. Freeman M. et al., *The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology and treatment issues*, Journal of Affective disorders, 2002, 68:1-23
16. Gournay K., *Mental health nurses working purposefully with people with serious and enduring mental illness-an international perspective*. International Journal of Nursing Studies, 1995, 32:341-352
17. Grob G., *From Asylum to Community: mental health policy in modern America*, Princeton, NJ Princeton University Press, 1991
18. Jané-Llopis E., Anderson P., *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*, 2005, Nijmegen: Radboud University Nijmegen, the Netherlands
19. Johnson S. et al., *Mental health service provision in England*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, 104:47-55
20. Kaplan & Sadock's, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2004
21. Karastergiou A. et al., *The reform of the Greek mental health services*, Journal of Mental Health, 2005, 14:197-203
22. Kessler R., Greenberg P., *The economic burden of anxiety and stress disorders*, Neuropharmacology: The fifth generation of progress, 2002, 67:981-990
23. Knapp M., McDaid D., Mossialos E. Thornicroft G., *Mental Health Policy and Practice across Europe-European Observatory on Health Systems and Policies series*, Open University Press, 2007
24. Kunze H. et al., *Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care*, The Psychiatrist, 2004, 28:218-221
25. Lakhan S., Kramer A., *Schizophrenia genomics and proteomics: are we any closer to biomarker discovery?* Behav Brain Funct, 2009, 5:2
26. Lamb R., Bachrach L., *Some perspectives on Deinstitutionalization*, Psychiatric Services, 2001, 52:1039-1045
27. Lavikainen J. et al, *Public health approach on mental health in Europe*, Stakes Ministry of Social Affairs & health, Helsinki, Personality and Social Psychology Bulletin, 2001: 1123-1130
28. Madianos M. et al., *Changing patterns of mental health care in Greece 1984-1996*, European Psychiatry, 1999. 14:462-467
29. Madianos M., Christodoulou G., *Reform of the mental healthcare system in Greece 1984-2006*, International Psychiatry, 2007, 1:16-19

30. Madianos M., *Deinstitutionalization (the political economy of Deinstitutionalization)*, International Encyclopedia of rehabilitation, CIRRIE, 2010
31. Madianos M., *Psychiatric rehabilitation in the era of globalization*, World Psychiatry, 2006, 5:163-164
32. Maj M. et al, *Psychiatric diagnosis and classification*, Wiley, West Sussex, 2002
33. Margari F. et al., *Very early onset and greater vulnerability in schizophrenia: A clinical and neuroimaging study*, Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2008, 4:825-830
34. Mechanic D., *Mental Health Services then and now*, Health Affairs, 2007, 26:1548-1550
35. Nicolson R., Rapoport J., *Childhood onset Schizophrenia: rare but worth studying*, Biological Psychiatry, 1999, 46: 1418-1428
36. Nies MA, McEwen M., *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δ., Αθήνα, 2001 Τόμος Α΄
37. Pilgrim D., Rogers A., *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2004
38. Priebe S. et al., *Mental Health care Institutions in nine European countries between 2002 to 2006*, Psychiatric Services, 2008, 59:570-574
39. Radaelli D. et al, *Psychiatric diseases*, Neurological Sciences, 2008, 29:339-341
40. Richard Hegaman I., Lyness J., *An overview of Depression*, In: Psychiatry for Neurologists, edited by Jeste D, Friedman J, Humana Press, New Jersey, 2006
41. Rossler W., *Psychiatric rehabilitation today: an overview*, World Psychiatry, 2006, 5:151-157
42. Salize HJ. Et al., *Mental health care in Germany: current state and trends*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2007, 257:92-103
43. Stylianidis S. et al., *Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential Homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals*, International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2008, 13:31-38
44. *The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical description and diagnostic guidelines*, World Health Organization, Geneva, 1992
45. *The ICD-10 classification of Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993

46. Tuntiya N., *The forgotten history: the deinstitutionalization movement in the mental health care system in the United States*, Thesis in Master of Arts, Department of Sociology College of Arts and Sciences, University of South Florida, 2003
47. Usall J. et al., *Needs of patients with schizophrenia group: influence of gender on social outcome in schizophrenia*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, 106:337-342
48. Vazquez-Barquero JL., Garcia J, *Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1999, 249:128-135
49. Weinberger DR, *The biological basis of schizophrenia: new directions*, Journal of Clinical Psychiatry, 1997, 58:22-27
50. Wetherell J. et al., *Anxiety Disorders*, Chapter 5, In: Psychiatry for Neurologists, edited by Jeste D, Friedman J, Humana Press, New Jersey, 2006
51. WHO Europe, *Approaching Mental Health Care Reform regionally: The mental health project for South-Eastern Europe*, Sarajevo, 2008
52. WHO, *The global burden of disease 2004 update*, World Health Organization, Geneva, 2008
53. WHO, *The world health report 2001, Mental health: new understanding new hope*, Geneva
54. WHO, *The world health report 2003: Shaping the future*, World Health Organization, Geneva, 2003
55. Wittchen HU., Jacobi F., *Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies*, European Psychopharmacology, 2005, 15:357-376
56. World Health Organization, *Mental Health Policy Project: Addressing needs improving services, 2006*

Ελληνική βιβλιογραφία

57. Δαρβίρη Χ., *Προαγωγή Υγείας*, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007
58. Δαμίγος Δ., *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Εκδόσεις Παπαζήση, 2003
59. *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού»*, ΕΠ ΑΝΑΔ 2007-2013, Αθήνα, 2007
60. Εφημερίδα «Αυγή», *Μαζικός Θεσμός με 2000 ενεργά μέλη*, 19/10/2010

61. Κονταξάκης Β., Χριστοδούλου Γ., *Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών*, Προληπτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000:175-179
62. Μαδιανός Μ., *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2002
63. Μαδιανός Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: από την θεωρία στην πράξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994
64. Μαδιανός Μ., *Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης από την περίπτωση της Λέρου στο Ψυχαργός, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα- ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σακκουλά, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
65. Μάνος Ν., *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
66. Μεγαλοικονόμου Θ., *Από το «ανίατο» της Λέρου στο «δυσίατο» του Ψυχαργός, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
67. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων έργου Ψυχαργός Β' Φάση, *Οδηγός οργάνωσης και λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, 2004
68. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων έργου Ψυχαργός Β' Φάση, *Οδηγός οργάνωσης και λειτουργίας Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου*, Αθήνα, 2004
69. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων έργου Ψυχαργός Β' Φάση, *Οδηγός οργάνωσης και λειτουργίας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, 2005
70. Μωραΐτης Ε., *Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας*, Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκηση Υγείας», Αθήνα, 2007
71. Νομίδου Ν., *Οικογένεια: βασικό υποστηρικτικό πλαίσιο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
72. *Νόμος 1397/83, Εθνικό Σύστημα Υγείας*, ΦΕΚ Α' 07/10/83
73. *Νόμος 2071/92, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας*, ΦΕΚ 123 Α' 15/07/92
74. *Νόμος 2716/99, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις»*, ΦΕΚ 96 Α' 17/05/99
75. *Οδηγός Ψυχικής Υγείας 2001*, Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)
76. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, Μια συναινετική διακήρυξη*, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Πρόληψης της κατάχρησης ουσιών, Γενεύη 1996, μετάφραση Ν. Γκιωνάκης

77. Πολάκη Ο. & συν., *Η σχέση κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24(3): 224-231
78. Σακέλης Γ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
79. Σακελλαρόπουλος Π., *Τεράστια ποσά κατευθύνονται σε ιδιώτες ψυχιάτρους και ιδιωτικές κλινικές*, εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 05/05/2007
80. Σκαπινάκης Π., Μαυρέας Π., *Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: διαφορετικοί ασθενείς διαφορετικές ανάγκες*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2001, 18:444-445
81. Στυλιανίδης Σ., *Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
82. Στυλιανίδης Σ., Χονδρός Π., *Σημεία αναφοράς για την λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας*, Αρχεία ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24:216-223
83. Τούντας Γ., *Κοινωνία και υγεία*, εκδόσεις Οδυσσέας: Νέα υγεία, Αθήνα, 2000
84. Τσιάντης Ι., Ασημακόπουλος Χ., *Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων-ανάγκη ανάπτυξης και όχι οπισθοδρόμησης (παλινδρόμησης)*, *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009
85. Υ.Υ.Κ.Α., *Προτάσεις για την σύνταξη κατευθύνσεων εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης 2007-2013*, Αθήνα, 2005
86. Υφαντής Θ., *«Αποασυλοποίηση», «αποϊδρυματοποίηση» και ετερότητα*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005, 22:525-527
87. Φρέρης Γ. & συν., *Το κοινωνικό κεφάλαιο και η συστημική προσέγγιση ως παράμετροι σχεδιασμού πολιτικών ψυχικής υγείας για το παιδί και τον έφηβο: η περίπτωση της Ανατολικής Αττικής*, Εταιρεία Μελετών Νοτιοανατολικής Αττικής, Πρακτικά ΙΒ΄ επιστημονικής συνάντησης ΝΑ Αττικής, Παλλήνη 2006
88. Χονδρός Δ., *Τα διαχρονικά προβλήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προβλεπόμενες δράσεις στο ΕΣΠΑ 2007-2013*, *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσ/νίκη, 2009

Διαδικτυακοί τόποι

89. www.dh.gov.uk. Διαδικτυακός τόπος του Department of Health της Αγγλίας

90. www.dsm5.org
91. www.koispe.gr. Διαδικτυακός τόπος του ΚοιΣΠΕ ΤοΨΥ Δωδεκανήσου
92. www.leros-hospital.gr. Δικτυακός τόπος του ΚΘ Λέρου
93. www.mentalhealthmap.gr
94. www.statistics.gr. Ηλεκτρονική διεύθυνση της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας
95. www.who.int
96. www.yyka.gov.gr. Διαδικτυακός τόπος του ΥΥΚΑ, Πρόγραμμα Ψυχαργός
97. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=en&pcode=tps00047>
98. http://ec.europa.eu/employment_social/equal. *Equal, Co-ops for the mentally ill, Greece breaks new legal ground*