

2017

$\beta \ddot{y} \ddot{Y}^1 \hat{A} \zeta \gg^1 \ddot{A}^{10} - \hat{A}^{31} \pm \ddot{A} \cdot \frac{1}{2} \hat{E} \hat{A} \zeta^{10} \textcircled{R}$
 $\beta \ddot{y} \ddot{A} \zeta \hat{A} \hat{A} \pm^{30} \hat{I} \tilde{A} \frac{1}{4}^1 \zeta \hat{A} \zeta \hat{A}^3 \pm \frac{1}{2}^1 \tilde{A} \frac{1}{4} \zeta \hat{I}$
 $\beta \ddot{y}^0 \pm^1 \cdot \pm \frac{3}{4}^1 \zeta \gg \hat{I}^3 \cdot \tilde{A} \cdot \ddot{A} \cdot \hat{A} \hat{E} \hat{A} \zeta^{1 \pm} \ddot{A} \hat{A}$
 $\beta \ddot{y} \frac{1}{4} \mu \ddot{A} \pm \hat{A} \hat{A} \hat{A} \cdot \frac{1}{4} - \tilde{A} \mu^1 \hat{A} \tilde{A} \ddot{A} \cdot \frac{1}{2} \bullet \gg \gg \neg \prime =$

$\beta \ddot{y} \textcircled{e}^{10} \neg \gg \bullet \gg - \frac{1}{2} \cdot$

$\beta \ddot{y} \hat{A} \hat{I}^3 \hat{A} \pm \frac{1}{4} \frac{1}{4} \pm \cdot \frac{1}{4} \hat{I} \tilde{A}^{1 \pm} \hat{A} \cdot \textcircled{R} \hat{Y}^{10} \zeta \frac{1}{2} \zeta \frac{1}{4}^{10} \hat{I} \frac{1}{2} \bullet \hat{A}^1 \tilde{A} \tilde{A} \cdot \frac{1}{4} \hat{I} \frac{1}{2} \textcircled{R} \pm^1 \textcircled{R} \hat{I} \zeta^{-0}$
 $\beta \ddot{y} \pm \frac{1}{2} \mu \hat{A}^1 \tilde{A} \tilde{A} \textcircled{R} \frac{1}{4}^1 \zeta \bullet \mu \neg \hat{A} \zeta \gg^1 \hat{A} \neg \textcircled{R} \zeta \hat{A}$

<http://hdl.handle.net/11728/10391>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



**Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στη Δημόσια Διοίκηση
(Master in Public Administration)**

Διπλωματική Εργασία

**«ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»**

Φοιτήτρια: Ελένη Μικάλλη

Αρ. Φ.Τ : 1153303704

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρα. Ιωάννης Ν. Βλάσης

ΚΥΠΡΟΣ 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση κατά πόσο εφαρμόζονται οι πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ψυχική υγεία καθώς επίσης και η αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Με βάση τον σκοπό της εργασίας τέθηκαν και τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι πολιτικές για την Ψυχική Υγεία τις οποίες προτείνει ο Π.Ο.Υ
2. Πως έχουν εφαρμοστεί οι συγκεκριμένες πολιτικές στο σύστημα Ψυχικής Υγείας της Ελλάδας
3. Ποια είναι τα ευρήματα από την αξιολόγηση αυτών των πολιτικών και κατά πόσο έχουν εφαρμοστεί από την χώρα μας.

Την δεκαετία του 1980 ξεκίνησαν στην Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης κάνοντας αρχή από την εγκατάλειψη του κλειστού ιδρυματικού τύπου ψυχιατρικής περίθαλψης και μεταφορά της ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα. Ο μεγαλύτερος οικονομικός υποστηρικτής της προσπάθειας αυτής ήταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή η οποία χρηματοδότησε το μεγαλύτερο μέρος των προγραμμάτων. Η Ελλάδα υιοθετώντας τις πολιτικές του ΠΟΥ ξεκίνησε μια προσπάθεια εφαρμογής τους αρχίζοντας το 1999 με την νομική κατοχύρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αποασυλοποίησης εκπονώντας το δεκαετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Το εθνικό αυτό σχέδιο δράσης θεωρήθηκε ένας από τους σημαντικότερους πυλώνες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Με την βοήθεια του προγράμματος αναπτύχθηκαν δομές αποασυλοποίησης και κάποια από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σταμάτησαν να λειτουργούν.

Το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα παρουσίασε σημαντική πρόοδο. Εντούτοις κατά την διάρκεια της πολύχρονης αυτής προσπάθειας παρουσιάστηκαν αρκετά προβλήματα τα οποία καθυστέρουσαν την υλοποίηση της μεταρρύθμισης του συστήματος. Μερικά από αυτά ήταν η έλλειψη εθνικού σχεδιασμού για την ψυχική υγεία, η ανεπαρκής παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε παιδιά και εφήβους καθώς επίσης και η καθυστέρηση στην τομεοποίηση.

Για την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης άρθρων και μελετών που αφορούσα την αξιολόγηση της εφαρμογής των

πολιτικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καθώς και την αξιολόγηση της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του συστήματος Ψυχικής Υγείας. Για την αναζήτηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και Google. Επίσης έγινε χρήση δεδομένων από επιστημονικά άρθρα και βιβλία. Χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά για την ανεύρεση των κατάλληλων άρθρων και τέθηκαν κριτήρια αποκλεισμού.

Με την παρούσα εργασία καταλήγουμε σε ένα γενικό συμπέρασμα ότι η προσπάθεια των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει επιφέρει αρκετές θετικές σημαντικές αλλαγές ενώ παράλληλα εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστούν έτσι ώστε η χώρα να μπορέσει να προχωρήσει προς την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Ψυχική Υγεία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Αποασυλοποίηση, ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Πολιτικές Ψυχικής Υγείας

ABSTRACT

The purpose of this bibliographic review is:

1. To investigate whether the World Health Organization's policies on Mental Health are being implemented.
2. To evaluate psychiatric reform in Greece.

Based on this, the following research questions were raised:

1. What are the mental health policies proposed by WHO (World Health Organization)
2. How have these policies been implemented in the Mental Health System of Greece?
3. What are the findings from the assessment of these policies and whether they have been implemented by our country?

In the 1980's, the first efforts of psychiatric reform began in Greece, beginning with the abolishment of closed institutional psychiatric care and the transfer of psychiatric care to the community. The largest financial supporter of this effort was the European Commission, which funded most of the programs. Greece started adopting WHO policies in an effort to implement them in 1999 with the legal safeguarding of mental health services in the community and the principles of psychosocial rehabilitation and de-institutionalization by introducing the ten-year National Action Plan PSYCHARGOS. This national action plan was considered one of the most important pillars of the psychiatric reform process. With this program, de-institutionalization was developed and some of the psychiatric hospitals have ceased to function.

The Mental Health System in Greece has made significant progress. However, during this time several problems have arisen which delayed the implementation of reform to the system. Some of these were the lack of National planning for Mental Health, the inadequate provision of psychiatric care to children and adolescents as well as a delay in remodelling the system.

The method of systematic review of articles and studies on evaluating the implementation of World Health Organization policies and assessing the mental health reform effort was used to carry out this study.

Google Scholar and Google electronic databases were used to search for international and domestic literature. Data from scientific articles and books has also been used. Specific keywords were used to find the appropriate articles and exclusion criteria were set.

With this study we come to a general conclusion that the efforts of the psychiatric reforms of the Mental Health System in Greece in recent years have brought several positive significant changes while at the same time there are significant problems that need to be addressed so that the country can move towards a complete reform.

Key words:

Psychiatric Reform, Mental Health, World Health Organization, De-institutionalization, "PSYCHARGOS", Mental Health Policies.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά την εποχή του μεσαίωνα η ψυχική ασθένεια θεωρείτο ως δημιούργημα του διαβόλου. Στην ευρύτερη κοινωνία επικρατούσε η αντίληψη ότι οι ψυχικά ασθενείς διακατέχονταν από κακά πνεύματα με αποτέλεσμα η αντίληψη αυτή να οδηγεί στην περιθωριοποίηση τους και στον μόνιμο εγκλεισμό τους στα ψυχιατρικά άσυλα.

Τις τελευταίες όμως δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μια στροφή της κοινωνίας τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς όσο αφορά την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Παρουσιάζεται περιορισμός στο στίγμα, την εγκατάλειψη αλλά και στον εγκλεισμό των ασθενών στα άσυλα καθώς και στην αποδοχή της ψυχικής νόσου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ήταν αυτός που βοήθησε στην στροφή της κοινωνίας σε αυτή την κατεύθυνση χαράσσοντας πολιτικές για το σύστημα Ψυχικής Υγείας διεθνώς. Η Ελλάδα με κύριο γνώμονα τις πολιτικές αυτές ξεκίνησε μια μακρόχρονη διαδικασία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης του συστήματος που είχε ως βασικότερο σκοπό την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και την αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών και την ένταξη τους στην κοινότητα. Εντούτοις η υλοποίηση και η επίτευξη των στόχων μιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν είναι καθόλου εύκολη εξαιτίας των πολλών εμποδίων και προβλημάτων που απορρέουν από αυτή

Η παρούσα εργασία περιγράφει τις πολιτικές του ΠΟΥ για το σύστημα ψυχικής υγείας και πώς αυτές οι πολιτικές έχουν εφαρμοστεί με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Επίσης γίνεται μια περιγραφή των αξιολογήσεων που έγιναν για την εφαρμογή της μέσα από τις οποίες προκύπτουν σημαντικά προβλήματα τα οποία δυσχεραίνουν το έργο της.

Η δομή της εργασίας αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος που είναι το θεωρητικό αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται οι ορισμοί των βασικών εννοιών της ψυχικής υγείας, ψυχικής νόσου, ιδρυματοποίησης καθώς και οι αιτιολογικοί παράγοντες. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης το οποίο περιλαμβάνει την αποασυλοποίηση και την ανάγκη για αποιδρυματισμό καθώς επίσης και την τομεοποίηση και την επανένταξη των χρόνιων ασθενών. Τέλος το τρίτο κεφάλαιο περιγράφει το νομοθετικό πλαίσιο για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας που είναι το ερευνητικό καταρτίζεται και αυτό από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή των πολιτικών του ΠΟΥ για το σύστημα

ψυχικής υγείας καθώς και η χάραξής τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια διερεύνηση του κατά πόσο αυτές οι πολιτικές εφαρμόζονται στην Ελλάδα και τέλος στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο κύκλος σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Δημόσια Διοίκηση έχει φτάσει αίσιος στο τέλος του. Ήταν ένα μακρύ και δύσκολο ταξίδι αλλά ταυτόχρονα ενδιαφέρον και αρκετά επιμορφωτικό.

Ολοκληρώνοντας το ταξίδι μου αυτού θα ήθελα αρχικά να εκφράσω τις ιδιαίτερες μου ευχαριστίες στον επιβλέπων καθηγητή μου κύριο Ιωάννη Βλάσση για την εξαιρετική συνεργασία που είχαμε για την υλοποίηση της διπλωματικής αυτής εργασίας. Σας ευχαριστώ από καρδιάς για την συμπαράσταση αλλά και για τις γνώσεις που μου παρείχατε.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές του προγράμματος για την άψογη διδασκαλία τους αλλά και για τις γνώσεις και εμπειρίες που έλαβα από αυτούς

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και ιδιαίτερα στο σύζυγο μου και τα δύο μου παιδιά για την συμπαράσταση τους και την υπομονή που υπέδειξαν τα τελευταία δύο χρόνια.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ψ.Μ = Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Ν.Π.Ι.Δ = Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

Ε.Π = Επιχειρησιακό Πρόγραμμα

Υ.Ψ.Υ = Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Ψ.Α = Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Ψ.Υ = Ψυχική Υγεία

Π.Φ.Υ = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Π.Ο.Υ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ε.Σ.Υ = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Γ.Ν = Γενικό Νοσοκομείο

Τ.Ο.Ψ.Υ = Τομείς Ψυχικής Υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΞΩΦΥΛΛΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	I
ABSTRACT	III
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	IV
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	VI
Κατάλογος Συντομογραφιών	VII
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	VIII
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XII
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	XIII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	2

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ Ψ.Υ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ</u>	4.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
A. Ψυχική Υγεία	5
B. Ψυχική Νόσος –Ψυχική Διαταραχή	6
Γ. Αιτιολογικοί Παράγοντες των Ψυχικών Διαταραχών.....	8
Δ. Χρονιότητα και Ψυχικό Νόσημα	9

E. Ιδρυματοποίηση	9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ</u>	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
A. Το πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης	12
α. Κοινωνική Φροντίδα	13
β. Αποασυλοποίηση – Αποιδρυματοποίηση.....	15
γ. Η ανάγκη για αποιδρυματισμό των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα Ελληνικά ψυχιατρεία.....	16
δ. Τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.....	17
ε. Επανάταξη των χρόνιων ψυχικά ασθενών.....	18
B. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Κύπρο	19
Γ. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	20
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</u>	22
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	22
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	23
A. Βασικές Διατάξεις της Νομοθεσίας για την Ψυχική Υγεία	23
B. Προσεγγίσεις στη Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία	23
Γ. Διασύνδεση της Πολιτικής και της Νομοθεσίας για την Ψυχική Υγεία.....	24
Δ. Νομοθετικό Πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα	25
α. Νόμος 1397/83.....	25
β. Ο Κανονισμός ΕΟΚ 815/84.....	25
γ. Ο Νόμος 2071/92.....	27
δ. Ο Νόμος 2716/99.....	27

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΤΟΥ Π.Ο.Υ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ..... 29

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ 30

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 30

A. Χάραξη Πολιτικής για την Ψυχική Υγεία 31

α. Σεβασμός των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων 32

β. Ανάπτυξη Κοινοτικών Υπηρεσιών 32

B. Γενικές Συστάσεις του Π.Ο.Υ..... 33

α. Εφαρμογή των Γενικών Συστάσεων του Π.Ο.Υ σε σχέση με τους διαθέσιμους
πόρους..... 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ Ψ.Υ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ..... 38

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 38

A. Αρχικές Πολιτικές..... 39

B. Πολιτικές 2000-2010..... 41

Γ. Το Εθνικό Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ..... 41

α. Α΄ Φάση του προγράμματος Ψυχαργός 44

α.α Αποτελέσματα της Α΄ Φάσης του Ψυχαργός..... 44

β. Β΄ Φάση του προγράμματος Ψυχαργός 45

α.α Αποτελέσματα Β΄ Φάσης του Ψυχαργός 48

γ. Γ΄ Φάση Ψυχαργώς 2011-2020.....	49
α.α Συμφωνία SPIDLA.....	51
Δ. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα " ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ	52
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ Ψ.Μ ΣΤΗΝ</u>	
<u>ΕΛΛΑΔΑ</u>	55
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	55
A. Αξιολόγηση Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 2000-2009	56
α. Αξιολόγηση της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας και της πορείας υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	59
B. Αξιολόγηση εφαρμογής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 2012	62
α. Αξιολόγηση της συνέχειας του εθνικού σχεδίου δράσης Ψυχαργώς 2011-2020.....	64
β. Αξιολόγηση με βάση τα κριτήρια του Π.Ο.Υ	65
γ. Εφαρμογές και υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.....	66
Γ. Αξιολόγηση εφαρμογής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 2014	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	72
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ενδονοσοκομειακές & Εξονοσοκομειακές δομές	13
Πίνακας 2: Αποτελέσματα μεταφοράς λειτουργιών του παραδοσιακού ψυχιατρείου σε κοινοτικές δομές.....	14
Πίνακας 3: Χρόνιοι άρρωστοι στα κρατικά ψυχιατρεία και άρρωστοι που πρέπει να αποιδρυματιστούν (2004	17
Πίνακας 4: Τομεοποίηση Ελλάδας (2004.....	18
Πίνακας 5: Η επιτυχής χάραξη πολιτικής για την ΨΥ εξαρτάται από τη ύπαρξη καταφατικών απαντήσεων στις ακόλουθες ερωτήσεις	31
Πίνακας 6: Οι απολύτως απαραίτητες δράσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με βάση τις γενικές συστάσεις του Π.Ο.Υ.....	34
Πίνακας 7: Αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1980-2000	41
Πίνακας 8: Συνολικός Προϋπολογισμός Ψυχαργός 2001-2010	42
Πίνακας 9: Προβλεπόμενες δομές για το 2010	46
Πίνακας 10: Προβλεπόμενες θέσεις απασχόλησης ανά ειδικότητα για το 2010	48
Πίνακας 11: Οι 5 βασικοί άξονες του Ψυχαργός Γ.....	50
Πίνακας 12: Συνάφεια στόχων ψυχαργός και επιχειρησιακού προγράμματος υγεία- πρόνοια	53
Πίνακας 13: Αδυναμίες Πολιτικής	56
Πίνακας 14: Δομές Ψ.Υ ανά περιφέρεια	59
Πίνακας 15: Κριτήρια της πολιτικής και αξιολογητικά σχόλια ως προς την εσωτερική συνοχή του εθνικού σχεδίου δράσης Ψυχαργός	63
Πίνακας 16: Κριτήρια πολιτικής και αξιολογητικά σχόλια ως προς τη συνέχεια του εθνικού σχεδίου δράσης Ψυχαργός	64
Πίνακας 17: Κλίμακα του Π.Ο.Υ για τη βαθμολόγηση σε κάθε πεδίο της αξιολόγησης	65
Πίνακας 18: Κατάσταση στην κάθε ειδική δράση ανά άξονα για το έτος 2012	67

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Η Ευρωπαϊκή προσέγγιση της δημόσιας Ψ.Υ.....	6
Σχήμα 2: Συσχέτιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών	8

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία των του κάθε ανθρώπου θεωρείται εξίσου σημαντική όσο και η σωματική υγεία. Παλαιότερα η ψυχική υγεία και η και οι ψυχικές διαταραχές δεν αντιμετωπιζόνταν με την ίδια σοβαρότητα όπως και η σωματική υγεία αντιθέτως αγνοούνταν σε μεγάλο βαθμό. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση των ψυχικά ασθενών και την απομόνωση τους σε ψυχιατρικά άσυλα.

Ο Π.Ο.Υ αναγνωρίζοντας τις δύσκολες συνθήκες που βίωναν οι ψυχικά ασθενείς αποφάσισε να χαράξει πολιτικές οι οποίες θα αναβάθμιζαν το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα.

Στην Ελλάδα μέχρι και το 1980 που ξεκίνησαν οι πρώτες προσπάθειες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης λειτουργούσε ένα απαρχαιωμένο σύστημα ψυχικής υγείας το οποίο μπορούμε να πούμε ότι ήταν σχεδόν ανύπαρκτο.

Από το 1980 και μετά μια νέα εποχή άρχισε για το σύστημα ψυχικής υγείας στην χώρα. Δειλά- δειλά η Ελλάδα άρχισε να εφαρμόζει τις πολιτικές για την ψυχική υγεία έχοντας ως οικονομικό της σύμμαχο την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Σιγά σιγά οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας άρχισα να αναβαθμίζονται και ένας μεγάλος αριθμός χρόνιων ασθενών να φεύγει από τα ψυχιατρικά άσυλα και να εντάσσεται στην κοινότητα. Η κοινωνία άρχισε πλέον να βλέπει διαφορετικά τους ψυχικά ασθενείς και να τους αποδέχεται κοντά της. Αναπτύχθηκαν επίσης μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η πορεία όμως αυτή σίγουρα δεν ήταν στρωμένη από ροδοπέταλα. Σε αρκετά σημεία η χώρα αντιμετώπισε σημαντικές δυσκολίες τις οποίες ακόμη δεν έχει ακόμη επιλύσει. Σίγουρα η εφαρμογή των πολιτικών του Π.Ο.Υ για την ψυχική υγεία είναι πολύ σημαντική όμως για να είναι ακόμη πιο αποτελεσματική πρέπει οι χώρες που τις εφαρμόζουν να έχουν ένα δυνατό σύστημα υγείας για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την υλοποίηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης βιβλιογραφίας. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση για την σχετική βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google scholar και Google χρησιμοποιώντας της λέξεις κλειδιά ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πολιτικές Π.Ο.Υ, ψυχική υγεία, αποασυλοποίηση και Ψυχαργός.

Τα κριτήρια επιλογής ήταν τα εξής:

1. Οι μελέτες και τα άρθρα να ήταν δημοσιευμένα είτε στην Ελληνική είτε στην Αγγλική γλώσσα
2. Ο χρόνος δημοσίευσης των άρθρων να ήταν από το 2000 και μετά
3. Το περιεχόμενο των μελετών να αποτελείτο από την αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς και από τις πολιτικές του παγκόσμιου οργανισμού υγείας για την ψυχική υγεία

Αποκλείστηκαν άρθρα τα οποία δεν έκαναν καμία αναφορά στις πολιτικές του Π.Ο.Υ καθώς επίσης και άρθρα των οποίων τα δεδομένα τους δεν ήταν από έγκυρους παγκόσμιους οργανισμούς.

Η δομή της εργασίας χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος (θεωρητικό) περιλαμβάνει τρία κεφάλαια που αφορούν το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας και το δεύτερο μέρος (ερευνητικό) περιλαμβάνει και αυτό τρία κεφάλαια μέσα στα οποία περιγράφονται και αναλύονται τα ερευνητικά ερωτήματα.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την ψυχική υγεία σημαντικό είναι να γνωρίζουμε και το θεωρητικό της υπόβαθρο.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται κάποιοι βασικοί ορισμοί όπως η ψυχική υγεία, η ψυχική νόσος, ο ορισμός της ιδρυματοποίησης καθώς και οι αιτιολογικοί παράγοντες των ψυχικών διαταραχών.

Στην συνέχεια στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια αναλυτική περιγραφή του πλαισίου της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τέλος στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται το θεσμικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διάφορες κοινωνίες έχουν μια διαφορετική αντίληψη για το πώς κατανοούν την ψυχική υγεία σύμφωνα με την δική τους κουλτούρα και τις δικές τους πεποιθήσεις. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ότι η ψυχική υγεία μπορεί να θεωρηθεί η υγιής άποψη του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και ότι η ψυχική διαταραχή μπορεί να εκδηλώσει ψυχολογικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις.

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο θα δούμε ακριβώς πως ορίζονται αυτές οι δύο έννοιες καθώς και τους αιτιολογικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μια ψυχική διαταραχή.

Σημαντικό κομμάτι αυτού του κεφαλαίου είναι και ο ορισμός της ιδρυματοποίησης των χρόνιων ασθενών.

A. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ψυχική Υγεία είναι η ανάπτυξη της υγιούς απόψεως του ατόμου, απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να πετύχει τον μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπληρώσεως του¹.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας « ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας ». Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στην κοινωνική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου καθώς και στην νοητική του συγκρότηση και στην αποτελεσματικότητά του να σκέφτεται με πλήρης διαύγεια.²

Το πλαίσιο ενός κοινωνικοπολιτισμικού συστήματος το οποίο κυριαρχεί σε μια δεδομένη ιστορική περίοδο είναι αυτό που δίνει νόημα στην ψυχική υγεία. Μέσα από αυτή την σχέση εμφανίζεται η δυσκολία αντικειμενικά σημεία τα οποία να είναι παγκοσμίως αποδεκτά να αναγνωριστούν μέσα στον ορισμό. Τα αποτελέσματα μιας σύντομης ανάλυσης των επικρατέστερων ορισμών δείχνουν ότι επανέρχονται συστηματικά τα ίδια κριτήρια. Οι περισσότεροι ορισμοί αναφέρονται στην απουσία της ψυχικής νόσου και στην ταύτιση της ψυχικής υγείας με την κανονικότητα.³

Η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του ατόμου δεν εστιάζεται μόνο στο άτομο αλλά και στην αξιολόγηση του κοινωνικού του περιγύρου (οικογένεια, κοινότητα) καθώς και στην ψυχονοητική του κατάσταση. Οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των κοινωνικών ομάδων όπως είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες και τα βιώματα είναι αρκετά σημαντικοί και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη έτσι ώστε οι ανάγκες ομάδων στην ψυχική υγεία να γίνονται κατανοητές.⁴(Σχήμα 1)

¹ Γιαννοπούλου Α. 1990

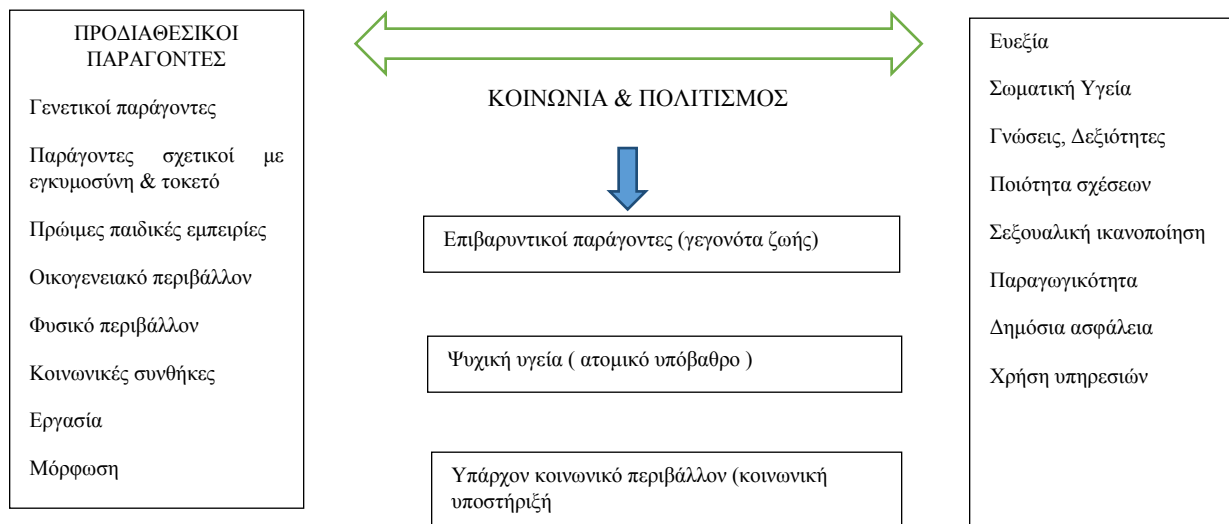
² Δαρβίρη Χ. 2007

³ Στυλιανίδης Σ. 2014

⁴ Nies & McEwen 2001

ΣΧΗΜΑ 1

Η Ευρωπαϊκή προσέγγιση της δημόσιας ψυχικής υγείας



Τροποποιημένο από Lavikainen J et al., 2001, Public Health approach on mental health in Europe (Ίδια επεξεργασία)

B. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ – ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ψυχική νόσος είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.⁵

Η 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.⁶ Αρκετοί ψυχίατροι στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν την ψυχική διαταραχή χρησιμοποιούν μια σειρά όρων όπως οργανική, λειτουργική, πρωτοπαθής και δευτεροπαθής.

- Λειτουργική είναι αυτή η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί σε γνωστή δομική βλάβη του εγκεφάλου ή σε ακριβής βιολογική αιτία για παράδειγμα η σχιζοφρένεια.

⁵ (Γιαννοπούλου 1990).

⁶ Kaplan & Sadocks (2004)

- Οργανική είναι η ψυχική διαταραχή η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένο παράγοντα ή νόσο που προκαλεί δομικές μεταβολές στον εγκέφαλο για παράδειγμα ντελίριο οφειλόμενο σε εγκεφαλική λοίμωξη.⁷

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική (1994) στο ταξινομικό πίνακα DSM III και IV ορίζει την ψυχική διαταραχή ως ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε ένα άτομο και τα οποία συνδέονται με παρούσα ψυχοπίεση ή ανικανότητα ή με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να υποφέρει από επικείμενο θάνατο, πόνο, ανικανότητα ή απώλεια της ελευθερίας του.⁸

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και αρκετοί άλλοι οργανισμοί έχουν προτείνει αρκετούς όρους όπως η ψυχική διαταραχή (mental disorder), ψυχική νόσος (mental disease), ψυχική αρρώστια (mental illness) και άλλους.

Σε έρευνα για την υγεία η οποία διεξήχθη το 2014 στην Ελλάδα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή περιλαμβάνονταν ερωτήματα που στόχο είχαν την καταγραφή του επιπολασμού και τη σοβαρότητα των ψυχικών νόσων, ειδικότερα της κατάθλιψης. Τα στοιχεία που έχουν καταγραφεί δίνουν στους ειδικούς μια σαφέστερη εικόνα της ψυχικής κατάστασης του πληθυσμού μέσα στο διάστημα των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας.

- Το 4,7% του πληθυσμού δήλωσε ότι πάσχει από κατάθλιψη ποσοστό το οποίο είναι αρκετά αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 το οποίο ήταν 2,6%. Οι 3 στους 10 είναι άνδρες με ποσοστό 33,0% και οι 7 γυναίκες με ποσοστό 67,0%.
- Το 7,6% του πληθυσμού από την ηλικία των 15 ετών και άνω παρουσιάζει αγχώδεις διαταραχές.
- 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές
- 1,0% πάσχει από ανοϊκή διαταραχή ή νόσο Alzheimer.

⁷ Μάνος, 1997

⁸ Μαδιανός, 2005

Γ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Για αρκετά χρόνια επιστήμονες συζητούν το γεγονός ότι η κληρονομικότητα και το περιβάλλον είναι από τις κύριες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν ψυχική διαταραχή. Συγκεκριμένα αρκετά επιστημονικά στοιχεία παρουσιάζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στην αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Από την εμβρυική περίοδο και καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου τόσο τα γονίδια όσο και το περιβάλλον εμπλέκονται σε ένα σύνολο αλληλένδετων αλληλεπιδράσεων οι οποίες έχουν καθοριστική σημασία όσον αφορά την ανάπτυξη και την πορεία των ψυχικών διαταραχών.⁹ (Σχήμα 2)

ΣΧΗΜΑ 2

Συσχέτιση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών



WHO, The World Health Report 2001, Mental Health: new understanding, new hope (Ίδια επεξεργασία)

Παρά το γεγονός ότι τον 20^ο αιώνα έχει ανακαλυφθεί ότι η βάση αρκετών ψυχικών διαταραχών είναι οργανική και ότι η αντιμετώπιση τους γίνεται με την χρήση φαρμακευτικής

⁹ WHO 2001

αγωγής αρκετοί επιστήμονες δεν είναι σε θέση να δώσουν ακριβείς εξηγήσεις όσον αφορά την δημιουργία των ψυχικών διαταραχών.¹⁰

Δ. ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ

Ο όρος χρόνια ψυχική νόσος στιγματίζει και ταμπελώνει τα άτομα υπογραμμίζοντας την διαφορετικότητά τους.

Ορισμένοι συγγραφείς όπως ο chafez et al (1992:421) χρησιμοποιούν τον όρο Επιμένουσα σοβαρή ψυχική νόσος.

Ένα άτομο με χρόνια ψυχική νόσο έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζεται η λειτουργικότητα του σε τρεις τουλάχιστο από τους πιο κάτω τομείς:

- Προσωπική Υγιεινή και αυτοφροντίδα
- Αυτό – κατεύθυνση
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Κοινωνικές Αντιδράσεις
- Μάθηση
- Ψυχαγωγία¹¹

Ε. ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Ο Barton (1959) περιέγραψε την έννοια της ιδρυματοποίησης ως μια κατάσταση την οποία ονόμασε « Ιδρυματική Νεύρωση » όπου αναφέρει τις επιδράσεις πάνω στο άτομο λόγω της παρατεταμένης παραμονής του σε ένα ίδρυμα. Αντιμετώπισε το πρόβλημα της ιδρυματοποίησης από ιατρογενή σκοπιά αφού αναφερόταν στην ιδρυματική νεύρωση ως ασθένεια.

Αντίθετα ο Goffman (1961) τοποθέτησε το πρόβλημα σε κοινωνικά πλαίσια. Συγκεκριμένα έδωσε στην ιδρυματοποίηση τον όρο « πλήρες – ολοκληρωτικό ίδρυμα » το οποίο καθόρισε

¹⁰ Folsom 2006

¹¹ Goldman 1984

σαν ένα τόπο διαμονής και εργασίας όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων αποκόπτονται από την ευρύτερη κοινωνία για μια σημαντική χρονική περίοδο και που ο τρόπος ζωής τους είναι τυποποιημένος και επαναλαμβανόμενος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να παραμένει αδιαφοροποίητος και να ενισχύεται η ψυχωσική του ομογενοποίηση δημιουργώντας μια αντίφαση στο ότι ένα ψυχιατρείο θεωρείται ως ο χώρος που θεωρητικά είναι υπεύθυνος για την θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ψύχωσης.

Πέρα από τον ιδρυματισμό των ασθενών παρατηρείται και ο ιδρυματισμός του προσωπικού. Ο παρατεταμένος χρόνος εργασίας σε ένα ίδρυμα οδηγεί τους εργαζομένους σε τρόπο εργασίας ο οποίος καθημερινά είναι τυποποιημένος και επαναλαμβανόμενος όπως είναι και ο τρόπος ζωής των ασθενών στο ίδρυμα. Ο ιδρυματισμένος εργαζόμενος αμύνεται μέσα από φοβικές άμυνες για παράδειγμα ο φόβος για τον νοσηλευόμενο, μέσα από τελετουργικές λειτουργίες όπως οι άσπρες μπλούζες και οι ειδικοί χώροι φαγητού καθώς επίσης και μέσα από την καλά οργανωμένη δομή του ιδρύματος που αποστειρώνει τους ασθενείς.¹²

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες του ιδρυματισμού είναι ο χρόνος ο οποίος διακρίνεται στο χρόνο του έγκλειστου ασθενή ο οποίος είναι ακαθόριστος και χωρίς όρια και στο χρόνο του θεραπευτή όπου πρέπει να υπάρχουν θεραπευτικά όρια. Ένας τρόπος αποφυγής του ιδρυματισμού τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων είναι ο θεραπευτής να προσπαθήσει να πετύχει την διαφοροποίηση του ασυλικού από τον θεραπευτικό χρόνο μέσω διαφόρων θεραπευτικών δραστηριοτήτων.¹³

¹² Μαδιανός 2005

¹³ Μαδιανός 2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας μιας χώρας είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι γιατί οδηγεί στην αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρέχοντας έτσι μια ολοκληρωμένη και επαρκή ψυχιατρική φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς

Μέσα σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφεται αναλυτικά το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο οποίο περιλαμβάνεται η κοινοτική φροντίδα, η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και η επανένταξη τους στην κοινωνία.

Αναλύεται η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς επίσης γίνεται και αναφορά στο ξεκίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Κύπρο.

A. ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Ο όρος μεταρρύθμιση είναι συνώνυμος με την μεταμόρφωση , τη μετατροπή, την καινοτομία και την αλλαγή. 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).¹⁴

Τα παλιά χρόνια η κοινωνία δεν αντιμετώπιζε τα άτομα που έπασχαν από ψυχικές διαταραχές με τον καλύτερο τρόπο. Αντίθετα τα άτομα αυτά είχαν μια ξεχωριστή θέση στην κοινωνία και βρισκόνταν πάντα στο περιθώριο. Συγκεκριμένα το μεσαίωνα τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν και αργότερα τους κλείδωναν σε ιδρύματα και τους έκαναν αντικείμενο έρευνας για την επιστήμη. Μετά την ανάπτυξη της ψυχιατρικής σε ιατρικό κλάδο οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν ασθενείς με ιατρικό πρόβλημα. Το γεγονός αυτό όμως δεν άλλαξε και την αντιμετώπιση απέναντι τους αντιθέτως συνέχισαν να ζουν στο περιθώριο ή περιορίζονταν σε κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα.¹⁵

Στη δεκαετία του 1950 άρχισαν να χαράζονται νέες πολιτικές όσον αφορά τον τρόπο φροντίδας των ψυχικά ασθενών με την βοήθεια επίσημων φορέων υγείας. Νέα μοντέλα ψυχικής υγείας χρηματοδοτήθηκαν και καινούριοι νόμοι ψηφίστηκαν. Έστω και αν η κοινότητα θεωρείτο ένα βίαιο και απειλητικό περιβάλλον για τους ψυχικά ασθενείς πρωταρχικός στόχος της ψυχιατρικής ήταν η έξοδος τους από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και η επανένταξη τους στην κοινότητα. Τις δεκαετίες του 1960 και 1970 παρατηρήθηκε μια μεγάλη άνθιση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής η οποία αποσκοπούσε στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών έξω από τα ψυχιατρεία.¹⁶

Η εφαρμογή της ανοικτής ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα οδήγησε στην δημιουργία ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δομών (Πίνακας 1) οι οποίες είναι υπεύθυνες για την στήριξη της μεταρρύθμισης καθώς επίσης και για την θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών.¹⁷

¹⁴ Μαδιανός 1994

¹⁵ WHO 2001

¹⁶ Μαδιανός 2002

¹⁷ Δαμίγος 2003

ΠΙΝΑΚΑΣ 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 Δαμίγος Δ., Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη 2003 (Ιδια Επεξεργασία)

Η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και της αποασυλοποίησης συνδέεται στενά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

α. Κοινοτική Φροντίδα

Με τον όρο κοινοτική φροντίδα εννοούμε την δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες θα πρέπει να παρέχουν μια ολοκληρωμένη θεραπεία και φροντίδα σε τοπικό επίπεδο και να είναι εύκολα προσβάσιμες τόσο από τους ψυχικά ασθενείς όσο και από τις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένες έτσι ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ένα φάσμα υπηρεσιών για τις ανάγκες της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Το ιδανικό θα ήταν μέσα σε αυτές τις υπηρεσίες να περιλαμβάνονταν:

1. Διατροφή
2. Δυνατότητα εισαγωγής των οξέων περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία.
3. Φροντίδα εξωτερικών ασθενών.
4. Κοινοτικά κέντρα και εξωτερικές υπηρεσίες

5. Μόνιμη στέγαση ασθενών.¹⁸

Μέσα από την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2001 παρουσιάζονται κάποια αποτελέσματα από την μεταφορά λειτουργιών του ψυχιατρείου σε κοινοτικές υπηρεσίες όπως παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Αποτελέσματα μεταφοράς λειτουργιών του παραδοσιακού ψυχιατρείου σε κοινοτικές υπηρεσίες

Υπηρεσίες του παραδοσιακού ψυχιατρείου	Αποτελέσματα της μεταφοράς στην κοινοτική περίθαλψη
Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και θεραπεία	Καλύτερα να μεταφερθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή σε γενικές υπηρεσίες υγείας
Ενεργή θεραπεία για σύντομη ή μέση παραμονή	Θεραπεία ίδια ή βελτιωμένη, αλλά τα αποτελέσματα δεν επιτρέπουν γενίκευση
Μακροχρόνιος εγκλεισμός	Συνήθως βελτίωση με προστατευόμενη στέγαση για όσους χρειάζονται μακροχρόνια και μεγάλου βαθμού στήριξη
Προστασία από εκμετάλλευση	Μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να είναι ευάλωτοι σε σωματική, σεξουαλική και οικονομική εκμετάλλευση
Φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες για εξωτερικούς ασθενείς	Μπορεί να βελτιωθούν εάν αναπτυχθούν τοπικές, προσβάσιμες υπηρεσίες ή να αποδιοργανωθούν εάν δεν αναπτυχθούν. Επαναπροσδιορισμός των υποχρεώσεων των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας είναι συχνά αναγκαίος
Επαγγελματικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες και αποκατάσταση	Βελτίωση σε κανονικό περιβάλλον.
Στέγη, ρουχισμός, διατροφή και βασικό εισόδημα	Κινδυνεύει και κατά συνέπεια οι υποχρεώσεις και ο συντονισμός πρέπει να αποσαφηνιστούν
Ανακούφιση από την συνεχή φροντίδα για οικογένειες και λοιπούς	Συνήθως η ίδια η θεραπεία στο σπίτι αντισταθμίζεται από την πιθανή ανάγκη αυξημένης στήριξης της οικογένειας από ειδικούς
Έρευνα και εκπαίδευση	Νέες ευκαιρίες εμφανίζονται με την αποκέντρωση

Πηγή: ΠΟΥ Ψυχική Υγεία : Νέα Αντίληψη Νέα Ελπίδα 2001 (Ίδια επεξεργασία)

Στην Ελλάδα η κατοίκων φροντίδα ατόμων με ψυχική διαταραχή τοποθετείται χρονικά στα τέλη της δεκαετίας του 1960 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο από μια ομάδα ψυχιάτρων με

¹⁸ ΠΟΥ 2001

επικεφαλή τον καθηγητή Π. Σακελλαρόπουλο και επρόκειτο για μια πρώτη πιλοτική προσπάθεια η οποία περιοριζόταν στα γεωγραφικά όρια της Αττικής. Ο στόχος των πρώτων πυρηνικών ομάδων που σχηματίστηκα με το ακρώνυμο ΨΠΣΑ (Ψυχιατρική Φροντίδα στο Σπίτι του Ασθενή) ήταν η παρέμβαση στην κρίση και η παραμονή του ασθενή στο σπίτι του και στην κοινότητα.¹⁹

β. Αποασυλοποίηση - Αποιδρυματοποίηση

Η αποιδρυματοποίηση είναι μια διαδικασία κοινωνικής αλλαγής, από τον προσανατολισμό της φροντίδας των ψυχικά αρρώστων που βασίζεται στον εγκλεισμό σε ψυχιατρικά ιδρύματα (άσυλα) προς τη μέριμνα των αρρώστων στην κοινότητα σε συνθήκες ισότητας.²⁰

Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα μέχρι την δεκαετία του 1950 ο κύριος φορέας θεραπείας για τους ψυχικά ασθενείς ήταν τα πολιτειακά και δημοτικά νοσοκομεία. Συχνά τα νοσοκομεία αυτά λειτουργούσαν ως μόνιμη κατοικία των ασθενών. Η αποιδρυματοποίηση άρχισε την περίοδο μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο όταν τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία ψυχικής υγείας είχαν παραγεμίσει, είχαν ανάγκη επισκευής και είχαν κατακρατηθεί ευρέως από τους ανθρωπιστές για φύλαξη των τροφίμων τους. Με τη θέσπιση του συντάγματος που περιόρισε την ακούσια κράτηση στα ψυχιατρεία οι τρόφιμοι των κρατικών και δημοτικών νοσοκομείων ψυχικής υγείας μειώθηκαν. Μέχρι την δεκαετία του 1970 μόνο το 1/3 νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.²¹

Πρωτεργάτης της αποασυλοποίησης ήταν ο Ιταλός ψυχίατρος Φράνκο Μπαζάλια. Το όνομα του και η δράση του συνδέθηκαν με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθώς επίσης και με το νόμο 180 του 1978 γνωστός και ως νόμος Μπαζάλια ο οποίος προβλέπει το κλείσιμο των ψυχιατρείων στην Ιταλία και τη δημιουργία κοινοτικών ανοικτών υπηρεσιών στο χώρο της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον Μπαζάλια εάν η ψυχική νόσος θεωρείται απώλεια της υποκειμενικότητας, της ελευθερίας, στο άσυλο ο άρρωστος δε θα βρει τίποτα περισσότερο από έναν χώρο όπου θα χαθεί ολοκληρωτικά, θα γίνει αντικείμενο της ασθένειας του και θα εγκλωβιστεί στο ρυθμό που ορίζει το ίδρυμα (indymedia.org).²²

¹⁹ Σ. Στυλιανίδης & συνεργ. 2014

²⁰ Μαδιανός 2005

²¹ Kneisl, Wilson, Trigoboff 2009

²² indymedia.org

Από τα μέσα του 1950 ένας από τους κυριότερους στόχους της ψυχιατρικής ήταν η φροντίδα των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Με την φροντίδα αυτών των ατόμων στην κοινότητα αυξάνονταν οι πιθανότητες της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης και μειώνονταν ο αποκλεισμός τους και ο διαχωρισμός τους από την κοινωνία καθώς επίσης και η απάνθρωπη μεταχείριση που βίωναν από την φροντίδα τους στο ψυχιατρείο. Τις δεκαετίες του 1960 και 1970 παρατηρήθηκε στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες μια άνθιση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής η οποία δημιούργησε ένα πρακτικό μοντέλο όσον αφορά την φροντίδα των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.²³

Η αποασυλοποίηση αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πτυχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης γιατί με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον ψυχικά ασθενή να βγει από το ίδρυμα και να επανενταχθεί στην κοινότητα.²⁴

γ. Η ανάγκη για αποιδρυματισμό των χρόνιων ψυχικά ασθενών από τα ελληνικά ψυχιατρεία

Διάφορες εκθέσεις και έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί η Σχεδόν το 50% των νοσηλευόμενων στα κρατικά ψυχιατρεία έχει διάρκεια παραμονής στο ίδρυμα πέραν των 12 μηνών. Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 3) φαίνεται ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών μπορεί να εξέλθει από τα ψυχιατρεία λόγω της μη ύπαρξης μείζονος ψυχοπαθολογίας με την προϋπόθεση όμως της ανεύρεσης εναλλακτικής διαμονής (ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα), για τον λόγο ότι οι περισσότεροι έχουν εγκαταλειφθεί από τις οικογένειες τους.²⁵

²³ Μαδιανός 2002

²⁴ Υφαντής 2005

²⁵ Μαδιανός 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΧΡΟΝΙΟΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ ΣΤΑ ΚΡΑΤΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΙ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΙΔΡΥΜΑΤΙΣΤΟΥΝ (2004)

Ίδρυμα Ψυχ/κα Νος/μεια	Αριθμός κρεβατιών	Χρόνιοι άρρωστοι μακράς παραμονής	Χρόνιοι άρρωστοι που πρέπει να αποιδρυματιστούν
Ψυχιατρικό Νος/μείο Αττικής	640	428	428
Δρομοκαΐτειο Θεσσαλονίκης	419	260	260
Παιδοψυχιατρικό Αττικής	90	90	90
Τρίπολης	124	70	70
Χανίων	150	120	120
Κέρκυρας	120	120	120
Λέρου	495	495	495
Σύνολο	2.564	1.898	1.898

Πηγή: Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση 2005 (ίδια επεξεργασία)

δ. Τομεοποίησης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Μέσα στο πλαίσιο της ψυχιατρικής πραγματικότητας της δεκαετίας του 1950 εμφανίζεται και η τομεοποίηση η οποία ήταν μια νέα διαμορφωμένη πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας με την εισαγωγή νέων ψυχοφαρμάκων καθώς επίσης και της διαμόρφωσης μιας προοδευτικής ιδεολογίας όσον αφορά το άνοιγμα των ασύλων προς την Κοινωνική Ψυχιατρική.²⁶

Η Ελλάδα τομεοποιήθηκε σε 60 τομείς με πληθυσμούς που κυμαίνονται από τις 400.000 έως τις 500.000 με βάση τον Ν. 2716/99 όπως παρουσιάζεται και στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 4).

²⁶ Μαδιανός 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (2004)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΤΟΜΕΙΣ
1. Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	610.24	5
2. Κεντρική Μακεδονία	1.861.917	9
3. Δυτική Μακεδονία	02.710	3
4. Ήπειρος	352.420	3
5. Ιόνια Νησιά	191.738	3
6. Θεσσαλία	754.393	4
7. Δυτική Ελλάδα	761.654	3
8. Στερεά Ελλάδα	607.855	4
9. Αττική	3.756.107	12
10. Πελοπόννησος	632.955	5
11. Βόρειο Αιγαίο	204.158	3
12. Νότιο Αιγαίο	301.745	2
13. Κρήτη	601.159	4
ΣΥΝΟΛΟ	10.939.565	60

Πηγή: Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Ψυχιατρική και Αποκατάσταση 2005 (Ίδια επεξεργασία)

ε. Επανένταξη των χρόνιων ψυχικά ασθενών

Ο κύριος στόχος της αποιδρυματοποίησης είναι η επανένταξη των έγκλειστων στην κοινότητα η οποία απαιτεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις για να είναι επιτυχημένη:²⁷

- Την συγκατάθεση του ασθενούς να αποιδρυματιστεί . Τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών επέστρεψαν στο ψυχιατρείο για τι δεν άντεξαν την αλλαγή στην ζωή τους.
- Θα πρέπει να γίνεται κατάλληλη προετοιμασία των ασθενών με δοκιμαστικές εξόδους και μικρής διάρκειας παραμονή στην κοινότητα έτσι ώστε να είναι επιτυχής η παραμονή τους σε αυτή.

²⁷ Μαδιανός 2005

- Εντοπισμός και διερεύνηση των αδυναμιών και προβλημάτων που έχουν οι πιο «δύσκολοι» ασθενείς στην επανένταξη τους στην κοινότητα.
- Επιλογή κατάλληλων χώρων διαμονής σε περιοχές που έχουν ελεγχθεί ως προς τυχόν αντιδράσεις της κοινότητας.
- Σύνδεση των στεγαστικών δομών με υπηρεσία ψυχικής υγείας στην κοινότητα π.χ. κοινοτική ψυχικής υγείας.
- Οι σοβαρές περιπτώσεις χρόνιων ασθενών να τοποθετούνται σε νοσοκομειακούς ξενώνες.
- Η αποιδρυματοποίηση θα πρέπει να σταδιακή και όχι απότομη γιατί πιθανό να οδηγήσει στο φαινόμενο των αστέγων κάτι το οποίο παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες.

B. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στην Κύπρο τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική βελτίωση στο τομέα της ψυχικής υγείας. Με την είσοδο του νησιού στην Ευρωπαϊκή Ένωση και με την δημιουργία ενδιάμεσων δομών το μέλλον της ψυχιατρικής αποκατάστασης των ασθενών με ψυχικές διαταραχές στη Κύπρο φαντάζει αισιόδοξο.

Σύμφωνα με την επίσημη εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου τοποθετεί την ψυχιατρική περίθαλψη στη Βυζαντινή περίοδο όπου οι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονταν στα μοναστήρια και φροντίζονταν από τους μοναχούς

Μεταξύ του 1897 – 1911 λειτούργησε το ψυχιατρείο Tumarhane στην Λευκωσία το οποίο διέθετε αρχικά οκτώ δωμάτια. Στο συγκεκριμένο άσυλο δεν εφαρμόζονταν θεραπευτικές παρεμβάσεις και στελεχωνόταν μόνο από βαρδιάνους.

Το 1912 λειτούργησε το άσυλο της Αγίας Παρασκευής στην Λευκωσία και μπορούσε να φιλοξενήσει μέχρι και 100 άτομα. Το 1929 διορίζεται στη θέση του διευθυντή του ασύλου ο πρώτος ψυχίατρος ο οποίος ξεκίνησε τις πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις προσλαμβάνοντας μαθητευόμενους και πρακτικούς νοσηλευτές. Μέχρι το 1963 διορίστηκαν 25 ειδικευμένοι νοσηλευτές ενώ παράλληλα άρχισε και η εκπαίδευση του ήδη υπάρχον νοσηλευτικού προσωπικού.

Το 1963 ξεκίνησε η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων και της ψυχιατρικής κλινικής στο Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας και το 1964 η λειτουργία του Ψυχιατρείου Αθαλάσσας. Η επέκταση των ψυχιατρικών υπηρεσιών ξεκίνησε σταδιακά και στις άλλες πόλεις με την λειτουργία εξωτερικών ιατρείων και ψυχιατρικής κλινικής το 1980 στο Γενικό νοσοκομείο Λεμεσού.

Οι πρώτες απόπειρες για ψυχιατρική μεταρρύθμιση άρχισαν το 1985. Το 1993 το ψυχιατρείο μετονομάζεται σε Νοσοκομείο Αθαλάσσας και οι Ψυχιατρικές Υπηρεσίες σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Ταυτόχρονα άρχισαν προσπάθειες για την ενδυνάμωση των εξονοσοκομειακών δομών με στόχο την μείωση της ιδρυματοποίησης και την ομαλή επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Αρκετές εθελοντικές οργανώσεις για την ψυχική υγεία στήριξαν την προσπάθεια αυτή στοχεύοντας στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας.

Ο αριθμός των ασθενών στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας μειώθηκε αισθητά. Ιδρύθηκαν δύο ξενώνες στην Λευκωσία και με την βοήθεια του γραφείου Κοινωνικής Ευημερίας άρχισαν να ενοικιάζονται τα πρώτα διαμερίσματα για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν την νοσηλεία τους. Επίσης ένας θάλαμος του Νοσοκομείου μετατράπηκε σε ξενώνα και ήταν ημιπροστατευόμενος. Μεταξύ του 1982 -1994 άρχισαν να λειτουργούν τα Κέντρα Ημέρας σε συνεργασία με τις τοπικές εθελοντικές οργανώσεις.

Γ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με τον Μαδιανό(2005) την δεκαετία του 1970 το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίσει ποιοτικές συνθήκες ψυχιατρικής φροντίδας για αυτό τον λόγο ένα σημαντικό αίτημα των ειδικών και του κοινού ήταν η περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς επίσης και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 το σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσίαζε έλλειψη υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας, συγκεντρωτισμό των υπηρεσιών, άνιση γεωγραφική κατανομή του ψυχιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα

το σύστημα να αδυνατεί να επιλύει τις ανάγκες της ψυχιατρικής νοσηρότητας και να μην επιτρέπει τον αποιδρυματισμό.²⁸

Το 1984 αποτελεί σταθμό στην ψυχική υγεία γιατί υλοποιήθηκε ο Κανονισμός 815/84 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με βάση του οποίου 120 εκατομμύρια ECU δόθηκαν στην Ελλάδα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση η οποία το 2000 ξεκίνησε το πρόγραμμα « ΨΥΧΑΡΓΩΣ» με στόχο του τον ομαδικό αποιδρυματισμό των χρόνιων έγκλειστων.²⁹

Σύμφωνα με την Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ο Κανονισμός 815/84 προβλέπει από την περίοδο 1^η Ιανουαρίου 1984 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1988, την χορήγηση συνολικής συνδρομής 120 εκατ. ECU που προορίζεται για την κάλυψη του 55% των δημοσίων δαπανών ανέγερσης, διαρρύθμισης και εξοπλισμού των κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες με στόχο την επαγγελματική τους επανένταξη.

Η υλοποίηση του προγράμματος αυτού έφερε σημαντικές αλλαγές ως προς τον ιδρυματισμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρατηρήθηκε μείωση του ρόλου του ψυχιατρείου αλλά και των έγκλειστων ασθενών.³⁰

²⁸ Μαδιανός 2005

²⁹ Μαδιανός 2005

³⁰ Madianos online

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας πέρα από τις αναβαθμισμένες υπηρεσίες που θα πρέπει να παρέχει θα πρέπει να αποτελείται και από ένα καλά θεσμοθετημένο νομοθετικό πλαίσιο.

Οι νόμοι για την κάθε χώρα είναι επιτακτική ανάγκη για να μπορεί να υπάρχει μια σωστή λειτουργία σε όλα τα συστήματα της. Το ίδιο ισχύει και για το σύστημα ψυχικής υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό θα δούμε ποιες είναι οι βασικές διατάξεις της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία καθώς επίσης και τους νόμους που δημιουργήθηκαν με σκοπό την σωστή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας .

Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

A. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η αρχή της λήψης των ελάχιστων περιοριστικών μέτρων επιβάλλει ότι η παροχή φροντίδας και θεραπείας των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να δίνεται σε ένα περιβάλλον το οποίο θα τους δίνει την δυνατότητα να συνεχίζουν να εργάζονται, να κινούνται ελεύθερα και να μπορούν να διαχειρίζονται τις υποθέσεις τους. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται σε κοινοτικό πλαίσιο και ότι η ιδρυματική θεραπεία θα χρησιμοποιείται μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις. Η ελεύθερη συγκατάθεση σε θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνεται νομοθετικά και η ακούσια θεραπεία να επιτρέπεται σε καθορισμένες εξαιρετικές περιπτώσεις.³¹

B. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η προσέγγιση της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία γίνεται με δύο τρόπους. Σε μερικές χώρες δεν υπάρχει νομοθεσία που να αφορά αποκλειστικά την ψυχική υγεία αλλά αντιθέτως οι διατάξεις που αφορούν ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνονται σε σχετική νομοθεσία άλλων τομέων. Αυτό το είδος ονομάζεται διασπαρμένη νομοθεσία. Στις πιο πολλές χώρες όμως υπάρχει ενοποιημένη νομοθεσία μέσα στην οποία περιέχονται όλα τα θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Οι δύο αυτές προσεγγίσεις έχουν και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

- Η ενοποιημένη νομοθεσία είναι εύκολο να θεσπιστεί και να ψηφιστεί και προσφέρει ευκαιρίες βελτίωσης της ενημέρωσης του κοινού πάνω σε θέματα της ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά όμως έχει υποστηριχθεί ότι η συγκεκριμένη νομοθεσία διαχωρίζει τα θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και τους ψυχικά ασθενείς με αποτέλεσμα την πιθανή αύξηση του στίγματος και της προκατάληψης εναντίον αυτών των ατόμων.
- Η διεσπαρμένη νομοθεσία βοηθά στην μείωση του στίγματος και προβάλλει την ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα. Το κύριο μειονέκτημά της είναι η δυσκολία στην κάλυψη όλων των νομικών θεμάτων που αφορούν άτομα με ψυχικές διαταραχές.³²

³¹ ΠΟΥ 2003

³² ΠΟΥ 2003

Γ. ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η νομοθεσία είναι αυτή η οποία θα καθορίσει το νομικό πλαίσιο με το οποίο θα επιτευχθούν οι στόχοι της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Βασικά θέματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν με το καθορισμό του θεσμικού πλαισίου είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, η πλήρης ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και η προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορους τομείς της κοινωνίας. Τα κύρια σημεία της διασύνδεσης της πολιτικής με την νομοθεσία είναι:

- **Ανθρώπινα Δικαιώματα:** Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι μια από τις πιο σημαντικές διαστάσεις του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των πολιτικών και των προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Ως ανθρώπινα δικαιώματα θεωρούνται ο σεβασμός, η αξιοπρέπεια, η ισότητα, η ιδιωτική ζωή, η ενημέρωση και η συμμετοχή.
- **Κοινωνική Ένταξη:** Η νομοθεσία διασφαλίζει ότι η ακούσια νοσηλεία εφαρμόζεται σε σπάνιες περιπτώσεις όπου για παράδειγμα τα άτομα μπορεί να είναι επικίνδυνα τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους γύρω τους και όπου δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Μέσα από αυτή την διάσταση η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στο να δημιουργηθούν κοινωνικά δίκτυα τα οποία θα έχουν μεγάλη σημασία για την κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών.
- **Δεσμοί με άλλους τομείς:** Με την νομοθεσία αποτρέπεται η διάκριση των ψυχικά ασθενών όσον αφορά την εργασιακή τους απασχόληση. Για παράδειγμα τους προστατεύει από πιθανή απόλυση εξαιτίας των ψυχιατρικών τους προβλημάτων. Επίσης μπορεί να αποτρέψει και την γεωγραφική απομόνωση αυτών των ατόμων με την παροχή επιχορηγούμενης στέγασης.
- **Βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας:** Η ύπαρξη νομοθετικών διατάξεων όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης οδηγούν σε σημαντική βελτίωση των κτηριακών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.³³

³³ ΠΟΥ 2003

Α. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

α. Ο ΝΟΜΟΣ 1397/83

Το 1983 ξεκίνησε στην Ελλάδα η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με την ψήφιση Νόμου 1397 ο οποίος προνοούσε την ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο συγκεκριμένος νόμος αποτέλεσε τομή για τις μέχρι τότε αντιλήψεις για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και θεωρείται η αφετηρία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισής.

Μέσα στο νόμο αναφέρεται ότι η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, από το ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου και από το κέντρο ψυχικής υγείας.³⁴

Ο ψυχιατρικός τομέας έχει την έδρα του στο Γενικό Νοσοκομείο και ο σκοπός του είναι να παρέχει βραχεία ενδονοσοκομειακή περίθαλψη καθώς η οργάνωση μετανοσοκομειακής φροντίδας με την συνεργασία της κοινοτικής υπηρεσίας. Επίσης ένας άλλος σημαντικός ρόλος του ψυχιατρικού τομέα είναι η διασυνδεδετική ψυχιατρική όπου μέσω αυτής υπάρχει συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας αναφέρεται ως το κέντρο παρεμβάσεων στην κοινότητα το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες συμβουλευτικής, διάγνωσης και αποκατάστασης. Οι τρόποι που παρέχει τις υπηρεσίες του είναι με επισκέψεις στο σπίτι, εξωτερικά ιατρεία και κοινοτικές δράσεις. Συνεργάζεται επίσης και με άλλους τοπικούς φορείς με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη υποτροπών και την μείωση του στίγματος.

β. Ο ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΕΟΚ 815/84

Το 1984 αποτελεί σταθμό στην ψυχική υγεία γιατί υλοποιήθηκε ο Κανονισμός 815/84 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με βάση του οποίου 120 εκατομμύρια ECU δόθηκαν στην Ελλάδα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση η οποία το 2000 ξεκίνησε το πρόγραμμα « ΨΥΧΑΡΓΩΣ» με στόχο του τον ομαδικό αποϊδρυματισμό των χρόνιων έγκλειστων.³⁵ Ο κανονισμός αυτός περιείχε τρεις στρατηγικούς στόχους που ήταν :

³⁴ Νόμος 1397/83 ΦΕΚ Α

³⁵ Μαδιανός 2005

- Η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την βοήθεια υπηρεσιών που θα προσφέρονταν μέσα στην κοινότητα ή μέσα στα γενικά νοσοκομεία.
- Η αποασυλοποίηση των χρόνια νοσηλεύομενων ασθενών και η επανένταξη τους στην κοινότητα.
- Η εκπαίδευση του προσωπικού με τα νέα μοντέλα υγείας.

Σύμφωνα με την Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ο Κανονισμός 815/84 προβλέπει από την περίοδο 1^{ης} Ιανουαρίου 1984 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1988, την χορήγηση συνολικής συνδρομής 120 εκατ. ECU που προορίζεται για την κάλυψη του 55% των δημοσίων δαπανών ανέγερσης, διαρρύθμισης και εξοπλισμού των κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες με στόχο την επαγγελματική τους επανένταξη.

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης στην κοινοτική φροντίδα. Αφορά την ανάπτυξη δομών και δράσεων με τις οποίες εξασφαλίζεται η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η κοινωνική επανένταξη καθώς και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.³⁶

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι το επιχειρησιακό εργαλείο του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η Α' φάση ξεκίνησε την περίοδο 2000-2001 δίνοντας έμφαση στην κοινωνικοοικονομική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνοντας ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από τα ψυχιατρεία. Η πρώτη φάση είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία 49 ξενώνων και 6 Οικοτροφείων καθώς επίσης και αποιδρυματισμό και διαμονή σε εξονοσοκομειακές δομές 769 ασθενών. Η Β' φάση (2002-2006) περιλάμβανε την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Η ανάπτυξη των δομών αυτών σχεδιάστηκε έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας με ιδιαίτερη έμφαση στον αποιδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη 2000 ασθενών μακράς παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.³⁷

³⁶ Psychargos online

³⁷ Μαδιανός 2005

Η υλοποίηση του προγράμματος αυτού έφερε σημαντικές αλλαγές ως προς τον ιδρυματισμό και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρατηρήθηκε μείωση του ρόλου του ψυχιατρείου αλλά και των έγκλειστων ασθενών.³⁸

γ. Ο ΝΟΜΟΣ 2071/92

Μέσα στο νόμο 2071 ο οποίος ψηφίστηκε το 1992 αναφέρεται η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας όπου συστήνονται τομείς ψυχικής υγείας και δημιουργούνται τοπικές επιτροπές ψυχικής υγείας. Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία αυτού του νόμου είναι ο καθορισμός των προϋποθέσεων και των συνθηκών κάτω από τις οποίες εφαρμόζεται οι ακούσια νοσηλεία. Με την εφαρμογή του νόμου αυτού τα κέντρα ψυχικής υγείας δεν αποτελούσαν πλέον αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων αλλά εντάχθηκαν στις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών.³⁹

Με την αυτονόμηση των κέντρων ψυχικής υγείας και την χρηματοδοτική, λειτουργική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποκοπή τους από τα νοσοκομεία αποδείχθηκε ότι οι αρνητικές συνέπειες ήταν πολύ πιο σοβαρότερες από τις αναμενόμενες πιθανές θετικές συνέπειες.⁴⁰

δ. Ο ΝΟΜΟΣ 2716/99

Ο Νόμος 2716 ο οποίος ψηφίστηκε το 1999 θεωρείται ο πρώτος νόμος που αναφέρεται αποκλειστικά για την ψυχική υγεία και μέσα από αυτόν καθορίζεται το πλαίσιο με βάση του οποίου κινείται η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Με βάση το νόμο αυτό το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες έχουν ως σκοπό την πρόληψη, την θεραπεία, την περίθαλψη, την διάγνωση καθώς και την κοινωνική επανένταξη των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Επίσης σύμφωνα με τον ίδιο νόμο η οργάνωση, η λειτουργία και η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση τις αρχές της τομεοποίησης, της κοινοτικής ψυχιατρικής, της αποιδρυματοποίησης, της κοινοτικής επανένταξης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

³⁸ Μαδιανός online

³⁹ Νόμος 2071/92 ΦΕΚ 123 Α

⁴⁰ Μωραΐτης 2007

καθώς επίσης και της εθελοντικής προσφοράς της κοινότητας. Γίνεται συγκρότηση ειδικής υπηρεσίας για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Επίσης ένα μεγάλο μέρος του είναι αφιερωμένο στην νομοθετική πλαισίωση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης που είναι το κυριότερο εργαλείο για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές.⁴¹

⁴¹ Νόμος 2716/99 ΦΕΚ 96 Α

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΣΗ ΚΑΙ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας αποτελείται από την επεξεργασία του ερευνητικού πλαισίου το οποίο επικεντρώνεται στην διερεύνηση της άσκησης των πολιτικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα καθώς και στην αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Αποτελείται από 3 κεφάλαια μέσα στα οποία γίνεται μια εκτενή περιγραφή των δεδομένων και αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την βιβλιογραφική αναζήτηση με βάση τα ερευνητικά ζητούμενα της εργασίας.

Τέλος μέσα από τα συμπεράσματα γίνεται μια περιγραφή των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχικής υγείας της χώρας καθώς επίσης και προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχική υγεία του πληθυσμού ανά το παγκόσμιο θεωρείται ένα περίπλοκο έργο το χρήζει συνεχούς προστασίας και βελτίωση καθώς επίσης και την λήψη πολλών και σημαντικών αποφάσεων.

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας παρέχει στις χώρες στρατηγικούς σχεδιασμούς οι οποίες με την σειρά τους θα πρέπει ή τουλάχιστο να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν. Αρχικά θα πρέπει να τεθούν προτεραιότητες όσον αφορά την ταξινόμηση των αναγκών της ψυχικής υγείας καθώς επίσης των συνθηκών, υπηρεσιών και θεραπειών. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των στρατηγικών σχεδιασμών να αξιολογούνται και να αναλύονται έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα προβλήματα και οι προκλήσεις που προκύπτουν.

Σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των στρατηγικών σχεδιασμών έχουν οι κυβερνήσεις της κάθε χώρας οι οποίες είναι υπεύθυνες στο να εφαρμόσουν σωστά τις πολιτικές έτσι ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν την ψυχική υγεία του πληθυσμού με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

A. ΧΑΡΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η εφαρμογή της πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της γενικότερης πολιτικής για την υγεία. Δύο από τους πιο σημαντικούς λόγους της εφαρμογής της είναι η καταπολέμηση του στύγματος και η καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών καθώς και η παροχή βοήθειας όσον αφορά την ανεύρεσης κατάλληλης στέγης για αυτά τα άτομα και η παροχή ενός επαρκές εισοδήματος.⁴²

Σημαντικό κομμάτι για την ανάπτυξη της πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι ο προσδιορισμός από την κυβέρνηση για το ποιος θα είναι υπεύθυνος για την χάραξη της. Επίσης η πολιτική θα πρέπει να αποτελείται από κατευθυντήριες γραμμές με βάση της καταγεγραμμένες ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους.⁴³

Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναφέρει ότι κατά την διαδικασία χάραξης της πολιτικής για την ψυχική υγεία θα πρέπει να τεθούν ορισμένα ερωτήματα (Πίνακας 5) από τα οποία με βάση τις καταφατικές τους απαντήσεις θα εξαρτηθεί εάν είναι επιτυχής η χάραξη της πολιτικής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Η επιτυχής χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία εξαρτάται από την ύπαρξη καταφατικών απαντήσεων στις ακόλουθες ερωτήσεις

Η πολιτική προάγει την φροντίδα σε κοινοτική βάση	Αναγνωρίζονται οι ειδικές ανάγκες των γυναικών, παιδιών και εφήβων
Οι υπηρεσίες είναι ολοκληρωμένες και ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	Υπάρχει ισοτιμία μεταξύ των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και των άλλων υπηρεσιών για την υγεία
Η πολιτική ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ ατόμων, οικογενειών και εργαζομένων στην υγεία	Η πολιτική θέτει ως απαίτηση το συνεχή έλεγχο και τη αξιολόγηση των υπηρεσιών
Η πολιτική ενδυναμώνει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες	Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες όσων δεν προσεγγίζουν εύκολα τις υπηρεσίες και είναι

⁴² Π..Ο.Υ 2001

⁴³ Π.Ο.Υ 2001

	πιο ευπαθείς
Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που σέβεται, προστατεύει και εφαρμόζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές	Δίδεται έμφαση σε στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης
Εφαρμόζονται όσο το δυνατό ευρύτερα παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα	Η πολιτική ενθαρρύνει διατομεακούς δεσμούς μεταξύ της ψυχικής υγείας και των άλλων τομέων
Υπάρχει αριθμητικά και ποιοτικά επαρκές προσωπικό ώστε να εφαρμοστεί η πολιτική	

Πηγή: ΠΟΥ Ψυχική Υγεία : Νέα Αντίληψη Νέα Ελπίδα 2001 (Ίδια επεξεργασία)

α. Σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων

Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του κάθε ατόμου ξεχωριστά θα πρέπει να είναι ισότιμος και ισάξιος ανεξαρτήτως οποιασδήποτε ιδιαιτερότητας που μπορεί να παρουσιάζει.

Λαμβάνοντας υπόψη την πιο πάνω θέση η πολιτική της ψυχικής υγείας καθώς επίσης και τα προγράμματα της θα πρέπει να προάγουν την ισότητα, την εξάλειψη των διακρίσεων, την αυτονομία και την σωματική ακεραιότητα. Η πιο σημαντική προσπάθεια που έγινε για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών ήταν η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών η οποία υιοθετήθηκε το 1991.⁴⁴

β. Ανάπτυξη Κοινοτικών Υπηρεσιών.

Ένα σημαντικό κομμάτι της πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι η ανάπτυξη κοινοτικών δομών οι οποίες θα βοηθήσουν στην κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα με κύριο γνώμονα την εξάλειψη του στίγματος καθώς επίσης και την αντιμετώπιση τους ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας.

⁴⁴ Π.Ο.Υ 2001

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας κατά την επιχείρηση αποιδρυματοποίησης θα πρέπει παράλληλα να αναπτυχθούν κοινοτικές υπηρεσίες και οι θετικές λειτουργίες του ιδρύματος να μεταβιβαστούν στην κοινότητα. Για να μπορέσει να γίνει εφικτή η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών θα πρέπει πρώτο από το κλείσιμο των νοσοκομείων να απελευθερωθούν πόροι τους οποίους θα διοχετεύσουν στην ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών, για να διευκολυνθεί η μετάβαση από το νοσοκομείο στην κοινότητα να γίνει χρήση μεταβατικής χρηματοδότηση και τέλος να υπάρχει μια παράλληλη χρηματοδότηση έτσι ώστε ακόμα και αν σταθεροποιηθούν οι κοινοτικές υπηρεσίες να υπάρχει ένα επίπεδο ιδρυματικής φροντίδας.

Δύο σημαντικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών και στην ομαλή ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα είναι:

1. **Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης :** Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι διακρίσεις εναντίον των ψυχικά ασθενών. Η εξάλειψη του στίγματος απαιτεί εμπλοκή των εργαζομένων υγείας μέσω σωστής εκπαίδευσης, το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η προσφορά ψυχιατρικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο. Απαιτεί επίσης ενημέρωση και εκπαίδευση της κοινής γνώμης σχετικά με την ψυχική ασθένεια.
2. **Ο ρόλος των ΜΜΕ:** Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά την προώθηση θετικών στάσεων στην κοινότητα για τους ψυχικά ασθενείς. Μέσα από μια διαφήμιση μπορεί να προαχθεί η ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προκαταλήψεων.⁴⁵

B. ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Π.Ο.Υ μέσα από την έκθεση του για την παγκόσμια υγεία (2001) μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική πρόοδος όσο αφορά την κατανόηση της ψυχικής υγείας και ότι δεν διαχωρίζεται από την σωματική. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προληφθούν με την βοήθεια μιας σωστής νομοθεσίας και πολιτικής για την υγεία, με άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό και με συνεχή χρηματοδότηση.

Η μεγαλύτερη ευθύνη των χωρών είναι να δώσουν προτεραιότητα στην ψυχική υγεία και να εφαρμόσουν τις πιο κάτω συστάσεις που δίνει ο Π.Ο.Υ (2001):

⁴⁵ Π.Ο.Υ 2001

1. Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας.
2. Διαθεσιμότητα ψυχότροπων φαρμάκων.
3. Παροχή περίθαλψης στην κοινότητα.
4. Εκπαίδευση του κοινού
5. Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών
6. Ύπαρξη εθνικών πολιτικών προγραμμάτων και νομοθεσίας
7. Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων
8. Δεσμοί με άλλους τομείς
9. Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο
10. Υποστήριξη περισσότερης έρευνας

α. Εφαρμογή των γενικών συστάσεων του Π.Ο.Υ σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους

Οι γενικές συστάσεις του παγκόσμιου οργανισμού υγείας γενικά είναι εφαρμόσιμες εντούτοις όμως υπάρχουν χώρες όπου οι διαθέσιμοι τους πόροι είναι περιορισμένοι με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να εφαρμόσουν τις συστάσεις αυτές. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη ο Π.Ο.Υ προσφέρει τρία σενάρια από τα οποία η κάθε χώρα σύμφωνα με τους διαθέσιμους της πόρους θα χρησιμοποιήσει αυτό που της είναι πιο προσβάσιμο. Έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορού να εφαρμοσθούν από διάφορες χώρες και από διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες.⁴⁶ Στο πιο κάτω πίνακα μπορούμε να δούμε αναλυτικά τα τρία σενάρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Οι απολύτως απαραίτητες δράσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με βάση τις γενικές συστάσεις της Π.Ο.Υ

Δέκα γενικές προτάσεις	Σενάριο Α (χαμηλό επίπεδο πόρων)	Σενάριο Β (μέσο επίπεδο πόρων)	Σενάριο Γ (υψηλό επίπεδο πόρων)
1. Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια	<ul style="list-style-type: none"> • Να αναγνωριστεί η ψυχική υγεία ως βασικό συστατικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη σε τοπικό επίπεδο εκπαιδευτικό υλικό • Παροχή συνεχής εκπαίδευσης σε 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια

⁴⁶ Π.Ο.Υ 2001

<p>περίθαλψη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να συμπεριληφθεί η αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών στα προγράμματα εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας. • Να παρέχεται μετεκπαίδευση σε ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης(τουλάχιστο 50% κάλυψη κάθε 5 χρόνια) 	<p>ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (100% κάλυψη σε 5 χρόνια)</p>	<p>περίθαλψη</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση του τρόπου παραπομπής των ασθενών
<p>2.Διαθεσιμότητα ψυχότροπων φαρμάκων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλισθεί η διαθεσιμότητα 5 βασικών φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση διαθεσιμότητας όλων των βασικών ψυχότροπων φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή ευκολότερης πρόσβασης στα πιο καινούργια ψυχότροπα φάρμακα στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα
<p>3.Παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να απομακρυνθούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από τις φυλακές • Να μειωθεί το μέγεθος των ψυχιατρείων και να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχουν • Ανάπτυξη ψυχιατρικών κλινικών σε νοσοκομεία • Παροχή κοινοτικών δομών περίθαλψης (τουλάχιστο 20% κάλυψη) 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων • Ξεκίνημα πιλοτικών προγραμμάτων για την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην γενική περίθαλψη • Παροχή κοινοτικών εγκαταστάσεων περίθαλψης (τουλάχιστο 50% κάλυψη) 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων όπου έχουν απομείνει • Ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων για την στέγαση των ασθενών • Παροχή κοινοτικών εγκαταστάσεων περίθαλψης(100% κάλυψη) • Παροχή εξατομικευμένης φροντίδας μέσα στην κοινότητα σε πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές

			διαταραχές
4.Εκπαίδευση κοινού	<ul style="list-style-type: none"> • Προώθηση εκστρατειών κατά του στίγματος και των διακρίσεων • Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων στο έργο τους 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποίηση των ΜΜΕ για προαγωγή ψυχικής υγείας, καλλιέργεια θετικής στάσης και για βοήθεια πρόληψης διαταραχών 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ξεκινήσουν εκστρατείες ενημέρωσης για την αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών
5.Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστήριξη της δημιουργίας ομάδων αυτοβοήθειας • Χρηματοδότηση σχεδίων για μη κυβερνητικές οργανώσεις και πρωτοβουλίες για την ψυχική υγεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αντιπροσωπεύονται οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών στις υπηρεσίες και στη χάραξη πολιτικής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση των πρωτοβουλιών στήριξης πολιτικών για την ψυχική υγεία
6.Υπαρξη εθνικών πολιτικών προγραμμάτων και νομοθεσία	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει αναθεώρηση της νομοθεσίας με βάση τις πρόσφατες γνώσεις και τα ανθρώπινα δικαιώματα • Σχεδιασμός προγραμμάτων ψυχικής υγείας και πολιτικών • Αύξηση προϋπολογισμού για την φροντίδα της ψυχικής υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία πολιτικών για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο • Αύξηση προϋπολογισμού για την φροντίδα της ψυχικής υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση δίκαιης χρηματοδότησης της περίθαλψης συμπεριλαμβανομένων των ασφαλειών
7.Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία εθνικών κέντρων εκπαίδευσης για τους ψυχιάτρους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση ειδικών στις εξελιγμένες θεραπείες

8.Δεσμοί με άλλους τομείς	<ul style="list-style-type: none"> • Να ξεκινήσουν προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολείο και στην εργασία • Ενθάρρυνση των δραστηριοτήτων μη κυβερνητικών οργανώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενίσχυση προγραμμάτων ψυχικής υγείας στο σχολείο και στην εργασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή ειδικών εγκαταστάσεων στα σχολεία και στους χώρους εργασίας για τους ψυχικά ασθενείς • Να αρχίσουν προγράμματα αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς
9.Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> • Να συμπεριληφθούν οι ψυχικές διαταραχές στα βασικά συστήματα πληροφοριών για την υγεία • Διεξαγωγή ερευνών σε ομάδες πληθυσμού με αυξημένη επικινδυνότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Θέσπιση σε κοινοτικό επίπεδο έρευνας για συγκεκριμένες διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη εξελιγμένων συστημάτων παρακολούθησης της ψυχικής υγείας • Παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης
10.Υποστήριξη περισσότερης έρευνας	<ul style="list-style-type: none"> • Διεξαγωγή ερευνών σε κοινοτικό επίπεδο για τον επιπολασμό, την πορεία, την έκβαση και τις επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ξεκινήσουν μελέτες για την αποτελεσματικότητα και την ανταποδοτικότητα της αντιμετώπισης των κοινών ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη 	<ul style="list-style-type: none"> • Επέκταση της έρευνας για τις αιτίες των ψυχικών διαταραχών • Διεξαγωγή ερευνών για την παροχή υπηρεσιών • Διερεύνηση των στοιχείων για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών

Πηγή: ΠΟΥ Ψυχική Υγεία : Νέα Αντίληψη Νέα Ελπίδα 2001(Ίδια επεξεργασία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μέχρι και το 1984 βασίζονταν στο βιο-ιατρικό μοντέλο φροντίδας και ταυτίζονταν αποκλειστικά με τα άσυλα χαρακτηρίζοντας τες συνάμα και ακατάλληλες τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Το Ελληνικό σύστημα αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα όπως η άνιση κατανομή των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την συγκέντρωση των 9 μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων αλλά και ολόκληρου του προσωπικού στα αστικά κέντρα.

Τα ψυχιατρικά ιδρύματα ήταν υπερπλήρης και αυτό οδήγησε στην παροχή χαμηλής ποιότητας φροντίδας και στην απουσία θεραπευτικών στόχων. Η ανάπτυξη μιας πολιτικής στη χώρα για την ολική ανασυγκρότηση του συστήματος ήταν επιτακτικά αναγκαία.

A. ΑΡΧΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ

Τα τελευταία 25 χρόνια η Ελλάδα τέθηκε σε τροχιά ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με κύριο στόχο την αλλαγή του τρόπου παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην χώρα.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες της ανάπτυξης πολιτικής για την αλλαγή του συστήματος στην χώρα ήταν:⁴⁷

- Η ανεπάρκεια των υφιστάμενων υπηρεσιών
- Οι ριζικές αλλαγές στην ψυχιατρική περίθαλψη κατά την δεκαετία του 1970 σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Βρετανία, Γαλλία, Ιταλία) καθώς και η ανάγκη η Ελλάδα ως νέο μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ακολουθήσει το παράδειγμα τους.

Η καινούργια πολιτική της χώρας για την ψυχική υγεία ταυτίστηκε με την μεταρρύθμιση των υπηρεσιών στοχεύοντας στην:

- Δημιουργία υπηρεσιών οι οποίες θα κάλυπταν γεωγραφικά όλη την χώρα
- Έξοδο των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και την κοινωνική τους επανένταξη
- Μείωση της διάρκειας και της συχνότητας των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία με την δημιουργία κοινοτικών δομών
- Επαρκή κατάρτιση του προσωπικού σε νέα μοντέλα φροντίδας⁴⁸

Συνοδοιπόρο της η Ελλάδα για την ολιστική ανασυγκρότηση του συστήματος ψυχικής υγείας είχε την Ευρωπαϊκή Κοινότητα η οποία το 1984 επέβαλε τον κανονισμό 815 βάζοντας την χώρα σε ένα πενταετές πρόγραμμα μεταρρυθμιστικών δράσεων το οποίο χρηματοδοτήθηκε με 120 εκατομμύρια ECU. Το σχέδιο δράσης αποτελείτο από δύο προγράμματα:

1. **Πρόγραμμα Α:** Ο στόχος του προγράμματος αυτού ήταν η υλοποίηση 108 σχεδίων που αφορούσα την ανέγερση, διαρρύθμιση, επέκταση και τον εξοπλισμό των κέντρων κατάρτισης στην περιφέρεια της Αθήνας. Τα σχέδια αυτά αφορούσαν:
 - Ανέγερση και εξοπλισμό 10 νέων κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.
 - Διαρρύθμιση, επέκταση και εξοπλισμό 16 υφιστάμενων κέντρων.

⁴⁷ Παραδοτέο 2 2011

⁴⁸ Παραδοτέο 2 2011

- Προμήθεια σύγχρονου εξοπλισμού κατάρτισης σε 11 κέντρα κατάρτισης.
2. **Πρόγραμμα Β:** Βασικός στόχος του προγράμματος αυτού ήταν να μειωθεί ο αριθμός νέων εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η επανένταξη των χρόνιων ασθενών στην κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα οι βασικοί του στόχοι ήταν:
- Η αντικατάσταση του ιδρυματικού χαρακτήρα της ψυχιατρικής περίθαλψης με θεραπευτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες και δομές στην κοινότητα.
 - Η αποιδρυματοποίηση των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία
 - Δημιουργία προγραμμάτων κατάρτισης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.⁴⁹

Το ελληνικό διοικητικό σύστημα παρουσίαζε αρκετές δυσκολίες με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί στο απαιτούμενο έργο έτσι η Ευρωπαϊκή Κοινότητα επέκτεινε την περίοδο του έργου για ακόμη τρία χρόνια μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 1991 τροποποιώντας των υφιστάμενο νόμο με τον Κανονισμό 4130/88. Στο πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι αλλαγές που έγιναν κατά την περίοδο 1980-2000.⁵⁰

⁴⁹ Παραδοτέο2 2011

⁵⁰ Παραδοτέο2 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1980-2000

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

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

B. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ 2000-2010

Η διασφάλιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα ήταν πολύ σημαντική έτσι στα τέλη της δεκαετίας του 1995 και μετά την χρηματοδότηση της Ε.Ε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο δράσης με την ονομασία "Ψυχαργός".⁵¹

Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος ήταν η αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών από το ίδρυμα και η ένταξη τους στην κοινότητα και η δημιουργία κοινοτικών δομών για την κάλυψη των αναγκών τους.⁵²

Γ. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης στην κοινοτική φροντίδα. Αφορά την ανάπτυξη δομών και δράσεων με τις οποίες εξασφαλίζεται η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η κοινωνική επανένταξη καθώς και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.⁵³

⁵¹ www.yyka.gov.gr

⁵² Παροτέο2 2011

⁵³ Psychargos online

Οι βασικότεροι στρατηγικοί στόχοι και η κατευθυντήρια πολιτική της δεκαετούς αυτής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν οι εξής:⁵⁴

- Η αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών και η συνέχιση της φροντίδας τους στην κοινότητα.
- Η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Η λειτουργική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Η λειτουργική αναβάθμιση κυρίως του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με απώτερο σκοπό την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την σωστή προετοιμασία τους για την έξοδο τους στην κοινότητα
- Η δημιουργία κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας Ψυχικής Υγείας καθώς και διασύνδεση τους σε ολοκληρωμένα δίκτυα.
- Η προαγωγή της πρόληψης
- Η προώθηση της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσω της ανάπτυξης ενεργειών

Το δεκαετές αυτό σχέδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Με την ύπαρξη των κονδυλίων και με την δημιουργία θεσμικού πλαισίου η Ελλάδα προχώρησε στην εφαρμογή του Εθνικού προγράμματος Ψυχαργός. Η χώρα χωρίστηκε σε 52 τομείς όπου κάθε περιοχή της αποτελούσε έναν ψυχιατρικό τομέα. Με τον διαχωρισμό αυτό θα εξασφαλιζόταν η διοίκηση της ψυχιατρικής φροντίδας. Από τον συγκεκριμένο διαχωρισμό εξαιρέθηκαν η Αττική και η Θεσσαλονίκη οι δύο μεγαλύτερες περιοχές της Ελλάδας οι οποίες χωρίστηκαν σε περισσότερους από ένα ψυχιατρικούς τομείς.⁵⁵

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος Ψυχαργός (2001-2010) εκτιμήθηκε στο ποσό των 250 δις δραχμών από συγκεκριμένες πηγές χρηματοδότησης (Πίνακας 8).⁵⁶

Πίνακας 8

Συνολικός Προϋπολογισμός Ψυχαργός 2001-2010

ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
----------------------	----------------

⁵⁴ Υ.Υ.Κ.Α 2005

⁵⁵ Madianos & Christodoulou 2007

⁵⁶ Παραδοτέο2 2011

	(ΣΕ ΔΡΑΧΜΕΣ)
Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης	72 δις
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25 δις
Τακτικός Προϋπολογισμός	108 δις
Κοινωνική Ασφάλιση	45 δις
Σύνολο	250 δις

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελεί το επιχειρησιακό εργαλείο του ελληνικού κράτους για την ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η Α' φάση ξεκίνησε την περίοδο 2000-2001 δίνοντας έμφαση στην κοινωνικοοικονομική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνοντας ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών από τα ψυχιατρεία. Η πρώτη φάση είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία 49 ξενώνων και 6 Οικοτροφείων καθώς επίσης και αποιδρυματισμό και διαμονή σε εξονοσοκομειακές δομές 769 ασθενών. Η Β' φάση (2002-2006) περιλάμβανε την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Η ανάπτυξη των δομών αυτών σχεδιάστηκε έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας με ιδιαίτερη έμφαση στον αποιδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη 2000 ασθενών μακράς παραμονής στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.⁵⁷

⁵⁷ Μαδιανός 2005

α. Α΄ Φάση του προγράμματος "Ψυχαργός"

Η πρώτη φάση του προγράμματος ξεκίνησε την περίοδο 2000-2001 και χρηματοδοτήθηκε με 35.8 εκατομμύρια ευρώ από το Επιχειρησιακό πρόγραμμα "καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας" καθώς επίσης και με 9.4 εκατομμύρια ευρώ από το μέτρο 3.3 του Εθνικού προγράμματος Υγεία-Πρόνοια 1994-1999.⁵⁸

Η εφαρμογή της Α φάσης του προγράμματος εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη την χώρα και περιλάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποιδρυματοποίησης των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα.⁵⁹

Οι εγκεκριμένες ενέργειες τις πρώτης φάσης με σύνολο 15..5 δις ήταν οι ακόλουθες:

- Η βελτίωση των δομών με κόστος 1.5 δις δρχ.
- Η βελτίωση των υποδομών με κόστος 2.5 δις δρχ.
- Η ανάπτυξη και βελτίωση δεξιοτήτων των χρηστών με κόστος 11.5 δις δρχ.⁶⁰

Μέσα στο πλαίσιο της πρώτης φάσης δημιουργήθηκε η "Μονάδα Υποστήριξης, Εμφύχωσης και Παρακολούθησης των φορέων υλοποίησης" του προγράμματος με διάρκεια λειτουργίας δύο χρόνων. Υπεύθυνο για το έργο, τη συγκρότηση και τη λειτουργία της Μονάδας ήταν το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.⁶¹

α.α Αποτελέσματα της Α φάσης του Προγράμματος Ψυχαργός

Η υλοποίηση των δράσεων της πρώτης φάσης του προγράμματος αφορούσα την αποασυλοποίηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών Δρομοκαΐτειο, την έναρξη λειτουργίας μικρών μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ειδικές ομάδες πληθυσμού καθώς επίσης και Κέντρων Ημέρας. Δημιουργήθηκαν υποδομές για την λειτουργία ψυχιατρικών τμημάτων σε έξι νοσοκομεία την περίοδο 1997-2001. Τα αποτελέσματα της Α φάσης ήταν τα ακόλουθα:

- Δημιουργήθηκαν ξενώνες και οικοτροφεία
- Δημιουργήθηκαν εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης των ψυχικά ασθενών

⁵⁸ γ.γ.κ.α. 2005

⁵⁹ Μαδιανός 2005

⁶⁰ Παραδορέο2 2011

⁶¹ www.yyka.gov

- Κατάρτιση 973 ασθενών που διέμενα σε ψυχιατρικά ιδρύματα
- Αποιδρυματισμός 769 ασθενών και διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές
- Προσλήφθηκαν και εκπαιδεύτηκαν 630 άτομα τα οποία θα στελέχωνα της νέες δομές. Επίσης δόθηκε κατάρτιση σε 910 άτομα όσον αφορά την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.⁶²

Η εφαρμογή της Α φάσης του προγράμματος οδήγησε στην δημιουργία υπηρεσιών επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης οι οποίες βοήθησαν στην εκπαίδευση των ψυχικά ασθενών. Σημαντικό ρόλο έπαιξε και η εκπαίδευση του προσωπικού στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση η οποία συνέβαλε σημαντικά στην βελτίωση των υπηρεσιών.⁶³

β. Β' Φάση του προγράμματος Ψυχαργός

Η υλοποίηση της Β φάσης του προγράμματος Ψυχαργός αναφέρεται στην περίοδο 2000-2006 η οποία και συμπίπτει με την ταυτόχρονη υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος " Υγεία-Πρόνοια " του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης.⁶⁴

Ο βασικός στόχος του προγράμματος ήταν η δημιουργία κοινοτικών δομών οι οποίες θα παρείχαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως τα κέντρα ημέρας, οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(ξενώνες, οικοτροφεία), οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.⁶⁵ Με την δημιουργία των πιο πάνω δομών θα διασφαλιζόταν η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχει ως στόχο την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη και τέλος την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.⁶⁶

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την μεταρρύθμιση του τομέα της ψυχικής υγείας περιγράφεται και η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος Ψυχαργός η οποία αναφέρεται στην τετραετία 2002 -2006. Σύμφωνα με την πρώτη αναθεώρηση κατά την πρώτη φάση του προγράμματος παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές αλλά ταυτόχρονα όμως παρατηρήθηκαν και αρκετές αδυναμίες όσο αφορά το σύνολο του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μερικές από αυτές τις αδυναμίες αναφέρονται πιο κάτω:⁶⁷

⁶² www.yyka.gov.gr

⁶³ Bellali & kalafati 2006

⁶⁴ Μαδιανός 2005

⁶⁵ Stylianides et al 2008

⁶⁶ Μαδιανός 2005

⁶⁷ Παραδοτέο2 2011

- Η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν δύσκολη εξαιτίας μιας πραγματικότητας η οποία δημιουργήθηκε από την μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.
- Δεν υπήρχαν επαρκείς δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών και αυτό είχε ως αποτέλεσμα αρκετοί από τους ψυχικά ασθενείς να καταλήγουν σε κλειστές ψυχιατρικές δομές.
- Οι υποδομές σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία ήταν πεπαλαιωμένες.
- Ο τομέας της ψυχικής υγείας δεν διέθετε επαρκή αριθμό εξειδικευμένων στελεχών τα οποία θα μπορούσα να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Με βάση τις πιο πάνω αδυναμίες έγινε και ο καθορισμός των στρατηγικών στόχων της Β' φάσης του προγράμματος με ομαδοποίηση σε τρεις βασικές συνιστώσες:⁶⁸

- Την αποασυλοποίηση ενός μεγάλου αριθμού χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέσω μιας διαδικασίας αποκατάστασης με κύριο στόχο την πλήρης και ισότιμη εργασιακή και κοινωνική ένταξη.
- Την ανάπτυξη υποδομών στην κοινότητα με την δημιουργία κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών με στόχο την ενίσχυση της πρόληψης και την μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Σημαντικός είναι και ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών των ψυχιατρικών νοσοκομείων ο οποίος θα οδηγήσει στην εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών των ασθενών τα οποία θα βοηθήσουν σε μια πιο αποτελεσματική έξοδο τους στην κοινότητα. Οι δομές που προβλέπονταν στο τέλος της Β' φάσης του προγράμματος παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 9)

Πίνακας 9

Προβλεπόμενες δομές για το 2010

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010 (ΣΤΟΧΟΣ)
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9	4
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75

⁶⁸ Παραδοτέο2 2011

Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	80
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	22	73
Κινητές Μονάδες	6	40
Κέντρα Ημέρας	18	42
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	196	407
Ξενώνες	95	170
Οικοτροφεία	16	130
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85	107
Κέντρα/Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	102	148
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		18
Κέντρα Ημέρας		23
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		18
Ξενώνες/Οικοτροφεία		34
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		17
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		15
Κοινωνικοί Συναιτερισμοί		55
Ξενώνες βραχυχρόνιας παραμονής	3	55
Νοσοκομείο Ημέρας		
Κατ' οίκον Νοσηλεία		
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά		

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

Για την σωστή λειτουργία των νέων δομών προβλέπονταν και καινούριες θέσεις εργασίας οι οποίες παρουσιάζονται στο πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 10).

Πίνακας 10

Προβλεπόμενες θέσεις απασχόλησης ανά Ειδικότητα για το 2010

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΩΣ ΤΟ 2010
Ψυχίατροι	886
Παιδοψυχίατροι	197
Ψυχολόγοι	922
Κοινωνικοί Λειτουργοί	635
Νοσηλευτές	4589
Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας	615
Παιδαγωγοί	175
Διοικητικό Προσωπικό	283
Λοιπό Βοηθητικό Προσωπικό	2498

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

- Την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας η οποία θα τους βοηθήσει να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των καινούριων δομών αλλά και στο να διαμορφώσουν μια ανθρωποκεντρική αντίληψη για τους ψυχικά ασθενείς. Οι στρατηγικοί της στόχοι αφορούσαν την κατάρτιση ειδικής ομάδας εκπαιδευτών οι οποίοι θα ήταν υπεύθυνοι για την εκπαίδευση του προσωπικού που θα στελέχωνε τις νέες δομές, την εκπαίδευση του προσωπικού των ψυχιατρικών νοσοκομείων καθώς και για την εκπαίδευση των ψυχικά ασθενών με την δημιουργία εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας.

α.α Αποτελέσματα Β΄ φάσης του προγράμματος Ψυχαργώς

Μέσα από τα ευρήματα της έρευνας της Μονάδας υποστήριξης και παρακολούθησης του προγράμματος παρατηρήθηκε ότι στην Ελλάδα από το 1988 και μετά και μέχρι και το τέλος του 2005 δημιουργήθηκαν 377 οικιστικές δομές. Το 28.6% των δομών αυτών διοικείται από μη κυβερνητικούς οργανισμούς και το υπόλοιπο 71.4% από γενικά ή ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι εγκαταστάσεις αυτές αποτελούνταν από ξενώνες, οικοτροφεία και διαμερίσματα στα οποία

διέμεναν 2.695 ασθενείς. Κατά την διάρκεια της υλοποίησης της Β' φάσης τους προγράμματος από τους 2.695 ασθενείς οι 1288 σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.⁶⁹

Στις αρχές του 2004 το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου είχε ήδη κλείσει και αναμενόταν μέχρι και το τέλος του 2006 να κλείσουν ακόμη 4 ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το προσωπικό των ψυχιατρικών αυτών νοσοκομείων δεν θα απολύονταν αλλά αντιθέτως θα αξιοποιούνταν σταδιακά στις καινούριες δομές.⁷⁰

Ταυτόχρονα για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Δρομοκαΐτειο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και μέχρι την οριστική τους κατάργηση η οποία προγραμματίζεται για το 2015 προβλέπεται μείωση των κλινών τους σε 500, 350 και 250 αντίστοιχα οι οποίες και θα καλύπτουν μόνο οξεία περιστατικά με μέση διάρκεια νοσηλείας.⁷¹

γ. Γ' Φάση Ψυχαργός 2011-2020

Τον Μάιο του 2012 το Υπουργείο Υγείας προέβη σε έγκριση του δεκαετές προγράμματος ανάπτυξης και δράσεων ψυχικής υγείας Ψυχαργός 2011-2020. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα θεωρείται ο στρατηγικός βραχίονας της πολιτικής του ελληνικού κράτους για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, για τον αποιδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών υγείας.⁷²

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' αποτελείται από πέντε βασικούς άξονες δράσης οι οποίοι χωρίζονται σε ειδικές δράσεις όπως παρουσιάζονται αναλυτικά στο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 11)

⁶⁹ Stylianides et al 2008

⁷⁰ Μαδιανός 2005

⁷¹ Μαδιανός 2005

⁷² Παραδοτέο Π.β.1.2 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Οι 5 βασικοί άξονες του Ψυχαργός Γ΄

ΑΞΟΝΑΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ
1.Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none">• Δράσεις για την κάλυψη αναγκών ενηλίκων σε κάθε τομέα ψυχικής υγείας• Δράσεις στους τομείς πρόληψης, νοσηλείας, αποασυλοποίησης και Ψ.Α• Δράσεις για την κάλυψη αναγκών παιδιών και εφήβων• Δράσεις για την κάλυψη αναγκών τρίτης ηλικίας• Δράσεις για άτομα με διαταραχές αυτισμού και υπηρεσίες Ψ.Υ για άστεγους, άνεργους, μετανάστες• Δράσεις κατάρτισης και υποστήριξης επαγγελματιών ΠΦΥ και διασύνδεση των μονάδων με ΠΦΥ
2.Προαγωγή – Πρόληψη ΨΥ	<ul style="list-style-type: none">• Πρόληψη κατάθλιψης• Πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση ψυχωτικών διαταραχών• Έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στον αυτισμό• Προαγωγή ΨΥ στην παιδική και εφηβική ηλικία και στην εκπαίδευση• Προαγωγή της ΨΥ στο πεδίο απασχόλησης και επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά ασθενών• Προαγωγή ΨΥ ηλικιωμένων• Δράσεις αγωγής της κοινότητας και μείωσης του στίγματος
3.Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας	<ul style="list-style-type: none">• Δράσεις για εξασφάλιση πόρων μετά την κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και

	<p>για την ενσωμάτωση της περιφερειακής και τομεακής διοίκησης στο σύστημα του ΕΣΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δράσεις για δημιουργία συστήματος παρακολούθησης και διασύνδεση με υγειονομικό χάρτη • Δράσεις για θέσπιση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών • Δράσεις για απόκτηση υποδομή πληροφορικής (ηλεκτρονικός φάκελος)
4.Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία για την ψυχική υγεία και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών ΥΨΥ και των οικογενειών τους	<ul style="list-style-type: none"> • Δράσεις για το νομικό πλαίσιο • Δράσεις για την ενίσχυση των σωματείων και για την συμμετοχή τους στο σύστημα ΨΥ και την συνεργασία τους με τους επαγγελματίες υγείας
5.Εκπαίδευση – Έρευνα-Νομοθεσία	<ul style="list-style-type: none"> • Δράσεις για συνεργασία με Υπουργείο Παιδείας για ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης • Δράσεις για την διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών • Δράσεις και συνεργασία για την επικύρωση των Ν.2071/92 και Ν2716/99

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2012 (Ίδια επεξεργασία)

α.α Συμφωνία SPIDLA

Μέσα στο πλαίσιο της πολιτικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση εντάσσεται και η συμφωνία Spidla. Η συμφωνία αυτή είχε συναφθεί μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης Κοινωνικών Υποθέσεων και ίσων ευκαιριών κ. Vladimir Spidla και του Υπουργού Υγείας κ.

Δημήτρη Αβραμόπουλου το 2009. Μέσα σε αυτή την συμφωνία περιλαμβάνονται 11 σημεία τα οποία αφορούν την συνέχιση και την εδραίωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης(βλέπε παράρτημα 2). Εάν εξετάσουμε τις συνθήκες που οδήγησαν στην δημιουργία αυτής της συμφωνίας αλλά και τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζει τα θέματα τότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συμφωνία αυτή είναι δεσμευτικό έγγραφο ειδικού σκοπού το οποίο δίνει έμφαση σε θέματα χρηματοδότησης των Ν Π Ι Δ.⁷³

Σύμφωνα με την πολιτική για το ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' το Ελληνικό κράτος επιβεβαιώνει την προσήλωση του στην φιλοσοφία, τους στόχους και στις αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όπως αυτές αναγράφονται στην συμφωνία Spidla. Στην συμφωνία αναλύονται ειδικά θέματα όπως οι προσλήψεις προσωπικού, η χρηματοδότηση και η λειτουργία των Ν.Π.Ι.Δ τα οποία δεν έχουν υλοποιηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό αλλά ούτε και διασφαλίζεται διαχρονικά η επίτευξή τους. Εάν με τα αυτά τα ειδικά θέματα υπολογιστούν και οι ειδικές συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας της οικονομικής κατάστασης της χώρας τότε σίγουρα θεωρείται επιτακτική ανάγκη η αναθεώρηση των δεσμεύσεων της χώρας με μια καινούρια συμφωνία.⁷⁴

Δ. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ " ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ "

Οι στόχοι και η στρατηγική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όπως παρουσιάζονται μέσα από το πρόγραμμα Ψυχαργώς ταυτίζονταν με το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα " Υγεία-Πρόνοια 2000-2006". Οι βασικοί στόχοι του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν:⁷⁵

- Η ανάπτυξη και η βελτίωση της δημόσιας υγείας και η κοινωνική προστασία του πληθυσμού
- Αναβάθμιση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας
- Η ενίσχυση της αυτοδυναμίας των Υγειονομικών Περιφερειών
- Η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού
- Η βελτίωση της ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υψηλών προδιαγραφών υπηρεσιών.

⁷³ Παραδοτέο Π.β.1.2 2013

⁷⁴ Παραδοτέο Π.β.1.2 2013

⁷⁵ Παραδοτέο Π.β.1.2 2013

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελείτο από πέντε άξονες προτεραιότητας εκ των οποίων ο άξονας 2 αφορούσε την ψυχική υγεία και στόχευε στα πιο κάτω:⁷⁶

- Την τομεοποίηση των ΥΨΥ
- Την δημιουργία ειδικής δράσης η οποία θα αφορούσε την λειτουργική αναβάθμιση κυρίως του ψυχιατρικού νοσοκομείου Αττικής με κύριο στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την κατάλληλη προετοιμασία τους για την έξοδο τους στην κοινότητα.
- Την ανάπτυξη κοινοτικών δομών και ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας.
- Την διασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας στην κοινότητα
- Την προαγωγή της πρόληψης για την ψυχική υγεία του πληθυσμού
- Την δημιουργία ενεργειών κοινωνικής αλληλεγγύης

Μεταξύ των δύο προγραμμάτων υπήρχε μια συνάφεια στόχων οι οποίοι παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 12)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Συνάφεια στόχων ψυχιατρικής και επιχειρησιακού προγράμματος υγεία-πρόνοια

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Β' ΦΑΣΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ ΑΞΟΝΑ 2 ΤΟΥ ΕΠ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ
Αποασυλοποίηση	Αποασυλοποίηση 3.500 ασθενών	Αποασυλοποίηση του 50% των ασθενών
Μείωση των κλινών στα δημόσια ψυχιατρ. Νοσοκομεία		Μείωση κατά 50%
Αναμόρφωση των κλινών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων που θα συνεχίσουν να λειτουργούν	100%	100%
Ίδρυση κοινοτικών δομών	249 δομές για κάλυψη	Κάλυψη του 20% του

⁷⁶ Παραδοτέο Π.β.1.2 2013

	των αναγκών του γενικού πληθυσμού	γενικού πληθυσμού
--	--------------------------------------	-------------------

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης
2012 (Ίδια επεξεργασία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αρχική πολιτική για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα διαμορφώθηκε μέσα σε κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο το οποίο παρουσίαζε αρκετές αδυναμίες όσον αφορά την ανεπάρκεια των ήδη υπάρχων υπηρεσιών καθώς και την λειτουργία ενός ασυλικού τύπου φροντίδας των ψυχικά ασθενών

Η άμεση μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας θεωρείτο επιτακτική ανάγκη έτσι αναπτύχθηκε μια συγκεκριμένη πολιτική με κύριο στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών. Το εθνικό σχέδιο δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ ήταν το ξεκίνημα της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο θα γίνει μια περιγραφή των αξιολογήσεων του εθνικού προγράμματος ψυχαργός μέσα από τις οποίες θα αναδυθούν τα πλεονεκτήματα αλλά και οι αδυναμίες που προέκυψαν από αυτή την πολύχρονη προσπάθεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Α. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2000-2009

Η πολιτική που χαρακτήρισε για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα είχε ως κύριο στόχο την ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος ψυχικής υγείας καθώς και την δημιουργία ενός καινούριου μοντέλου ψυχικής φροντίδας το οποίο θα είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:⁷⁷

- Υιοθέτηση αρχών και αξιών κοινοτικής ψυχιατρικής
- Προάσπιση δικαιωμάτων ψυχικά ασθενών
- Αντιμετώπιση του στίγματος και προσπάθεια αλλαγή της κουλτούρας τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και της κοινωνίας γενικά
- Τοποθέτηση βάσεων για την διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με το υπόλοιπο σύστημα υγείας
- Αντιμετώπιση της ανισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών
- Έμφαση στην εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Η εφαρμογή της πολιτικής αυτής ήταν σωστή εντούτοις όμως παρουσιάστηκαν και αρκετές αδυναμίες (Πίνακας 13).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Αδυναμίες Πολιτικής

ΠΟΛΙΤΙΚΗ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
Επικαιροποίηση των στρατηγικών στόχων- αποασυλοποίηση χρόνιων ασθενών	<ul style="list-style-type: none">• Καθυστέρηση μετακίνησης των ασθενών σε αυτόνομες δομές στέγασης καθώς και στην κάλυψη κενών σε διάφορες στεγαστικές δομές• Η λειτουργία των δομών βασιζόταν σε υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό δημιουργώντας παρόμοια πλαίσια με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία
Εσωτερική συνοχή του προγραμματικού	<ul style="list-style-type: none">• Σε γενικές γραμμές ο

⁷⁷ Παραδοτέο2 2011

σχεδιασμού της ΨΜ	προγραμματικός σχεδιασμός βασίστηκε σε στόχους που συνδέονταν επαρκώς
Πρόβλεψη προβλημάτων και ο καθορισμός ενεργειών για την αποτροπή ή την έγκαιρη αντιμετώπιση.	<ul style="list-style-type: none"> • Βραδυκίνητο γραφειοκρατικό σύστημα οργάνωσης και λειτουργίας του ευρύτερου δημόσιου τομέα • Η μη λειτουργία δομών εξαιτίας της καθυστέρησης πρόσληψης προσωπικού • Καθυστέρηση στην κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων • Καθυστέρηση στην καταβολή μισθών των εργαζομένων • Καθυστέρηση στην λήψη των γενικών χορηγήσεων με αποτέλεσμα βασικές ανάγκες των ασθενών να μην καλύπτονται • Αρνητικές αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών για την δημιουργία κοινοτικών δομών • Ανεπαρκής λειτουργία των Ψυχιατρικών Τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων
Δημιουργία επιδημιολογικών μελετών και δεδομένων	<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και δεδομένων που αφορούν τις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών
Παροχή ψυχιατρική φροντίδας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού	<ul style="list-style-type: none"> • Δινόταν πολύ μικρή έμφαση όσο αφορά την ψυχιατρική φροντίδα σε παιδιά, έφηβους, ηλικιωμένους

	και σε άτομα με αυτισμό, διατροφικές διαταραχές και νοητική υστέρηση
Διασύνδεση του συστήματος ψυχικής υγείας με άλλους τομείς	<ul style="list-style-type: none"> • Μη επαρκής διασύνδεση και ειδικότερα με την ΠΦΥ, την εκπαίδευση και την δικαιοσύνη
Άτυπη μορφή φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν διασφαλίστηκε σε κανένα επίπεδο
Τομείς ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργήθηκαν μόνο για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης • Το αρχικό τους μέγεθος ήταν πολύ μεγάλο σε σχέση με τις προδιαγραφές του ΠΟΥ
Διαχείριση του συστήματος	<ul style="list-style-type: none"> • Μη υιοθέτηση αυστηρού πλαισίου με το οποίο οι τομεακές επιτροπές θα είχαν την δυνατότητα λήψης αποφάσεων, κατανομής πόρων και επιβολή κυρώσεων
Χρηματοδοτική πολιτική	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσία ανάπτυξης χρηματοδοτικής πολιτικής η οποία θα εξασφάλιζε την βιωσιμότητα του συστήματος

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

α. Αξιολόγηση της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος ΨΥ και της πορείας υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελείται από δύο διαστάσεις. Την ποσοτική μέσα από την οποία αντανακλάται το γεγονός οι δομές και οι υπηρεσίες που βρίσκονται στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα ενός μακρόχρονου μεταρρυθμιστικού προγράμματος. Η δεύτερη διάσταση είναι η ποιοτική η οποία έχει να κάνει με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται καθώς και με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στον πληθυσμό. Οι δομές με βάση την ποσοτική διάσταση αξιολογούνται σε σχέση με την πραγματοποίηση των στόχων και την αριθμητική τους επάρκεια.⁷⁸

Στο πιο κάτω πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 14) θα δούμε αναλυτικά τους στόχους που τέθηκαν για το τέλος του προγράμματος Ψυχαργός ανά κατηγορία δομής και με βάση τις υπηρεσίες που υπήρχαν κατά την λήξη της Α΄ φάσης. Συγκεκριμένα θα δούμε τις δομές που υπήρχαν το 2001 και αυτές που θα έπρεπε να υπάρχουν το 2010, των αριθμό των δομών που έπρεπε να αναπτυχθούν και τέλος τον τελικό αριθμό των δομών που υλοποιήθηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Δομές ψυχικής υγείας ανά περιφέρεια

Δομές Ψυχικής Υγείας	2001 (τιμή βάσης)	Υλοποίηση 10ετίας (στόχος)	2010 (στόχος)	Υλοποίηση 10ετίας (επίτευξη)	2010 (επίτευξη)	Επίτευξη στόχου 2001-2010	
						Αριθμός	%
Ψυχιατ. Νοσοκομεία	9	-5	4	-6	3	-1	125%
Ολοκληρωμένα ψυχιατρικά και παιδοψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων		75	75	41	41	-34	54.67%
Ολοκληρωμένα ψυχιατρικά				30	30		

⁷⁸ Παραδοτέο2 2011

τμήματα ΓΝ							
Ολοκληρωμένα παιδοψυχιατρικά τμήματα ΓΝ				11	11		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	52	80	6	34	-46	42.5%
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	22	51	73		10		
Κινητές Μονάδες	6	34	40	21	27	-13	67.50%
Κέντρα Ημέρας	18	24	42	22	40	-2	95.24%
Μονάδες και Προγράμματα ΨΑ	196	211	407	234	430	23	105.65%
Ξενώνες	95		170		88	-82	51.76%
Οικοτροφεία	16		130		116	-14	89.23%
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85		107		226	121	211.21%
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανάταξης	102	46	148	0	102	-46	68.92%
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχαιμερ		5	5	9	9	4	180%
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35	35	0	0	-35	0.00%
Κέντρα Αντιμετώπισης της κρίσης		15	15	0	0	-15	0.00%

αλκοολικών							
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί		55	55	18	18	-37	32.73%
Μονάδα κατ' οίκον Νοσηλείας			✓		1	1	
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά			✓		2	2	

Πηγή: Παραδοτέο2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2000-2009 (Ίδια επεξεργασία)

Σύμφωνα με το πιο πάνω πίνακα οι μονάδες αποκατάστασης που είναι οι Ξενώνες (51.76%), τα οικοτροφεία (89.23%) και τα προστατευόμενα διαμερίσματα (213%) παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Επίσης αυξημένο ποσοστό παρατηρείται και στα Κέντρα Ημέρας (95.24%). Παράλληλα παρατηρείται ότι οι στόχοι που τέθηκαν για τις υπόλοιπες υπηρεσίες π.χ. Κινητές Μονάδες (67.50%) έχουν υλοποιηθεί πάνω από το μισό. Σε κάποιες περιπτώσεις το ποσοστό επίτευξης ανέρχεται στο 180% (κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer). Ορισμένες υπηρεσίες όπως τα κέντρα αντιμετώπισης εξάρτησης από ουσίες και αλκοόλ, τα κέντρα παρέμβασης στην κρίση, οι μονάδες επανένταξης και τα κέντρα εκπαίδευσης και έρευνας παρουσιάζουν ένα μηδενικό ποσοστό επίτευξης των στόχων που τέθηκαν για το 2010. Χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται και σε άλλες υπηρεσίες όπως για παράδειγμα στους κοινωνικούς συνεταιρισμούς (32,73%).

Με βάση τα πιο πάνω στοιχεία διαπιστώνονται τα εξής συμπεράσματα:⁷⁹

- Παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε δομές και υπηρεσίες που αφορούν ειδικές ομάδες ασθενών
- Δεν υπάρχουν επαρκείς στοιχεία για υπηρεσίες και δομές που αναπτύχθηκαν για παιδιά και εφήβους. Παρατηρείται επίσης έλλειψη στεγαστικών δομών για παιδιά και εφήβους των οποίων η δημιουργία τους προβλεπόταν και με βάση την νομοθεσία
- Η αντίληψη ότι τα κέντρα ψυχικής υγείας θεωρούνταν οι πυρήνες του νέου συστήματος δεν ακολουθήθηκε στην πράξη

⁷⁹ Παραδοτέο2 2011

- Σημαντική έλλειψη παρατηρείται και στις μονάδες επαγγελματικής επανένταξης των ασθενών και στους κοινωνικούς συνεταιρισμούς.

Σημαντικό μέρος της αξιολόγησης ήταν και η ανάλυση του βαθμού επίτευξης των στόχων που τέθηκαν για την κάθε περιφέρεια και για την κάθε κατηγορία δομής. Με βάση τα στοιχεία που βγήκαν μέσα από την ανάλυση (βλέπε παράρτημα 3) έχουν παρατηρηθεί τα πιο κάτω:⁸⁰

- Η δημιουργία των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία που ήταν ένας από τους βασικότερους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης επιτεύχθηκε στο 100% ειδικότερα στις περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και του Νότιου Αιγαίου. Μειωμένα ποσοστά επίτευξης έχουν παρατηρηθεί στις περιφέρειες Βόρειου Αιγαίου (33%), Ιόνιων Νήσων (0%), Στερεά Ελλάδα (0%) και Πελοπόννησο (0%).
- Η μοναδική υπηρεσία που αναπτύχθηκε σε όλες τις περιφέρειες με βαθμό επίτευξης σχετιζόμενο με τον αρχικό στόχο ήταν οι μονάδες αποκατάστασης
- Οι στόχοι για την δημιουργία των κοινωνικών συνεταιρισμών δεν επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό.
- Τα αποτελέσματα της ανάπτυξης κέντρων ψυχικής υγείας είναι μεικτά. Σε ορισμένες περιφέρειες όπως Πελοποννήσου και Κρήτης το ποσοστό επίτευξης ανέρχεται στο 100%. Σε άλλες ο στόχος έχει επιτευχθεί κατά το ήμισυ (Στερεά Ελλάδα, Ιόνια Νησιά και Θεσσαλία) ενώ σε άλλες παρουσιάζονται αρκετά μειωμένα ποσοστά.

B. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2012

Σημαντική θεωρείται η αξιολόγηση του της εσωτερικής συνοχής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2011-2015. Δημιουργήθηκαν μήτρες συνάφειας οι οποίες ήταν υπεύθυνες για την εξέταση της συνάφειας των στρατηγικών στόχων του προγράμματος Ψυχαργός σε σχέση με τις δυνατότητες, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές της ανάλυσης SWOT.⁸¹

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο σε αρκετούς τομείς εντούτοις όμως βρίσκεται σε ένα σημείο καμπίς. Ο στόχος για την μετακίνηση των υπηρεσιών σε ένα κοινοτικό σύστημα επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό ωστόσο όμως κατά την

⁸⁰ Παραδοτέο2 2011

⁸¹ Παραδοτέο Π.β.1.2 2012

υλοποίηση του παρουσιάστηκαν προβλήματα που αφορούσαν κυρίως την οργάνωση του συστήματος.

Συγκεκριμένα δίνεται έμφαση στην δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος το οποίο θα αποτελείται από πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες. Παρατηρείται μια μετατόπιση προς την λειτουργία κοινοτικών υπηρεσιών καθώς και η δημιουργία δράσεων πρόληψης, γεγονός που φανερώνει την καινούρια πορεία του συστήματος. Οι αδυναμίες που παρουσιάστηκαν όπως η έλλειψη συντονισμού, η μη εφαρμογή της τομεοποίησης αλλά και η διασύνδεση των υπηρεσιών δυστυχώς δεν αντιμετωπίστηκαν.⁸²

Στο πιο κάτω πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η συγκεντρωτική αποτύπωση των κριτηρίων της πολιτικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθώς επίσης και η αξιολόγηση τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Κριτήρια της πολιτικής και αξιολογητικά σχόλια ως προς την εσωτερική συνοχή

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ			
ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ		ΜΗΤΡΕΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Εσωτερική συνοχή	Συνάφεια Πολιτικής	Άξονες δράσεις του Εθνικού Σχεδίου ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2011-2020 σε σχέση με τις δυνατότητες, αδυναμίες, ευκαιρίες και τις απειλές της ανάλυσης SWOT	Παρουσιάζεται εσωτερική συνάφεια της πολιτικής με την ανάλυση SWOT. Η πολιτική προσπάθησε να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες συνθήκες καθώς και την υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα της
		Συνάφεια των ειδικών δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2011-2020 σε σχέση με τις	Ψυχικής Υγείας. Τη μεγαλύτερη συμβολή παρουσιάζει ο άξονας 1 της πολιτικής που είναι η

⁸² Παραδοτέο Π.β.1.2 2012

		δυνατότητες, αδυναμίες, ευκαιρίες και τις απειλές της ανάλυσης SWOT	ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Η προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών παρουσιάζει την μικρότερη συνάφεια.
--	--	---	---

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2012 (Ίδια επεξεργασία)

α. Αξιολόγηση της συνέχειας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2011-2020

Η συνέχεια του εθνικού σχεδίου δράσης πραγματοποιείται συγκρίνοντας τα αποτελέσματα και τις προτάσεις για αναθεώρηση της πολιτικής που προέκυψαν από την αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος την περίοδο 2000-2009 καθώς και με το σύμφωνο SPIDLA. Συγκεκριμένα η νέα πολιτική έλαβε υπόψη τις προτάσεις της ομάδας αξιολόγησης της Β΄ φάσης του προγράμματος εντούτοις όμως παρουσιάστηκαν κάποιες αδυναμίες όσο αφορά κάποιες βασικές διαστάσεις όπως η συνεργασία του συστήματος με άλλους τομείς η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και παρακολούθηση της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Όσο αφορά τη συμφωνία SPIDLA η συνάφεια της πολιτικής είναι υψηλή όσον αφορά την συνέχιση, εδραίωση και τη ολοκλήρωση της ΨΜ ενώ χαμηλή συνάφεια παρατηρείται στην στελέχωση, την κοστολόγηση υπηρεσιών, την χρηματοδότηση των φορέων καθώς και στην στήριξη των κοινωνικών συνεταιρισμών.⁸³

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Κριτήρια πολιτικής και αξιολογητικά σχόλια ως προς την συνέχεια του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ – ΔΕΙΚΤΕΣ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		
ΘΕΜΑΤΙΚΕ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΜΗΤΡΕΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
	Συνέχεια σε σχέση με τα αποτελέσματα και τις προτάσεις της	Παρατηρείται σε αυξημένο βαθμό συνέχεια μεταξύ της δεύτερης και τρίτης φάσης του ΨΥΧΑΡΓΩΣ καθώς η νέα πολιτική

⁸³ Παραδοτέο Π.β.1.2 2012

<p>Συνέχεια Πολιτικής</p>	<p>αξιολόγησης της περιόδου 2000-2009 και με την συμφωνία SPIDLA</p>	<p>παρουσιάζεται πιο διευρυμένη και εξειδικευμένη σε θέματα που δεν υπήρχαν στις προηγούμενες φάσεις όπως ενσωμάτωση με την ΠΦΥ, πρόληψη και παρακολούθηση και ποιότητα του συστήματος. Η συμφωνία SPIDLA επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την επίλυση προβλημάτων οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος. Η τρέχουσα πολιτική δεν περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου διαχείρισης, αξιολόγησης και χρηματοδότησης.</p>
----------------------------------	--	--

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2012 (Ίδια επεξεργασία)

β. Αξιολόγηση με βάση τα κριτήρια του ΠΟΥ

Ο ΠΟΥ χρησιμοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια για την αξιολόγηση των πολιτικών για Ψυχική Υγεία. Τα κριτήρια αυτά είναι γενικά και αφορούν θέματα διαδικασιών και μεθόδων που αναπτύσσει η εκάστοτε πολιτική.

κή, καθώς επίσης και θέματα περιεχομένου στα οποία περιλαμβάνονται οι κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ. Η βαθμολόγηση για πεδίο ξεχωριστά γίνεται με βάση συγκεκριμένης κλίμακας που προτείνει ο ΠΟΥ (Πίνακας 17).⁸⁴

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Κλίμακα του ΠΟΥ για την βαθμολόγηση σε κάθε πεδίο της αξιολόγησης

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
1	Ναι/ σε υψηλό βαθμό
2	Ναι/ σε κάποιο βαθμό
3	Όχι/ καθόλου
4	Άγνωστο

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2012 (Ίδια επεξεργασία)

Ο πίνακας με τα συγκεντρωτικά αξιολογητικά συμπεράσματα της πολιτικής για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα με βάση των κριτηρίων του ΠΟΥ βρίσκονται στο παράρτημα 3.

⁸⁴ Παραδοτέο Π.β.1.2 2012

γ. Εφαρμογές και Υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Οι δύο βασικοί πυλώνες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που ήταν το κλείσιμο ή συρρίκνωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και η μεταφορά των χρόνιων ασθενών στην κοινότητα καθώς και δημιουργία νέων δομών στην κοινότητα δεν παρουσίασαν ισοβαρή ανάπτυξη. Αν και οι δράσεις για την αποασυλοποίηση των ασθενών προχωρούν κανονικά η ανάπτυξη των δομών στην κοινότητα εμφανίζει σημαντικά προβλήματα τα οποία δημιουργούν ερωτήματα σχετικά με την επίτευξη των στόχων. Στοιχεία τα οποία συλλέχτηκαν από επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμφανίζεται μια αύξηση στον αριθμό των κλειστών νοσηλείων καθώς και αύξηση του αριθμού των ακούσιων νοσηλείων που αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η φροντίδα της ψυχικής υγείας δεν παρέχεται στην κοινότητα αλλά αντιθέτως οι ασθενείς επιστρέφουν στα νοσοκομεία για νοσηλεία. Παράλληλα οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς έτσι ώστε να μπορούν να καλύπτουν ευρύτερα τμήματα της επικράτειας.⁸⁵

Στην συνέχεια (Πίνακας 18) περιγράφεται η ομαδοποίηση των αξόνων δράσεων της ΨΜ όπως έχει διαμορφωθεί από την υπουργική απόφαση για το ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄ καθώς επίσης και η παρούσα κατάσταση και τα αποτελέσματα για το έτος 2012.

⁸⁵ Παραδοτέο Π.β.1.2 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Κατάσταση στην κάθε ειδική δράση ανά άξονα δράσης για το έτος 2012

ΑΞΟΝΑΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1.Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών	1.1 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	Υπάρχουν ΤΟΨΥ που δεν έχουν όλες τις προβλεπόμενες δομές
	1.2 Κατάργηση των ΨΝ	Ο στόχος για το κλείσιμο τους για το 2015 δεν φαίνεται εφικτός και σύμφωνα με τον σχεδιασμό του 2012 ο στόχος μετατίθεται για το 2020.
	1.3 ΥΨΥ για παιδική και εφηβική ηλικία	Σχετικά έργα για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για παιδιά δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής με αποτέλεσμα οι γονείς να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα.
	1.4 ΥΨΥ τρίτης ηλικίας	Δεν υπάρχει καθορισμένο καθολικό πλάνο για την παροχή ψυχικής φροντίδας σε άτομα τρίτης ηλικίας
	1.5 ΥΨΥ για ειδικές ομάδες ατόμων με ψυχικές διαταραχές	Δράσεις για άστεγους, άνεργους και μετανάστες δεν αποτελούν προτεραιότητα
	1.6 Ενσωμάτωση της ΨΥ στην ΠΦΥ	Μη ικανοποιητική ανάπτυξη του συστήματος ΠΦΥ
	2.Προαγωγή- Πρόληψη ΨΥ	2.1 Δράσεις πρόληψης κατάθλιψης
2.2 Δράσεις πρόληψης και πρόιμης ανίχνευσης ψυχωτικών διαταραχών		
2.3 Δράσεις έγκαιρης παρέμβασης και διάγνωσης αυτισμού		
2.4 Δράσεις προαγωγής ΨΥ στην παιδική και εφηβική ηλικία και στην εκπαίδευση		
2.5 Δράσεις προαγωγής		

	της ΨΥ στο πεδίο απασχόλησης και επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά ασθενών	
	2.6 Δράσεις προαγωγής ΨΥ ηλικιωμένων	
	2.7 Δράσεις αγωγής της κοινότητας και μείωση του στίγματος	
3.Οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας	3.1 Τομεοποίηση και οργάνωση συστήματος ψυχιατρικής περιθαλψης	Δεν παρουσιάζει κάποιο σημείο βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση του 2009. Το σύστημα παραμένει υπερσυγκεντρωτισμένο και οι αποφάσεις λαμβάνονται σε κεντρικό επίπεδο. Επίσης δεν παρατηρείται πρόοδος ως προς την αποκέντρωση των υπηρεσιών
	3.2 Παρακολούθηση του συστήματος ΨΥ	Η λειτουργία ενός συστήματος παρακολούθησης της ΨΜ μέσω συστηματοποίησης των διαδικασιών συγκέντρωσης και επεξεργασία στοιχείων δεν έχει επιτευχθεί
	3.3 Αξιολόγηση το συστήματος ΨΥ, κοινωνική λογοδοσία και βελτίωση της ποιότητας	Δεν εφαρμόζονται ολοκληρωμένοι μηχανισμοί αξιολόγησης έτσι ώστε να διασφαλίζεται οι κοινωνική λογοδοσία
	3.4 Ηλεκτρονικός Ψυχιατρικός Φάκελος	Δεν υπάρχει δράση που να στοχεύει στην υλοποίηση του.
4.Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και συνηγορία για την ΨΥ και προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών ΥΨΥ και των οικογενειών τους	4.1 Προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών	Μαρτυρίες ληπτών ΥΨΥ και οικογενειών για λεκτική και σωματική παραμέληση στις μονάδες ΨΑ. Μειωμένο επίπεδο διαβίωσης και ανεπαρκής προσωπικό. Έλλειψη ενιαίων κανονισμών λειτουργία και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

	4.2 Προαγωγή της αυτοεκπροσώπησης των ληπτών ΥΨΥ και των οικογενειών τους	Οι λήπτες εξακολουθούν να μην συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων
5.Εκπαίδευση – Έρευνα – Νομοθεσία	5.1 Εκπαίδευση	Ελλιπής κατάρτιση προσωπικού σε θέματα ΨΥ με εξαίρεση του ψυχιάτρους και παιδοψυχιάτρους των οποίων η εκπαίδευση έχει σημειώσει σημαντικά βήματα. Δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σχέδιο προγραμμάτων εκπαίδευσης
	5.2 Έρευνα για την ΨΥ	Δεν υπάρχει αντίστοιχος επιχειρησιακός σχεδιασμός
	5.3 Νομοθετικές αλλαγές και παρεμβάσεις	Όσον αφορά τον τομέα της εφαρμογής των νομοθετικών παρεμβάσεων δεν παρουσιάζεται καμία δράση.

Πηγή: Παραδοτέο Π.β.1.2 έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 2012 (Ίδια επεξεργασία)

Γ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2014

Ο μετασχηματισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε ανοικτά δίκτυα κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας κατά το έτος 2014 βρισκόταν ακόμη σε εξέλιξη. Η επίτευξη του στόχου αυτού προϋποθέτει μια σειρά από αναγκαίες και ικανές συνθήκες όπως η επάρκεια των δομών για την σωστή αντιμετώπιση της μεταφοράς και φιλοξενίας των ασθενών καθώς και η δημιουργία ολοκληρωμένων κοινοτικών δικτύων και τομεοποιημένων υπηρεσιών.⁸⁶

Στο πλαίσιο του μετασχηματισμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων πραγματοποιήθηκαν οι πιο κάτω ενέργειες:⁸⁷

- Σταδιακή μετάβαση των χρόνιων ασθενών από τα τρία υφιστάμενα ψυχιατρικά νοσοκομεία (ΔΑΦΝΙ, ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ) σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

⁸⁶ Παραδοτέο Π.β.1.4 2014

⁸⁷ Παραδοτέο Π.β.1.4 2014

- Μετάβαση οξέων περιστατικών σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων. Δημιουργήθηκε κλιμάκιο αξιολόγησης κτιρίων δημόσιων νοσοκομείων το οποίο το Δεκέμβριο του 2014 παρέδωσε στην διοίκηση της ψυχικής υγείας την απόφαση για το πως θα πρέπει να διαμορφωθούν οι νέοι χώροι υποδοχής των ψυχιατρικών τμημάτων στα προτεινόμενα νοσοκομεία.
- Εξεύρεση κτηριακών υποδομών για δημιουργία μονάδων ΨΥ.
- Ορισμός υπαλλήλων ως διαχειριστές κενών θέσεων. Οι υπάλληλοι αυτοί θα έχουν τον ρόλο του συντονιστή και θα είναι τα πρόσωπα αναφοράς για την διασύνδεση και την συνεργασία μεταξύ των ειδικών επιτροπών διαχείρισης των μετασχηματισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων
- Εξεύρεση χρηματοδοτικών πόρων.
- Πρόσληψη προσωπικού για την στελέχωση των μονάδων ΨΥ. Συγκεκριμένα ζητήθηκε αρχικά η πρόσληψη 1797 ατόμων και στην συνέχεια η πρόσληψη 483 ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων.
- Δημιουργία πέντε νέων οικοτροφείων.

Ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια του μετασχηματισμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι και η ομαλή μετάβαση των χρόνιων ψυχικά ασθενών στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μέχρι και το τέλος του 2014 μετακινήθηκαν συνολικά 122 ασθενείς από τα ασυλικά τμήματα. Η διαδικασία αυτή παρακολουθείται στενά από την διοίκησης ψυχικής υγείας στην οποία στέλνονται κάθε πρώτη και δέκατη πέμπτη μέρα του μήνα αναφορές σχετικά με τον αριθμό των εναπομείναντων χρόνιων ασθενών.⁸⁸

Τα αποτελέσματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμιση στην Ελλάδα κατά το έτος 2014 είναι τα πιο κάτω:⁸⁹

- Έχουν απομείνει σε λειτουργία τρία Ψυχιατρικά Νοσοκομεία καθώς και το κρατικό θεραπευτήριο Λέρου
- Ο αριθμός των ατόμων που καλύπτεται από υπηρεσίες ΠΦΥ είναι περίπου 607.382
- Οι ωφελούμενοι από παρεμβάσεις πρόληψης του ιδρυματισμού είναι 4098
- Οι θέσεις εργασίας που έχουν δημιουργηθεί σε ισοδύναμα ανθρωποέτη είναι 6358,24

⁸⁸ Παραδοτέο Π.β.1.4 2014

⁸⁹ Παραδοτέο Π.β.1.4 2014

- Εκπόνηση κλινικών οδηγιών για ασθενείς με Άνοια, Σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή
- Αξιοποιείται το εγχειρίδιο διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας στις μονάδες ΨΑ
- Θεσπίστηκε ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος με τον καινούριο Νόμο 4238/2014
- Αριθμός τομέων ΨΥ που έχουν συσταθεί είναι 58
- Αριθμός τομέων ΨΥ περιφερειών που έχουν συσταθεί είναι 15

Αναλυτικότερη περιγραφή των αποτελεσμάτων βλέπε παράρτημα 3.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο ΠΟΥ χάραξε γενικές πολιτικές για τον στρατηγικό σχεδιασμό των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων τις οποίες η κάθε χώρα θα έπρεπε να εφαρμόσει στο σύστημά της με βάση τα δικά της δεδομένα. Με βάση αυτές της πολιτικές αλλά και με την δημιουργία ενός νομικού θεσμικού πλαισίου η Ελλάδα ξεκίνησε την δική της πορεία προς την ψυχιατρική μεταρρύθμιση του συστήματός της.

Με το ξεκίνημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα που στόχος της ήταν η ολική ανασυγκρότηση του συστήματος ψυχικής υγείας δημιουργήθηκε ένα νέο δίκτυο υπηρεσιών οι οποίες θα βοηθήσαν την χώρα στην υλοποίηση των στόχων της μεταρρύθμισης. Ένας από τους βασικότερους στόχους αυτής της πολύχρονης μεταρρύθμισης ήταν το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων και η αποασυλοποίηση των χρόνιων ψυχικά ασθενών με την ένταξη τους στην κοινότητα.

Κατά την διάρκεια της μεταρρύθμισης και με την πάροδο του χρόνου αρκετά από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλεισαν και τέθηκε ως στόχος μέχρι και το 2015 να τερματίσουν την λειτουργία τους και τα υπόλοιπα εναπομείναντα. Ένας μεγάλος αριθμός χρόνιων ασθενών μεταφέρθηκε σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης οι οποίες δημιουργήθηκαν για να εξυπηρετήσουν τον σκοπό αυτό καθώς επίσης και να παρέχουν προοπτικές εκπαίδευσης και εργασιακής ένταξης των ασθενών(ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα). Δημιουργήθηκαν επίσης εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας για χρήστες ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ και για ασθενείς με αυτισμό και νόσο Alzheimer. Δόθηκε επίσης η ευκαιρία στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να παρακολουθήσουν εξειδικευμένα προγράμματα τα οποία θα τους βοηθούσαν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καθώς επίσης και να αναθεωρήσουν την ήδη υπάρχων οπτική αντίληψη γύρω από το τομέα της ψυχικής υγείας. Σημαντική προόδος σημειώθηκε όσο αφορά την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Βασικός πυλώνας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ το οποίο αποτελείται από δύο φάσεις και είχε ως βασικό στόχο την αλλαγή του τρόπου παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ασυλικό τύπο σε φροντίδα στην κοινότητα.

Είναι γεγονός ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα βελτίωσε σημαντικά το σύστημα ψυχικής υγείας εντούτοις όμως και σύμφωνα με τις συνεχείς αξιολογήσεις των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνεχίζουν να παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα

Σύμφωνα με την αξιολόγηση που έγινε το 2014 μερικά από τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν κατά την εφαρμογή και υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν:

- Αρκετοί τομείς ψυχικής υγείας στερούνταν βασικών δομών και υπηρεσιών.
- Το οριστικό κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων μέχρι και το 2015 δεν φάνταζε εφικτό για το λόγο ότι δεν υπήρχε ρεαλιστικό πλάνο ανάπτυξης πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών.
- Η μετακίνηση των χρόνιων ασθενών δεν είχε ολοκληρωθεί
- Δεν υπήρχαν πρόσθετοι χρηματοδοτικοί πόροι
- Δεν υπήρχαν επαρκείς μονάδες για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών
- Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους ήταν ανεπαρκής
- Υπήρχαν σημαντικές ελλείψεις σε δομές για την αντιμετώπιση ατόμων με ψυχογηριατρικά προβλήματα
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε άτομα με αυτισμό ήταν περιορισμένες
- Δεν υπήρχε ικανοποιητική ανάπτυξη του συστήματος ΠΦΥ
- Οι εξειδικευμένες δράσεις πρόληψης και προαγωγής υστερούσαν σε μεγάλο βαθμό
- Σε τομεακό επίπεδο ο ρόλος των επιτροπών ήταν συμβουλευτικός χωρίς να έχουν σημαντικό ρόλο στην διοίκηση της ΨΥ
- Δεν υπήρχαν εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως οι άνεργοι, οι άστεγοι και οι μετανάστες.

Οι λόγοι που ίσως οδήγησαν στην μη ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν ότι δεν πραγματοποιήθηκε αποκέντρωση των υπηρεσιών στην κοινότητα αλλά ούτε και η εμπλοκή της στην διαχείριση των τοπικών υπηρεσιών ΠΦΥ. Ένας δεύτερος λόγος η διοικητική οργάνωση των δομών δεν χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα αποκέντρωσης και αποφυγής νοσηλείων.⁹⁰

⁹⁰ Μαδιανός 2009

Μέσα από την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα έχουν αναδυθεί αρκετά προβλήματα τα οποία δυσχεραίνουν την ολοκλήρωση της. Στην συνέχεια παρατίθενται μερικές προτάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στην βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς επίσης και στη εδραίωση των διαδικασιών της μεταρρύθμισης:

- Σημαντικό είναι η ψυχική υγεία του πληθυσμού της χώρας να τεθεί ως προτεραιότητα
- Να δημιουργηθεί ένα ρεαλιστικό πλάνο ανάπτυξης πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών το οποίο θα βοηθήσει τον μετασχηματισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων
- Να δημιουργηθούν εργαλεία αξιολόγησης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτσι ώστε να γίνεται μια πιο σωστή αντιμετώπιση των αναγκών.
- Να παρθούν μέτρα για την προστασία των ευπαθών ομάδων
- Να γίνει οριστική κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και να αναπτυχθεί το σύστημα της ΠΦΥ.
- Να πραγματοποιηθούν προσλήψεις περισσότερων επαγγελματιών υγείας
- Να αναπτυχθεί η διασύνδεση με τους κοινωνικούς συνεταιρισμούς
- Να εφαρμοστεί η πλήρης τομεοποίηση των υπηρεσιών
- Να δοθεί περισσότερη έμφαση στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους
- Επιτακτική ανάγκη είναι η λήψη μέτρων για την καταπολέμηση του στίγματος

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και μέσα από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουμε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρας μας ήταν αρκετά δύσκολη και εξαιτίας αρκετών προβλημάτων που προέκυψαν δεν έχει ακόμη προβεί στην ολοκλήρωσή της.

Η υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης όπως έχει αποδειχθεί δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση καθώς αρκετά προβλήματα μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια της εφαρμογής της . Μια χώρα για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις μια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα πρέπει να έχει ένα καλά θεσμοθετημένο νομικό πλαίσιο καθώς και ένα αρκετά υγιές σύστημα υγείας το οποίο θα την βοηθήσει να εφαρμόσει τις απαιτούμενες πολιτικές.

Στην περίπτωση της Ελλάδας όταν ξεκίνησε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση το σύστημα ψυχικής υγείας ήταν σχεδόν ανύπαρκτο καθώς επίσης και το νομικό πλαίσιο. Η κύρια πρόκληση της ήταν η ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος ψυχικής υγείας καθώς επίσης και η ένταξη του στο γενικό σύστημα υγείας.

Ακόμη ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε η χώρα ήταν και η πεπαλαιωμένη αντίληψη της κοινωνίας για τους ψυχικά ασθενείς τους οποίους ήθελε να είναι κλεισμένοι στα άσυλα και να μην έχουν επαφή με τον έξω κόσμο. Με βάση αυτό ως βασικός στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πέρα από την αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν και αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και η ένταξη τους στην κοινωνία έχοντας την πλήρη αποδοχή της, πράγμα το οποίο κατάφερε σε μεγάλο βαθμό.

Στον παρόν στάδιο η Ελλάδα πέρα από την επιβαρυνόμενη οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται δεν έχει παραιτηθεί από την προσπάθεια της ολοκληρωτικής μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχικής της υγείας.

Ο Μαδιανός κάποτε ανέφερε 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 "

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Γιαννοπούλου Α. (1990), *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις " Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α, ΑΘΗΝΑ
- 2.Δαμίγος Δ. (2003), *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Εκδόσεις " ΠΑΠΑΖΗΣΗ"
- 3.Δαρβίρης Χ. (2007), *Προαγωγή Υγείας*, Εκδόσεις "ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ", ΑΘΗΝΑ
- 4.Μαδιανός Μ. (1994), *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση: από την θεωρία στην πράξη*, Εκδόσεις " ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ", ΑΘΗΝΑ
5. Μαδιανός Μ. (2002), *Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα*, Ιατρικές Εκδόσεις " ΒΗΤΑ", ΑΘΗΝΑ
7. Μαδιανός Μ. (2005), *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Εκδόσεις "ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗΣ", ΑΘΗΝΑ
8. Μαδιανός Μ. (2009), *Οι περιπέτειες της ημιτελούς μεταρρύθμισης από την περίπτωση της Λέρου στο Ψοχαργός. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα – ανάγκες, προτάσεις, λύσεις*, Εκδόσεις " ΣΑΚΚΟΥΛΑ ", ΑΘΗΝΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
- 9.Μάνος Ν. (1997), *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University studio Press, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
- 10.Μωραΐτης Ε., (2007), *Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών*, Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα « Διοίκηση Υγείας », ΑΘΗΝΑ
11. Νόμος 1397/83, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*, ΦΕΚ Α' 07/10/83
ψυΑ' 15/07/92
13. Νόμος 2716/99, *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 96 Α' 17/05/99
- 14.Παραδοτέο 2, (2011), *Έκθεση αξιολόγησης παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009*, Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- 15.Παραδοτέο Π.β.1.2, (2013), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έτους 2012*, Υπουργείο Υγείας

- 16.Παραδοτέο Π.β.1.4, (2015),), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έτους 2014*, Υπουργείο Υγείας
17. Π.Ο.Υ ,(2001), *Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη νέα ελπίδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
18. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003), *Νομοθεσία για την ψυχική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, μετάφραση Γ. Πασαντωνόπουλος
- 19.Στυλιανίδης. Σ. και συν. (2014), *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής*, Εκδόσεις "ΤΟΠΟΣ", ΑΘΗΝΑ
20. Υ.Υ.Κ.Α, (2005) *Προτάσεις για την σύνταξη κατευθύνσεων εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης 2007-2013*, ΑΘΗΝΑ
- 21.Υφαντής, Θ. (2005), *Αποασυλοποίηση, αποιδροματοποίηση και ετερότητα*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- 22.Carol R. Kneisl, Holly S. Wilson, Eileen T, (2009), *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, 1^η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις " ΕΛΛΗΝ", ΑΘΗΝΑ
- 23.Karlan & Sadocks, (2004), *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Επιστημονικές Εκδόσεις " ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ", ΑΘΗΝΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barton R, (1959,1976), *Institutional Neurosis*, Bristol : John Wright & Sons
2. Bellali T. Kalafati M., (2006) *Greek psychiatric care reform: new perceptions and challenges for community mental health nursing*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
3. Chafetz L, Rich N, Furlany C, Underwood P, (1992), *Psychosocial Rehabilitation with the Severely and Persistently Mentally ill*, Psychiatric Nursing. Redwood city, California: Addison-Wesley
4. Folsom DP. (2006), *Schizophrenia In: Psychiatry for Neurologist*, edited by Jeste D, Friedman J, Humana Press, New Jersey
5. Goffman E, (1961), *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates Middlesex:* Pelican
6. Goldman H,H (1984), *Mental Illness and family burden: A public Health Perspective.* Hospital community Psychiatry, 33
7. Lavikainen J. et al, (2001), *Public health approach on mental health in Europe*, Stakes Ministry of Social Affairs & health, Helsinki, Personality and Social Psychology Bulletin
8. Madianos M. , Christodoulou G. (2007), *Reform of the mental healthcare system in Greece 1984-2006*, International Psychiatry
9. Nies MA, McEwen M. *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Ιατρικές Εκδόσεις " ΛΑΓΟΣ ", ΑΘΗΝΑ Τόμος Α΄
10. WHO, (2001), *The World health report, Mental Health: new understanding new hope*, Geneva
11. Stylianidis S. et. al. (2008), *Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential Homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals*, International Journal of Psychosocial Rehabilitation.

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. www.athens.indymedia.org.com

2. www.eca.europa.eu.com Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

3. www.psych.gr. Μ. Μαδιανός, Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα

4. www.psychargos.gov.cy

5. www.moh.gov.cy

6. www.statistics.gr

7. www.yyka.gov.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ