



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ  
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Κασσάνδρα Δετζώρτζη

ΑΜ:73422122200002

α) Κ. Σπανού

β) Β. Λαλιώτη (Επιβλέπουσα)

γ) Μ. Λαμπροπούλου

ΑΘΗΝΑ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2023



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της. Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κ. Βαρβάρα (Μπέρρυ) Λαλιώτη, για την ουσιαστική υποστήριξη και τις εποικοδομητικές της υποδείξεις κατά τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της εργασίας.

Τέλος, θέλω να εκφράσω την ανεκτίμητη υποστήριξη της οικογένειάς μου, των παιδιών μου για την κατανόηση τους και πιο ειδικά στο σύζυγό μου ο οποίος καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, πρόσφερε την κατανόησή του και την πίστη του σε μένα, με ώθησε, ώστε να ολοκληρώσω τις σπουδές μου και συγχρόνως την εκπόνηση της Διπλωματικής μου Εργασίας με επιτυχία και ικανοποίηση.



Πίνακας περιεχομένων

<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....</b>	<b>8</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>11</b>
<b>Πίνακας 1. : Χαρακτηριστικά πληθυσμιακού δείγματος σε σύνολο 10 ατόμων .....</b>	<b>13</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....</b>	<b>14</b>
<b>ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Υγεία και ψυχική υγεία .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Οι προσδιοριστές της υγείας.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Υπηρεσίες υγείας.....</b>	<b>19</b>
<b>Σχηματική απεικόνιση 3. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας. ....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ .....</b>	<b>21</b>
1.4.1 Η διακήρυξη της Alma-Ata .....	22
1.4.2 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Astana .....	24
1.4.3 Μοντέλα Οργάνωσης της ΠΦΥ .....	26
<b>1.5 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.....</b>	<b>26</b>
1.5.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ .....	28
1.5.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας .....	31
1.5.3 Ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	32
<b>1.6 Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....</b>	<b>34</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....</b>	<b>36</b>
<b>Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Δομές της ΠΦΥ .....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 Το νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία της ΠΦΥ .....</b>	<b>40</b>
2.3.1 Βασικά Νομοθετήματα μέχρι το 1983 .....	40
2.3.2 Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ.....	41
2.3.3 Βασικά Νομοθετήματα από το 1985 και μετά.....	42
<b>2.4 Παθογένειες της ΠΦΥ .....</b>	<b>43</b>
<b>2.5 Δυνατά σημεία της ΠΦΥ.....</b>	<b>46</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΦΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>48</b>

<b>3.1</b>	<b>Επιδημιολογικά δεδομένα .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2</b>	<b>Θεσμικό πλαίσιο και ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ.....</b>	<b>49</b>
<b>3.3</b>	<b>Δομές ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ .....</b>	<b>51</b>
3.3.1	Δομές παροχής κοινοτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης .....	51
3.3.2	Δομές ημερήσιας φροντίδας .....	53
3.3.3	Δομές στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής.....	55
3.3.4	Δομές που υπάγονται στους ΟΤΑ.....	56
3.3.5	Δομές Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους .....	58
3.3.6	Ειδικές δομές ψυχικής υγείας .....	58
<b>3.4</b>	<b>Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>59</b>
3.4.1	Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030.....	62
3.4.2	Θετικά και αρνητικά στοιχεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος.....	64
<b>3.5</b>	<b>Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας .....</b>	<b>69</b>
<b>3.6</b>	<b>Αποτίμηση της παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας ...</b>	<b>74</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....</b>		<b>79</b>
<b>Διεξαγωγή έρευνας –Καταγραφή απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα.....</b>		<b>79</b>
<b>4.1</b>	<b>Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ .....</b>	<b>81</b>
<b>4.2</b>	<b>Θεσμικό Πλαίσιο .....</b>	<b>82</b>
<b>4.3</b>	<b>Δομές και Προσωπικό.....</b>	<b>84</b>
<b>4.4</b>	<b>Ομοιότητες και διαφοροποιήσεις του κυρίαρχου στη χώρα μας μοντέλου πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας από τα κρατούντα σε ευρωπαϊκό επίπεδο. ....</b>	<b>87</b>
<b>4.5</b>	<b>Δυνατά σημεία και αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας.....</b>	<b>91</b>
<b>4.6</b>	<b>Αποτίμηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εν μέσω της πανδημίας.....</b>	<b>94</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>		<b>97</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>		<b>103</b>
<b>Παράρτημα Α: Οδηγός Συνέντευξης.....</b>		<b>113</b>

## Περιεχόμενα

Πίνακας 1. : Χαρακτηριστικά πληθυσμιακού δείγματος σε σύνολο 10 ατόμων .....	13
Σχηματική απεικόνιση 1. Οι προσδιοριστές της υγείας. ....	19
Σχηματική απεικόνιση 2. Οι προσδιοριστές της ψυχικής υγείας. ....	19
Σχηματική απεικόνιση 3. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας. ....	21
Σχηματική απεικόνιση 4. Οι περιβαλλοντικοί προσδιοριστές της υγείας (Salgado et al 2020). ....	25
Σχηματική απεικόνιση 5. Σχηματική παράσταση της οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. ....	28
Σχηματική απεικόνιση 6. Το πλαίσιο για την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ .....	31
Σχηματική απεικόνιση 7. Παγκόσμια κατανομή της κατά κεφαλήν δαπάνης για την ψυχική υγεία, ανά είδος υπηρεσίας.....	33
Σχηματική απεικόνιση 8. Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. ....	36
Σχηματική απεικόνιση 9. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	38
Εικόνα 1. Στοιχεία σχετικά με το προσωπικό και τον εξοπλισμό των μονάδων της ΠΦΥ.....	40
Σχηματική απεικόνιση 10. Ραβδόγραμμα με τη διασύνδεση των δομών της ΠΦΥ, η οποία κυμαίνεται από πτωχή ως μερική.....	46
Σχηματική απεικόνιση 11. Παγκόσμια κατανομή των DALYs ανά ψυχικό νόσημα, φύλο και ηλικία .....	49
Σχηματική απεικόνιση 12. Σχηματική παράσταση της διασύνδεσης της Κινητής Μονάδας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, με άλλες υπηρεσίες, την κοινότητα και τους εμπλεκόμενους φορείς. ....	59
Πίνακας 2. Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος Ψυχαργός (ιδία προσαρμογή).....	65
Πίνακας 3. Προβλήματα από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Ίδια προσαρμογή σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία .....	66
Σχηματική απεικόνιση 14. Η αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών κατά την πανδημία σε 26 χώρες της Ευρώπης, με την Ελλάδα να βρίσκεται έβδομη στη σειρά .....	76
Σχηματική απεικόνιση 15. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των εφήβων.....	79

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

DALYs	Disability Adjusted Life Years
NHS	National Health System
SDoH	Social Determinants of Health
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΙ	Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΔΑΠΜΕΑ	Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΗ	Κέντρο Ημέρας
ΚΗΦΗ	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΚΜΨΥ	Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας
ΚοιΣΠΕ	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΚΨΥ	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠεδιΤοΨΥ	Περιφερειακές Διοικήσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας
ΠεδιΤοΨΥ	Περιφερειακά Διατομεακά Συμβούλια
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΠΙ	Περιφερειακό Ιατρείο
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΙ	Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΠΕΥΠΕ)	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων
ΤΕΠΕΨΥΕ	Τομεακή Επιστημονική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων
ΤΕΨΥ	Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας
ΤΙ	Τοπικό Ιατρείο
ΤοΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΤοΨΥ	Τομέας Ψυχικής Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ψυχικές διαταραχές συνιστούν πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) θεωρείται ο βασικός πυλώνας του συστήματος υγείας και αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ασθενών με αυτό. Στο επίπεδο της ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη, την πρώιμη διάγνωση και τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η μετάβαση από τη διαχείριση των ψυχικά ασθενών στα ιδρύματα νοσηλείας, σε εναλλακτικές δομές περίθαλψης και αποκατάστασης εντός της κοινότητας, είναι μια νέα και σύγχρονη αντίληψη στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Στο πλαίσιο που ορίζεται από τα ανωτέρω, η παρούσα εργασία θέτει στο επίκεντρό της την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθώς και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος για την ψυχική υγεία. Για την εκπόνησή της διενεργήθηκε ποιοτική έρευνα (ημιδομημένες συνεντεύξεις), με δέκα συνεντευξιαζόμενους, κατά την οποία αναζητήθηκαν και εξετάστηκαν οι απόψεις και οι εμπειρίες ειδικών και εργαζομένων στο χώρο της ψυχικής υγείας, σε μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Διενεργήθηκε εκτενή βιβλιογραφική επισκόπηση από κοινού με τη διεξαγωγή συνεντεύξεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συμμετέχοντες συμφωνούν στα περισσότερα από τα ζητήματα που διερευνήθηκαν όπως το θεσμικό πλαίσιο, οι υποδομές και το προσωπικό, τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ΠΦΥ, η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, η μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας και γενικότερα, περιγράφουν ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με πολλές δυσλειτουργίες και προβλήματα. Τα αποτελέσματα από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν ήταν τα αναμενόμενα, ενώ υπολείπονται ακόμη πολλά ζητήματα προς επίλυση, όπως η ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης, η αντιμετώπιση των ελλείψεων στη φροντίδα των παιδιών και των εφήβων, η διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών, η βελτίωση των υποδομών και η κατάλληλη στελέχωση των δομών ψυχικής υγείας.

## **ABSTRACT**

Mental health disorders constitute a public health problem worldwide, with significant consequences for patients and society as a whole. Primary health care is considered as the base of any health system and is the first level of contact with health care services for patients. At the primary care level, services related to the prevention, early diagnosis and management of mental health problems are provided. The transition from handling at psychiatric hospitals the problems of patients with mental health disorders to alternative care and rehabilitation services, in the context of the community, is a new and modern approach with regard to the management of mental disorders. This study focuses on the provision of mental health services by the primary healthcare system in Greece, as well as on the results of the implementation of the mental health reform programme. The study draws on qualitative research (...semi-structured interviews), ten interviews, mental health experts as well as mental health personnel, issues investigated such as the legal framework, infrastructure and personnel, primary healthcare strengths and weaknesses etc., during which the opinions and experiences of mental health experts on a series of issues related to the provision of mental health services were sought and examined. An extensive literature review was conducted in conjunction with conducting interviews. According to the research findings, the interviewees agree on most of the issues investigated and describe a mental health service delivery system with many problems and dysfunctions. The results of psychiatric reform have not been the ones expected and many issues remain to be resolved, such as completing deinstitutionalization, addressing deficiencies in child and adolescent care, conducting epidemiological research, improving infrastructure, and adequately staffing mental health services.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και σε πολλές χώρες του κόσμου. Η δομή των υπηρεσιών της και η ορθή λειτουργία της συνεισφέρουν σημαντικά στην αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων υγείας των πολιτών, καθώς και στην αγωγή και την προαγωγή της υγείας στο κοινωνικό σύνολο (Παπαχατζή και Μέντης 2021). Η αγωγή της υγείας είναι δόκιμος όρος που διατυπώθηκε από την ΕΕ το 1986 και αφορά σε *«διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους»*<sup>1</sup>. Η προαγωγή της υγείας επίσης είναι δόκιμος όρος και σύμφωνα με τον WHO είναι *«Η διαδικασία που παρέχει τη διευκόλυνση (enabling) σε άτομα και σε κοινότητες ανθρώπων να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους»*<sup>2</sup>.

Στην Ελλάδα υπάρχει ένα εκτεταμένο θεσμικό πλαίσιο που διέπει την οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ, το οποίο έχει εφαρμοστεί αποσπασματικά. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει διαχρονικά πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, χωρίς ωστόσο να έχουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. (Φιλαλήθης 2017).

Η ΠΦΥ παρέχει, μεταξύ άλλων, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας με την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στον χώρο της ΠΦΥ, με τη διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες ψυχικής και γενικής υγείας, έτσι ώστε να αποφεύγεται ο κατακερματισμός των υπηρεσιών και η αποσπασματική παροχή φροντίδας, καθώς και με τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας (Καραγιάννη κ.ά 2017). Έτσι, η ΠΦΥ αναλαμβάνει συντονιστικό ρόλο στη φροντίδα της ψυχικής υγείας του ατόμου, έχει άμεση πρόσβαση στον ασθενή και την οικογένειά του, διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας και αποτελεί την πύλη-εισόδου του ασθενούς σε δομές που παρέχουν περισσότερο εξειδικευμένη φροντίδα.

Η παρούσα εργασία μελετά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, από την ΠΦΥ, η οποία έχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, επειδή μέσω αυτής μπορούν να υλοποιηθούν δράσεις και να οργανωθούν δομές ψυχικής υγείας για πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση και φροντίδα

---

<sup>1</sup> Πηγή: Ελληνική Πύλη Παιδείας.

<sup>2</sup> Πηγή: (Πανεπιστήμιο Πατρών, Ανοικτά ακαδημαϊκά Μαθήματα).

σε τοπικό επίπεδο. Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι ευκολότερα προσβάσιμες από τους πολίτες δεδομένου ότι παρέχονται στον τόπο διαμονής τους. Επιπρόσθετα, είναι περισσότερο αποδεκτές από τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, λόγω του μειωμένου στιγματισμού και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι νοσογόνοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών, εκτός από βιολογικοί είναι και κοινωνικοί. Η ανεργία, η φτώχεια, η απασχόληση, οι συνθήκες διαβίωσης, οι εξαρτήσεις, η εργασιακή εξουθένωση και το άγχος είναι κάποιοι από τους παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση των ψυχικών νοσημάτων.

Στο επίπεδο της ΠΦΥ επιτελείται η πρωτογενής πρόληψη σχετικά με την ψυχική υγεία, με την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου και τη φροντίδα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία επιχειρεί να απαντήσει στο ερώτημα σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ στη χώρα μας.

Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών διενεργήθηκε εκτενής αναζήτηση επιστημονικών δημοσιεύσεων σε ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά, στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar, Medline, OVID και CINAHL, χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο συνδυασμό όρων αναζήτησης στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Άντληση πληροφοριών έγινε και από ιστοσελίδες οργανισμών [όπως WHO Global Health Database, επιστημονικές εταιρείες, Υπουργείο Υγείας, ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, (ΕΛΣΤΑΤ), κ.ά.].

Επιπρόσθετα, αξιοποιήθηκε μια ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Βάσει μιας τεχνικής σκόπιμης δειγματοληψίας, Ιουλία Παπαγεωργίου, (Αθήνα 2005), Diamond I. and J., (2006), πραγματοποιήθηκαν δέκα (10) ημιδομημένες συνεντεύξεις με εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας, διαφορετικών ειδικοτήτων, ένας διοικητικός υπάλληλος, τρεις ψυχίατροι, δύο συνδικαλιστές για την ψυχική υγεία, ένας Τμηματάρχης ψυχιατρικού νοσοκομείου, δύο ψυχολόγοι ψυχιατρικού νοσοκομείου, υψηλόβαθμο στέλεχος φορέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια ώστε οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις να διαθέτουν πολυετή εμπειρία και διαφορετικές ιδιότητες στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας. Ο πίνακας 1. που ακολουθεί αποτυπώνει πρόσθετα στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των συνεντευξιζόμενων.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
Ανδρες	8
Γυναίκες	2

### **Πίνακας 1. : Χαρακτηριστικά πληθυσμιακού δείγματος σε σύνολο 10 ατόμων**

Εκ της ερευνητικής διαδικασίας γίνονται κατανοητές οι υποκειμενικές αντιλήψεις των συνεντευξιαζόμενων. Η ποιοτική έρευνα επιλέχθηκε επειδή οι ερωτώμενοι έχουν βαθιά γνώση των θεμάτων περί της ψυχικής υγείας,

Η ομάδα αυτή θεωρήθηκε κατάλληλη διότι οι απόψεις τους και οι προτάσεις τους μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών της ψυχικής υγείας.

Ως εκ τούτου γνωρίζουν την υπάρχουσα κατάσταση και τηρήθηκε η ανωνυμία τους. Οι απόψεις τους για την ψυχική υγεία είναι μια σημαντική, θεωρώ ευκαιρία, για να αποτυπωθούν οι εμπειρίες των ερωτώμενων καθώς έρχονται σε καθημερινή επαφή με λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η εργασία περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της υγείας και της ψυχικής υγείας, περιγράφονται οι προσδιοριστές της υγείας, οι υπηρεσίες υγείας και οι διάφορες μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα περιγράφεται η ΠΦΥ και τα μοντέλα οργάνωσης της, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, τις δομές της ΠΦΥ και τις παρεχόμενες από αυτές υπηρεσίες, καθώς και στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρατίθενται επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την ψυχική υγεία και παρουσιάζονται οι δομές ψυχικής υγείας αναλυτικά. Το ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, στα αποτελέσματα και τις αστοχίες της, την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα για ψυχική υγεία και κατόπιν τα συμπεράσματα της μελέτης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Υγεία και ψυχική υγεία

Στην Ελλάδα το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται συνταγματικά. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 21 του Συντάγματος αναφέρεται ότι *«το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*. Η υγεία παρέχεται σε όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από θρησκευτικές, πολιτικές, πολιτισμικές, οικονομικές και κοινωνικές διαφορές, καθώς και ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την ηλικία. Η υγεία θεωρείται ως αγαθό ύψιστης σημασίας για τον άνθρωπο και το κοινωνικό σύνολο. Ο ενοιολογικός προσδιορισμός της υγείας είναι ένα δύσκολο και σύνθετο ζήτημα. Ο Ιπποκράτης, κατά τον 5ο αιώνα π.Χ., ορίζει την υγεία ως το αποτέλεσμα της ισορροπίας τεσσάρων σωματικών χυμών. Όταν διαταράσσεται η εν λόγω ισορροπία, τότε εμφανίζεται η ασθένεια. Στην αρχαία Κίνα θεωρείτο ότι η ασθένεια εμφανίζεται όταν διαταράσσεται η ισορροπία του ανθρώπου σε σχέση με το φυσικό του περιβάλλον (Σαρρής, 2001).

Ο πλέον δόκιμος ορισμός για την υγεία είναι αυτός που έχει περιλάβει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στον καταστατικό του χάρτη, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Ο ορισμός αυτός χρονολογείται από το 1948 και περιγράφει την υγεία ως την ορθή λειτουργία όλων των διαστάσεων της ανθρώπινης υπόστασης, του σώματος, του νου και της ψυχής, καθώς και της σχέσης του ανθρώπου με το κοινωνικό σύνολο και το περιβάλλον. Από τον ορισμό συμπεραίνεται ότι η υγεία είναι μια έννοια πολυδιάστατη, με πολλές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις διαφορετικές διαστάσεις της. Είναι αξιοσημείωτο ότι όλοι οι ορισμοί για την υγεία περιέχουν την έννοια της ισορροπίας διαφορετικών παραγόντων<sup>3</sup>.

Ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται η έννοια της ψυχικής υγείας διαμορφώνεται σύμφωνα με πολιτιστικές διαφορές, υποκειμενικές εκτιμήσεις και επαγγελματικές θεωρίες.

---

<sup>3</sup> <https://www.who.int/about/governance/constitution>,

Ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται η έννοια της ψυχικής υγείας διαμορφώνεται βάσει τριών προσεγγίσεων: α) το ιατρικό πρότυπο, βάσει του οποίου η ψυχική νόσος έχει οργανικά αίτια, όπως για παράδειγμα η νευροφυσιολογία του οργανισμού και η βιοχημεία του κεντρικού νευρικού συστήματος, β) το κοινωνικό γενετικό πρότυπο, το οποίο θεωρεί ότι η ψυχική νόσος οφείλεται σε παράγοντες του κοινωνικού και του φυσικού περιβάλλοντος του ατόμου και γ) στο ψυχογενετικό πρότυπο, σύμφωνα με το οποίο η ψυχική νόσος οφείλεται σε ενδογενή ψυχικά αίτια, όπως οι τραυματικές εμπειρίες, η συναισθηματική ανάπτυξη, η σχέση με τους γονείς και άλλα (Παπαδημητρίου κ. ά 2013).

Κατά την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η ψυχική υγεία είναι «μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του»<sup>4</sup>. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στη διάθεση ή τη συμπεριφορά, οι οποίες συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και/ή έκπτωση της λειτουργικότητας». Η ψυχική υγεία είναι βασική προϋπόθεση για την ατομική ευημερία του ανθρώπου και την αποτελεσματική λειτουργικότητά του στην κοινότητα<sup>5</sup>.

Ο όρος «ψυχική υγεία» περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος καταστάσεων που περιγράφουν την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, από την υποκειμενική ευεξία ή δυσφορία, μέχρι τις πολύ σοβαρές παθήσεις και διαταραχές. Είναι ευνόητο ότι η ψυχική υγεία σε ατομικό επίπεδο συνιστά τόσο εφελτήριο συναισθηματικής και πνευματικής ανάπτυξης, καθώς και θεμέλιο για την εκπλήρωση του ρόλου του ατόμου στην οικογένεια, το σχολικό περιβάλλον, το επαγγελματικό περιβάλλον και τις κοινωνικές συναναστροφές. Σε επίπεδο κοινότητας συμβάλλει στην κοινωνική ευημερία, την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη. Μεμονωμένα επεισόδια δυσφορίας ή παθολογικής συμπεριφοράς δεν χαρακτηρίζονται ως ψυχικές διαταραχές. Για να χαρακτηριστούν ως τέτοιες, πρέπει να παρουσιάζουν χρονική διάρκεια, υποτροπές και να προκαλούν σε κάποιο βαθμό την έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου, σχετικά με ένα ή περισσότερους τομείς της ζωής του. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αφορούν όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, το οικονομικό τους υπόβαθρο και το επίπεδο μόρφωσης (Patel et al, 2018, Granlund et al, 2021).

---

<sup>4</sup> [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_en),

<sup>5</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>,

Τα διάφορα κράτη διασφαλίζουν την υγεία των πολιτών μέσω του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου για την προστασία της υγείας, της διάθεσης των απαιτούμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων, καθώς και της παροχής των υπηρεσιών υγείας στις κατάλληλες δομές.

Όλα όσα προαναφέρθηκαν πρέπει πάντα να προσαρμόζονται στις αλλαγές του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος της χώρας, καθώς και στις εξελίξεις των επιστημών της υγείας, τις μεταβολές του νοσολογικού και επιδημιολογικού προφίλ του πληθυσμού, τις υγειονομικές κρίσεις που προκύπτουν, τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και τα νέα φάρμακα που αναπτύσσονται (Rossell et al 2021).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το επίπεδο της υγείας κάθε ατόμου διαμορφώνεται από τις συνθήκες της καθημερινής του ζωής, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως «προσδιοριστές της υγείας».

## 1.2 Οι προσδιοριστές της υγείας

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η υγεία είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφορετικών παραγόντων, ο οποίοι ονομάζονται προσδιοριστές της υγείας και μπορούν να χαρακτηριστούν ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι κύριοι προσδιοριστές της υγείας, και κατ' επέκταση και της ψυχικής υγείας, διακρίνονται σε υποκείμενους, ατομικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και πολιτικούς. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η γήρανση του πληθυσμού, η παγκοσμιοποίηση, η αστυφιλία και η κλιματική αλλαγή. Οι προσδιοριστές της υγείας είναι (Alegria et al 2018, Remes et al 2021):

- Υποκείμενοι: στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι γενετικοί και γονιδιακοί παράγοντες, οι ορμονικοί παράγοντες, η νεύρο ενδοκρινική λειτουργία του οργανισμού και η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος
- Ατομικοί: σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι προσωπικές εμπειρίες του ατόμου, η ζωή του κατά την παιδική ηλικία, οι σχέσεις με τους γονείς του, η υποστήριξη του ατόμου από την οικογένεια, τυχόν παραμέληση, η έλλειψη προσαρμοστικότητας και τυχόν τραύματα που έχει βιώσει.
- Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες: ενδεικτικά αναφέρονται το εισόδημα, η απασχόληση, η κοινωνική θέση, το επίπεδο μόρφωσης, οι συνθήκες διαβίωσης, τυχόν έκθεση σε τοξικές ουσίες, η ποιότητα του ύπνου, η ποιότητα και η ποσότητα της διατροφής, η οικογένεια, η άσκηση βίας προς το άτομο και ο κοινωνικός αποκλεισμός.



Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και παράγοντες που επηρεάζουν τον πληθυσμό στο σύνολο του, όπως πόλεμοι, καταστροφές, οικονομική ύφεση, ανθρωπιστικές κρίσεις και επιδημίες, όπως η πρόσφατη πανδημία COVID-19.

- Πολιτισμικοί παράγοντες: οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με θρησκευτικές και πολιτιστικές αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, οι οποίες επηρεάζουν με τη σειρά τους τον βαθμό αναζήτησης ιατρικής βοήθειας και τον βαθμό συμμόρφωσης προς τη χρήση των φαρμάκων, τις ιατρικές υποδείξεις και οδηγίες. Στην ίδια κατηγορία εντάσσονται τα ήθη και έθιμα, καθώς και οι συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως κάπνισμα, χρήση εθιστικών ουσιών, κατανάλωση αλκοόλ και το είδος της διατροφής.
- Πολιτικοί: σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας, η διάρθρωση και το είδος της φροντίδας υγείας, καθώς και οι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι που διατίθενται για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας (Social Determinants of Health- SDoH) προσελκύουν ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την υγεία, τόσο λόγω του μεγάλου αριθμού προσδιοριστών που περιλαμβάνονται στην κατηγορία αυτή, όσο και λόγω της μεγάλης τους επίπτωσης στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού (βλ. Σχηματική απεικόνιση 1 και 2 ακολούθως στο κείμενο). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν ένα μεγάλο φάσμα δεικτών υγείας, λειτουργίας και ποιότητας ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι κοινωνικοί προσδιοριστές ορίζονται ως *«οι συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι»*<sup>6</sup>.

Ως κυριότεροι προσδιοριστές για την ψυχική υγεία θεωρούνται οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται στην οικογένεια του ατόμου, η οποία συνιστά την πρώτη βαθμίδα της κοινωνικής του ζωής. Η οικογένεια διαμορφώνει την κοινωνική συμπεριφορά, ενώ παράλληλα καθοδηγεί, στηρίζει και ενθαρρύνει το άτομο στη ζωή του. Οι κίνδυνοι για την ψυχική υγεία μπορούν να εκδηλωθούν σε όλα τα στάδια της ζωής, αλλά εκείνοι που εμφανίζονται σε περιόδους ευαίσθητες για την ανάπτυξη του ατόμου, και κυρίως στην παιδική ηλικία, είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί. Παράδειγμα αποτελούν η σκληρή ανατροφή των παιδιών, η σωματική τιμωρία και ο εκφοβισμός.

Οι προστατευτικοί για την ψυχική υγεία παράγοντες επίσης υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής και ενισχύουν την ανθεκτικότητα του ατόμου. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ατομικές και

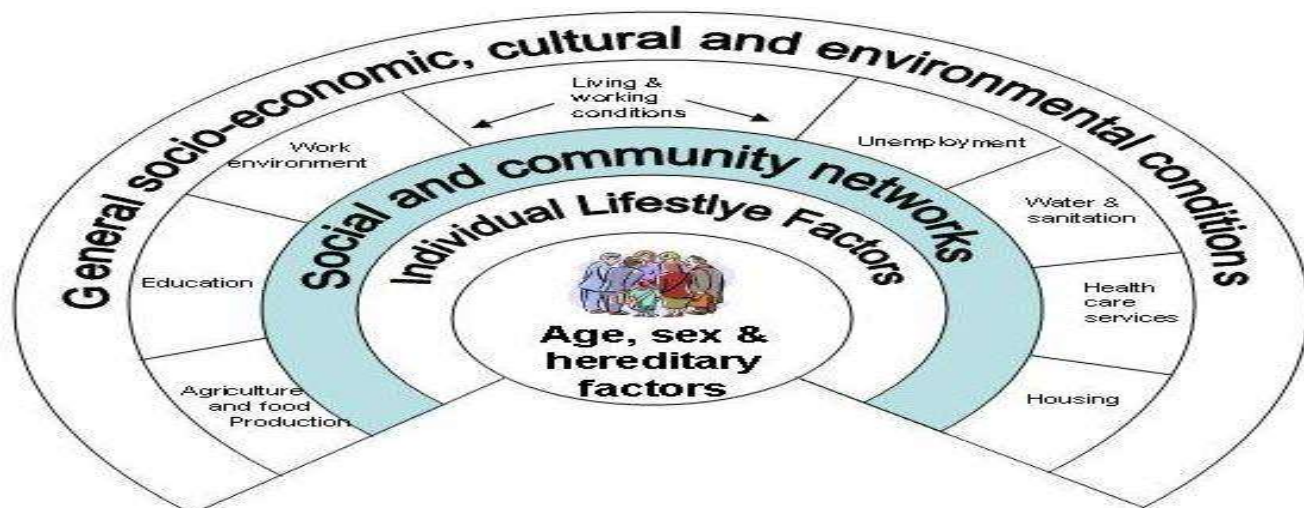
---

<sup>6</sup> [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)

κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου, η ενσυναίσθηση, οι θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η εκπαίδευση, η εργασία, η διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον και η συνοχή της κοινότητας. (Sharma et al 2020, Kowalenko et al 2020).

Κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ψυχικών διαταραχών, όπως στρες, άγχος και κατάθλιψη, των περιστατικών βίας, καθώς και αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπρόσθετα, οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση με συνεπαγόμενη αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών. Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 36% μεταξύ 2009 και 2011 (Παπαϊωάννου και Μπεργιαννάκη 2016, Keramidou et al 2018, Stylianidis and Souliotis 2019, Zilidis and Angelopoulos 2021).

Σε μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία, διαπιστώθηκε επίσης ότι τα επίπεδα του στρες, της κατάθλιψης, του άγχους και της διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα προ πανδημίας. Η βαρύτητα των διαταραχών σχετίζεται με το φύλο, τη φυσική άσκηση και τις δραστηριότητες του ατόμου, την ύπαρξη κρουσμάτων στο οικογενειακό περιβάλλον, τον χρόνο που αφιέρωσε το άτομο σε αναζήτηση σχετικών πληροφοριών από το διαδίκτυο, τον τύπο και το είδος της πηγής των πληροφοριών, το επίπεδο μόρφωσης, το οικονομικό επίπεδο του ατόμου, το φόβο για νόσηση από τον ιό, την απώλεια εισοδήματος και τον βαθμό εγκλεισμού λόγω των περιοριστικών μέτρων (Brooks et al 2020, Passavanti et al 2021). Οι Σχηματικές απεικονίσεις 1 και 2 «οπτικοποιούν» τα δεδομένα για τους προσδιοριστές της υγείας που αναφέραμε παραπάνω.



Σχηματική απεικόνιση 1. Οι προσδιοριστές της υγείας.<sup>7</sup>



Σχηματική απεικόνιση 2. Οι προσδιοριστές της ψυχικής υγείας.<sup>8</sup>

### 1.3 Υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας ορίζονται ως το σύνολο των δράσεων και των κανόνων που αναπτύχθηκαν για τη μέριμνα της υγείας, και περιλαμβάνουν τη φροντίδα υγείας, την περίθαλψη, τις προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς και τον μηχανισμό παροχής και διανομής τους

<sup>7</sup> Πηγή: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook>

<sup>8</sup> Πηγή: Shim et al 2014

στους πολίτες. Ο όρος «περίθαλψη» αφορά σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας, δηλαδή σε πάσχοντα άτομα. Η περίθαλψη διακρίνεται σε δύο μορφές: α) στην εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται σε ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας για τη διάγνωση και τη θεραπεία τους και β) στη νοσοκομειακή ή κλειστή, η οποία παρέχεται μετά από εισαγωγή του ασθενούς σε νοσοκομείο (Θεοδώρου et al 2001).

Η φροντίδα υγείας είναι μια ευρύτερη έννοια και περιλαμβάνει το σύνολο των πολιτικών, των δραστηριοτήτων και των παροχών σε πάσχοντα και σε υγιή άτομα, με σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους. Η φροντίδα υγείας ενσωματώνει υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, αλλά και υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης. Η φροντίδα υγείας δεν αφορά μόνο σε μεμονωμένα άτομα, αλλά μπορεί και να αφορά και στο σύνολο του πληθυσμού, είναι θεσμοθετημένη και εκφράζεται μέσω της εφαρμοζόμενης πολιτικής υγείας (Mosadeghrad 2013).

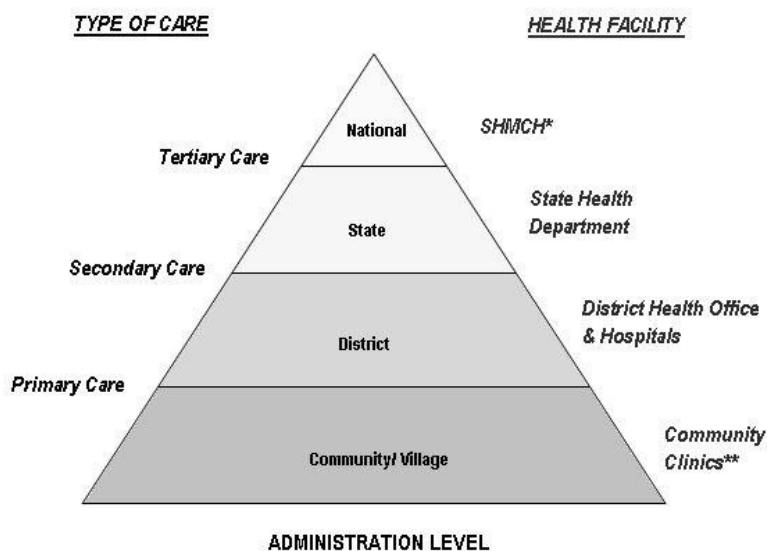
Η παροχή της φροντίδας υγείας, σε όλα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, διαρθρώνεται σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκεται η ΠΦΥ, η οποία είναι το πρώτο στάδιο στην επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας. Σε αυτό το επίπεδο εξυπηρετείται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών-χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η ΠΦΥ λειτουργεί σαν «πύλη εισόδου» των ασθενών προς τα επόμενα επίπεδα φροντίδας (Sorsdahl et al 2021).

Το επόμενο επίπεδο αντιστοιχεί στη δευτεροβάθμια φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται στα εσωτερικά τμήματα νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών, και περιλαμβάνει διαγνωστικούς και απεικονιστικούς ελέγχους, παροχή νοσηλείας και χορήγηση θεραπείας. Στο τρίτο επίπεδο βρίσκεται η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία παρέχεται σε νοσηλευτικά ιδρύματα και προϋποθέτει εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες, τεχνογνωσία, εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές, καθώς και την υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Παραδείγματα τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, η αντιμετώπιση εγκυμοσύνων, οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, η χορήγηση ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Τέλος, υπάρχει και ένα τέταρτο επίπεδο φροντίδας υγείας, το οποίο περιλαμβάνει πολύ εξειδικευμένες φροντίδες, που δεν είναι εύκολα προσβάσιμες από τους ασθενείς. Οι φροντίδες αυτού του επιπέδου προσφέρονται σε περιορισμένο αριθμό εθνικών και διεθνών κέντρων. Παραδείγματα τέτοιου επιπέδου φροντίδας είναι η χορήγηση πειραματικών φαρμάκων, η φροντίδα ασθενών με σπάνιες παθήσεις και η χειρουργική σε κυοφορούμενο έμβρυο. Στο επίπεδο

αυτό απαιτείται απόλυτη εξειδίκευση του προσωπικού και των υποδομών (Lo et al 2016, Baumgarten and Flake 2019, Borysowski et al 2020).

Η διαβάθμιση της φροντίδας υγείας σε διαφορετικά επίπεδα παριστάνεται σχηματικά με μια πυραμίδα (βλ. σχηματική απεικόνιση 3. ακολούθως στο κείμενο). Όσο ανεβαίνουμε από το κατώτερο προς το ανώτερο επίπεδο, η φροντίδα χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη εξειδίκευση και τεχνική πολυπλοκότητα, ενώ ο αριθμός των ασθενών-χρηστών μειώνεται.



**Σχηματική απεικόνιση 3. Η πυραμίδα της φροντίδας υγείας<sup>9</sup>.**

#### **1.4 Ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας, σε όλες τις χώρες του κόσμου. Το 1978 πραγματοποιήθηκε η διεθνής συνδιάσκεψη της Alma-Ata, με τη συμμετοχή αντιπροσώπων από κυβερνήσεις κρατών, μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και διεθνών οργανισμών. Η συνδιάσκεψη οργανώθηκε από τον ΠΟΥ και την United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) και αφορούσε στην ΠΦΥ και την ανάγκη για συλλογική δράση από όλους τους εμπλεκόμενους, για την προστασία και την προαγωγή της υγείας. (Birn 2018, Sadeghi et al 2020).

<sup>9</sup> Πηγή: Shariff et al 2010

Στη συνδιάσκεψη διατυπώθηκε ο ορισμός της ΠΦΥ σύμφωνα με τον οποίο «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο οικονομικού εποικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» (WHO 1978).

#### **1.4.1 Η διακήρυξη της Alma-Ata**

Στη συνδιάσκεψη της Alma Ata συντάχθηκε μια διακήρυξη δέκα σημείων που αφορούν στην ΠΦΥ. Μέσω αυτής της διακήρυξης εισάγεται μια νέα αντίληψη για την υγεία, η οποία στηρίζεται στη συνεργασία των κρατών, την ισότητα, την κοινωνική αλληλεγγύη και την ορθολογική χρήση των πόρων. Επιπρόσθετα, η διακήρυξη τονίζει τη σημασία των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, και τη συμμετοχή της κοινότητας και των πολιτών στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία τους. Τα δέκα σημαντικά σημεία της διακήρυξης είναι τα παρακάτω (WHO 1978, Rifkin 2018, Sadeghi et al 2020):

1. Η υγεία θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα για τον άνθρωπο και στόχος είναι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε αυτό το σκοπό πρέπει να συμβάλλουν όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με την οικονομία, την ανάπτυξη, την εκπαίδευση και την κοινωνία.
2. Ανάμεσα στους κατοίκους των χωρών με διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης και οικονομικές δυνατότητες καταγράφονται μεγάλες ανισότητες στον τομέα της υγείας. Αυτές οι ανισότητες δεν πρέπει να είναι αποδεκτές από τη διεθνή κοινότητα και όλα τα κράτη πρέπει να συμβάλλουν στην εξάλειψή τους.
3. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη συμβάλλουν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, καθώς και στη μείωση του χάσματος ανάμεσα στις ανεπτυγμένες και τις

αναπτυσσόμενες χώρες. Η προαγωγή και η προστασία της υγείας είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει σε καλύτερη ποιότητα ζωής και την παγκόσμια ειρήνη.

4. Οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα συμμετοχής ατομικά και συλλογικά, στον σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων για την φροντίδα υγείας που τους παρέχεται.
5. Οι κυβερνήσεις των κρατών έχουν την ευθύνη για την υγεία των πολιτών. Πρέπει να σχεδιάζουν και να υλοποιούν τις κατάλληλες πολιτικές και μέτρα για την επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου υγείας. Ένας από τους βασικότερους πυλώνες για την επίτευξη του στόχου «υγεία για όλους» είναι η ΠΦΥ. Ο στόχος αποσκοπεί σε τέτοιο επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους, που θα τους επιτρέπει να ζουν σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης, παραγωγικότητας και οικονομικής ευημερίας.
6. Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη βαθμίδα επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας. Η φροντίδα υγείας που παρέχει η ΠΦΥ, βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, καθολικά προσβάσιμες στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα, με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης τους, διατηρώντας την αυτοδυναμία και την αυτοδιάθεση τους. Η ΠΦΥ παρέχει τη φροντίδα υγείας στον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών.
7. Η ΠΦΥ παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, προληπτικής ιατρικής, συμβουλευτικής, θεραπευτικής αγωγής και αποκατάστασης στην κοινότητα, ανοσοποίηση έναντι λοιμωδών νοσημάτων, καθώς και φροντίδα μητέρας και παιδιού. Για τον σκοπό αυτό δραστηριοποιεί όλους τους τομείς που μπορούν να συνεισφέρουν στο έργο της, όπως εκπαίδευση, γεωργία και κτηνοτροφία, διαχείριση επισιτισμού, επικοινωνίες, κοινοτικές και δημόσιες υπηρεσίες.
8. Η ΠΦΥ πρέπει να τυγχάνει κυβερνητικής στήριξης στην οργάνωση και τη λειτουργία της, μέσω της χάραξης πολιτικής και της διάθεσης των απαιτούμενων ανθρώπινων και υλικών πόρων.
9. Ο στόχος της συνδιάσκεψης της Alma-Ata, «υγεία για όλους», μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη συνεργασία μεταξύ των χωρών.
10. Η ορθολογική χρήση των πόρων θα μπορέσει να αποδεσμεύσει πόρους που απαιτούνται για τη λειτουργία της ΠΦΥ. Μέχρι τώρα, μεγάλα ποσά χρημάτων διατίθενται σε

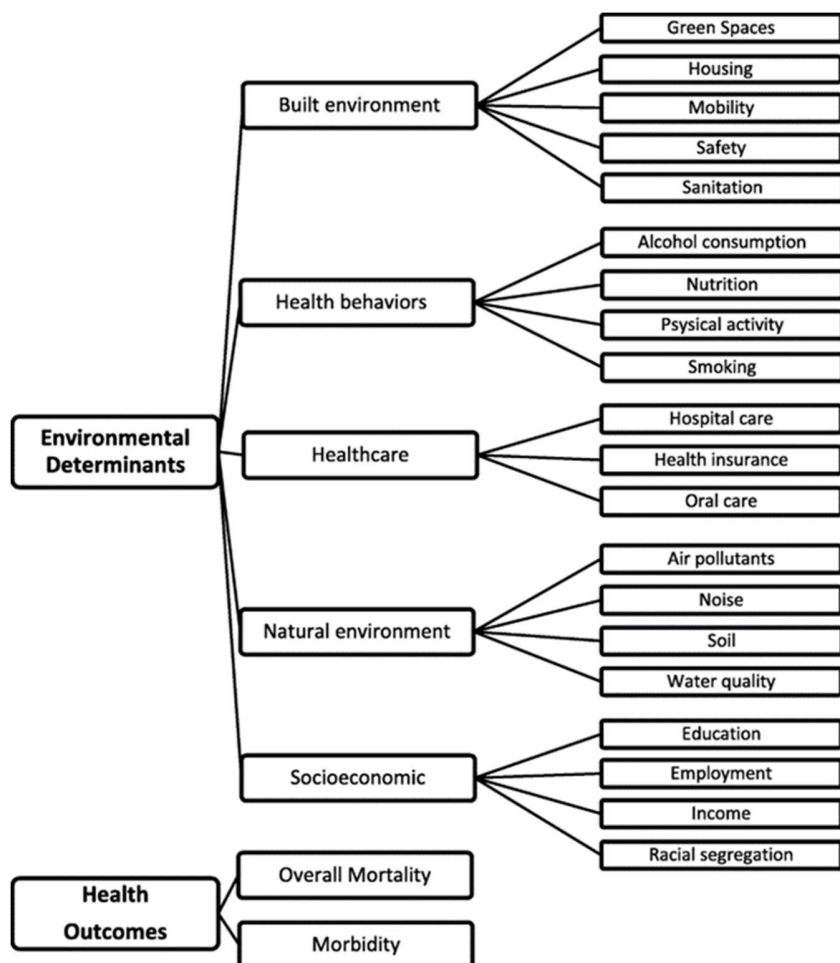
αμυντικά συστήματα και όπλα, αποσπώντας χρήσιμους πόρους από τη διάθεση τους για τις υπηρεσίες υγείας.

#### **1.4.2 Η Διεθνής Συνδιάσκεψη της Astana**

Το 2018 πραγματοποιήθηκε στην πόλη Astana του Καζακστάν η δεύτερη σημαντική συνδιάσκεψη που αφορά στην ΠΦΥ. Διαπιστώθηκε ότι η πρόοδος που είχε σημειωθεί δεν ήταν ικανοποιητική, ιδίως σε θέματα σχετικά με την υγεία των γυναικών και των παιδιών, την ψυχική υγεία, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις λοιμώξεις και την πρόσβαση σε προσυμπτωματικούς και διαγνωστικούς ελέγχους. Τέθηκε νέος στόχος με τον τίτλο «Υγεία και Βιώσιμη Ανάπτυξη». Ο νέος στόχος περιλαμβάνει τον περιορισμό της φτώχειας, την εξάλειψη των ανισοτήτων και την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος από τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής.

Η διακήρυξη της Αστάνα τονίζει εκ νέου τη σημασία της υγείας ως θεμελιώδους ανθρώπινου δικαιώματος, καθώς και τη σημασία της εξάλειψης των ανισοτήτων. Επιπρόσθετα, εισάγει ορισμένες νέες έννοιες, όπως οι οικονομικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί προσδιοριστές της υγείας, οι παράγοντες κινδύνου, οι συνήθειες του τρόπου ζωής, η σημασία του φυσικού περιβάλλοντος στην υγεία και η ανακουφιστική φροντίδα. Στην ομάδα των περιβαλλοντικών προσδιοριστών της υγείας περιλαμβάνονται η κλιματική αλλαγή, η τρύπα του όζοντος, η ρύπανση του νερού και του αέρα, η έκθεση σε χημικές και τοξικές ουσίες, τα απόβλητα, καθώς και η αύξηση της θερμοκρασίας του πλανήτη (Salgado et al 2020). Οι προσδιοριστές της υγείας διαφοροποιούνται ταχύτατα και σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια, επηρεάζοντας την υγεία χιλιάδων ανθρώπων παγκοσμίως (βλ. στη Σχηματική απεικόνιση 4 ακολούθως).





**Σχηματική απεικόνιση 4. Οι περιβαλλοντικοί προσδιοριστές της υγείας (Salgado et al 2020).**

Η διακήρυξη της Astana, επιβεβαιώνει τη σημασία της ΠΦΥ και την ανάγκη της συνεχούς αλληλεπίδρασης της ΠΦΥ με τη δημόσια υγεία, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη διαδικασία για την επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας για όλους (Ghebreyesus et al 2018, Kraef and Kallestrup 2019). Η ΠΦΥ είναι ο βασικός πυλώνας στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας, σύμφωνα με τις αρχές του κοινωνικού δικαίου και του σεβασμού προς τον άνθρωπο. Για τον σκοπό αυτό πρέπει να ενισχυθεί με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και τους απαιτούμενους υλικούς πόρους (von Schoen-Angerer et al 2023).

Τονίζεται επίσης η σημασία της πρόληψης των διαφόρων νοσημάτων και της προαγωγής της υγείας, μέσω της εφαρμογής των κατάλληλων μέτρων και πολιτικών, όπως τα προγράμματα σχολικής υγείας, τα εμβολιαστικά προγράμματα, καθώς και τα προγράμματα που αφορούν στην

ψυχική υγεία, τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την φροντίδα μητέρας και παιδιού. Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό σημείο της διακήρυξης της Astana αφορά στην ορθή λειτουργία της ΠΦΥ, ως σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας, με στόχο να διασφαλιστεί ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπής μεταξύ ΠΦΥ και των επόμενων επιπέδων φροντίδας της υγείας (WHO and UNISEF 2018)

### **1.4.3 Μοντέλα Οργάνωσης της ΠΦΥ**

Προκειμένου η ΠΦΥ να έχει την αποτελεσματική λειτουργία που προβλέπεται από τη διακήρυξη της Astana, θα πρέπει να έχει την κατάλληλη οργάνωση, η οποία θα διευκολύνει τη λειτουργία της και θα επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σχετικά με την οργάνωση της ΠΦΥ, έχουν εφαρμοσθεί τρία διαφορετικά μοντέλα: α) το ιεραρχικό-κανονιστικό μοντέλο, όπου το σύστημα υγείας οργανώνεται γύρω από την ΠΦΥ. Σε σχέση με το ιεραρχικό-κανονιστικό μοντέλο, τα παρακάτω δυο χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ελευθερία και δικαιοδοσία στους ιατρούς. Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται στα συστήματα υγείας της Ισπανίας, της Φινλανδίας και της Σουηδίας, β) το ιεραρχικό-επαγγελματικό μοντέλο, όπου ο οικογενειακός ιατρός είναι ο θεμέλιος λίθος του συστήματος υγείας. Αυτό το μοντέλο οργάνωσης εφαρμόζεται στα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Ολλανδίας και της Αυστραλίας και γ) το μη ιεραρχικό-επαγγελματικό μοντέλο, όπου η ΠΦΥ οργανώνεται με πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας, όπως συμβαίνει στη Γερμανία και τον Καναδά (Longhini et al 2022).

Ωστόσο, στην περίπτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Οικογενειακών Ιατρών, προτείνεται η ανάπτυξη μοντέλων τοπικά, με αξιοποίηση των δυνατοτήτων κάθε χώρας. Τα εν λόγω μοντέλα οφείλουν να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες του πληθυσμού, σε εθνικό, περιφερειακό και κοινοτικό επίπεδο (Australian Ministry 2009, Φουντουλάκης 2021).

### **1.5 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της υγείας του ατόμου. Στις χώρες της ΕΕ τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν περίπου 84 εκατομμύρια άτομα, τα οποία εκτός από την προσωπική και οικογενειακή οδύνη, αντιμετωπίζουν σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, όπως είναι ο στιγματισμός και η απώλεια εισοδήματος λόγω μειωμένης απασχόλησης, απουσίας από την εργασία και μειωμένης παραγωγικότητας. Σε επίπεδο κράτους, οι οικονομικές

επιπτώσεις σχετίζονται με τις αυξημένες δαπάνες για νοσηλείες, ιατρικές επισκέψεις και χορήγηση φαρμάκων, καθώς και με το κόστος που συνεπάγονται οι αναρρωτικές άδειες, οι άδειες αναπηρίας και η χορήγηση διαφόρων επιδομάτων (Trautmann et al 2016, Müller et al 2021). Εκτιμάται ότι το συνολικό κόστος των προβλημάτων ψυχικής υγείας υπερβαίνει το 4 % του ΑΕΠ (πάνω από 600 δισ. ευρώ) στις 27 χώρες της ΕΕ και τη Μεγάλη Βρετανία<sup>10</sup>.

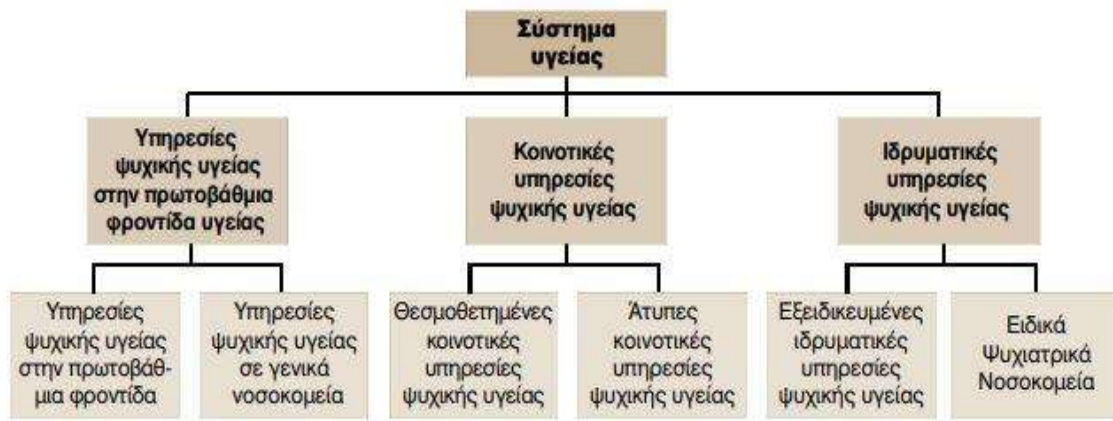
Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2022 «Η υγεία με μια ματιά», σχεδόν ένας στους δύο νέους ευρωπαίους πολίτες αναφέρει ότι δεν καλύπτονται οι ανάγκες περίθαλψης όσον αφορά την ψυχική υγεία, ενώ το ποσοστό των νέων που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης σε αρκετές χώρες της ΕΕ υπερδιπλασιάστηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Gutiérrez-Colosía et al 2019). Η νέα προσέγγιση της ΕΕ αναγνωρίζει ότι η ψυχική υγεία δεν περιορίζεται μόνο στη διάσταση της θεραπείας και της αποκατάστασης, αλλά αφορά σε μεγάλο βαθμό σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η ψηφιοποίηση, η απασχόληση, η έρευνα, η αστική ανάπτυξη, το περιβάλλον και το κλίμα, καθώς και τους τομείς της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και των εξαρτήσεων, και τον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και των υγιών διαπροσωπικών σχέσεων<sup>11</sup>.

Συνοψίζοντας, η παροχή ποιοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία πρέπει να οργανώνεται και να γίνεται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του, σε συνεργασία με άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες και φορείς (κρατικούς, κοινοτικούς, εθελοντικούς, κ.ά.). Εντός του συστήματος υγείας, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διακρίνονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ, σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σε ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως αποτυπώνεται και στην Σχηματική απεικόνιση 5. ακολούθως:

---

<sup>10</sup> [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_el](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_el)).

<sup>11</sup>



**Σχηματική απεικόνιση 5. Σχηματική παράσταση της οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας<sup>12</sup>.**

### 1.5.1 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από την ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ, στις οποίες εστιάζει η παρούσα εργασία, παρέχονται είτε στις δομές της ΠΦΥ, είτε σε γενικά νοσοκομεία, και περιλαμβάνουν τόσο θεραπευτικές υπηρεσίες, όσο και υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες δεν είναι οι ίδιες σε όλες τις χώρες, αλλά διαφέρουν ανάλογα με το μοντέλο οργάνωσης, την οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας και τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού (Sadeniemi et al 2018, Gutiérrez-Colosía et al 2019). Στην Ισπανία π.χ. έχει γίνει ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο σύστημα υγείας της χώρας και έχει αναπτυχθεί ένα εκτεταμένο δίκτυο με δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Στη Φινλανδία οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την κατάθλιψη, τη διαταραχή άγχους και τις εξαρτήσεις, παρέχονται από τις δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίες είναι στελεχωμένες με εξειδικευμένο προσωπικό, όπως είναι οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Sadeniemi et al 2018). Στην Αυστρία, τη Γαλλία και τις Σκανδιναβικές χώρες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται σε μεγάλο ποσοστό από τα νοσοκομεία (Gutiérrez-Colosía et al 2019).

Οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ παρέχουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις για τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Το

<sup>12</sup> Πηγή: WHO 2018

προσωπικό που εμπλέκεται σε δράσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας, όπως είναι οι επισκέπτες υγείας και οι σχολικοί νοσηλευτές, πραγματοποιεί δράσεις και ελέγχους στα σχολεία για την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Επιπρόσθετα, παρέχει πληροφόρηση, εκπαίδευση και καθοδήγηση σε θύματα συμπεριφορών βίας και φυσικών καταστροφών (Notara and Sakellari 2013, Math et al 2015, Katalin et al 2020).

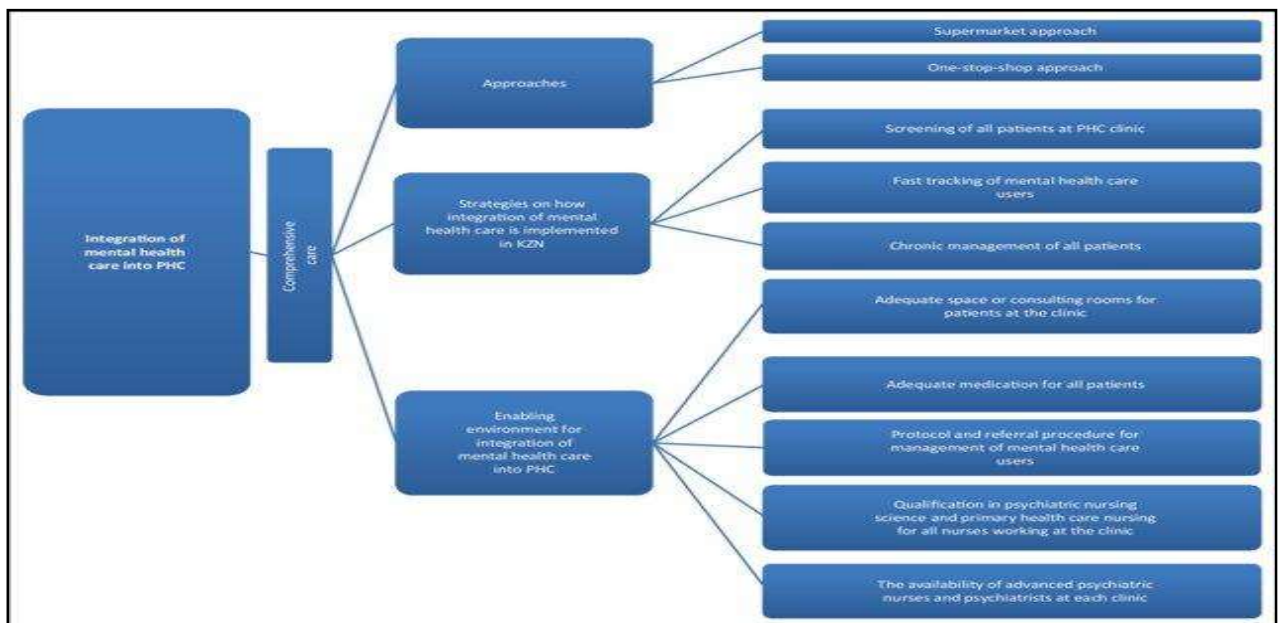
Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ανάπτυξη των απαιτούμενων δεξιοτήτων είναι απαραίτητη, ώστε να μπορεί το προσωπικό να αναγνωρίζει τα προβλήματα ψυχικής υγείας και να παρέχει τις κατάλληλες λύσεις. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχής, ώστε να διατηρούνται οι δεξιότητες και η γνώση να είναι πάντα επικαιροποιημένη (Timothy et al 2017, Marangu et al 2021).

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας από την Π.Φ.Υ. και κατά συνέπεια στην κοινότητα, η οποία αποτελεί περιβάλλον των ασθενών, αποδίδεται με τον όρο «ενσωμάτωση» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ.. Ο ΠΟΥ έχει υπερτονίσει τη σημασία της ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ για τους παρακάτω λόγους:

- Την αποφυγή του στιγματισμού για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Δεδομένου ότι οι υπηρεσίες της ΠΦΥ δεν είναι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι περισσότερο αποδεκτές από τους ασθενείς και τους οικείους τους.
- Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι περισσότερο προσβάσιμες, λόγω της γεωγραφικής εγγύτητας των δομών της ΠΦΥ με τον πληθυσμό ευθύνης.
- Η γενική φύση των υπηρεσιών της ΠΦΥ προσφέρει τη δυνατότητα αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής μαζί με υποκείμενα νοσήματα, προσφέροντας έτσι μια ολοκληρωμένη φροντίδα για το σύνολο των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.
- Αν το προσωπικό της ΠΦΥ έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση, είναι σε θέση να ανιχνεύσει σε πρώιμο στάδιο τα προβλήματα ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα την ταχύτερη διάγνωση και αντιμετώπισή τους.
- Το μειωμένο κόστος των υπηρεσιών, διότι η πρόσβαση σε εξειδικευμένο κέντρο απαιτεί δαπάνη μετακίνησης, άδεια από την εργασία, με συνέπεια την απώλεια εισοδήματος για τον ασθενή και τον συνοδό του, καθώς και το κόστος επίσκεψης σε εξειδικευμένο ιατρό.
- Την καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, λόγω της ιδιαίτερης διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται στην ΠΦΥ μεταξύ ιατρού και ασθενούς.
- Τη βελτιωμένη εγκαιρότητα και την υποστήριξη των ασθενών στο περιβάλλον τους. Οι ασθενείς, όταν απαιτείται να απομακρυνθούν από το οικείο περιβάλλον και την

καθημερινή τους ρουτίνα, χάνουν το αίσθημα ασφάλειας που έχουν στο χώρο τους και την υποστήριξη από τα οικεία τους πρόσωπα και αυτό έχει αντίκτυπο στα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

- Την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Με τη διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ αποφεύγεται η εισαγωγή σε ψυχιατρικά ιδρύματα, όπου πολλές φορές τα ανθρώπινα δικαιώματα καταπατώνται. Στην Σχηματική απεικόνιση 6 ακολούθως παρατίθεται ενδεικτικά το προτεινόμενο πλαίσιο ενσωμάτωσης που προτάθηκε από τους Hlongwa and Sibiya.
- Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, 63% των χωρών παγκοσμίως διαθέτουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ το 87% των χωρών συμφωνεί με την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ. Επίσης, στο 59% των χωρών, το προσωπικό της ΠΦΥ λαμβάνει εκπαίδευση, ώστε να ανταποκριθεί στην ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.



## **Σχηματική απεικόνιση 6. Το πλαίσιο για την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ<sup>13</sup>**

Στα πλαίσια της ΠΦΥ, υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται και στα γενικά νοσοκομεία, σε ψυχιατρικά τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, στα ψυχιατρικά τμήματα επειγόντων και τα εξωτερικά ιατρεία. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους παρέχονται στα νοσοκομεία παιδών. Οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες υγείας είναι εξειδικευμένοι επιστήμονες, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί. Οι υπηρεσίες συνίστανται σε ενδονοσοκομειακή φροντίδα για οξέα περιστατικά, φροντίδα για σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς, φροντίδα ανακούφισης, καθώς και εξειδικευμένη συμβουλευτική και υποστήριξη από διεπιστημονικές ομάδες, που συνδέονται με άλλες δομές όπως τα σωφρονιστικά καταστήματα (Tselebis 2022, Kyanko 2022, Δούκη και Τουλιά 2023).

Το γενικό νοσοκομείο, ως δομή παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας τυγχάνει αποδοχής από τους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, γιατί περιθάλπει και παθολογικά περιστατικά, οπότε αποφεύγεται ο στιγματισμός. Είναι ένα ανοικτό πλαίσιο στο οποίο υπάρχει πολύ μικρότερος κίνδυνος καταπάτησης των δικαιωμάτων, σε σχέση με τα κλειστού τύπου ιδρύματα. Από άποψη γεωγραφικής κατανομής τα γενικά νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται ανισότητα στην πρόσβαση των ασθενών σε αυτά. Το κόστος των υπηρεσιών είναι υψηλότερο, ανάλογα και με την ασφάλιση του ασθενούς.

Ο ασθενής και ο συνοδός επιβαρύνονται με έμμεσο κόστος, γιατί καταβάλλουν έξοδα μετακίνησης και έχουν απώλεια εισοδήματος, λόγω της απουσίας από την εργασία τους. Τα γενικά νοσοκομεία παρέχουν το πλεονέκτημα της άμεσης πρόσβασης σε εξειδικευμένους επιστήμονες και εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, με πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα, ιδίως στην αντιμετώπιση των οξέων καταστάσεων. Ωστόσο, υπάρχει ο κίνδυνος επανειλημμένων εισαγωγών στο νοσοκομείο, με την αντίστοιχη οικονομική και συναισθηματική επιβάρυνση του ασθενούς (Currie et al 2018, Compton and Shim 2020, Elhassan et al 2020).

### **1.5.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας**

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν ως στόχο την αποκατάσταση της υγείας των ψυχικά ασθενών και της οικογένειάς τους στα πλαίσια της κοινότητας και τη βελτιστοποίηση της

---

<sup>13</sup> Πηγή: Hlongwa and Sibiyi 2019

κοινωνικής τους ένταξης και επανένταξης. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας διακρίνονται σε θεσμοθετημένες και σε άτυπες.

Οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης (όπως κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, ομάδες υποστήριξης και εποπτευόμενες θέσεις απασχόλησης), προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές υπηρεσίες κλειστού τύπου, οι οποίες είναι εποπτευόμενες, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, γραμμές τηλεφωνικής βοήθειας και κοινοτικές υπηρεσίες για ειδικές ομάδες του πληθυσμού (όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες που παρέχονται σε κέντρο υποδοχής μεταναστών και προσφύγων, σε συμβουλευτικά κέντρα για την υποστήριξη κακοποιημένων γυναικών και άλλα).

**Οι άτυπες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας** συνιστούν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα των θεσμοθετημένων και βασίζονται στην προσφορά εθελοντών, ο οποίοι διαθέτουν το κίνητρο της προσφοράς προς τον συνάνθρωπο και ανήκουν σε διάφορες θρησκευτικές ή ανθρωπιστικές εθελοντικές οργανώσεις, τοπικές κοινωνίες και ΜΚΟ (Περιτογιάννης και Μαυρέας 2014).

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν έχουν έδρα τα νοσοκομεία, αλλά βρίσκονται σε στενή συνεργασία με αυτά (Royal College of Psychiatrists 2022). Είναι εύκολα προσβάσιμες, ιδιαίτερα από άτομα που χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση. Τα κλινικά αποτελέσματα είναι πολύ καλά, ιδιαίτερα από μονάδες που είναι κατάλληλα στελεχωμένες και λαμβάνουν επαρκή χρηματοδότηση. Είναι αποδεκτές από τους ασθενείς, λόγω της προσβασιμότητας, της αποφυγής του στιγματισμού και της μειωμένης πιθανότητας παραβίασης των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Ωστόσο, για την αποτελεσματική λειτουργία τους απαιτούνται επαρκείς ανθρώπινοι και υλικοί πόροι (Περιτογιάννης και Μαυρέας 2014, Paschalidou et al 2023).

### **1.5.3 Ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας**

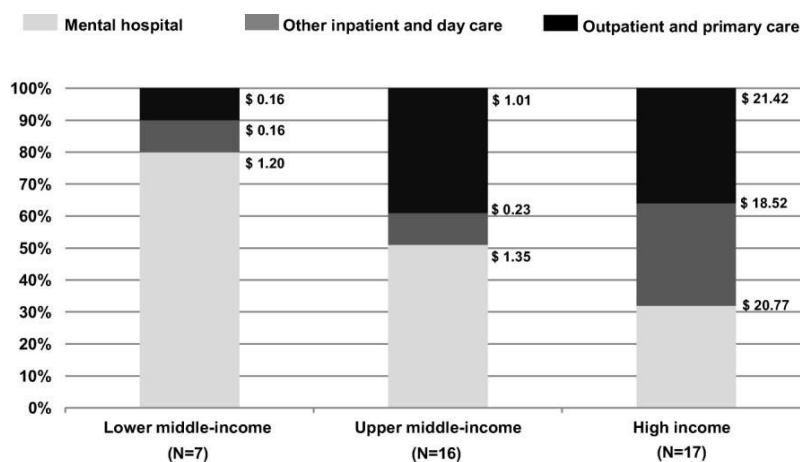
Οι ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται σε καταστάσεις που απαιτούν ένα ιδρυματικό πλαίσιο, όπως στα οξέα και τα βαριά περιστατικά. Διακρίνονται σε εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα, κέντρα για τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών, όπως είναι η ανορεξία, εξειδικευμένες κλινικές για παιδιά και εφήβους, εξειδικευμένες υπηρεσίες για διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, κλινικές για ηλικιωμένους με άνοια ή νόσο Alzheimer, κ.ά.) και σε υπηρεσίες που παρέχονται σε



ψυχιατρικά νοσοκομεία (Thornicroft et al 2016, Alexopoulos et al 2020, Roldán-Merino et al 2023).

Οι ιδρυματικές υπηρεσίες διαχειρίζονται ασθενείς με διαταραχές που είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν με άλλου τύπου φροντίδα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες μακροχρόνιας φύλαξης. Η αποδοχή των ιδρυματικών υπηρεσιών είναι χαμηλή, λόγω του στιγματισμού των ασθενών, ενώ το κόστος οργάνωσης και λειτουργίας τους είναι πολύ υψηλό. Συνήθως βρίσκονται σε απομακρυσμένα σημεία με μειωμένη πρόσβαση, διότι οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς δεν είναι σε θέση να δεχθούν επισκέψεις. Τα κλινικά αποτελέσματα είναι κάπως πενιχρά λόγω της ιδρυματικής διαδικασίας, της βαρύτητας των περιστατικών και της απουσίας δραστηριοτήτων αποκατάστασης (Zisman-Ilani et al 2018, Storm et al 2019).

Στις διάφορες χώρες του κόσμου, η κατά κεφαλήν δαπάνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας διαφοροποιείται και κυμαίνεται ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας και το εισόδημα της χώρας (βλ. Σχηματική απεικόνιση 7 ακολούθως). Στις χώρες με υψηλότερο εισόδημα το μεγαλύτερο ποσοστό της φροντίδας για την ψυχική υγεία παρέχεται στην κοινότητα, ενώ αντίθετα, στις χώρες με χαμηλό εισόδημα παρέχεται από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.



### Σχηματική απεικόνιση 7. Παγκόσμια κατανομή της κατά κεφαλήν δαπάνης για την ψυχική υγεία, ανά είδος υπηρεσίας<sup>14</sup>

Εν κατακλείδι, παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανάλογα με το εισόδημα και τις δαπάνες για την ψυχική υγεία σε κάθε χώρα.

<sup>14</sup> Πηγή WHO, Atlas 2021

## 1.6 Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατη και σημαίνει «την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα» (Department of Health, UK, 2003). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αξιολογείται ως προς (Endeshaw 2021):

- Τη δομή (structure): ο όρος αφορά σε στοιχεία από την οργάνωση των υπηρεσιών, όπως τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό, τον αριθμό του προσωπικού συνολικά και ανά ειδικότητα, την εξειδίκευση του προσωπικού και την εμπειρία του.
- Τη διαδικασία (process): ο όρος αφορά στην επιλογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων και τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα στους ασθενείς.
- Την έκβαση (outcome): ο όρος αφορά στα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην υγεία των ασθενών.

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορεί να μετρηθούν, ώστε να καταστεί εφικτή η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών. Ωστόσο, η αξιολόγηση δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή μέτρηση και καταγραφή των εκβάσεων, αλλά να αποτελέσει μια δυναμική προσέγγιση με σκοπό τη συνεχή βελτίωση (Lantta et al 2021, van Elp et al 2022).

Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ορίζεται από τον ΠΟΥ ως εξής: «η φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι οικονομικά και γεωγραφικά προσβάσιμη, να τη χαρακτηρίζει η ισότητα, η εθελούσια προσέλευση του χρήστη των υπηρεσιών και η επαρκής ποιότητα». Συνιστά ένα μέτρο του κατά πόσο οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών εκβάσεων και του κατά πόσο ακολουθούν σύγχρονες και εμπειρικά τεκμηριωμένες πρακτικές. Η ποιότητα της υπηρεσίας ψυχικής υγείας, μπορεί επιπρόσθετα να αποτιμηθεί μέσω των διαστάσεων της, οι κυριότερες από τις οποίες είναι οι παρακάτω (Follwell et al 2021, Powell et al 2022):

- Αποτελεσματικότητα: η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς μετά από τις εφαρμοζόμενες παρεμβάσεις.
- Αποδοτικότητα: τα αποτελέσματα της φροντίδας, σε σχέση με τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους που δαπανήθηκαν για την παροχή της.
- Ανταποκρισιμότητα: η παροχή της φροντίδας σε μη προγραμματισμένες και έκτακτες καταστάσεις.
- Βαθμός ολοκλήρωσης: αν η φροντίδα ολοκληρώθηκε πλήρως ή αν ο ασθενής έλαβε μόνο ένα τμήμα της.

- Διαθεσιμότητα: η δυνατότητα προσφοράς της φροντίδας χωρίς περιορισμούς.
- Εμπιστευτικότητα: η παροχή της φροντίδας με εχεμύθεια.
- Ενσυναίσθηση: η κατανόηση και η συναισθηματική ταύτιση με τον ασθενή.
- Επαγγελματική επάρκεια: οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η εμπειρία του προσωπικού που παρέχει την φροντίδα.
- Ηθική φροντίδα: η παροχή της φροντίδας σύμφωνα με τις ηθικές αρχές, με προστασία της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων του ψυχικά ασθενούς ατόμου, σεβασμό, υποστήριξη και ενθάρρυνση, καθώς και αποφυγή της περιθωριοποίησης και του στιγματισμού.
- Ισότητα: η παροχή της ίδιας φροντίδας σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από κοινωνικές, οικονομικές, φυλετικές και πολιτικές διαφορές.
- Προσβασιμότητα: ο βαθμός ευκολίας απόκτησης της φροντίδας.
- Συνέχεια: η δυνατότητα προσφοράς συνεχούς χρονικά φροντίδας.
- Εγκαιρότητα: η έγκαιρη παροχή φροντίδας, χωρίς χρονικές αναμονές.
- Συντονισμένη φροντίδα: παροχή φροντίδας που καλύπτει και άλλες ανάγκες των ασθενών, όπως για παράδειγμα οι κοινωνικές και οι στεγαστικές υπηρεσίες.

Επιπρόσθετα, στην παρακάτω σχηματική απεικόνιση παρουσιάζονται μόνο κάποιες από τις διαστάσεις των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας όπως παρέχονται σε κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, που προάγει την ψυχολογική ασφάλεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε αυτοί να μπορούν να παρέχουν απρόσκοπτα τη φροντίδα προς τους ασθενείς (βλ. Σχηματική απεικόνιση 8 ακολούθως).



## **Σχηματική απεικόνιση 8. Διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας<sup>15</sup>.**

Είναι σαφές ότι θα μπορούσαμε να βελτιώσουμε το βαθμό των παρεχόμενων υπηρεσιών της ψυχικής υγείας αν αυτές παρέχονταν από στον πρώτο βαθμό φροντίδας δηλαδή στην ΠΦΥ. Με βάση όσα αναπτύχθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους, αναφορικά με τη λειτουργία της ΠΦΥ, εξετάζεται στη συνέχεια η λειτουργία της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **2.1 Υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ παρέχει στους πολίτες υπηρεσίες υγείας που έχουν ως αποδέκτες μεμονωμένα άτομα, οικογένειες, κοινότητες, αλλά και το σύστημα υγείας, ως ακολούθως (Πολύζος 2013, Τούντας 2020, Behera et al 2022):

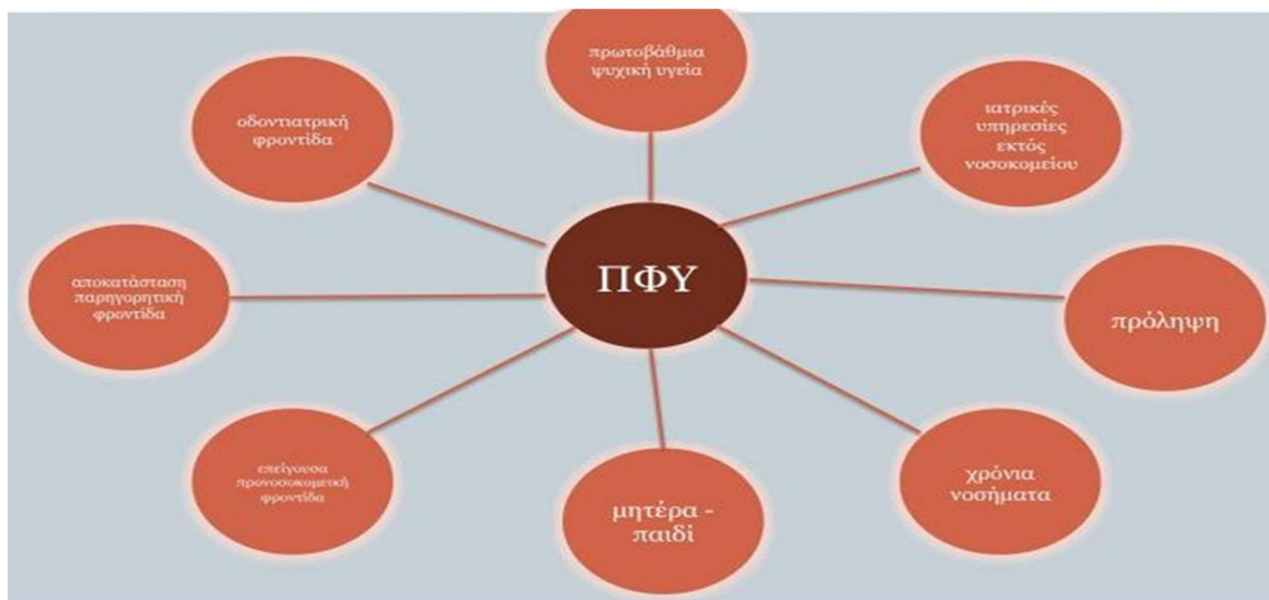
- Υπηρεσίες για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.
- Διερεύνηση σχετικά με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, όπως είναι π.χ. η εκτίμηση των αναγκών υγείας των εφήβων σε μια περιβαλλοντικά υποβαθμισμένη περιοχή.
- Σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας.
- Εφαρμογή των εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού και προληπτικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.
- Τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.
- Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με τον οικογενειακό προγραμματισμό και με την υγεία μητέρας και παιδιού.
- Παραπομπή περιστατικών στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατά περίπτωση παρακολούθηση και συνδιαχείριση των περιστατικών αυτών.
- Παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.
- Διενέργεια προγραμμάτων εμβολιασμού.
- Παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης.
- Παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

---

<sup>15</sup> Πηγή: <https://abuhb.nhs.wales/files/key-documents/integrated-medium-term-plan-imtp/appendix-2-quality-assurance-and-improvement-pdf/>

- Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας με την παρουσία ψυχιάτρων ή άλλου εκπαιδευμένου προσωπικού στον χώρο της ΠΦΥ, με τη διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπηρεσίες ψυχικής και γενικής υγείας, καθώς και με τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας.
- Παροχή πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής και ορθοδοντικής φροντίδας, με εστίαση στην πρόληψη.
- Διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Παραπομπή ασθενών σε ειδικό ιατρό ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες τους.
- Δράσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας.
- Διαχείριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία.
- Παροχή τηλεφωνικής υπηρεσίας που αφορά σε ιατρικές οδηγίες από το τηλέφωνο.
- Παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας για χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Παροχή υπηρεσιών διακομιδής επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΠΦΥ στη χώρα μας, παρουσιάζονται στη **Σχηματική απεικόνιση 9 που ακολουθεί.**



## Σχηματική απεικόνιση 9. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα<sup>16</sup>.

Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας βασίζεται στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, τις υπάρχουσες δομές και τους διαθέσιμους τρόπους χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών και λειτουργεί με βάση τις παρακάτω αρχές (Μπένος 2015):

- Της δωρεάν παροχής των υπηρεσιών στον πληθυσμό
- Της ισότιμης πρόσβασης για όλους τους πολίτες
- Της μέριμνας για τις ευπαθείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες
- Της συνέχειας της φροντίδας
- Της παροχής των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, εργασίας ή προσωρινής διαμονής των πολιτών
- Της ευθύνης και της λογοδοσίας των παρόχων
- Της εφαρμογής της ιατρικής, της νοσηλευτικής και κάθε επαγγελματικής δεοντολογίας
- Της διασύνδεσης με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας
- Της συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς
- Της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες υγείας
- Της ορθολογικής χρήσης των πόρων
- Της αγωγής και της προαγωγής της υγείας της κοινότητας

### 2.2 Δομές της ΠΦΥ

Η βασική δομή της ΠΦΥ είναι τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα οποία σύμφωνα με τον Ν.2889/2001 συνιστούν αυτόνομες και αυτοτελείς οντότητες, που καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού στην περιοχή ευθύνης τους. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τα ΚΥ καθορίζονται από τον Ν. 1397/1983 ως εξής (Economou et al 2017, Βεριώνης 2018, Katelidou et al 2019):

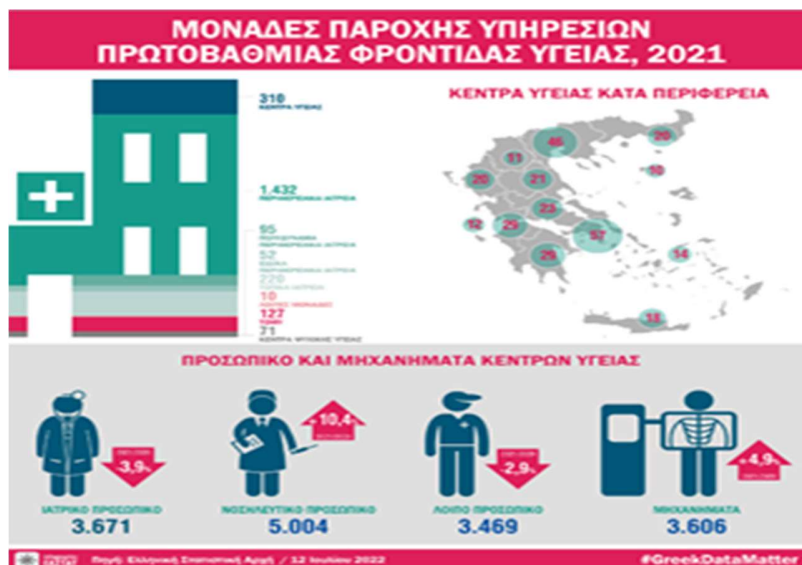
- Ισότιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη στο σύνολο του μόνιμου πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους διαμένουν προσωρινά στην περιοχή αυτή.
- Νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν λάβει εξιτήριο από το νοσοκομείο.

---

<sup>16</sup> Πηγή: <https://www.aegeanpolyclinics.gr/imerida-gia-tin-igia-14122019/>

- Πρώτες βοήθειες και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, μέχρι να διακομισθεί ο ασθενής σε νοσοκομείο. Η διακομιδή γίνεται με ασθενοφόρο όχημα ή με οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις.
- Οδοντιατρική περίθαλψη.
- Υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική συμβουλευτική του πληθυσμού.
- Ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας.
- Υπηρεσίες σχολικής υγιεινής.
- Ενημέρωση σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Εκπαίδευση των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας.
- Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Διενέργεια εργαστηριακών και απεικονιστικών ελέγχων.
- Παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν υπάρχει φαρμακείο στην περιοχή ευθύνης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2021 υπήρχαν 310 ΚΥ σε όλη τη χώρα, με τον μεγαλύτερο αριθμό τους να βρίσκεται στην Αττική και τον μικρότερο στο Βόρειο Αιγαίο και τη Δυτική Μακεδονία. Στην εκτίμηση αυτή έχουν συμπεριληφθεί και οι υπόλοιπες δομές ΠΦΥ, δηλαδή οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ) Περιφερειακά ιατρεία, τα οποία βρίσκονται σε περιοχές με ιδιαίτερες γεωγραφικές και πληθυσμιακές ανάγκες και είναι απομακρυσμένα από τα Κέντρα Υγείας στα οποία υπάγονται, μπορεί, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία., τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Στο σύστημα της ΠΦΥ εντάσσονται και οι υπηρεσίες του ΕΚΑΒ. Στοιχεία σχετικά με το προσωπικό που εργάζεται στις δομές της ΠΦΥ και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό των δομών στη χώρα μας, παρατίθενται στην **Εικόνα 1. ακολούθως**.



Εικόνα 1. Στοιχεία σχετικά με το προσωπικό και τον εξοπλισμό των μονάδων της ΠΦΥ<sup>17</sup>.

## 2.3 Το νομοθετικό πλαίσιο για τη λειτουργία της ΠΦΥ

### 2.3.1 Βασικά Νομοθετήματα μέχρι το 1983

Η πρώτη προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με οργανωμένο τρόπο χρονολογείται από το 1852, με τον θεσμό του επαρχιακού ιατρού. Ακολούθησε η ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ) και του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) το 1861, η ίδρυση της Πολυκλινικής Αθηνών το 1903 και το γραφείο Δημόσιας Υγείας στη Θεσσαλονίκη το 1915. Το 1923 εκδίδεται το Βασιλικό Διάταγμα 4 (ΦΕΚ 328/τ. Α'/14-11-1923) με τίτλο «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας», στο οποίο γίνεται αναφορά για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα υγειονομικά εργαστήρια και από τους νομιάτρους. Οι νομιάτροι ήταν υπεύθυνοι για όλα τα υγειονομικά θέματα του νομού της ευθύνης τους.

<sup>17</sup> Πηγή ΕΛΣΤΑΤ



Με τον Ν.3487/1955, με τίτλο «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών», προβλέπεται η σύσταση ενός αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, μέσω των οποίων δημιουργείται ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.

Ακολουθεί το Βασιλικό Διάταγμα 196 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/26-3-1969), με τίτλο «Περί καθορισμού καθηκόντων επισκεπτριών αδελφών», θεσπίζεται ο ρόλος της επισκέπτριας αδελφής, η οποία εργάζεται σε κέντρα κοινωνικής πολιτικής, πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, υγειονομικούς σταθμούς, υπηρεσίες προστασίας μητρότητας και παιδιού βρεφικής, νηπιακής και προσχολικής ηλικίας, με σαφή αναφορά στην σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια 2002, Ποτήρης και Σαράφης 2014).

### **2.3.2 Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ**

Πρόκειται για τον Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983), με τον τίτλο «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ο όρος ΠΦΥ εμφανίζεται για πρώτη φορά στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, με τον οποίο γίνεται η πρώτη προσπάθεια παροχής οργανωμένης ΠΦΥ στη χώρα μας. Η δημόσια περίθαλψη κατηγοριοποιείται σε α) εξωνοσοκομειακή ή πρωτοβάθμια, η οποία παρέχεται από τα ΚΥ, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, και β) νοσοκομειακή ή δευτεροβάθμια, η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. Ο νόμος προβλέπει επίσης τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του οικογενειακού παιδίατρο, με δικαίωμα των πολιτών να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό. Όσον αφορά στο προσωπικό, ο νόμος αναφέρεται μόνον στους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα κέντρα ψυχικής υγείας, δηλαδή στους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους νοσηλευτές και το υποστηρικτικό προσωπικό, διοικητικό και βοηθητικό, χωρίς να καθορίζει τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες κάθε κατηγορίας εργαζομένων (Γιανασμίδης και Τσιαούση 2012, Σουλιώτης και συν 2013, Ποτήρης και Σαράφης 2014, Αντωνιάδου και συν 2015, Φιλαλήτης 2017).

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ τίθενται επιπρόσθετα οι βάσεις για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ορίζεται ότι η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από τα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων και από τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα κέντρα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ιατροπαιδαγωγικών σταθμών και των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας, έχουν ως στόχο την ψυχοκοινωνική μέριμνα, τη συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και την διαφώτιση, την πρόληψη, τη θεραπεία και τη συμβολή στην

αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση του ασθενούς. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχουν υπηρεσίες σύντομης νοσηλείας, ενώ τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία μακροχρόνιας. Για τα τελευταία προβλέπεται η αναδιοργάνωση τους, μέσω της έκδοσης σχετικής υπουργικής απόφασης, προκειμένου να αναδιαρθρωθεί το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

### **2.3.3 Βασικά Νομοθετήματα από το 1985 και μετά**

Το πρώτο βασικό νομοθέτημα είναι ο Ν. 1579/1985, με τίτλο «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Το κεφάλαιο Ε του νόμου έχει τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα» και αναφέρεται στη σύσταση μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Ακολουθεί ο Ν. 2071/1992, με τίτλο «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας», ο οποίος επιφέρει μια αλλαγή στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, όσον αφορά στον ρόλο του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Εισηγείται τη σύσταση της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας, της Νομαρχιακής Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας, στην έδρα κάθε νομού, και επαναφέρει τη θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ). Ο Ν. 2519/1997, με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», αφορά στην ανάπτυξη δικτύων στην ΠΦΥ, με σκοπό τη λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των υπηρεσιών με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Επιπλέον, αναφέρεται στη συνεργασία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας.

Ακολουθεί ο Ν. 4461/2017, με τίτλο «Μεταρρύθμιση της διοικητικής οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κέντρα εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του Ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις», ο οποίος αναφέρεται στην σύσταση των ΤοΜΥ, ως αποκεντρωμένες μονάδες των ΚΥ, που στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας και λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Επιπρόσθετα, ο Ν. 4486/2017, με τίτλο «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», προβλέπει την ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις ΤοΜΥ, τα ΠΙ, τα ΠΠΙ, τα ΕΠΙ Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο και τα Τοπικά Ιατρεία και στο δεύτερο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα ΚΥ.

Ο Ν.4931/2022, με τίτλο «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

και άλλες επείγουσες διατάξεις», αναφέρεται στις γενικές αρχές της ΠΦΥ, τις μονάδες της ΠΦΥ, την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, καθώς και την κατ' οίκον οδοντιατρική φροντίδα. Στο άρθρο 60, με τίτλο «Δυνατότητα αναγνώρισης ενώσεων ή συλλόγων ασθενών ως συνομιλητών της Πολιτείας σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας», θεσμοθετείται η συμμετοχή συλλόγων ασθενών στον σχεδιασμό και την οργάνωση των πολιτικών υγείας, καθώς και στην αξιολόγησή τους.

Με τον Ν.4600/9-3-2019, και συγκεκριμένα με το άρθρο 84 με τίτλο «Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ)» θεσμοθετείται η δημιουργία του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς. Ο ΑΗΦΥ περιέχει το ατομικό ιστορικό υγείας του λήπτη υπηρεσιών υγείας, καθώς και δεδομένα, εκτιμήσεις και πληροφορίες κάθε είδους, σχετικά με την κατάσταση και την κλινική εξέλιξη του προσώπου αυτού ως ασθενούς, καθ' όλη τη διαδικασία περίθαλψής του. Το περιεχόμενό του τηρείται ισοβίως, έχει συγκεκριμένη ενιαία μορφή, ενώ η τήρηση του φακέλου είναι υποχρεωτική σε εθνικό επίπεδο.

Ο Ν.3892/2010, με τίτλο «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», αναφέρεται στις υποχρεώσεις ανά ομάδα επαγγελματιών υγείας, φορέα ασφάλισης και επίπεδο φροντίδας, μεταξύ των οποίων και η ΠΦΥ, σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπεμπτικών. Ο Ν. 3984/2011, άρθρο 66, αφορά στις εφαρμογές τηλεϊατρικής. Με τον νόμο αυτό, θεσμοθετείται το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, στο οποίο περιλαμβάνονται 30 σταθμοί Ιατρού-Ασθενούς, οι οποίοι βρίσκονται στα ΚΥ και τα ΠΠΠ των απομακρυσμένων νησιών.

## **2.4 Παθογένειες της ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ υπήρξε για πολλά χρόνια το αντικείμενο συνεχών μεταρρυθμίσεων, οι περισσότερες από τις οποίες έμειναν ημιτελείς και δεν επέφεραν ουσιαστικά αποτελέσματα. Χαρακτηρίζεται από πολλές παθογένειες που αφορούν στον σχεδιασμό, την οργάνωση και τη λειτουργία της, και που δεν έχουν επιλυθεί παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες. Ταυτόχρονα, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών που παρέχονται από την ΠΦΥ κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα οι πολίτες να καταφεύγουν συχνά στις ιδιωτικές δομές υγείας, καταβάλλοντας μεγάλα χρηματικά ποσά για την αντιμετώπιση των αναγκών τους (Φρεγγίδου και συν 2016,

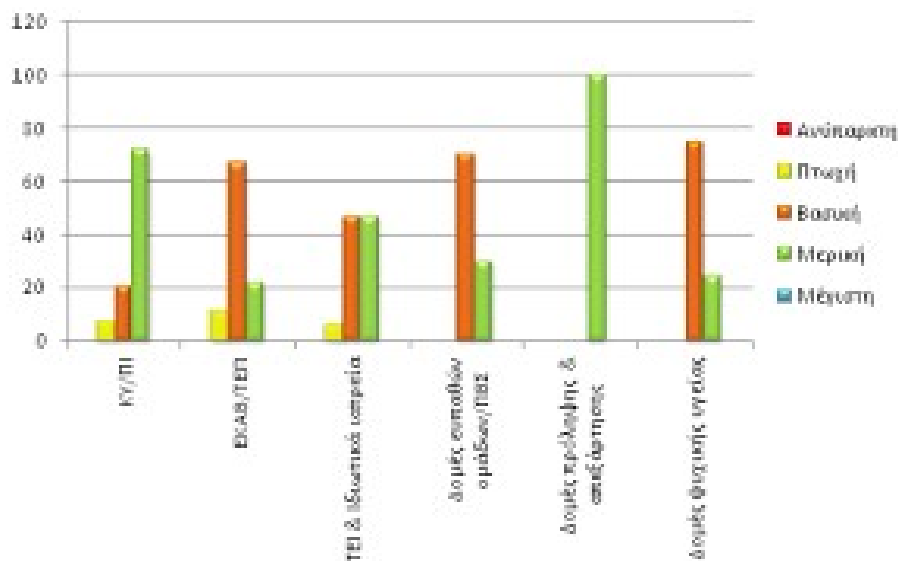
Lionis et al 2019, Platis and Kyritsi 2019, Ναούμ 2020, Philalithis 2021, Παπαχατζή και Μέντης 2021).

Στις κυριότερες παθογένειες της ΠΦΥ περιλαμβάνονται:

- Οι συνεχείς αλλαγές και μεταρρυθμίσεις που έχουν θεσμοθετηθεί και παραμένουν ανεφάρμοστες.
- Η έλλειψη ενός συστηματικού μηχανισμού εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, με την ΠΦΥ σε ρόλο «πύλης εισόδου».
- Η απουσία συντονισμού, τόσο των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας όσο και των διαφόρων δομών της ΠΦΥ, με αποτέλεσμα την έλλειψη κεντρικού συντονισμού, την πολυδιάσπαση και τον κατακερματισμό των υπηρεσιών.
- Οι ανισότητες στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, αλλά και διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών εν γένει.
- Η απουσία οργανωμένου σχεδίου πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Η ελλιπής διαχείριση των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.
- Η έλλειψη συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων.
- Η υποστελέχωση και η ανισοκατανομή του προσωπικού στις διάφορες δομές της ΠΦΥ.
- Η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, σύμφωνα με προκαθορισμένο πρόγραμμα και με βάση προκαθορισμένες ανάγκες εκπαίδευσης.
- Η παλαιότητα των κτιριακών υποδομών.
- Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση φαρμάκων, διαγνωστικών και απεικονιστικών εξετάσεων.
- Οι συνεχείς καθυστερήσεις στις διαδικασίες προμήθειας υλικών και αναλωσίμων.
- Η απουσία στοχοθεσίας και δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Η ελλιπής ηλεκτρονική διασύνδεση μεταξύ των δομών και των επιπέδων παροχής φροντίδας υγείας.
- Η περιορισμένη εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας.
- Ο περιορισμένος αριθμός υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

- Οι ανεπαρκείς και απαρχαιωμένες πρακτικές διοίκησης, η κομματική μορφή διοίκησης και οι συνδικαλιστικές πιέσεις στη λήψη αποφάσεων.
- Η έλλειψη κουλτούρας ποιότητας και κουλτούρας αλλαγών στα εμπλεκόμενα μέρη και οι αντιδράσεις σε πάσης φύσεως αξιολογήσεις (ποιότητας, προσωπικού και άλλες).
- Ο εξοπλισμός που σε πολλές περιπτώσεις είναι παλαιός και απαξιωμένος, ενώ σε άλλες δεν αξιοποιείται.
- Η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης ασθενών.
- Η έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών προς το σύστημα.
- Οι παθολογίες του ΕΚΑΒ, όπως υποστελέχωση, καθυστερήσεις και παλαιότητα των οχημάτων.
- Οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής και η πλημμελής λειτουργία της υπηρεσίας προσυνεννόησης, με αποτέλεσμα να πλήττεται η εγκαιρότητα των υπηρεσιών.
- Η έλλειψη εποπτείας και ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος.
- Η υποστελέχωση των διοικητικών υπηρεσιών.
- Η απουσία καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού, τα οποία τροποποιούνται σύμφωνα με τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές.
- Η απουσία σχεδιασμού, με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια.
- Απουσία κινήτρων για την προσέλευση των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα την απροθυμία στελέχωσης των δομών.

Το πρόβλημα της διασύνδεσης μεταξύ των δομών της ΠΦΥ παρουσιάζεται σχηματικά στο ραβδόγραμμα της Σχηματικής απεικόνισης 10. που ακολουθεί.



**Σχηματική απεικόνιση 10. Ραβδόγραμμα με τη διασύνδεση των δομών της ΠΦΥ, η οποία κυμαίνεται από πτωχή ως μερική<sup>18</sup>.**

Καταληκτικά η ΠΦΥ μπορεί να λειτουργήσει με ολιστικό τρόπο, ώστε να βελτιώσει και να αναδείξει τα δυνατά της σημεία, να κατανοηθεί ο τρόπος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ στη χώρα μας για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών όπως αναφέρεται στην επόμενη ενότητα.

## 2.5 Δυνατά σημεία της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από ορισμένα δυνατά σημεία, τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν εφαλτήριο για τη βελτιωμένη και αποτελεσματικότερη λειτουργία της στο μέλλον. Το πρώτο σημαντικό δυνατό σημείο είναι το εκτεταμένο και λεπτομερές θεσμικό πλαίσιο, το οποίο καθορίζει την οργανωτική δομή, τις λειτουργίες, το εμπλεκόμενο προσωπικό, τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες, καθώς και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους (Ποτήρης και Σαράφης 2014). Δυνατό σημείο συνιστά και η αναγνωρισμένη ειδικότητα του γενικού-οικογενειακού ιατρού, σύμφωνα με τα πρότυπα των

<sup>18</sup> Πηγή Καραγιάννη και κ.ά.2017

χωρών της Ευρώπης, ο οποίος λειτουργεί ως «φίλτρο» για την είσοδο του ασθενούς στο σύστημα υγείας (Μακράκης 2018).

Επιπρόσθετα, οι σημαντικές και καινοτόμες εφαρμογές του ΑΗΦΥ και της άυλης συνταγογράφησης, έχουν ελαττώσει τον γραφειοκρατικό φόρτο στις δομές της ΠΦΥ και έχουν συνεισφέρει στην ορθολογική κατανομή των πόρων, με τον έλεγχο της συνταγογράφησης φαρμάκων και ιατρικών εξετάσεων, γεγονός που αυξάνει τη διαφάνεια, τη λογοδοσία και την εμπιστοσύνη του πολίτη προς τις υπηρεσίες (Pangalos et al 2014, Κουναλάκης 2016). Η τήρηση του ιατρικού ιστορικού συνεπικουρεί το έργο των ιατρών και συνεισφέρει στην παροχή ολιστικών υπηρεσιών υγείας, που είναι βασισμένες στο σύνολο των πληροφοριών που αφορούν στον ασθενή, με τρόπο που διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας. Τέλος, οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής, παρέχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες από τους πολίτες που διαβιούν στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, καθώς και της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης των ιατρών που εργάζονται στις περιοχές αυτές (Τσουμάνη 2016).

Οι δυο πρόσφατες μεγάλες κρίσεις, η οικονομική κρίση που ξεκίνησε στη χώρα μας το 2008 και διήρκεσε μια δεκαετία, καθώς και η υγειονομική κρίση με την πρόσφατη πανδημία, οδήγησαν σε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, λόγω της αύξησης του ποσοστού της ανεργίας και της φτώχειας, των συνεχιζόμενων lockdown και της διακοπής πολλών επαγγελματικών, πολιτιστικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, της μακρόχρονης απουσίας από το επαγγελματικό περιβάλλον και της κοινωνικής απομόνωσης. Και στις δυο περιπτώσεις καταγράφηκε αύξηση του ποσοστού συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών, αύξηση του ποσοστού των εξαρτήσεων, καθώς και της ενδοοικογενειακής βίας. Προκειμένου να αντιμετωπισθούν αυτά τα αναδυόμενα προβλήματα, η ΠΦΥ θα πρέπει να ενισχυθεί με κατάλληλη χρηματοδότηση, καθώς και προσλήψεις προσωπικού που να είναι επαρκές σε αριθμό και ειδικότητες, ώστε να παρέχεται μια ολιστική, εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην ψυχική υγεία των πολιτών. Η αναφορά στις παθογένειες και τα δυνατά σημεία της ΠΦΥ στην Ελλάδα σε συνδυασμό με τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί μας βοηθούν να κατανοήσουμε τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ στη χώρα μας και την έμφαση που δίνεται για την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΦΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

### 3.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντική συνιστώσα της δημόσιας υγείας. Τα ψυχικά νοσήματα χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια, όσον αφορά στα συμπτώματα, τη βαρύτητα και τη χρονική τους διάρκεια. Οι απαιτούμενες θεραπείες είναι μακροχρόνιες και κοστοβόρες. Μάλιστα υπολογίζεται ότι ο αντίκτυπος των ψυχικών νοσημάτων παγκοσμίως για το 2019 αντιστοιχεί σε 418 εκατομμύρια έτη ζωής προσαρμοσμένα σε αναπηρία (disability-adjusted life years -DALYs). Ο συγκεκριμένος δείκτης συνιστά μια μέθοδο εκτίμησης του παγκόσμιου αντίκτυπου που επιφέρει μια ασθένεια ή μια πάθηση στην υγεία ή τον παγκόσμιο φόρτο ασθενειών (Global Disease Burden, GDB), όσον αφορά στις αναφερόμενες ή εκτιμώμενες περιπτώσεις πρόωρου θανάτου, αναπηρίας και ημερών αναπηρίας, λόγω της συγκεκριμένης ασθένειας ή πάθησης (Tzertzinou 2022). Ο αυξημένος αντίκτυπος αποδίδεται στον σημαντικό βαθμό αναπηρίας που οφείλεται στα ψυχικά νοσήματα, δεδομένου ότι συμβάλλουν σε απώλεια της παραγωγικότητας, λειτουργική έκπτωση και εν τέλει μειωμένη ποιότητα ζωής, ενώ, σε οικονομικούς όρους, αντιστοιχεί σε πέντε τρισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ (Arias et al 2022, GBD 2022).

Τα ψυχικά νοσήματα συνοδεύονται συνήθως από πολύ-συννοσηρότητα<sup>19</sup>, με αποτέλεσμα σημαντική και κυρίως πρόωμη, θνησιμότητα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, μεγάλος αριθμός θανάτων αποδίδεται στις αυτοκτονίες, την ελλιπή τήρηση της θεραπείας και τις επιπλοκές των φαρμάκων. Οι ψυχικά πάσχοντες αποβιώνουν κατά 13 ως 30 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (GBD 2022). Επιπλέον, από το 2008 και μετά, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών, λόγω της μεγάλης οικονομικής ύφεσης και της πανδημίας, με τις δραματικές τους επιπτώσεις να καταγράφονται σε όλους τους τομείς της ζωής (Keramidou et al 2018, Stylianidis and Souliotis 2019, Kannarkat et al 2020).

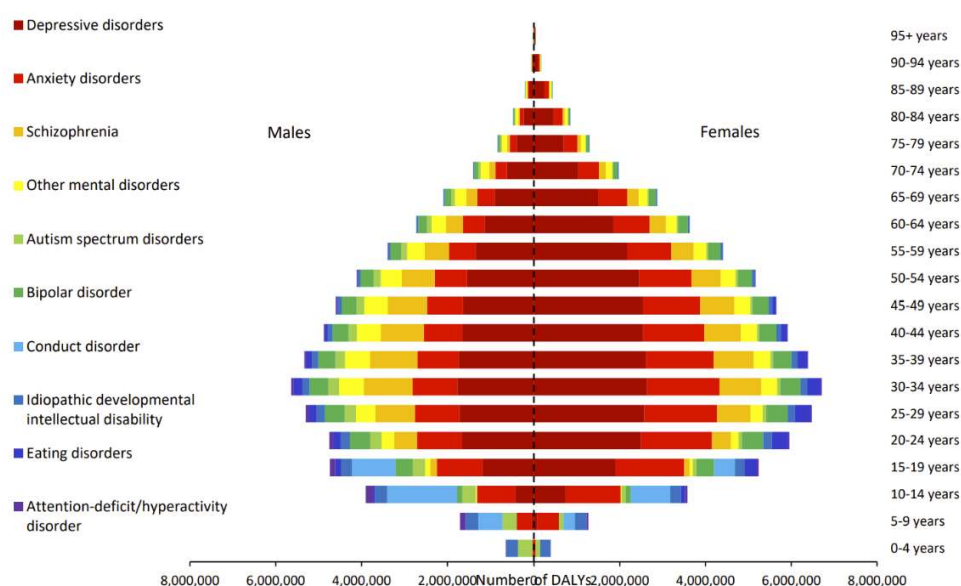
Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί ελάχιστες επιδημιολογικές μελέτες σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, ως προς τον επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Τα περιορισμένα στοιχεία που υπάρχουν δεν επαρκούν για διενέργεια συγκρίσεων με άλλες χώρες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Μελέτης Παγκόσμιας Επιβάρυνσης Ασθενειών, το ποσοστό του πληθυσμού που

---

<sup>19</sup> Ως πολύ-νοσηρότητα (ο όρος δεν είναι ακριβώς ο ίδιος με αυτόν που έχετε στο κείμενο) θεωρείται η κατάσταση υγείας ενός ατόμου δηλαδή συνύπαρξη με μια ή περισσότερες παθολογικές καταστάσεις (κάτι λείπει εδώ, προσοχή στη σύνταξη). (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, αναπνευστικές παθήσεις και λοιμώξεις).



παρουσιάζει κάποια ψυχική πάθηση ή κάνει χρήση ουσιών στην Ελλάδα το 2019 ανέρχεται σε 17,7% (Petrea et al 2019, Murray et al 2020). Ωστόσο, μόνο το 25% των πασχόντων έχει επαφή με ειδικό για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό. Τα DALYs ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα ανέρχονται σε 3.417,48, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία ανά 100.000 πληθυσμού ανέρχεται σε 5,00 (WHO 2018, GBD 2019), όπως παρουσιάζονται ακολούθως στη **Σχηματική απεικόνιση 11**.



**Σχηματική απεικόνιση 11. Παγκόσμια κατανομή των DALYs ανά ψυχικό νόσημα, φύλο και ηλικία<sup>20</sup>**

### 3.2 Θεσμικό πλαίσιο και ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ

Σύμφωνα με παλαιότερες αντιλήψεις στην επιστημονική κοινότητα, τα άτομα που χρειάζονταν ψυχιατρική θεραπεία και φροντίδα θα έπρεπε να απομονώνονται και να κλείνονται στα αντίστοιχα ιδρύματα. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκαν εννέα δημόσια ψυχιατρεία και πολλές ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, έως τη δεκαετία του 1980, που δέχονταν πολύ μεγάλο

<sup>20</sup> Πηγή: GBD 2019

αριθμό ασθενών από όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Οι νοσηλείες ήταν συνήθως μακροχρόνιες με όλες τις αρνητικές συνέπειες του φαινομένου «ιδρυματισμού» των ασθενών<sup>21</sup>.

Κατά τα τελευταία έτη έχει γίνει μια μεταστροφή στη θεραπευτική προσέγγιση της ψυχικής υγείας, από την ιδρυματική φροντίδα προς την παροχή φροντίδας στην κοινότητα και στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Η μεταστροφή αυτή αποδίδεται με τον όρο «ενσωμάτωση» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ και έχει εφαρμοστεί αποτελεσματικά σε χώρες με ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως η Μεγάλη Βρετανία. Με τον τρόπο αυτό άρχισαν να αναπτύσσονται και να λειτουργούν νέες μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες, προστατευμένοι χώροι διαβίωσης και άλλες.

Η ενσωμάτωση είναι μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο και προκειμένου να εφαρμοσθεί αποτελεσματικά, βασίζεται σε ορισμένες προϋποθέσεις, όπως η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού της ΠΦΥ, η διαθεσιμότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε επαρκή αριθμό ανά ειδικότητα, ο κατάλληλος συντονισμός, η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών δομών, η διαθεσιμότητα των απαιτούμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων και η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων σε βάθος χρόνου (Περιτογιάννης και κ.ά. 2014, Peritogiannis and Tsoi 2021).

Το θεσμικό πλαίσιο που καθορίζει το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έως σήμερα διαμορφώθηκε από τον Ν. 2716/1999, με τίτλο «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*», καθώς και από τις υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν σε εκτέλεση αυτού του νόμου. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου «*το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα*». Ο νόμος προβλέπει επίσης ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της κοινωνικής επανένταξης, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (Δεπάστας 2018).

---

<sup>21</sup> <https://www.psy-synthesis.gr>, Väkiparta et al 2019).

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, όπως και όλων των νοσηλευομένων, αφορούν στο δικαίωμά τους στη φροντίδα υγείας, τη συγκατάθεσή τους στη θεραπεία που θα εφαρμοσθεί και την πρόσβαση στο ιατρικό τους αρχείο. Οι διατάξεις του παραπάνω νόμου είναι προσαρμοσμένες στις κατευθυντήριες οδηγίες που δίνει ο ΠΟΥ για τη φροντίδα ψυχικής υγείας, τις αρχές της λεγόμενης κοινοτικής ψυχιατρικής, της τομεοποίησης και του σεβασμού των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών<sup>22</sup>.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 η Ελλάδα βρίσκεται σε φάση ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή σε μία φάση σταδιακής αλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

### **3.3 Δομές ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ**

Οι δομές ψυχικής υγείας της ΠΦΥ στη χώρα μας διακρίνονται σε έξι κατηγορίες: α) δομές παροχής κοινοτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης, β) δομές ημερήσιας φροντίδας, γ) δομές στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής, δ) δομές που υπάγονται στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, ε) δομές ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, και στ) ειδικές δομές ψυχικής υγείας.

#### **3.3.1 Δομές παροχής κοινοτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών εξωτερικής φροντίδας και υποστήριξης**

Σε αυτή την κατηγορία δομών ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται (Θεοχάρης 2016)<sup>23</sup> τα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων και των ψυχιατρείων.

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ).
- Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) και οι κατ' οίκον υπηρεσίες περίθαλψης, για την επέμβαση σε οξεία κρίση και την παρακολούθηση στο σπίτι.
- Μονάδες έγκαιρης παρέμβασης για την αντιμετώπιση νέων περιστατικών ψύχωσης.
- Τηλεφωνικές Γραμμές Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης.

Τα ΚΨΥ είναι οι βασικές εξωνοσοκομειακές μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με αρμοδιότητα την πρόληψη και τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας, μέσα

---

<sup>22</sup> <https://www.psy-synthesis.gr>

<sup>23</sup> <https://thalpos.org>,

από μια ολιστική προσέγγιση και παρέμβαση, κοντά στον χώρο διαμονής του ατόμου. Το ΚΨΥ λειτουργεί με συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία περιλαμβάνει 70.000 - 150.000 κατοίκους. Με τον όρο «περιοχή ευθύνης», ορίζουμε την γεωγραφική περιοχή που εξυπηρετείται από συγκεκριμένη δομή υγείας και τους κατοίκους που διαμένουν σε αυτή. Σύμφωνα με τον Ν.2716/1999 κάθε νομός της χώρας αποτελεί ένα τομέα, ενώ η περιοχή της Θεσσαλονίκης αποτελείται από τρεις τομείς και της Αθήνας από έντεκα. Στα ΚΨΥ παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες:

- Ψυχιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση και «φροντίδα ενηλίκων»
- Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο
- Ψυχομετρική αξιολόγηση
- Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας
- Επίσκεψη και ψυχοκοινωνική στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους τόσο στον χώρο του ΚΨΥ όσο και σε κατ' οίκον επισκέψεις
- Διασύνδεση με την κοινότητα μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ερευνών και ψυχοεκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, όπως η εργοθεραπεία, τόσο στον χώρο του ΚΨΥ όσο και την κοινότητα
- Καταγραφή του προφίλ των ενδιαφερομένων και των αιτημάτων τους, ώστε οι παρεμβάσεις να διαμορφώνονται σύμφωνα με αυτά
- Πιστοποίηση για χορήγηση επιδομάτων
- Συνεργασία με τις υπηρεσίες της Δικαιοσύνης
- Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δραστηριοποιούνται σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές της χώρας, όπου η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες είναι περιορισμένη. Έχουν τη δυνατότητα παρέμβασης στις οικίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, με πλεονέκτημα την αμεσότητα. Επιπρόσθετα, προσφέρουν κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης, δυνατότητα προσέγγισης και εκτίμησης του οικογενειακού περιβάλλοντος, αντιμετώπιση των ασθενών με δυσκολίες στη μετακίνηση τους, καθώς και διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας για τους ασθενείς που διακόπτουν τις επισκέψεις τους στις δομές της ΠΦΥ (Περιτογιάννης και Μαυρέας 2014, Samakouri et al 2022, Peritogiannis et al 2022).

Οι μονάδες έγκαιρης παρέμβασης για την αντιμετώπιση νέων περιστατικών ψύχωσης παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα, που είτε έχουν υποστεί το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, είτε παρουσιάζουν

ενδείξεις για εμφάνιση συμπτωμάτων ψύχωσης. Στη χώρα μας ετησίως καταγράφονται περί τα 3.500 νέα περιστατικά εκδήλωσης συμπτωμάτων ψύχωσης. Τα συμπτώματα αυτά πυροδοτούνται από έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως είναι η στρατιωτική θητεία, οι Πανελλαδικές εξετάσεις, οι απογοητεύσεις σε προσωπικές σχέσεις ή ο θάνατος αγαπημένου προσώπου (Stefanis et al 2018).

Οι Τηλεφωνικές Γραμμές Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης λειτουργούν με τη συνδρομή ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών και παρέχουν υποστήριξη για την αποφόρτιση και τη συναισθηματική ενίσχυση των συνανθρώπων μας, που έχουν επηρεαστεί από κάποιο γεγονός, ώστε να ανακτήσουν την ψυχική ανθεκτικότητα, για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την πολύ δύσκολη καθημερινότητά τους. Παράλληλα, πραγματοποιείται διερεύνηση των ευρύτερων ψυχοκοινωνικών τους αναγκών, διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον τόπο κατοικίας τους, καθώς και τις κινητές μονάδες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του Υπουργείου Υγείας. Στις γραμμές αυτές μπορούν να απευθύνονται και όσοι γνωρίζουν περιστατικά ανθρώπων με αναπηρία, χωρίς οικογενειακή υποστήριξη, που χρήζουν μερικής ή ολικής φροντίδας. Η υπηρεσία λειτουργεί και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με ακαδημαϊκούς φορείς<sup>24</sup>.

### **3.3.2 Δομές ημερήσιας φροντίδας**

Σε αυτή την κατηγορία δομών περιλαμβάνονται (Υπουργείο Υγείας 2019):

- Τα νοσοκομεία ημέρας και τα προγράμματα μερικής νοσηλείας
- Τα Κέντρα Ημέρας (ΚΗ)
- Τα προστατευμένα εργαστήρια προ-εργασιακής και εργασιακής αποκατάστασης
- Οι λέσχες ασθενών
- Τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Η προστατευόμενη εργασία και η εργασία υπό επίβλεψη
- Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)
- Οι ομάδες αυτοβοήθειας

Τα ΚΗ λειτουργούν σε νοσοκομεία και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) συνεργαζόμενα με το Υπουργείο Υγείας, με σκοπό την παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα,

---

<sup>24</sup> <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dicythyNSEis/10714-thlefwnikh-grammh-psyxokoinwnikhs-yposthriksHS-10306>

την αποτροπή της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησής του, αλλά και τη βελτίωση εκείνων των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του που επιτρέπουν την κοινωνική ενσωμάτωσή του και την αύξηση της διαπραγματευτικής/δικεκδικητικής του ισχύος, ώστε να εξασκεί τα δικαιώματά του ως πολίτης. Τα προγράμματα που υλοποιούνται στα ΚΗ αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας του ασθενούς και αφορούν στην αυτοφροντίδα, την ανάπτυξη κοινωνικών και ατομικών δεξιοτήτων, την κοινωνικοποίηση, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και την προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες<sup>25</sup>.

Τα εργαστήρια προ-εργασιακής και εργασιακής αποκατάστασης είναι δομές που έχουν ως στόχο την προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα, για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας. Επιπρόσθετα, παρέχουν τη δυνατότητα για μόνιμη απασχόληση, σε ασθενείς οι οποίοι δύσκολα θα μπορούσαν να προωθηθούν στην αγορά εργασίας (Drosos and Theodoroulakis 2019).

Οι ΚοιΣΠΕ είναι ΝΠΙΔ με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα, αλλά αποτελούν ταυτόχρονα και Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και την επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας παράλληλα στη θεραπεία τους και την κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι ΚοιΣΠΕ μπορούν να είναι παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές ή πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Μέλη των ΚοιΣΠΕ μπορούν να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές (σε ποσοστό έως 35%), επαγγελματίες ψυχικής υγείας (σε ποσοστό έως 45%), Δήμοι, Κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (σε ποσοστό όχι μεγαλύτερο του 20%). Για παράδειγμα ο ΚοιΣΠΕ Δωδεκανήσου, έχει ως δραστηριότητες την καλλιέργεια αρωματικών και φαρμακευτικών φυτών, την επεξεργασία και τυποποίηση μελιού, καθώς και την παραγωγή ειδών ζαχαροπλαστικής<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> <https://www.noesi.gr/pronoise/epapsy>

<sup>26</sup> <https://diaplous.eu/koispe/>

Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι συνήθως υποστηρικτικές ομάδες, οι οποίες διαθέτουν επαγγελματικό συντονισμό, και απαρτίζονται από μέλη που αντιμετωπίζουν παρόμοια δυσκολία. Στην Ελλάδα, κάποιες από τις πιο διαδεδομένες ομάδες αυτοβοήθειας είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, οι Ανώνυμοι Υπερφάγοι, οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι, οι Τζογαδόροι Ανώνυμοι, οι Ανώνυμες Οικογένειες για συγγενείς και φίλους χρηστών ναρκωτικών, τα Ενήλικα Παιδιά των Αλκοολικών, οι Οικογενειακές Ομάδες της ΑΛ-κοολικών ΑΝΩΝύμων, για τις οικογένειες αλκοολικών, καθώς και Ομάδες για ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με διαταραχές της διάθεσης και των οικογενειών τους (Yalom 2006).

### **3.3.3 Δομές στέγασης βραχείας, μέσης και μακράς παραμονής**

Οι δομές διασφαλίζουν το βασικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αξιοπρεπή διαβίωση στην κοινότητα. Σε αυτή την κατηγορία δομών περιλαμβάνονται (Υπουργείο Υγείας 2019, Giannakopoulos and Anagnostopoulos 2016):

- Οι μετανοσοκομειακοί ξενώνες
- Οι ξενώνες μέσης και μακράς παραμονής, με ποικίλα σχήματα επίβλεψης
- Τα οικοτροφεία
- Τα προστατευόμενα διαμερίσματα
- Οι ανάδοχες οικογένειες

Οι μετανοσοκομειακοί ξενώνες παραχωρούν διαμονή, φάρμακα, φαγητό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό. Μέγιστη διάρκεια διαμονής είναι περίπου από έξη (6) έως εννέα (9) μήνες. Οι στόχοι είναι οι φιλοξενούμενοι να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες, υποστήριξη στους ίδιους καθώς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, επαγγελματική αποκατάσταση και τέλος την ύπαρξη ενός περιβάλλοντος το οποίο θα είναι βιώσιμο για τους ίδιους.

Ο ξενώνας μέσης και μακράς παραμονής, με ποικίλα σχήματα επίβλεψης είναι μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στην οποία φιλοξενούνται άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία είτε δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον, είτε κρίνεται ότι ενδείκνυται η προσωρινή απομάκρυνσή τους από αυτό. Σκοπός των παρεχομένων υπηρεσιών είναι η διαβίωση, η θεραπεία και η υποστήριξη, ώστε να επιτευχθεί ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητη λειτουργία των εν λόγω ατόμων στην κοινότητα. Ο αριθμός των φιλοξενούμενων ατόμων δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15, ενώ η παρουσία προσωπικού στους ξενώνες είναι διαβαθμισμένη, ανάλογα με τα άτομα που φιλοξενούνται. Σε όλους τους ξενώνες

το περιβάλλον προσομοιάζει με το οικογενειακό, ώστε να βοηθά στην παροχή της υπηρεσίας, την ένταξη των ατόμων στο κοινωνικό ιστό καθώς και τη βελτίωση των δεξιοτήτων ασθενών<sup>27</sup>.

Τα Οικοτροφεία είναι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης υψηλού βαθμού προστασίας, στα οποία φιλοξενούνται για διαβίωση, υποστήριξη και θεραπεία άτομα με ψυχικές διαταραχές, με σκοπό να διασφαλιστεί η παραμονή τους στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων αυτών των ατόμων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας. Ο αριθμός των ατόμων που φιλοξενούνται σε ένα Οικοτροφείο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 25 και μπορούν να είναι είτε άτομα που χρειάζονται ψυχογριατρική φροντίδα, είτε άτομα με νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, είτε άτομα που μπορούν να ζουν στην κοινότητα, αλλά επειδή έχουν χαμηλό βαθμό αυτοδυναμίας έχουν ανάγκη από μια στεγαστική δομή υψηλής προστασίας<sup>28</sup>.

Τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση<sup>29</sup>.

Οι ανάδοχες οικογένειες είναι η καλύτερη επιλογή και σαφώς προτιμότερη από την ιδρυματοποιημένη φροντίδα των παιδιών με προβλήματα υγείας. Διεθνώς αναγνωρίζεται το σύστημα αναδοχής για τη φροντίδα των παιδιών που πρέπει να χωριστούν από τις οικογένειές τους. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, η αναδοχή δεν έχει λάβει τη σημασία που της αξίζει και δεν έχει εφαρμοστεί επαρκώς στη χώρα μας, δεν έχει αναγνωριστεί και εφαρμοστεί επαρκώς.

### **3.3.4 Δομές που υπάγονται στους ΟΤΑ**

Οι δράσεις και τα προγράμματα που υλοποιούνται από τους ΟΤΑ περιλαμβάνουν ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς και λαμβάνουν χώρα μέσω των παρακάτω δομών:

---

<sup>27</sup> <https://dikaioma.autismthessaly.gr/synopsi-vasis/10-domes-sunoptika/>

<sup>28</sup> <https://dikaioma.autismthessaly.gr/synopsi-vasis/10-domes-sunoptika>

<sup>29</sup> <https://sopsi.iatronet.gr/content.asp?pid=5>



- Τα Δημοτικά Ιατρεία, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ψυχολογικής και ψυχιατρικής υποστήριξης
- Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη και προγράμματα πρόληψης ψυχικής υγείας
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), στα οποία παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη από κοινωνικούς λειτουργούς
- Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», στο οποίο, με την υλοποίηση επισκέψεων κατ'οίκον, παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη και διασύνδεση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Οι Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, στους οποίους πραγματοποιούνται προληπτικοί έλεγχοι σχετικά με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, καθώς και συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, σε συνεργασία με δομές ψυχικής υγείας.
- Τα Κοινωνικά Φαρμακεία, στα οποία διενεργείται διερεύνηση των αναγκών των δημοτών για ψυχοκοινωνική στήριξη και παραπομπή στις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες
- Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες, στις οποίες παρέχεται συμβουλευτική και κοινωνική υποστήριξη, καθώς και διασύνδεση με αρμόδιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΑΠ-ΜΕΑ), όπου παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες στους γονείς των ατόμων
- Οι Υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, όπου παρέχεται ατομική και ομαδική συμβουλευτική υποστήριξη, δράσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, υποστήριξη των ευπαθών ομάδων, συμβουλευτική υποστήριξη γονέων και διασύνδεση με δομές ψυχικής υγείας
- Τα Κέντρα Πρόληψης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Τα κέντρα αυτά είναι συνολικά 75 και είναι κατανεμημένα σε όλους τους νομούς της χώρας. Υλοποιούν δράσεις ενημέρωσης σε γονείς, εκπαιδευτικούς και μαθητές όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης, συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας, δράσεις ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών που συνεπικουρούν το έργο τους, καθώς και ενδυνάμωση και υποστήριξη νέων ατόμων για την υιοθέτηση μιας θετικής στάσης απέναντι στη ζωή.

Σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την τοπική αυτοδιοίκηση παρουσιάζονται πολλά προβλήματα, τα οποία απορρέουν από την έλλειψη θεσμικού πλαισίου σχετικά με τη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας στους ΟΤΑ, την έλλειψη συντονισμένων δράσεων, την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση των δομών, καθώς και την

έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης του υπάρχοντος προσωπικού σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας(Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030). Μια θετική συνισταμένη στους ΟΤΑ είναι ότι υπάρχουν ευκαιρίες ώστε να μπορούν να αναπτύξουν μοντέλα ψυχικής υγείας, διότι οι πολίτες έχουν την εύκολη προσβασιμότητα. Υπάρχουν δράσεις που άπτονται με την ΠΦΥ και θα μπορούσαν να υποστηριχτούν από τους ΟΤΑ. Όμως η έλλειψη ενός θεσμικού πλαισίου όπως αναφέρεται παραπάνω δυσκολεύει την πραγματοποίηση δράσεων στην ψυχική υγεία.

### **3.3.5 Δομές Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους**

Από άποψη οργάνωσης υπάρχουν 17 γεωγραφικοί-διοικητικοί τομείς για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους. Σε όλους τους τομείς οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (όπως Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, Σισμανόγλειο, ΓΝ Παιδών «Η Αγία Σοφία» , ΓΝ Παιδών «Π. και Α. Κυριακού»), κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ΚΨΥ, ξενώνες, κέντρα ημέρας, δομές για παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και οικοτροφεία, τα οποία είναι στελεχωμένα από παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, ειδικούς παιδαγωγούς, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διοικητικό προσωπικό και υποστηρικτικό προσωπικό. Οι δομές που αφορούν στα παιδιά και τους εφήβους είναι πολύ λίγες αριθμητικά, σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού, και άνισα κατανομημένες, με την πλειοψηφία τους να είναι συγκεντρωμένη στα μεγάλα αστικά κέντρα (Hansen 2018, Koumoula et al 2023).

### **3.3.6 Ειδικές δομές ψυχικής υγείας**

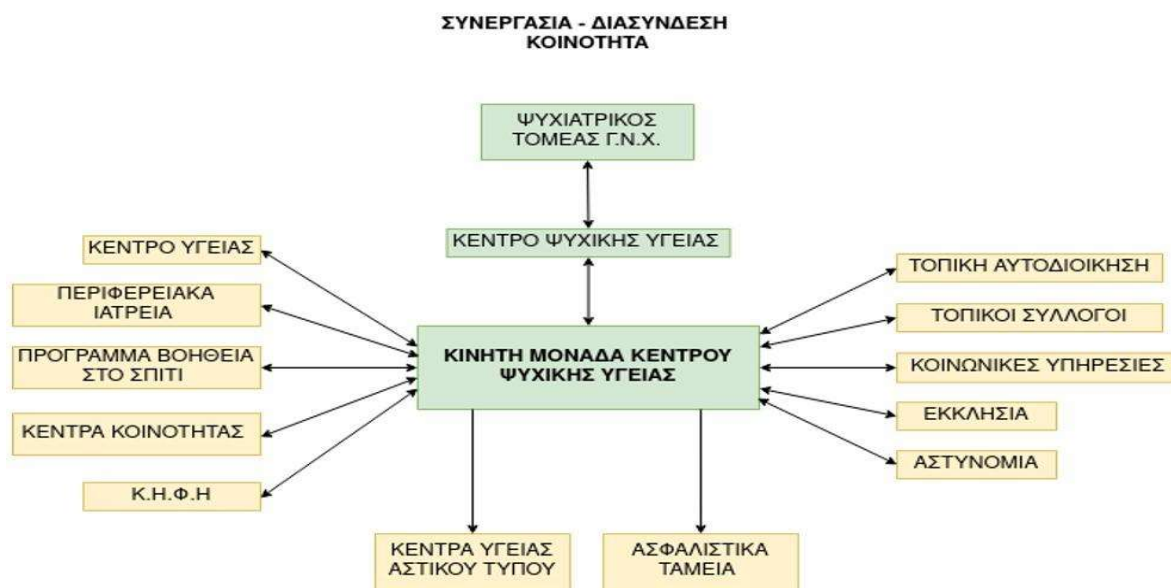
Οι ειδικές αυτές δομές είναι εστιασμένες στην παροχή φροντίδας ειδικού τύπου, όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής, η περιγεννητική ψυχική υγεία και η ψυχική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών. Επιπρόσθετα υπάρχουν δομές για πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο με ψυχικές διαταραχές, για παροχή διαπολιτισμικής ψυχικής υγείας, για άτομα με άνοια και νόσο Alzheimer, καθώς και δομές για την πρόληψη της αυτοκτονίας<sup>30,31</sup>.

---

<sup>30</sup> <https://www.fainareti.gr/>,

<sup>31</sup> <https://www.anasa.com.gr/>

Υπογραμμίζεται για ακόμη μια φορά η σημασία της διασύνδεσης και της συνεργασίας των δομών ψυχικής υγείας με την κοινότητα, τους ΟΤΑ και τις υπηρεσίες υγείας, όπως παρουσιάζεται στη **Σχηματική απεικόνιση 12. που ακολουθεί.**



**Σχηματική απεικόνιση 12. Σχηματική παράσταση της διασύνδεσης της Κινητής Μονάδας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, με άλλες υπηρεσίες, την κοινότητα και τους εμπλεκόμενους φορείς<sup>32</sup>.**

### 3.4 Η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Με τον όρο μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία ορίζουμε τη μετάβαση από την αντιμετώπιση του ασθενούς στα ψυχιατρικά ιδρύματα, σε εναλλακτικές δομές περίθαλψης και αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα (Μαδιανός 2010). Η μεταρρύθμιση ορίζεται ως «το σύνολο των παρεμβάσεων, που επιτρέπουν στο ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη, δίνοντάς του τη δυνατότητα να έχει μία εντελώς διαφορετική ζωή από εκείνη, που θα είχε

<sup>32</sup> <https://chaniahospital.gr/kentro-psychikis-ygeias-2/>

*ένας μακροχρόνια έγκλειστος στο ψυχιατρείο». Η μεταρρύθμιση, η οποία έλαβε την ονομασία «Ψυχαργός», θεσπίστηκε με την ψήφιση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ, διευρύνθηκε με τον Ν. 2071/92 περί του εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και παγιώθηκε με τον Ν. 2716/99, με τίτλο περί «Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις».*

Η έναρξη της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας τοποθετείται ωστόσο το 1983, με την ένταξή της στην ΕΕ, και ξεκίνησε ως απαίτηση των εταίρων της. Το όλο εγχείρημα είχε ως στόχο την επικράτηση της κοινοτικής παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών που διαβιούσαν στα ψυχιατρεία και τις δομές κλειστής φροντίδας. Για την υλοποίηση του σχετικού προγράμματος προβλεπόταν κοινοτική χρηματοδότηση για το 55% των δαπανών και για την τεχνική βοήθεια χρηματοδότηση σε ποσοστό 100% των δαπανών, με βάση τον κανονισμό 815/84 της ΕΕ. Βασικός στόχος ήταν να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούσαν με ακατάλληλες συνθήκες, με τη δημιουργία ψυχιατρικών δομών στην κοινότητα και σε διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα (Ψυχαργός 2011, Δεπάστας 2018, Bilanakis 2020).

Επιπρόσθετα, ο Κανονισμός 815/1984 ΕΕ προέβλεπε και δράσεις ταχύρρυθμης εκπαίδευσης για το προσωπικό που θα στελέχωνε τις νέες μονάδες. Ωστόσο, παρουσιάστηκαν μεγάλες καθυστερήσεις στην υλοποίηση του προγράμματος, «Ψυχαργός», με αποτέλεσμα την αδυναμία απορρόφησης μεγάλου μέρους των κονδυλίων και τη δημιουργία μικρότερου αριθμού μονάδων από αυτές που είχαν προγραμματισθεί. Από το 1983 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η προσπάθεια αμαυρώθηκε από τα διεθνή δημοσιεύματα, σχετικά με τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης των νοσηλευομένων στο κρατικό θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων στη Λέρο. Η Ελλάδα, πέρα από τη διεθνή κατακραυγή, υπέστη αναστολή της χρηματοδότησης μέχρι τον Οκτώβριο του 1991 (Anargyros et al 2023).

Την ίδια περίοδο, με το Π.Δ. 83/1990 συστήνεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, η οποία είναι μέχρι σήμερα το κεντρικό όργανο για τη μεταρρύθμιση και οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Δεπάστας 2018). Με τον Ν. 2071/92 καθορίζονται τα νέα οργανωτικά πρότυπα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την υλοποίηση της τομεοποίησης, συστήνονται Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) με γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια και συγκροτούνται Τοπικές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ). Ο νόμος προβλέπει την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και θέτει ένα αυστηρό πλαίσιο για τις ακούσιες νοσηλείες. Με τον όρο «ακούσια νοσηλεία» αποδίδεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και

παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη δομή ψυχικής υγείας (Lantta et al 2023). Η πρώτη φάση της μεταρρύθμισης διήρκεσε από το 1983 ως το 1995, χρονικό διάστημα κατά το οποίο δημιουργήθηκαν 250 νέες δομές ψυχικής υγείας (Madianos 2020).

Η δεύτερη φάση της μεταρρύθμισης διήρκεσε από το 1995 ως το 2009, με στόχους τη συνέχεια της μεταρρύθμισης, της κοινωνικής επανένταξης των ασθενών, καθώς και την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα ψηφίστηκε ο Ν. 2716/1999, με τίτλο *«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»*, ο οποίος συνιστά την πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης ενός πλαισίου για την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον νόμο, *πρέπει να παρέχονται βάσει των αρχών της τομεοποίησης, της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της ΠΦΥ, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας*. Στη δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» δημιουργήθηκαν συνολικά 452 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στις αστικές περιοχές ολόκληρης της χώρας (Δεπάστας και Πιερράκος 2015).

Επιπλέον, την ίδια περίοδο μειώθηκε ο αριθμός των χρονίων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία κατά 40%, αυξήθηκε ο αριθμός των ψυχιάτρων κατά 80% και των υπολοίπων επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36%. Ταυτόχρονα, εντάθηκαν οι προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση των εγκλειστών ψυχιατρικά ασθενών και τη μεταφορά τους σε άλλες δομές (Παρακευαΐδου και Κατσαλιάκη 2015). Στην προσπάθεια αυτή σημαντικό εμπόδιο αποτέλεσαν οι ζημιές που προκλήθηκαν στο Δρομοκαΐτειο και στο Δαφνί από τον σεισμό του 1999, με αποτέλεσμα την ανάγκη δαπάνης μεγάλου ύψους για την αποκατάστασή τους. Η δεύτερη φάση του προγράμματος ολοκληρώθηκε το 2009, και μετά την ολοκλήρωση της διενεργήθηκε εκ των υστέρων αξιολόγηση, με σκοπό τη διαμόρφωση των στόχων της επόμενης φάσης (Υπουργείο Υγείας 2019).

Η τρίτη φάση του μεταρρυθμιστικού προγράμματος αφορά στο χρονικό διάστημα από το 2011 ως το 2020. Για αυτή τη χρονική περίοδο, και λόγω των προβλημάτων που προέκυψαν στη χρηματοδότηση, υπογράφηκαν δυο σύμφωνα συνεργασίας με την ΕΕ, τα σύμφωνα Spidla και Laszlo Andor. Τα δυο σύμφωνα έθεταν ως προϋπόθεση για την καταβολή των ενδιάμεσων πληρωμών την υποβολή ετήσιων αξιολογήσεων από πλευράς Υπουργείου Υγείας.

Κατά τη περίοδο αυτή, βάσει του Ν. 4461/2017, προωθήθηκαν και αλλαγές, οι οποίες περιλαμβάνουν α) τη σύσταση Τομεακής Επιστημονικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΕΠΕΨΥΕ), β) τη σύσταση Τομεακής Επιστημονικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΠΕΥΠΕ), γ) τη σύσταση Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας (ΠεδιΤοΨΥ), τη σύσταση Περιφερειακών Διατομεακών Συμβουλίων (ΠεδιΤοΨΥ) και του συντονιστικού τους οργάνου και δ) τη σύσταση Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στις ΠεδιΤοΨΥ. Ο νόμος κατοχυρώνει ακόμα περισσότερο την ίση μεταχείριση των ψυχικά ασθενών και την προστασία των δικαιωμάτων τους, την αποφυγή του στιγματισμού και του αποκλεισμού από την κοινωνική και εργασιακή ζωή, την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών, τη συνεχή κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τη δυνατότητα επέκτασης του δικτύου των μονάδων ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, τον συντονισμό και τη λειτουργική διασύνδεση των μονάδων ψυχικής υγείας, καθώς και την επάρκεια τεκμηριωμένων πληροφοριών και γνώσεων, με τη χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων για αυτό τον σκοπό.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα. Για το χρονικό διάστημα από το 2021 ως και το 2030 έχει συνταχθεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία και έχει συσταθεί η Εθνική Επιτροπή για την ψυχική υγεία, που αποτελείται από 35 μέλη με συγκεκριμένη εξειδίκευση, εμπειρία και επιστημονικό πεδίο στον χώρο της ψυχικής υγείας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης εναρμονίζεται πλήρως με το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 του ΠΟΥ, με την ψυχική υγεία να αποτελεί βασική προτεραιότητα της εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας. Το σχέδιο διαρθρώνεται σε δέκα άξονες, με ειδική μέριμνα για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, τον αποστιγματισμό, την ενδυνάμωση των ψυχικά ασθενών και την έγκαιρη αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης (Δεπάστας 2018, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030). Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία θέτει την ψυχική υγεία ως προτεραιότητα, δεδομένου ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας και εξαρτήσεων συνιστούν ένα είδος «σιωπηλής» πανδημίας στη χώρα μας και πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα.

### **3.4.1 Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030**

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030 περιλαμβάνει δέκα σημαντικούς άξονες που αφορούν στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι άξονες αυτοί έχουν

αναπτυχθεί λαμβάνοντας υπόψη τα μέχρι τώρα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργός», την επιβάρυνση στο νοσολογικό προφίλ ψυχικής υγείας που επέφεραν η οικονομική και η πανδημική κρίση, καθώς και τις προτεραιότητες που έχουν τεθεί από την πολιτεία, όπως είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ισότιμο τρόπο για όλους τους πολίτες χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς, η ανάπτυξη συστήματος ψυχικής υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, η βελτίωση της προσβασιμότητας και της συνέχειας στις παρεχόμενες υπηρεσίες, η παροχή φροντίδας βασισμένης σε τεκμήρια (evidence-based), η εξάλειψη του στίγματος για την ψυχική νόσο, η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της πρόσβασης των ασθενών στην εκπαίδευση και την εργασία, η ενδυνάμωση των ασθενών και των οικογενειών τους και ο έλεγχος του κόστους και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα παραπάνω έχουν διαμορφωθεί οι εξής δέκα σημαντικοί άξονες του σχεδίου (Giannakopoulos and Anagnostopoulos 2016, Souliotis et al 2017, Economou et al 2018):

- Ολοκλήρωση της κατάργησης της ιδρυματικής περίθαλψης, ανάπτυξη της ψυχογηριατρικής και ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάϊμερ και συναφείς διαταραχές
- Περαιτέρω ανάπτυξη και ολοκλήρωση του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με ενσωμάτωση των υπηρεσιών στην ΠΦΥ και με παράλληλη αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών
- Ολοκλήρωση του δικτύου υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους, με ειδική πρόβλεψη για άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (σε αυτή την ομάδα παθήσεων περιλαμβάνονται ο αυτισμός, το σύνδρομο Asperger, το σύνδρομο Rett, η αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς)
- Μεταρρύθμιση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και ανάπτυξη μονάδων ψυχιατρικής εντατικής θεραπείας
- Ολοκλήρωση και ενίσχυση του δικτύου των ΚοιΣΠΕ
- Καθολική εφαρμογή της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη την επικράτεια
- Μείωση του αριθμού των ακούσιων εισαγωγών, με στόχο τον μέσο όρο της ΕΕ
- Ενίσχυση της ένταξης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων

- Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, με ταυτόχρονη ενδυνάμωση της φωνής των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους
- Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας ως μέρους της ετοιμότητας και του σχεδιασμού/ υλοποίησης της αντιμετώπισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως η πανδημία

### 3.4.2. Θετικά και αρνητικά στοιχεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος

Όπως προαναφέρθηκε, το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα για την ψυχική υγεία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί και συνεχίζεται. Αποτυπώνεται ακολούθως στον παρακάτω πίνακα 2. τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός». Οι μέχρι τώρα δράσεις έχουν αποφέρει ορισμένα σημαντικά θετικά αποτελέσματα, ωστόσο παρατηρούνται ακόμη δυσκολίες, οι οποίες συνιστούν μελλοντικές προκλήσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Στα θετικά αποτελέσματα, σύμφωνα με τα στοιχεία του έτους 2019, περιλαμβάνονται (Anargyros et al 2021, Peritogiannis et al 2022):

- Η κατάργηση έξι δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων, από τα οποία το ένα αφορούσε στα παιδιά<sup>33</sup>
- Η δημιουργία πενήντα ΚΨΥ, ογδόντα ΚΗ και είκοσι Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας
- Η αύξηση του αριθμού των κλινών στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Ο αριθμός των κλινών το έτος 2019 ήταν 665 σε όλη τη χώρα ο οποίος εξακολουθεί να παραμένει ο ίδιος. Επιπρόσθετα, υπάρχουν 525 κλίνες για νοσηλείες οξέων περιστατικών, οι οποίες βρίσκονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Η δημιουργία περίπου 4.000 κλινών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι οποίες βρίσκονται σε οικοτροφεία, ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα

<sup>33</sup> Αξίζει να επισημάνουμε, ότι η κατάργηση που πραγματοποιήθηκε, των έξι δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων, μόνο αρνητικός χαρακτήρας θα μπορούσε να δοθεί διότι δε φάνηκε να υπάρχει ένα σχέδιο ώστε να ακολουθείται παράλληλη ενέργεια δημιουργίας κοινοτικών δομών.



- Η ανάπτυξη τριάντα ΚοιΣΠΕ, οι οποίοι στοχεύουν στην προώθηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, μέσω της παροχής απασχόλησης σε άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Η δημιουργία 34 δομών για παιδιά και εφήβους
- Η δημιουργία εξειδικευμένων δομών ψυχικής υγείας

Στον παρακάτω συνοπτικό **Πίνακα 2**, παρατηρούμε τον απολογισμό του μεταρρυθμιστικού προγράμματος. Στον πίνακα καταγράφονται οι δράσεις που υλοποιήθηκαν κατά τα έτη 1984, 2002 και 2015, στα πλαίσια της εφαρμογής του μεταρρυθμιστικού προγράμματος της ψυχικής υγείας. Κατά την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος παρατηρείται ότι από το 1984 έως και το 2015 να υπάρχει, μια ανοδική τάση για δράσεις όπως αύξηση των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία για ενήλικες, για παιδιά και εφήβους. Επιπλέον δημιουργήθηκαν, κέντρα ψυχικής υγείας, δομές για παιδιά και εφήβους, ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα και κέντρα ημέρας.

<b>ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΥΛΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ</b>	<b>1984</b>	<b>2002</b>	<b>2015</b>
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>33</b>
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΕΝΤΟΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>13</b>
<b>ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>39</b>
<b>ΚΙΝΗΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>26</b>
<b>ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>11</b>
<b>ΞΕΝΩΝΕΣ</b>	<b>1</b>	<b>72</b>	<b>97</b>
<b>ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>125</b>
<b>ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ</b>	<b>0</b>	<b>106</b>	<b>230</b>
<b>ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>65</b>

**Πίνακας 2. Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος Ψυχαργός (ιδία προσαρμογή).**

Από τις αστοχίες του μεταρρυθμιστικού προγράμματος η σημαντικότερη είναι η μη ολοκλήρωση της αποϊδρυματοποίησης όπως ακολούθως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3. αποτυπώνονται οι δυσλειτουργίες και τα προβλήματα από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης τα οποία αποτελούν επόμενους στόχους προς επίτευξη του Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχική Υγεία. Στον παρακάτω πίνακα 3. παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης στη ψυχική υγεία όπως, εκτός από την αποϊδρυματοποίηση η οποία αναφέρεται παραπάνω, η έλλειψη προσωπικού για τη στελέχωση των μονάδων ψυχικής υγείας, υπάρχουν προβλήματα στη χρηματοδότηση, δεν πραγματοποιείται στοχευμένη κάλυψη των αναγκών στις ομάδες του πληθυσμού και βέβαια το βασικότερο ίσως όλων είναι ότι τα εμπλεκόμενα μέρη δεν συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων δηλαδή οι αποφάσεις λαμβάνονται από φορείς οι οποίοι ενδέχεται να μην έχουν μια σχετική επαφή με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

	<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ</b>	
<b>1</b>	<b>ΜΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ</b>	
<b>2</b>	<b>ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</b>	
<b>3</b>	<b>ΤΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΜΕΡΗ ΔΕΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ</b>	
<b>4</b>	<b>ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
<b>5</b>	<b>ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ-ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ ΕΝΙΑΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	
<b>6</b>	<b>ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ</b>	
<b>7</b>	<b>ΑΠΑΞΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΕΨΥ</b>	
<b>8</b>	<b>ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ</b>	
<b>9</b>	<b>ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</b>	
<b>10</b>	<b>ΥΠΟΣΤΕΛΕΧΩΣΗ</b>	
<b>11</b>	<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ</b>	
<b>12</b>	<b>ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΥΛΟΠΟΙΗΘΕΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</b>	
<b>13</b>	<b>ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΥΛΟΠΟΙΗΘΕΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</b>	
<b>14</b>	<b>ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ</b>	
<b>15</b>	<b>ΑΠΑΞΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ</b>	

**Πίνακας 3. Προβλήματα από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Ίδια προσαρμογή σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία**

Σε αρκετά σημεία η πρόοδος δεν είναι όμως η αναμενόμενη, είτε όσον αφορά στον χρόνο υλοποίησης, είτε στον αριθμό των δομών ψυχικής υγείας, και συγκεκριμένα:

- Η αποϊδρυματοποίηση δεν έχει ολοκληρωθεί. Λειτουργούν ακόμη τρία δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, στα οποία νοσηλεύονται χρόνιοι ασθενείς, που δεν είναι εύκολο,

λόγω της κατάστασής τους να αποϊδρυματοποιηθούν. Ο αριθμός τους ανέρχεται σε 300 περίπου χρόνιας ασθενείς. Επιπρόσθετα, μεγάλος αριθμός χρόνιων ασθενών νοσηλεύεται σε ιδιωτικές κλινικές. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης.

- Υπολείπεται ακόμη, σύμφωνα με τον αρχικό προγραμματισμό, η δημιουργία 23 ΚΨΥ και 15 ΚΜΨΥ, καθώς και η στελέχωση των ΚΗ με μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, οι δομές αυτές δεν λειτουργούν όλο το 24ωρο, όπως προβλέπεται.
- Σχετικά με τις δομές που αφορούν σε παιδιά και εφήβους, πρέπει να δημιουργηθούν ακόμη 121, σύμφωνα με τον αρχικό προγραμματισμό. Είναι σαφές ότι ο στόχος αυτός υπολείπεται σημαντικά στην υλοποίησή του.
- Σχετικά με τις δομές που αφορούν σε ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θα απαιτηθεί μεγαλύτερος αριθμός στο μέλλον. Ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer, των διατροφικών διαταραχών, των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και της επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται συνεχώς. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού ανέρχεται σε 1-3 % στα παιδιά και τους εφήβους, της νόσου Alzheimer σε 5%, των διατροφικών διαταραχών σε 6% και της επιλόχειας κατάθλιψης στο 10-15% των νέων μητέρων (Becker et al 2016, Βασιλοπούλου et al 2018, Σερετόπουλος και συν 2020). Επιπρόσθετα, ο αριθμός των ατόμων με εξαρτήσεις βαίνει ολοένα και αυξανόμενος, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής, των συνθηκών και των διαρκών πιέσεων της καθημερινότητας, της πρόσφατης πανδημίας και άλλων παραγόντων (όπως ο σχολικός εκφοβισμός, η προβολή ακατάλληλων προτύπων από την τηλεόραση και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, καθώς και οι συμπεριφορές μίμησης) που διαμορφώνουν τέτοιου τύπου συμπεριφορές.
- Η τομεοποίηση αποτελεί βασική αρχή ενός αποτελεσματικού και οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε τοπικό επίπεδο έχουν συσταθεί 13 Τομείς Ψυχικής Υγείας για την Αττική, 3 για τη Θεσσαλονίκη και 42 για την υπόλοιπη επικράτεια.
- Η συγκρότηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), με τις αρμοδιότητες που αναφέρονται στον Ν.2716/1999, άρθρο 3, παράγραφος 6. Οι ΤΕΨΥ είναι πενταμελείς και συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και με τη σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. *«Κύριο έργο των ΤΕΨΥ είναι η προώθηση συνεργασίας μεταξύ των μονάδων ψυχικής υγείας του Τομέα ευθύνης τους, για τη*

*διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς, σύμφωνα με τις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης»*

- Η άνιση κατανομή των δομών ψυχικής υγείας, δεδομένης και της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας της χώρας, με τις περισσότερες να βρίσκονται στα αστικά κέντρα.
- Υπολείπεται ακόμη, σύμφωνα με τον αρχικό προγραμματισμό, η δημιουργία 34 ΚοιΣΠΕ. Η σύσταση των συνεταιρισμών αυτών, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την επαγγελματική ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και συνιστούν προστατευμένα περιβάλλοντα εργασίας, συμβάλλουν στην ταχύτερη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και αυτό γιατί εκτός από κοινωνική ένταξη παρέχουν και κοινωνική ευημερία.
- Η υποστελέχωση των δομών με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, λόγω της οικονομικής και της πανδημικής κρίσης, με αποτέλεσμα ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να μην επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης της δομής στην οποία υπηρετούν
- Εκκρεμούν η αποτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, η αποτίμηση των προσδοκιών και των απαιτήσεων των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η διενέργεια αξιολογήσεων των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ο αριθμός των εισαγωγών ασθενών στις κλινικές και τα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων, οι οποίες γίνονται μετά από εισαγγελική παρέμβαση είναι περισσότερες από το 50% του συνόλου, γεγονός που εγείρει ηθικά ζητήματα σχετικά με τον σεβασμό των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.
- Την τελευταία δεκαετία, λόγω της οικονομικής και της πανδημικής κρίσης, και με τη συνεπαγόμενη κόπωση όλων των εμπλεκόμενων μερών, η μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας δεν συνιστά προτεραιότητα, γεγονός που πρέπει άμεσα να διορθωθεί.

Παρά τα θετικά βήματα που έγιναν και αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο, υπάρχουν ακόμη αρκετές αστοχίες και σημαντικά ζητήματα που δεν έχουν επιλυθεί. Πολλές από τις παθογένειες οφείλονται στην έλλειψη πολιτικής βούλησης για ουσιαστικές αλλαγές, δεδομένου ότι αυτές παρατηρούνται διαχρονικά. Τα αίτια είναι πολλά, με βασικότερο όλων την έλλειψη πόρων, η οποία μετά την οικονομική κρίση έγινε ακόμη εντονότερη (Basta et al 2018).

Η ψυχική υγεία απορροφά μόλις το 5% των δαπανών για την υγεία, ποσοστό που δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, τα τρία τελευταία έτη, λόγω της πανδημίας δαπανήθηκαν πολύ μεγάλα ποσά για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19 και

την αγορά εμβολίων, κατά προτεραιότητα σε σχέση με άλλες δράσεις δημόσιας υγείας. Η έλλειψη πόρων έχει ως αποτέλεσμα τις ανεπαρκείς υποδομές, αλλά και την πλημμελή κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Οι δομές ψυχικής υγείας είναι υποστελεχωμένες, με αποτέλεσμα την εργασιακή υπερφόρτωση και την εξουθένωση του υπάρχοντος προσωπικού, η οποία οδηγεί σε μειωμένη παραγωγικότητα και μειωμένη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται μαζικές συνταξιοδοτήσεις, μετακινήσεις, μεταθέσεις και αποσπάσεις του προσωπικού προς άλλες δομές, οι οποίες τροφοδοτούν ένα συνεχή φαύλο κύκλο, όσον αφορά στη στελέχωση των δομών (Anargyros et al 2021, Peritogiannis et al 2022).

### **3.5 Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα για τις αστοχίες του μεταρρυθμιστικού προγράμματος, οι μελέτες που θέτουν στο επίκεντρό τους την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ικανοποίηση των χρηστών είναι περιορισμένες. Η ερευνητική ομάδα Καρέλη και κ.ά. (2020), διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών-ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το ΚΨΥ και την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, με χρήση του ερωτηματολογίου Verona Services Satisfaction Scale, το οποίο σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών είναι υψηλά. Η χαμηλότερη κατά μέσο όρο βαθμολογία αφορά στην ικανοποίηση από τη γενική αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής μονάδας, ενώ οι υψηλότερες αφορούν στην ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχιάτρους και τους νοσηλευτές (Καρέλη και συν 2020).

Οι Καμπάντα και Νιάκας (2004) διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών από ένα ΚΨΥ στη Βόρειο Ελλάδα (Καβάλα). Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή όσον αφορά στην υποδομή, τις διοικητικές υπηρεσίες και το επιτελούμενο κλινικό έργο. Τα άτομα που κατοικούν στις αγροτικές περιοχές και τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Οι Σιφναίος και κ.ά. (2019) διερεύνησαν τον βαθμό ικανοποίησης των γονέων παιδιών με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και διαπίστωσαν ότι οι γονείς είναι αρκετά

ικανοποιημένοι από τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και λιγότερο ικανοποιημένοι από τους τύπους των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επίσης, δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία. Ο βαθμός ικανοποίησης σχετίζεται αρνητικά με τον παρατεταμένο χρόνο αναμονής για παροχή των υπηρεσιών.

Οι Τσίρος και κ.ά. (2017) μελέτησαν την ικανοποίηση των ασθενών με κατάθλιψη από τις υπηρεσίες ΠΦΥ του νομού Ηλείας, όσον αφορά στα οργανωτικά και λειτουργικά θέματα και τη διαπροσωπική επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Από τη μελέτη τους συμπεραίνεται ότι ο αυξημένος βαθμός κατάθλιψης των ασθενών συνδυάζεται με μειωμένο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ηλικιωμένοι, οι γυναίκες, οι ανύπαντροι, οι ασθενείς σε χηρεία και οι Έλληνες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι Πλουμπίδης και κ.ά. (2018) διερεύνησαν τα επανερχόμενα περιστατικά στο ΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα. Συμπεραίνουν ότι η συστηματική καταγραφή των ασθενών που διακόπτουν τη θεραπεία και επανέρχονται σε μελλοντικό χρόνο συνιστά σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών. Η διακοπή της παρακολούθησης των ληπτών ψυχικής υγείας, σε μεγάλο βαθμό δεν οφείλεται στη μη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία, αλλά στον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας και τον τρόπο παρακολούθησης των ασθενών (follow-up). Αν και ποσοστό 88,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ικανοποιημένο, οι ερευνητές υποθέτουν ενδεχόμενη μεροληψία, επειδή υπάρχει θετική στάση στους ασθενείς που επανέρχονται, καθώς και το ενδεχόμενο να μη θέλουν να δυσαρεστήσουν τους θεραπευτές τους.

Η ερευνητική ομάδα Μπουραζάνα και κ.ά. (2021) μελέτησαν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή ενός οργανωμένου συστήματος διαχείρισης νέων αιτημάτων για ψυχιατρική παρακολούθηση, το οποίο βασίζεται στην διαλογή (triage), καθώς και στις ιεράρχηση οργανωτικές προτεραιότητες που θέτει η υπηρεσία, χωρίς να υπάρχει συσσώρευση αιτημάτων, μεγάλοι χρόνοι αναμονής και σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού. Η μελέτη αφορά στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Το υπό μελέτη σύστημα λαμβάνει υπόψη του τον διοικητικό καταμερισμό του συστήματος υγείας και παρεμβαίνει στους χρόνους αναμονής, αξιολογώντας τα αιτήματα με ιατρικά και ηθικά κριτήρια, μέσω διαβαθμισμένης ιεράρχησης. Βασικός στόχος της εφαρμογής του ήταν η μείωση του χρόνου αναμονής και η βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας

έδειξαν ότι ο χρόνος αναμονής των ασθενών μειώθηκε σημαντικά σε σχέση με τον χρόνο που απαιτείτο χωρίς το σύστημα διαχείρισης. Επιπρόσθετα έδωσε την ευκαιρία σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών να παραπεμφθούν ανάλογα με τη φύση του προβλήματός τους, σε ειδικές υπηρεσίες, είτε στο ίδιο νοσοκομείο, είτε σε άλλα. Η εφαρμογή εξασφάλισε χρόνο για την άμεση πρόσβαση σε κατάλληλη θεραπεία στο 27,4% του συνόλου των αιτημάτων. Σύμφωνα με τη μελέτη, ποσοστό 44,4% αναζήτησε επίσης βοήθεια με δική του πρωτοβουλία, γεγονός που καταδεικνύει το χαμηλό επίπεδο ένταξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, καθώς και το σημαντικό έλλειμμα πληροφόρησης του πληθυσμού για τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί.

Οι Likomitrou et al (2021) αξιολόγησαν τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσω εφαρμογής τηλεϊατρικής για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα νησιά των Κυκλάδων. Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής έγινε μέσω της εκτίμησης των DALYs, ανάλογα με το είδος της ψυχικής πάθησης. Από τη μελέτη τους συμπεραίνεται η εξοικονόμηση 98 DALYs, λόγω της πρόληψης της πρόωρης θνησιμότητας, της μείωσης της επιβάρυνσης από την ψυχική υγεία, της συνέχειας της φροντίδας, της βελτίωσης της κατάστασης της υγείας των ασθενών, καθώς και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές.

Οι Mavroeiidi et al (2023) διερεύνησαν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών σε πέντε κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τους, τα επίπεδα της ικανοποίησης είναι υψηλότερα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την τεχνική επάρκεια του προσωπικού και τη συμπεριφορά του προσωπικού. Τα επίπεδα δυσαρέσκειας κυμαίνονται σε 9,6% σε σχέση με το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης (Mavroeiidi et al 2023). Επιπρόσθετα, σε έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του δήμου Αθηναίων, καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη συμπεριφορά του προσωπικού στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων, και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης αναφορικά με τις κτιριακές υποδομές, τη διαθεσιμότητα των ραντεβού και τους χρόνους αναμονής (Παρασκευαΐδου και Κατσαλιάκη, 2015).

Οι Samartzis and Tallias (2019) αξιολόγησαν τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης; που αφορά στη μέτρηση δεικτών ποιότητας, καθώς και ως προς τις διαστάσεις της καταλληλότητας, της προσβασιμότητας, της αποδοχής, της τεχνικής

επάρκειας του προσωπικού, της αποτελεσματικότητας, της συνέχειας και της αποδοτικότητας. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν συνιστά θεσμική απαίτηση και δεν υλοποιείται συστηματικά. Σύμφωνα με τη μελέτη τους, οι ευρύτερα εφαρμοζόμενοι δείκτες ποιότητας είναι:

- Καταλληλότητα : αριθμός ασθενών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και όχι σε δομή αποκατάστασης εξωτερικών ασθενών, αριθμός ασθενών που θα μπορούσαν να αποφύγουν την εισαγωγή σε νοσοκομείο, αριθμός ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χωρίς εξατομικευμένη φροντίδα
- Προσβασιμότητα: χρόνος αναμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο, χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε νοσοκομείο, ποσοστό του πληθυσμού που έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Αποδοχή: επίπεδα ικανοποίησης ασθενών, εμπειρίες και αντιλήψεις ασθενών, προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, προστασία του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, ποσοστό εξιτηρίων με γραπτές οδηγίες, παράπονα που καταγράφονται από τους ασθενείς
- Τεχνική επάρκεια του προσωπικού: πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, αξιολόγηση του προσωπικού
- Αποτελεσματικότητα: ποσοστό ασθενών με βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους, ολική θνησιμότητα, θνησιμότητα ανά φύλο, αριθμός ψυχιατρικών κλινών ανά 100.000 κατοίκους, ποσοστό αυτοκτονιών, ποσοστό ασθενών που ολοκληρώνει το πρόγραμμα θεραπείας από εξαρτήσεις, ποσοστό ασθενών που μείωσαν την κατανάλωση αλκοόλ, ποσοστό επανεισαγωγών
- Συνέχεια της φροντίδας: ποσοστό ασθενών που εξακολουθεί τη θεραπεία μετά από το εξιτήριο από το νοσοκομείο, αριθμός παραπομπών
- Αποδοτικότητα: αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανά 100.000 κατοίκους, συνολικός αριθμός επαγγελματιών που εργάζεται στο σύστημα υγείας, αριθμός ασθενών ανά επαγγελματία ψυχικής υγείας ανά ημέρα, μέση διάρκεια νοσηλείας, μέσο κόστος νοσηλείας ανά ιατρό, κλινική, τομέα, πάθηση και νοσοκομείο, μέσο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων, μέσο κόστος φαρμάκων, μέσο κόστος ανά παρέμβαση, αναλογία ιατρών /νοσηλευτών ανά κλίνη, μέση πληρότητα κλινών



- Ασφάλεια: αριθμός περιστατικών λεκτικής βίας, αριθμός περιστατικών σωματικής βίας που καταγράφονται κατά την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Επιπρόσθετα, οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν συνιστά θεσμική απαίτηση και δεν υλοποιείται συστηματικά, όπου αναφέρονται τα προβλήματα από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης. Υπάρχουν ακόμη αρκετοί νοσηλευόμενοι ασθενείς στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία και μεγάλος αριθμός ασθενών στις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες δεν συμπεριελήφθησαν στο πρόγραμμα. Επιπρόσθετα, το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών, επέφερε αυξημένη επιβάρυνση στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων (Anargyros et al 2021, Peritogiannis et al 2022).

Η κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι επίσης άνιση στις διάφορες περιοχές της χώρας, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μεγάλη ανισότητα στην πρόσβαση. Διαπιστώνεται συσσώρευση των δομών ψυχικής υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ υπάρχουν περιφέρειες με σημαντικές ελλείψεις, όπως είναι οι νησιωτικές περιοχές (Pantelidou et al 2021). Η ανεπάρκεια των δομών για παιδιά και εφήβους είναι ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα, ιδίως μετά την πανδημία, κατά την οποία παιδιά και έφηβοι βίωσαν κοινωνική απομόνωση λόγω των περιοριστικών μέτρων, έλλειψη επαφής και συναναστροφής με φίλους και συνομήλικους, αλλά και αύξηση στην ενδοοικογενειακή βία, λόγω του εγκλεισμού και της παρατεταμένης συνύπαρξης των μελών των οικογενειών, οι οποίες παρουσιάζουν προβλήματα και δυσλειτουργίες (Brooks et al 2020, Hossain et al 2022).

Έλλειψη παρατηρείται και στον αριθμό και την κατανομή των ειδικών δομών. Οι δομές που εξειδικεύονται στις διατροφικές διαταραχές είναι πολύ λίγες, ενώ το πρόβλημα βαίνει ολοένα αυξανόμενο, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και των προτύπων εξωτερικής εμφάνισης που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (van Eeden et al 2021). Αν και η ανάγκη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους αφορά σε όλη τη χώρα, οι (ΤεπΨΥ) έχουν δημιουργηθεί μόνο στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη. Εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές περιοχές της χώρας που είτε δεν διαθέτουν καμία μονάδα ψυχικής υγείας, είτε η συσσώρευση των δομών είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή τη γεωγραφική κατανομή. Η συνέχεια της φροντίδας δεν εξασφαλίζεται ικανοποιητικά, ούτε και εντός των νοσοκομείων (Peritogiannis and Samakouri 2023, Papachristou et al 2023).

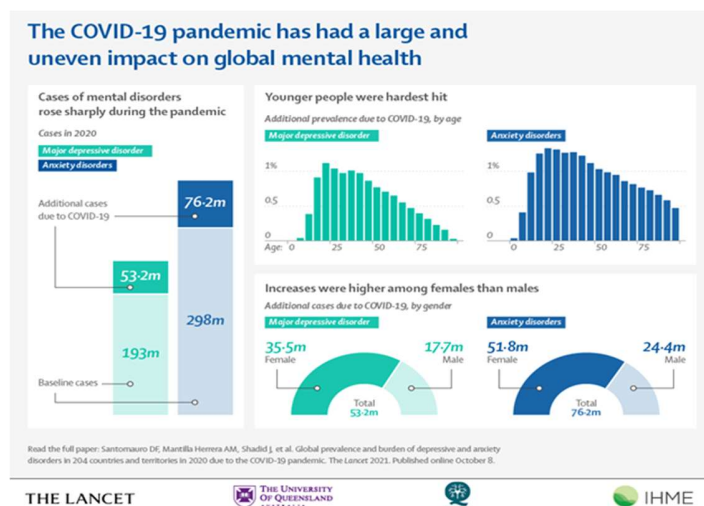
Επιπρόσθετα, σε επίπεδο σχεδιασμού δεν γίνεται διερεύνηση των αναγκών του πληθυσμού, η οποία να είναι βασισμένη σε δεδομένα που να συλλέγονται με έγκυρη μεθοδολογία. Ούτε έχει αναπτυχθεί κάποιο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, το οποίο να παρακολουθείται και να αξιολογείται ως προς την εφαρμογή και τα αποτελέσματά του. Οι περισσότερες πρωτοβουλίες για εκπαίδευση λαμβάνονται από τους ίδιους τους εργαζόμενους, οι οποίοι, σε πολλές περιπτώσεις, συναντούν τις αντιδράσεις των προϊσταμένων τους, είτε λόγω νοοτροπίας, είτε γιατί δυσαρεστούνται από την απουσία εργαζομένων από την εργασία. Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν αξιολογείται με συστηματικό τρόπο, ούτε η ικανοποίηση των χρηστών, ώστε να υπάρχει ανατροφοδότηση για την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών και δράσεων βελτίωσης. Οι δράσεις αξιολόγησης που έχουν γίνει είναι περιορισμένες (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς 2012, Loukidou et al 2013, Samartzis and Tallias 2020).

Όσον αφορά στη λειτουργία των ΤΕΠΨΥ, παρουσιάστηκαν προβλήματα διοικητικής φύσεως. Οι επιτροπές λειτούργησαν μόνο με συμβουλευτικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα τη σταδιακή εξασθένιση του ρόλου τους και τελικά την απαξίωσή τους. Όσον αφορά στη λειτουργική διασύνδεση των δομών, η μεταρρύθμιση δεν έδειξε σημαντική πρόοδο, ενώ η εφαρμογή του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλλου Υγείας περιορίζεται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Τέλος, όσον αφορά στο σύστημα κοστολόγησης και χρηματοδότησης της λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας, αυτό τέθηκε σε εφαρμογή το 2013, και αποτέλεσε αξιόπιστο μηχανισμό αποτύπωσης των αναγκών κάθε φορέα. Το εν λόγω σύστημα απαξιώθηκε ωστόσο το 2017, λόγω αδυναμίας υποστήριξης του πληροφοριακού συστήματος στο οποίο βασιζόταν η λειτουργία του (Δεπάστας 2018).

### **3.6 Αποτίμηση της παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας**

Η πρόσφατη πανδημία είχε ως αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία του πληθυσμού όλων των χωρών. Στη σχηματική απεικόνιση 13, ακολούθως διακρίνεται ότι η πανδημία (covid 19), είχε επιπτώσεις σε όλο τον κόσμο. Διαφαίνεται ότι υπήρχε μια ανοδική τάση της τάξης των 53 εκατομμυρίων ανθρώπων στις περιπτώσεις μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Επιπλέον, οι αγχώδεις διαταραχές που προκλήθηκαν από την πανδημία επηρέασαν 76 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Στα νεότερα άτομα οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία ήταν υψηλότερη από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα. Οι γυναίκες επηρεάστηκαν

με αρνητικό τρόπο από την πανδημία σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες. Οι αυξήσεις στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, όπως και στις αγχώδεις διαταραχές, ήταν υψηλότερες στις γυναίκες παρά στους άνδρες, όπως παρουσιάζεται στην παρακάτω **Σχηματική απεικόνιση 13**.



### Σχηματική απεικόνιση 13. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία<sup>34</sup>

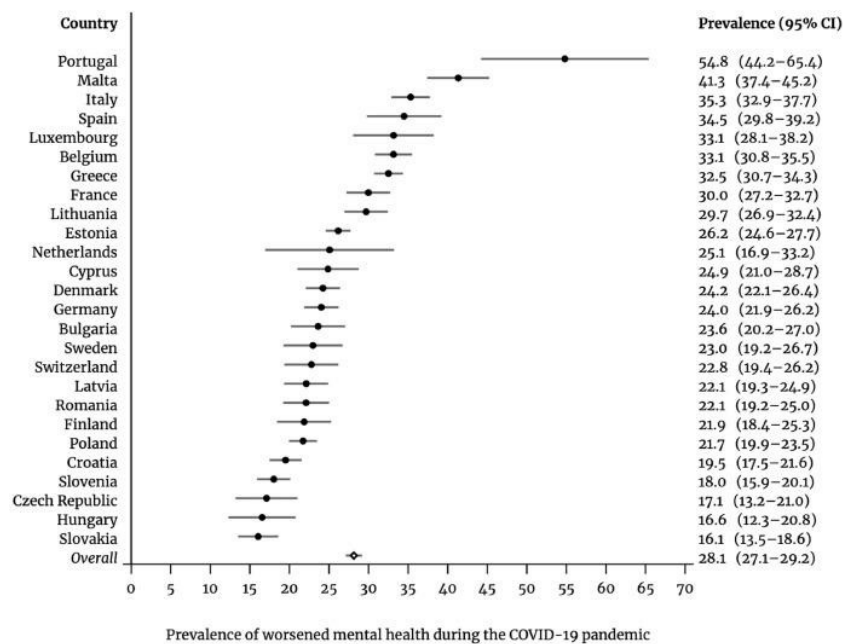
Οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια υγειονομικών κρίσεων, μπορεί να είναι είτε ατομικοί, όπως ο χαρακτήρας του ατόμου, η ευκολία με την οποία προσαρμόζεται στα μέτρα που επιβάλλει η πολιτεία και το αν διακρίνεται από μια απαισιόδοξη στάση ζωής, είτε οι διαταραχές και συννοσηρότητες που προϋπάρχουν στο άτομο, όπως διάφορες φοβίες και ασθένειες. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τα στοιχεία της αβεβαιότητας και του αιφνιδιασμού που χαρακτηρίζουν μια κρίση δημιουργούν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Serafini et al 2020, Passavanti et al 2021).

Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και κατά την μεταπανδημική περίοδο, παρατηρήθηκε αυξημένος επιπολασμός του στρες, της κατάθλιψης, της αγχώδους συνδρομής, καθώς και διαταραχές στον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις σε όλο

<sup>34</sup> Πηγή: <https://www.thelancet.com/infographics-do/covid-mental-health> Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet 2021. Published online October 8.

τον κόσμο. Ειδικότερα από τα στοιχεία της βιβλιογραφικής επισκόπησης διακρίνουμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην έβδομη θέση ανάμεσα σε 26 χώρες της Ευρώπης.

Ο επιπολασμός αποτυπώνεται στην παρακάτω ακολούθως σχηματική απεικόνιση 14.



**Σχηματική απεικόνιση 14. Η αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών κατά την πανδημία σε 26 χώρες της Ευρώπης, με την Ελλάδα να βρίσκεται έβδομη στη σειρά <sup>35</sup>.**

Η βαρύτητα των διαταραχών αυτών σχετίζεται θετικά με τυχόν νόσηση, νοσηλεία ή ανθρώπινες απώλειες, θανάτους προσφιλών προσώπων από τον ιό, καθώς και τις οικονομικές και επαγγελματικές συνέπειες στο κάθε άτομο. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης με τον βαθμό συμμόρφωσης με τα περιοριστικά μέτρα και την πληροφόρηση που είχε το άτομο σχετικά με την πανδημία και την εξέλιξή της (Brooks et al 2020, Haider et al 2020, Xiong et al 2020).

Αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών καταγράφεται και στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, τους ογκολογικούς ασθενείς, τους ασθενείς με προϋπάρχουσα ψυχική νόσο και τους επαγγελματίες υγείας, λόγω της μεγάλης εργασιακής και ψυχολογικής πίεσης (Ahmed et al 2020, Johnson et al 2020). Η παράλληλη αύξηση των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους, όπως και των περιστατικών έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας, σε συνδυασμό με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και εθιστικών ουσιών, συνιστούν λόγο παγκόσμιας ανησυχίας (Barbosa et al 2021, Karakasi et al 2022, Zamba et al 2022).

<sup>35</sup> Πηγή: Mendez-Lopez et al 2022

Στις χώρες με ισχυρά και καλά οργανωμένη ΠΦΥ, όπως είναι η Αυστραλία, η διαχείριση της πανδημίας υπήρξε αποτελεσματικότερη. Στις χώρες αυτές η ΠΦΥ διαδραμάτισε πολύ σημαντικό ρόλο στον έγκαιρο εντοπισμό των ύποπτων κρουσμάτων, καθώς και στην ιχνηλάτηση και την απομόνωσή τους από την κοινότητα, ώστε να περιοριστεί η διασπορά. Επίσης, η λειτουργία της ΠΦΥ τροποποιήθηκε, ώστε να ανταποκριθεί στο επείγον ζήτημα της διακινδύνευσης της δημόσιας υγείας (Σταχτέας 2022). Σε παγκόσμιο επίπεδο καταγράφηκαν επιπρόσθετα μεγάλες καθυστερήσεις, αναβολές και ακυρώσεις στην παροχή των υπηρεσιών της ΠΦΥ, λόγω ακυρώσεων ιατρικών ραντεβού, επεμβάσεων, θεραπειών και διαγνωστικών ελέγχων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις η παροχή τους κατέστη εφικτή με τη μέθοδο της τηλεϊατρικής (Rifkin et al 2021, Scott et al 2022).

Για την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας ενεργοποιήθηκε και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», με σκοπό την ενδυνάμωση και την ενημέρωση των ηλικιωμένων και των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Επίσης, η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, με τη συνεργασία άλλων φορέων, παρείχε υπηρεσίες τηλεφωνικής ψυχολογικής υποστήριξης, προς τα άτομα που την είχαν ανάγκη. Στο πλαίσιο της αξιολόγησης αυτής της υπηρεσίας διαμορφώθηκε μάλιστα ένα ερευνητικό πρωτόκολλο καταγραφής των αιτημάτων των κλήσεων, των συμπτωμάτων, των βασικών κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των καλούντων και την έκθεση τους στα ΜΜΕ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η πλειοψηφία των καλούντων ήταν γυναίκες και δεν είχε κάποια προϋπάρχουσα ψυχική νόσο. Όσον αφορά στα συναισθήματα των καλούντων, το κυρίαρχο ήταν ο φόβος, ακολουθούμενος από τα αισθήματα λύπης, αιφνιδιασμού και θυμού. Όσον αφορά στις παρατηρούμενες διαταραχές, την πρωτιά κατέχει η κατάθλιψη και έπεται το άγχος, λόγω των άνευ προηγουμένου αλλαγών σε κάθε πτυχή της ζωής<sup>36</sup>

Οι Duden et al (2022) πραγματοποίησαν μελέτη που αφορά στις τροποποιήσεις στις υπηρεσίες, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε 63 διαφορετικές χώρες (χώρες της Νότιας Αμερικής, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ινδία, Αυστραλία, Ιαπωνία, Ρωσία, ΗΠΑ, Ινδία, χώρες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, χώρες της Βόρειας Αφρικής, Νιγηρία και χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας). Σύμφωνα με τα συμπεράσματά τους, παρατηρήθηκαν οι παρακάτω δυσκολίες:

- Μειωμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω των μέτρων απαγόρευσης της κυκλοφορίας

---

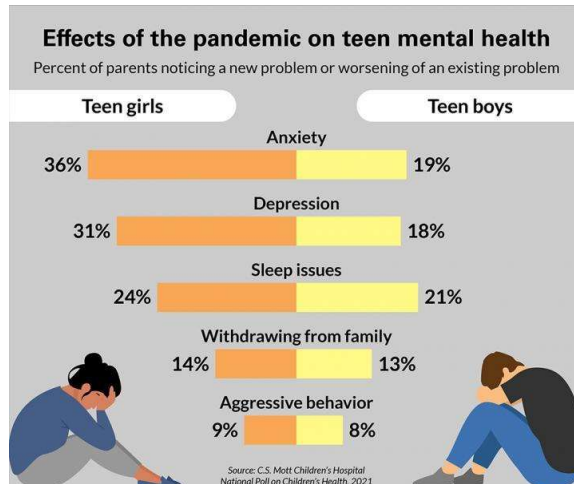
<sup>36</sup> [https://www.dianeosis.org/2020/06/psychology\\_support/](https://www.dianeosis.org/2020/06/psychology_support/)

- Αναβολές, καθυστερήσεις και ακυρώσεις των συναντήσεων των ψυχικά ασθενών με ιατρούς και θεραπευτικές ομάδες
- Έλλειψη πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου COVID-19 σε ασθενείς με ψυχική υγεία
- Αυξημένο ποσοστό παραπομπών στη δευτεροβάθμια φροντίδα και εισαγωγών στα νοσοκομεία
- Εργασιακή υπερφόρτωση και υποστελέχωση, λόγω της μετακίνησης του υγειονομικού προσωπικού στις μονάδες της πρώτης γραμμής και τα εμβολιαστικά κέντρα
- Δυσλειτουργίες και καθυστερήσεις στην εφοδιαστική αλυσίδα με αποτέλεσμα τις ελλείψεις φαρμάκων
- Έλλειψη ετοιμότητας για έγκαιρη ανταπόκριση στις νέες συνθήκες
- Επιπτώσεις στη συνέχεια και την εγκαιρότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα εξωτερικά ιατρεία, την κοινότητα και τις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες
- Αναδιοργάνωση των νοσοκομειακών ψυχιατρικών μονάδων
- Προσαρμογές και απαιτήσεις διαγνωστικών ελέγχων
- Μειωμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους
- Συρρίκνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λόγω της διάθεσης των πόρων στις υπηρεσίες της πρώτης γραμμής και την αγορά εμβολίων
- Έλλειψη πρωτοκόλλων διαχείρισης των επιπτώσεων της πανδημίας στα παιδιά και τους εφήβους

Στην Ελλάδα έχουν διενεργηθεί μελέτες με αντίστοιχο αντικείμενο από τους Κουφονικολάκου, Gkintoni et al, και Σταχτέα, με συγκρίσιμα αποτελέσματα (Κουφονικολάκου 2020, Gkintoni et al 2021, Σταχτέας 2022).

Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των εφήβων αποτυπώνεται στην παρακάτω **ακολουθώς σχηματική απεικόνιση 15**. Παρατηρούμε ότι έχουν βιώσει άγχος ένα στα τρία έφηβα κορίτσια και ένα στα πέντε έφηβα αγόρια. Επιπροσθέτως οι γονείς εφήβων κοριτσιών από τους γονείς εφήβων αγοριών σημειώνουν αύξηση του άγχους, 36% έναντι 19%. Επίσης διακρίνουμε ότι τα έφηβα κορίτσια έχουν αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης ή θλίψης, 31% έναντι 18% από τα έφηβα αγόρια.

Επιπλέον οι ερωτώμενοι γονείς παρατήρησαν και ανέφεραν αλλαγές οι οποίες ήταν αρνητικές στον ύπνο, δηλαδή το ποσοστό ήταν 24% για τα κορίτσια ενώ για τα αγόρια ήταν 21%. Τα έφηβα κορίτσια σε ποσοστό 14% είχαν απομάκρυνση από την οικογένεια ενώ τα αγόρια κυμαινόταν στο 13%. Όσον αφορά την επιθετική συμπεριφορά παρατηρούμε ότι τα κορίτσια είχαν ένα ποσοστό μιας μονάδας λιγότερης 8% σε σχέση με τα συνομήλικα αγόρια 9%. C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health University of Michigan.



### Σχηματική απεικόνιση 15. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των εφήβων<sup>37</sup>.

Για την αρτιότερη παρουσίαση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας και την παροχή τους από την ΠΦΥ, ζητήθηκαν οι απόψεις ειδικών ψυχικής υγείας και εργαζομένων στο χώρο της ψυχικής υγείας, ώστε να μπορέσουμε να διαμορφώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα. Οι απόψεις αυτές παρατίθενται στο επόμενο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Διεξαγωγή έρευνας –Καταγραφή απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Κατά την εκπόνηση της εργασίας πραγματοποιήθηκε μικρής έκτασης ποιοτική έρευνα, με στόχο τη διερεύνηση των απόψεων ειδικών και εργαζομένων ψυχιάτρων, ψυχολόγων, συνδικαλιστές, ανώτερο στέλεχος μονάδων ψυχικής υγείας, σχετικά με διάφορα θέματα που αφορούν στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η έρευνα, η οποία έλαβε χώρα από τον Σεπτέμβριο έως τον Δεκέμβριο 2023, βασίστηκε στην αξιοποίηση οδηγού συνέντευξης (βλ. παράρτημα), ο οποίος διαιρούνταν σε έξι θεματικούς άξονες:

1. Οριοθέτηση και περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα
2. Θεσμικό πλαίσιο

<sup>37</sup> <https://www.eurekalert.org/news-releases/655506>

3. Δομές και Προσωπικό
4. Ομοιότητες και διαφοροποιήσεις του κυρίαρχου στη χώρα μας μοντέλου ΠΦΥ από τα κρατούντα σε ευρωπαϊκό επίπεδο
5. Δυνατά σημεία και αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας
6. Αποτίμηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εν μέσω της πανδημίας

Πιο συγκεκριμένα, για την έρευνα επιλέχθηκε η διεξαγωγή συνεντεύξεων, με ερωτήσεις οι οποίες επέτρεπαν στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις γνώσεις τους σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ, το θεσμικό πλαίσιο, τις δομές, το προσωπικό, τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με την τεχνική της σκόπιμης δειγματοληψίας. Η τεχνική της σκόπιμης δειγματοληψίας είναι μια μέθοδος κατά την οποία οι συμμετέχοντες επιλέγονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι πιο πιθανό να συγκεντρωθούν οι κατάλληλες πληροφορίες, οι πληροφορίες δηλαδή εκείνες που θα επιτρέψουν στον ερευνητή να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που έθεσε. Ο ερευνητής διαλέγει σκόπιμα δηλαδή εκείνο το δείγμα του πληθυσμού που είναι πιο πιθανό να αποδώσει κατάλληλα και να του αποφέρει και την ιδανικότερη συλλογή δεδομένων προς έρευνα (Etikan and Babtopye 2019).

Ως αποτέλεσμα, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από δέκα (10) συμμετέχοντες, οι οποίοι είναι λειτουργοί ψυχικής υγείας ή κατέχουν θέσεις ευθύνης σε φορείς που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα στοιχεία των συμμετεχόντων δεν αναφέρονται για λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων τους, Τηρήθηκε η ανωνυμία τους, οι ιδιότητες των συνεντευξιζόμενων είναι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας, ένας διοικητικός υπάλληλος, τρεις ψυχίατροι, δύο συνδικαλιστές, ένας Τμηματάρχης ψυχιατρικού νοσοκομείου, δύο ψυχολόγοι ψυχιατρικού νοσοκομείου, υψηλόβαθμο στέλεχος φορέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Κάθε ερώτηση του οδηγού συνέντευξης<sup>38</sup> που αξιοποιήθηκε στην έρευνα παρουσιάζεται ακολούθως μια σύνοψη των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα.

---

<sup>38</sup> Ο οδηγός των ερωτήσεων για τις συνεντεύξεις παρατίθεται σε παράρτημα στο τέλος της εργασίας



#### **4.1 Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ**

##### ***Ποια είναι η γνώμη σας αναφορικά με την υποστήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ;***

Το σύνολο σχεδόν των συνεντευξιαζόμενων ανέφερε ότι η υποστήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ είναι ελλιπής και η φροντίδα τους είναι προσανατολισμένη στην ασυλοποιημένη, μέριμνα και θεραπεία, δηλαδή τη φροντίδα μέσα στο άσυλο. Συνέπεια αυτών είναι το ότι η λειτουργία της ΠΦΥ δεν έχει τα αναμενόμενα από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση αποτελέσματα. Δεν υπάρχει επίσης εξειδικευμένο προσωπικό, ούτε η απαιτούμενη διασύνδεση με άλλες δομές, ώστε να επιτυγχάνεται μια αμφίπλευρη υποστήριξη. Ένας συνδικαλιστής ο οποίος εργάζεται στον τομέα της ψυχικής υγείας δήλωσε χαρακτηριστικά σε συνέντευξή του «*Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο μέσος όρος του ποσοστού των εισαγγελικών εντολών ισούται με 10% επί των εισαγωγών, ενώ στη χώρα μας υπερβαίνει το 60%, γεγονός που επιβεβαιώνει την πλημμελή στήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ. Συνέπεια τούτου, έχουμε υποτροπή των ήδη διαγνωσμένων ψυχικά ασθενών αλλά και των ατόμων οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα την κατάρρευση της ψυχικής τους υγείας. Η εσχάτη των επιλογών του περιβάλλοντος αυτών ατόμων είναι η εισαγγελική εντολή και η ακούσια νοσηλεία*». Ο ρόλος της ΠΦΥ στην παροχή φροντίδας σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές, ιδίως στις απομακρυσμένες αγροτικές και νησιωτικές περιοχές, περιορίζεται στην παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, την πρώιμη ανίχνευση περιστατικού ψυχικής υγείας και τις παραπομπές των ασθενών στα νοσοκομεία.

##### ***Πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ είναι προσανατολισμένες σε όσους/-ες τις χρειάζονται ή όχι;***

Στο σύνολο των συνεντευξιαζόμενων θεωρούν ότι οι υπηρεσίες είναι περισσότερο προσανατολισμένες στη δημιουργία των δομών, δηλαδή δημιουργείται ένα ΚΥ βάσει γεωγραφικής περιοχής και όχι κατόπιν διερεύνησης των αναγκών του πληθυσμού ώστε να εξασφαλιστεί η λειτουργία τους μέσα στο υπάρχον σύστημα, και βέβαια όχι προς τον χρήστη των υπηρεσιών. Συνήθως αναμένεται να ζητήσουν βοήθεια οι ίδιοι οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι όμως διστάζουν λόγω του φόβου του κοινωνικού στιγματισμού. Το επιστημονικά ορθό θα ήταν να γίνεται ανίχνευση των αναγκών και των ευαίσθητων πληθυσμών στην κοινότητα, βάσει επιδημιολογικών ερευνών, σχετικά με διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Αποτελεί κοινή διαπίστωση από τους επαγγελματίες υγείας, ότι οι ψυχικές παθήσεις αφορούν περισσότερο στις

κοινωνικά ευπαθείς ομάδες και ότι υπάρχει ανισότητα στον προσανατολισμό των υπηρεσιών της ΠΦΥ, καθώς και ζητήματα προσβασιμότητας, αποκλεισμού και επιλογής ασθενών, ανάλογα με το είδος και τη δυσκολία του περιστατικού.

***Πιστεύετε ότι μπορούν να αναπτυχθούν συνεδρίες ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας στην ΠΦΥ ή όχι;***

Το σύνολο των συνεντευξιαζομένων δήλωσε ότι σαφέστατα μπορούν να αναπτυχθούν ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας στην ΠΦΥ. Ωστόσο, όταν το σύστημα ψυχικής υγείας είναι απομονωμένο και αποκομμένο από υποστηρικτικές υπηρεσίες, η ψυχοθεραπεία από μόνη της δεν επαρκεί. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη συνεδριών σε ένα κέντρο ΠΦΥ εξαρτάται από τη σύνθεση και τη διαθεσιμότητα του προσωπικού, την εκπαίδευσή του, καθώς και από την οργανωτική και λειτουργική του δομή, όπως αυτές καθορίζονται από τον/-ην υπεύθυνο/-η του κέντρου.

***Πιστεύετε ότι η οργανωτική και λειτουργική δομή της ΠΦΥ συμπεριλαμβάνει τον οικογενειακό ιατρό; Έχει διευρυμένο ρόλο; Διακρίνεται από δράση και συνεργασία ή όχι;***

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι συνεντευξιαζόμενοι εξέφρασαν την άποψη ότι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού είναι ο θεμελιώδης λίθος της ΠΦΥ. Ωστόσο, στην Ελλάδα διαχρονικά αυτό δεν υλοποιήθηκε, λόγω των επαγγελματικών συμφερόντων, των αντίθετων πολιτικών απόψεων και των παθογενειών του ΕΣΥ. Έγινε μια ατελέσφορη προσπάθεια μίμησης του αγγλικού συστήματος και του θεσμού του general practitioner. Ορισμένοι από τους συνεντευξιαζόμενους διαφοροποιήθηκαν ως προς το αν πρέπει ο Οικογενειακός γιατρός, ο οποίος ενδέχεται να είναι ένας γενικός γιατρός ή ένας παθολόγος, να αναλαμβάνει ως υπεύθυνος στα κέντρα ψυχικής υγείας. ή να συνεργάζεται με αυτά, διότι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές έχουν πολύ περίπλοκες ανάγκες και για τη φροντίδα τους απαιτείται ομάδα επαγγελματιών που θα τους παρακολουθεί σε βάθος χρόνου. Ο οικογενειακός γιατρός προς το παρόν περιορίζει τη λειτουργία του στην παραπομπή, που όμως έχει τεράστιες λίστες αναμονής, με χρόνους δύο και τρεις μήνες για τα ΚΨΥ, καθώς και στη συνταγογράφηση φαρμάκων. Η διαθεσιμότητα και η επιθυμία συνεργασίας απαιτείται να είναι αμφίδρομη μεταξύ ειδικών και οικογενειακών ιατρών.

#### **4.2 Θεσμικό Πλαίσιο**

***Γνωρίζετε το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο για τη ψυχική υγεία; Επίσης, βάσει του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου, γνωρίζετε εάν προβλέπεται η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του πληθυσμού,***

*είτε στο σύνολό του, είτε σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως και εάν προηγείται αυτής της στήριξης η διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας του εν λόγω πληθυσμού ή όχι;*

Οι ερωτηθέντες ψυχίατροι, θεωρούν ότι στο θεσμικό πλαίσιο για την ψυχική υγεία, προβλέπεται η ψυχοκοινωνική υποστήριξη για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, δηλαδή να διενεργείται διερεύνηση της «ανάγκης». Επιπρόσθετα, αναδεικνύονται ωστόσο και νέες, αναδυόμενες ανάγκες. Στο σύνολό τους οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρουν ότι «..με το πρόγραμμα για την ψυχική υγεία το οποίο έχει συνταχθεί και αναρτηθεί τον Μάρτιο του 2023 μετά από τη σχετική διαβούλευση, στο Υπουργείο Υγείας, προβλέπεται η ψυχοκοινωνική στήριξη του εύάλωτου πληθυσμού, αλλά και άλλων ομάδων, όπως π.χ. των εργαζομένων από την εργασιακή εξουθένωση (burnout), μέσα από τη δημιουργία σχετικών κέντρων. Ωστόσο, αναμένεται να δει κανείς πόσο επαρκώς θα πλαισιωθούν όλες αυτές οι δομές, καθώς και τη συνεργασιμότητα ανάμεσα σε διαφορετικές δομές».

**Συνιστά θετικό βήμα ότι ο νόμος που ψηφίστηκε μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση έθεσε αυστηρότερα κριτήρια σχετικά με τον εγκλεισμό, ώστε οι ασθενείς να μην εγκαταλείπονται στα ψυχιατρεία.** Παρόλα αυτά δεν μπορεί να υποστηριχθεί πλήρως η επαναφορά του ασθενούς στην κοινότητα. Ενώ δημιουργήθηκαν ξενώνες και οικοτροφεία, είναι αρνητικό ότι οι ασθενείς τοποθετούνται σε αυτά με απόφαση από το επίπεδο της Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας, διότι ενεργούν πολλές φορές με κριτήριο όχι τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της θεραπευτικής σχέσης, αλλά με κριτήριο την χρηματοδότηση. **Πολλές θεσμικές παρεμβάσεις έγιναν μετά από απαίτηση της ΕΕ, ώστε να εξασφαλιστεί η απαιτούμενη χρηματοδότηση και κατόπιν έμειναν μετέωρες.**

*Κατά τη γνώμη σας υπάρχει πρόβλεψη για παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας σε ενδεχόμενη υγειονομική κρίση στο μέλλον ή όχι;*

Στην πλειονότητά τους, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι, «ενώ μετά από την πρόσφατη πανδημία διαφαίνεται μια τέτοιου τύπου ανάγκη, δηλαδή να υπάρχει η σχετική πρόβλεψη για τη παροχή φροντίδας της ψυχικής υγείας, ουσιαστικά δεν υπάρχει τίποτα καταγεγραμμένο». Από τους δέκα ερωτώμενους, της έρευνας, οι επτά θεωρούν ότι δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη για παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας σε ενδεχόμενη υγειονομική κρίση στο μέλλον. Οι υπόλοιποι ερωτώμενοι επεσήμαναν ότι η εμπειρία από την υγειονομική κρίση απέδειξε ότι η φροντίδα ψυχικής υγείας μπόρεσε να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες συνθήκες που προέκυψαν, γιατί

ενεργοποιήθηκαν τηλεφωνικές γραμμές για την κάλυψη μεγάλου μέρους των αναγκών. Επιπρόσθετα, όλα τα κέντρα ημέρας και ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ, ανέπτυξαν ψηφιακές υπηρεσίες μέσω διαδικτύου.

Για το μέλλον θα απαιτηθεί εκπαίδευση των στελεχών ψυχικής υγείας στην τηλεθεραπεία, διότι δεν αρκεί μόνο η εμπειρία που αποκτήθηκε, πρέπει να υπάρξει και μεταλαμπάδευση γνώσης από αντίστοιχες υπηρεσίες του εξωτερικού. Συγκεκριμένα, στο σύνολό τους οι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν ότι «η πανδημία ανέδειξε επίσης σε αρκετές περιπτώσεις την ψηφιακή ένδεια της χώρας μας, με έλλειμμα ψηφιακών δεξιοτήτων των ληπτών ψυχικής υγείας και έλλειψη πρόσβασης στο διαδίκτυο σε διάφορες δομές, όπως για παράδειγμα τα οικοτροφεία». Στα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιήθηκαν κάποιες φορές την εβδομάδα συναντήσεις διαδικτυακών ομάδων, όπως και ατομικά ραντεβού μέσω διαδικτύου.

#### **4.3 Δομές και Προσωπικό**

***Κατά τη γνώμη σας είναι οι χώροι κατάλληλοι, για την επίσκεψη των ψυχικά πασχόντων ατόμων ή όχι;***

Όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν, πως οι χώροι θα έπρεπε να είναι περισσότερο φροντισμένοι. Η κατάσταση των χώρων έχει αντίκτυπο στον ασθενή και στο αίσθημα που του προκαλείται όταν εισέρχεται σε αυτούς. Σε αρκετές περιπτώσεις έχουν γίνει ανακαινίσεις τμημάτων και κτιρίων. Όταν ιδρύεται ένας χώρος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι απαραίτητο να προβλέπεται η καταλληλότητα, η δέουσα διακόσμηση, ακόμη και τα χρώματα. Αρκετές δυσκολίες προκύπτουν από τις μετακινήσεις δομών σε κτίρια που δεν έχουν την κατάλληλη διαρρύθμιση, καθώς και από την έλλειψη πόρων, η οποία αποτελεί τροχοπέδη για εργασίες διαμόρφωσης χώρων και αντικατάστασης του εξοπλισμού.

***Κατά τη γνώμη σας διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα και η εχεμύθεια ως προς τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών ή όχι ;***

Οι εννέα στους δέκα συνεντευξιαζόμενους απάντησαν πως η προστασία των προσωπικών δεδομένων των χρηστών τηρείται σε υψηλό βαθμό και θεωρείται σημαντική συνιστώσα της ποιότητας της φροντίδας. Κατά την τελευταία πενταετία έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων, της εχεμύθειας και της ιδιωτικότητας από υπηρεσίες όπως τα γραφεία κίνησης και οι γραμματείες των νοσοκομείων. Ωστόσο, απαιτείται μεγαλύτερη αυστηρότητα σχετικά με τη διακίνηση πληροφοριών ασθενών και νοσηλευομένων.

***Κατά τη γνώμη σας είναι επαρκές το σύστημα προσυεννόησης (ραντεβού) ή όχι;***

Σχεδόν στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι απάντησαν πως το σύστημα προσυεννόησης είναι επαρκές, αλλά τίθεται ζήτημα πρόσβασης, επειδή τα ραντεβού δίνονται με μεγάλη καθυστέρηση. Ενδεικτικό είναι πως σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο δόθηκε ραντεβού σε ασθενή με άνοια μετά από επτά μήνες. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι πολύ μεγάλο και η αναμονή μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Κοινωνικός ερευνητής και εμπειρογνώμονας στην ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής πολιτικής και κοινωνικής προστασίας ανέφερε ότι, «ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται αμεσότητα στην φροντίδα, καθώς και ασθενείς που δεν διαθέτουν δεξιότητες, ώστε να κλείσουν ραντεβού με αυτόματο τηλεφωνητή ή με ηλεκτρονικό τρόπο, δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό. Στις περιπτώσεις που υπάρχει έξαρση ή υποτροπή της νόσου, το σύστημα προσυεννόησης δεν αποτελεί λύση». Επιπρόσθετα, για κάποιους ασθενείς θα ήταν καλύτερα να υπάρχει μια πιο «προσωποποιημένη» προσέγγιση στα ραντεβού, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της παρακολούθησής τους από την ίδια ομάδα επαγγελματιών υγείας.

***Κατά τη γνώμη σας είναι επαρκές το σύστημα παραπομπών σε άλλα νοσοκομεία ή δομές ή όχι;***

Όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι οι δομές υγείας έχουν αναπτυχθεί ανορθολογικά από γεωγραφική άποψη. Το πρόβλημα με το σύστημα των παραπομπών είναι γενικότερο, όσον αφορά στην ψυχική υγεία όμως είναι εντονότερο. Τρεις εκ των συνεντευξιαζόμενων, ένας κοινωνικός ερευνητής, ένας ψυχολόγος και ένας τμηματάρχης ψυχιατρικού νοσοκομείου ανέφεραν ότι παρατηρείται ένα είδος «ρατσισμού» από τα γενικά νοσοκομεία, όταν πρόκειται κάποιος να παραπεμφθεί σε αυτά, με εντάσεις, αρνήσεις και μακροσκελείς συνεννοήσεις. Η επικρατούσα νοοτροπία είναι να αποφύγουμε το «πρόβλημα» και ο ασθενής να κάνει εισαγωγή σε άλλη δομή.

***Κατά τη γνώμη σας οι δομές ψυχικής υγείας είναι επαρκώς στελεχωμένες; Υπάρχουν ελλείψεις σε προσωπικό, όσον αφορά στον αριθμό ή την ειδικότητα ή όχι ;***

Το σύνολο συνεντευξιαζόμενων, δηλαδή και οι δέκα, θεωρούν πως οι δομές ψυχικής υγείας δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες, δεν υπάρχουν εξειδικευμένοι ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι για να καλύψουν τις ανάγκες και, σε αρκετές περιπτώσεις, έχουν γίνει σημαντικές εκπτώσεις ως προς τον αριθμό και τη στελέχωση. Δυστυχώς αυτή είναι μια τακτική που τείνει να παγιωθεί, με αποτέλεσμα να έχουμε συνεχή υποστελέχωση και υπολειτουργία δομών και η μεγάλη ιδιαιτερότητα της θεραπευτικής συνέχειας να μην είναι πάντα εύκολο να διασφαλιστεί, διότι απαιτεί ειδικούς χειρισμούς των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να συμμορφώνονται οι

χρήστες για να έρθουν στις επόμενες συνεδρίες. Τυχόν απρόοπτο γεγονός ή αιφνίδια ασθένεια σε κάποιον εργαζόμενο έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσεται το πρόγραμμα και το ωράριο λειτουργίας. Ο συνεντευξιζόμενος κοινωνικός ερευνητής ανέφερε τα παρακάτω: «*Η επάρκεια του προσωπικού, σε αριθμό και ειδικότητα, δεν είναι μόνο θέμα ποσότητας, αλλά και ποιότητας της φροντίδας. Κατά το χρονικό διάστημα από το 2010 ως το 2018 καταγράφηκε μείωση του προσωπικού της τάξεως του 65% στις δημόσιες δομές. Στα ΝΠΙΔ το ποσοστό μείωσης είναι μικρότερο, ωστόσο υπάρχουν τακτικά περιόδοι υποχρηματοδότησης που οδηγούν σε απώλεια σημαντικών στελεχών με εμπειρία και τεχνογνωσία, τα οποία μεταπηδούν στον ιδιωτικό τομέα. Προκειμένου για την ορθή λειτουργία των υπηρεσιών πρέπει να γίνουν προσλήψεις, τόσο επιστημόνων ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, νοσηλεύτες), όσο και βοηθητικού προσωπικού».*

***Κατά τη γνώμη σας το προσωπικό διαθέτει διαπολιτισμικές δεξιότητες;***

Η ανάγκη για κάλυψη πληθυσμών ή ευάλωτων και διαφορετικών πολιτισμικών προελεύσεων ομάδων έχει δημιουργήσει υπηρεσίες με χαρακτηριστικά διαπολιτισμικότητας, οι οποίες όμως δεν είναι καθολικές. Σε αυτές πράγματι υπάρχει μικρός αριθμός εργαζομένων που διαθέτει στοιχειώδεις διαπολιτισμικές δεξιότητες. Απαιτείται κάποια κεντρική πολιτική που θα έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση του προσωπικού. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν, εκτός από τους ψυχιάτρους, περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε πρόβλημα επικοινωνίας στη γλώσσα του ασθενούς, καθώς και περιπτώσεις στις οποίες κάποιες ιδιαίτερες συνήθειες του ασθενούς παρερμηνεύονται ως συμπτώματα σχετικά με ψυχιατρικό περιστατικό, ενώ δεν είναι.

***Κατά τη γνώμη σας ποια είναι η συμπεριφορά του προσωπικού; Καταγράφονται π.χ. παράπονα ή όχι;***

Στο σύνολό τους οι συνεντευξιζόμενοι συμφωνούν ότι οι εργαζόμενοι λειτουργούν μέσα σε αντίξοες συνθήκες. Εκείνοι που εργάζονται με ψυχικά ασθενείς που αποϊδρυματοποιήθηκαν μετά από πολλά χρόνια, προσπαθούν να τους εκπαιδεύσουν να αυτοεξυπηρετούνται, να αποκτήσουν δεξιότητες και να συνυπάρξουν ισότιμα με τους λοιπούς συμπολίτες. Όσον αφορά στα παράπονα οι απόψεις των συμμετεχόντων ωστόσο δίστανται. Από τους δέκα οι έξι θεωρούν ότι υπάρχουν παράπονα, τα οποία απορρέουν από τις ελλείψεις προσωπικού, την πλημμελή εκπαίδευση και τον αυξημένο φόρτο εργασίας, ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις θεωρούν ότι δεν υπάρχουν παράπονα από τους ασθενείς ή από τους οικείους τους. Σε πολλές περιπτώσεις είναι κάκιση η συμπεριφορά των ψυχικά πασχόντων προς το προσωπικό. Παρατηρούνται επίσης περιστατικά αποκλεισμού, όχι σε

επίπεδο προσωπικού, αλλά σε επίπεδο της πολιτικής που ακολουθείται σχετικά με τη λειτουργία της δομής, όπου ο ψυχοθεραπευτής δεν δέχεται περιστατικά που αποκλίνουν από αυτή. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε συνεντευξιαζόμενος ψυχολόγος: «Για παράδειγμα μπορεί να έχει ζητήσει ο θεραπευτής να παρίσταται η γυναίκα ασθενής μαζί με τον σύζυγό της για να παρακολουθήσει τη θεραπεία, και επειδή εκείνος δεν δέχτηκε να αρνείται στην ασθενή να συνεχίσει τη θεραπεία της στη δομή αυτή».

#### **4.4 Ομοιότητες και διαφοροποιήσεις του κυρίαρχου στη χώρα μας μοντέλου πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας από τα κρατούντα σε ευρωπαϊκό επίπεδο.**

***Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ του κυρίαρχου μοντέλου ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και των υφιστάμενων σε ευρωπαϊκό επίπεδο ή όχι;***

Οι επτά (7) στους δέκα από τους συνεντευξιαζόμενους θεωρούν πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του κυρίαρχου μοντέλου ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και των υφιστάμενων σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Παράλληλα, από χώρα σε χώρα το μοντέλο ψυχικής υγείας διαφέρει. Το κυρίαρχο μοντέλο στην Ελλάδα είναι το ιδρυματικό μοντέλο και παρόλο που έχουν γίνει βήματα προς την αποασυλοποίηση, τα βήματα αυτά είναι λίγα και μικρά για τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων. Οι δύο ψυχίατροι και ο ένας κοινωνικός ερευνητής θεωρούν ότι οι κινητές μονάδες και οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί αποτελούν θετικά παραδείγματα, ενώ ο πρόσφατος θεσμός των μονάδων έγκυρης παρέμβασης στην ψύχωση μας κατατάσσει στις πέντε πιο πρωτοποριακές χώρες της Ευρώπης. Επίσης το θεσμικό πλαίσιο για την επαγγελματική απασχόληση των ψυχικά πασχόντων στην ελεύθερη αγορά, χωρίς τη διακοπή επιδόματος και σύνταξης, μας κατατάσσει στις πρώτες θέσεις.

Γενικότερα στην Ευρώπη παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια. Στην Ιταλία, έχουν γίνει άλματα προς την αποασυλοποίηση. Στις χώρες που έχουν ενσωματωθεί στην ΕΕ πρόσφατα, όπως τη Ρουμανία, τη Βουλγαρία και την Πολωνία, εξακολουθεί να υπάρχει το ασυλοποιημένο μοντέλο. Ψυχίατρος συνεντευξιαζόμενος διευκρίνισε ότι «το Βέλγιο και η Ολλανδία, αν και όμορες χώρες, έχουν διαφορετική προσέγγιση για την ψυχική υγεία, δηλαδή η μια χώρα επενδύει στην αποασυλοποίηση δημιουργώντας νέες δομές στην κοινότητα και η άλλη χώρα κτίζει νέα ψυχιατρεία». Επομένως δεν υπάρχει ενιαία στάση σε όλη την Ευρώπη απέναντι στη ψυχική υγεία.

***Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς την παραπομπή περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή όχι;***

Στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι στην Ελλάδα σπανίζει η παραπομπή περιστατικών προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι λήπτες των υπηρεσιών ή το οικογενειακό τους περιβάλλον, αυθαίρετα, και με δική τους πρωτοβουλία, λαμβάνουν βοήθεια από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αντίθετα, σε πάρα πολλές ευρωπαϊκές χώρες η παραπομπή γίνεται μέσω του γενικού ιατρού, ο οποίος εξετάζει τον ασθενή και αποφαινεται σχετικά. Τηρείται δηλαδή ο ρόλος του γενικού ιατρού ως «πύλης εισόδου» (gatekeeper) στο σύστημα υγείας, κάτι που εφαρμόστηκε με μεγάλη επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία. Στα χρόνια ακμής του National Health System (NHS), υπήρχε μεγάλη εμπειρία, ταχύτητα στις παραπομπές και την παροχή φροντίδας, καθώς και διασύνδεση των παραπομπών και των δομών. Το σύστημα αυτό σήμερα παρουσιάζει πολλές παθογένειες. Όσον αφορά στις παραπομπές σε εξειδικευμένες δομές ο συνεντευξιαζόμενος-κοινωνικός ερευνητής ανέφερε «ως παράδειγμα, ανεπαρκούς κάλυψης τον νομό Αχαΐας, ο οποίος είναι ο τέταρτος σε πληθυσμό μεγαλύτερος νομός, και ο οποίος καλύπτεται για ανάγκες υπερηλίκων και παιδιών με αυτισμό, από μια υπηρεσία με έδρα το Μεσολόγγι, δηλαδή από υπηρεσία που βρίσκεται σε άλλο νομό της χώρας».

***Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ ή όχι;***

Ο συνεντευξιαζόμενος-συνδικαλιστής και μια ψυχολόγος δήλωσαν κάθετα ότι δεν υπάρχει τη χώρα μας η μέριμνα για την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ. Οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν ότι βρίσκεται σε πολύ πρώιμο στάδιο, σε σχέση με το επιθυμητό και το αναγκαίο. Στις χώρες της Ευρώπης η ύπαρξη δομών ψυχικής υγείας οι οποίες είναι ενσωματωμένες στην ΠΦΥ είναι γενικευμένη και σχεδόν καθολική. Σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη της ενσωμάτωσης είναι και η δημιουργία επαρκούς αριθμού κέντρων ψυχικής υγείας, ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης σε κάθε περιοχή, καθώς και η ύπαρξη της ανάλογης πολιτικής βούλησης.

***Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού ή όχι;***

Οι επτά από τους δέκα συνεντευξιαζόμενους ανέφεραν ότι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού ως θεσμός στην Ελλάδα βρίσκεται διαρκώς στις εξαγγελίες χωρίς να υλοποιείται. Αντίθετα, στη Μεγάλη Βρετανία όπως και στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ, ο θεσμός βρίσκεται ψηλά στη συνείδηση των πολιτών και είναι ευρύτερα κοινωνικά αποδεκτός. Στις χώρες της Ευρώπης ο οικογενειακός ιατρός είναι η πύλη εισόδου από την ΠΦΥ προς τα επόμενα επίπεδα φροντίδας υγείας. Οι ψυχίατροι και ο κοινωνικός ερευνητής καθώς και η ψυχολόγος εκθέσανε την



άποψη ότι στη χώρα μας μπορούμε να απευθυνθούμε στη δευτεροβάθμια φροντίδα χωρίς τη μεσολάβησή του, με αποτέλεσμα το φαινόμενο της εργασιακής υπερφόρτωσης που παρατηρείται στα εξωτερικά ιατρεία και τις εφημερίες των νοσοκομείων. Σημαντική συνιστώσα του προβλήματος είναι και η μεγάλη πίεση που ασκείται από διάφορες ειδικότητες ιατρών, οι οποίες δεν έχουν αντικείμενο στην ΠΦΥ. Η άποψη του κοινωνικού ερευνητή είναι «ότι η πρόταση της ανάθεσης του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στον αγροτικό ιατρό επίσης δεν συνιστά λύση. Ουσιαστική διαφορά θα υπήρχε αν γινόταν προσλήψεις εξειδικευμένου προσωπικού και τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα».

***Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας (εγκαιρότητα -έχει σχέση με το χρόνο-, ασφάλεια, συνέχεια, πρόσβαση)ή όχι;***

Τα αναφερόμενα στην ερώτηση χαρακτηριστικά προσδιορίζουν σαφώς τις διαστάσεις της ποιότητας. Στο σύνολό τους οι ερωτηθέντες εξέθεσαν την άποψη ότι στην Ελλάδα διαφοροποιούνται οι διαστάσεις της ποιότητας σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης, όπου η συνέχεια και η πρόσβαση δεν καλύπτονται πλήρως. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στις εδαφολογικές ιδιαιτερότητες της χώρας μας (απομακρυσμένα νησιά, ορεινά χωριά και μέρη με μεγάλη δυσκολία στην πρόσβαση). Για τη βελτίωση της πρόσβασης χρειάζεται ένα πολύ καλό δίκτυο εξυπηρέτησης, με ταχύπλοα σκάφη και εναέρια μέσα. Στην Ελλάδα καταγράφεται μεγάλος αριθμός μη ικανοποιούμενων αναγκών των ασθενών.

***Γνωρίζετε εάν υφίσταται διαδικασία αξιολόγησης αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, όπως και αναφορικά με την ικανοποίηση των εμπλεκόμενων μερών από τις εν λόγω υπηρεσίες ή όχι;***

Όλοι οι ερωτώμενοι συμφώνησαν ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει διαδικασία αξιολόγησης. Κατά καιρούς έχουν δημιουργηθεί επιτροπές αξιολόγησης, όπως και γραφεία ποιότητας, και έχουν έρθει και αξιολογητές από διεθνείς οργανισμούς, αλλά δεν έχει γίνει κάτι επί της ουσίας. Οι διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας έχουν νόημα μόνο εάν το σύστημα είναι επαρκώς στελεχωμένο και οργανωμένο, ώστε να γνωρίζουμε τι θα αξιολογηθεί και με ποιο τρόπο. Οι ερωτώμενοι θεωρούν ανούσιο και άδικο το να αξιολογείται το προσωπικό που εργάζεται στα πλαίσια υποστελέχωσης, ελλείψεων και αντίξοων συνθηκών.

***Γνωρίζετε αν υπάρχουν διαφορές ως προς την φροντίδα που παρέχεται προς τις ευπαθείς ομάδες ή όχι;***

Η φροντίδα προς τις ευπαθείς ομάδες εξαρτάται από το γενικό επίπεδο κάθε χώρας και δεν μπορεί να κριθεί συνολικά. Στις χώρες με προηγμένο σύστημα υγείας είναι προηγμένες και οι αντίστοιχες υπηρεσίες. Στην Ιταλία και τη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν ομάδες και προγράμματα για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως το «*certified community care*». Ψυχολόγος συνεντευξιαζόμενη η οποία έκανε αυτή την αναφορά διευκρίνισε ότι «*πρόκειται για μια κοινωνική πιστοποιημένη φροντίδα υγείας, η οποία έχει ως σκοπό την επέμβαση σε περίπτωση ενός επείγοντος περιστατικού στον χώρο του ασθενή. Η κοινωνική φροντίδα υγείας διαθέτει μια λειτουργία η οποία συνδέει τις ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες εντός της κοινότητας. Βελτιώνουν την πρόσβαση σε μια ποιοτική περίθαλψη των ευπαθών ομάδων*». Στην Ελλάδα υπάρχουν μόνο το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, (ΚΕΘΕΑ) και ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, (ΟΚΑΝΑ), ενώ στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μπορεί να νοσηλεύονται και άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως είναι άστεγοι, άνθρωποι με οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα, τοξικομανείς και πρόσφυγες. Στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι στις χώρες της Ευρώπης οι ασθενείς έχουν ενεργό ρόλο σε ό,τι αφορά στη θεραπεία τους. Τα δικαιώματά τους για ενημέρωση και για συναίνεση προστατεύονται πάρα πολύ. Στη Μεγάλη Βρετανία νομικά στελέχη παρακολουθούν στενά όλες τις διαδικασίες και ειδικά αυτές που αφορούν σε ακούσια νοσηλεία.

***Γνωρίζετε αν υπάρχουν διαφορές ως προς τις δεξιότητες του προσωπικού και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση ή όχι;***

Σύμφωνα με το σύνολο των συνεντευξιαζόμενων το υπάρχον προσωπικό στη Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη έχει υψηλή κατάρτιση. Κατά την περίοδο προ της πανδημίας υπήρχαν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, γινόταν μεγάλη προσπάθεια και τα προγράμματα τηρούνταν σε μεγάλο βαθμό. Με τον ερχομό της πανδημίας όλη η βαρύτητα δόθηκε στην αντιμετώπιση της πανδημίας και των συνεπειών της, οι οποίες αφορούν και στον τομέα της ψυχικής υγείας. Επομένως, υπάρχει ανάγκη αναδιαμόρφωσης των προγραμμάτων εκπαίδευσης και προσαρμογής του εκπαιδευτικού περιεχομένου στις νέες ανάγκες που αναδύθηκαν. Σε κάποιες χώρες, όπως στη Μεγάλη Βρετανία, υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από το σύστημα υγείας. Διοικητικοί και ψυχολόγοι που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα παρέθεσαν την άποψη ότι στην Ελλάδα η πρωτοβουλία λαμβάνεται συνήθως από τον ίδιο τον εργαζόμενο, λόγω προσωπικής υποκίνησης και τις περισσότερες φορές συναντά αντιδράσεις και εμπόδια από τους προϊσταμένους και τους

διευθυντές. Η οργάνωση των εκπαιδευτικών εκδηλώσεων συνήθως γίνεται με τη χορηγία φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

***Γνωρίζετε αν υπάρχουν διαφορές ως προς τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας;***

Οι ψυχίατροι-συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι υπάρχουν όντως διαφορές ως προς τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ένα θετικό βήμα που έχει γίνει στη χώρα μας είναι ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς, ο οποίος περιλαμβάνει όλο το ιστορικό του και είναι προσβάσιμος από όλες τις δομές. Με αυτό τον τρόπο είναι διαθέσιμες όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς, όπως ιστορικό νοσηλείων, πληροφορίες σχετικά με εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, αλλεργίες, χορηγηθείσες φαρμακευτικές αγωγές και άλλα. Σαφώς απαιτείται περαιτέρω προσπάθεια και βελτίωση στον τομέα της διασύνδεσης.

***Γνωρίζετε αν υπάρχουν διαφορές ως προς το είδος της ηγεσίας στις δομές ψυχικής υγείας;***

Οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, και ο τμηματάρχης που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν πως το είδος της ηγεσίας σχετίζεται με τη γενικότερη αντίληψη που υπάρχει σε κάθε χώρα. Όπου επικρατεί το ιεραρχικό-ιατροκεντρικό μοντέλο, θα πρέπει υποχρεωτικά να είναι επιστημονικά υπεύθυνος ο ψυχίατρος. Σε ορισμένες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Ολλανδία, επιλέγεται άτομο που συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες διοίκησης, ανεξάρτητα από την επιστημονική του ιδιότητα. Στη Μεγάλη Βρετανία επικρατεί το μοντέλο Mental Health Trust, το οποίο χαρακτηρίζεται από αυτόνομη λειτουργία, με οικονομική και διαχειριστική ανεξαρτησία. Οι δε συνδικαλιστές ισχυρίστηκαν πως ένα τέτοιο μοντέλο στην Ελλάδα δεν θα τύγχανε εφαρμογής, λόγω της κουλτούρας του πελατειακού κράτους και της κυριαρχίας των διοικητικών σε ΥΠΕ, νοσοκομεία και σε κάθε τι τομεοποιημένο που περιλαμβάνει διοίκηση. Το αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να διορίζονται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις ως διοικητές, άτομα τα οποία δεν έχουν καμία σχέση με το αντικείμενο της ψυχικής υγείας.

**4.5 Δυνατά σημεία και αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας**

***Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα δυνατά σημεία και ποιες οι αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας;***

Στην πλειονότητα τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν πως ένα αδύνατο σημείο συνιστά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι ελλιπείς και βρίσκονται πολύ χαμηλά στη συνείδηση της κοινότητας. Ο ασθενής προτιμά να πάει στο

ψυχιατρικό νοσοκομείο παρά να περιμένει για μήνες ραντεβού στην ΠΦΥ. Παράλληλα, ο κοινωνικός ερευνητής ανέφερε πως «δυνατά σημεία είναι η υψηλή κατάρτιση του προσωπικού, καθώς και οι κινητές μονάδες, οι οποίες είναι παγκόσμια καινοτομία του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Η οργάνωσή τους ξεκίνησε από τον καθηγητή Σακελλαρόπουλο τη δεκαετία του 1980, όταν οι κοινωνικές δομές ψυχικής υγείας ήταν σχεδόν ανύπαρκτες. Σήμερα υπάρχει ένα ολόκληρο δίκτυο κινητών μονάδων, το οποίο προσφέρει πολυεπίπεδο έργο και χαρακτηρίζεται από εγγύτητα και προσβασιμότητα, δεδομένου ότι οι μονάδες είναι διαθέσιμες στον τόπο διαμονής του ασθενούς. Επιπρόσθετα, η φροντίδα με την κινητή μονάδα επέφερε συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστό 90% ως 95%, καθώς και συντριπτική μείωση των ακούσιων νοσηλείων. Δυνατό σημείο που αφορά στη μετανοσοκομειακή φροντίδα είναι ο περιορισμός του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας», δηλαδή της συνθήκης των επανειλημμένων εισαγωγών στο νοσοκομείο χωρίς αποτέλεσμα».

**Έχουμε κατά τη γνώμη σας αποτελεσματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (ψυχιατρική συμπτωματολογία, κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα); Ή όχι;**

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμφώνησαν πως ψυχοκοινωνική στήριξη οικογενειών δεν είναι ούτε αποτελεσματική, ούτε και επαρκής.

**Η προσφερόμενη υπηρεσία της ΠΦΥ για την ψυχική υγεία είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη από τους χρήστες όλο το 24ωρο; Ή όχι;**

Στο σύνολό τους οι συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν πως δεν υπάρχει 24ωρη κάλυψη για την ψυχική υγεία, εκτός από τα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Οι συνδικαλιστές και ο κοινωνικός ερευνητής ανέφεραν επίσης ότι στα εφημερεύοντα νοσοκομεία, «το 55% είναι εισαγγελικά<sup>39</sup> και το υπόλοιπο 45% εκούσιο. Το κόστος της 24ωρης λειτουργίας είναι ένας ανασταλτικός παράγων, διότι απαιτείται επιπλέον αμοιβή του προσωπικού, για τις νυκτερινές ώρες και τις αργίες» .

---

<sup>39</sup> Σύμφωνα με τον Ν. 2071/1992 και το Ν.2716/1999 (άρθρο 16) σε συνδυασμό με τη γενική διάταξη του άρθρου 1687 του Αστικού Κώδικα, η ακούσια νοσηλεία, δηλαδή η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, διατάσσεται υπο τις εξής προϋποθέσεις, οι οποίες πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά: α) ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β) να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, γ) η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του και δ) η νοσηλεία του να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου (άρθρο 95 παρ. του Ν. 2071/1992).

***Θεωρείτε ότι υπάρχει υψηλός βαθμός πρόσβασης για την ψυχική υγεία στην ΠΦΥ ή όχι;***

Σχεδόν οι εννέα στους δέκα ερωτώμενους ισχυρίστηκαν πως ο βαθμός πρόσβασης δεν είναι υψηλός. Μερικοί ασθενείς μπορεί να δυσκολευτούν να βρουν τον κατάλληλο επαγγελματία ή δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν οικονομικά στη θεραπεία που χρειάζονται, εάν το δημόσιο σύστημα υγείας δεν την καλύπτει.

***Θεωρείτε ότι η ΠΦΥ για την ψυχική υγεία είναι ένα σύστημα βιώσιμο ή όχι;***

Οι δέκα (10) συνεντευξιαζόμενοι συμφώνησαν ότι δημόσιος και δωρεάν χαρακτήρας της ψυχικής υγείας στη χώρα μας θα πρέπει να διατηρηθεί και να γίνει προσπάθεια από την πολιτεία, ώστε το σύστημα για την ψυχική υγεία να γίνει πραγματικά βιώσιμο. Θα πρέπει το δίκτυο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα να είναι επαρκές, καλά στελεχωμένο και επιτυχές στη διατήρηση των ασθενών ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

***Θεωρείτε ότι μπορεί να χρειάζεται μια στρατηγική ανάπτυξης μέσω διάφορων πολιτικών και υπηρεσιών;***

Οι ερωτηθέντες ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι καθώς και οι συνδικαλιστές που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν πως χρειάζεται να εκτιμηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού και να συλλεχθούν στοιχεία για μια αποτελεσματική πολιτική. Η ανάπτυξη της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ πρέπει να λειτουργεί σε διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και της πρόληψης, το σύστημα φροντίδας δεν είναι επιτυχές και παρατηρούνται ελλείψεις στη φροντίδα των παιδιών και των εφήβων. Όλα αυτά τα ζητήματα πρέπει να ρυθμιστούν με κατάλληλες πολιτικές, καθώς και με τον τρόπο οργάνωσης και στελέχωσης των δομών. Απαραίτητη είναι και η οικονομική υποστήριξη για όλες αυτές τις παρεμβάσεις, καθώς και η πολιτική βούληση. Οι υπόλοιποι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν από αυτά που γνωρίζουν, ότι το πλαίσιο για τη ψυχική υγεία πρέπει να αλλάξει χωρίς όμως να αναφέρουν τι δράσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν.

***Πιστεύετε ότι το σύστημα της φροντίδας είναι επιτυχές στη διατήρηση των ασθενών ψυχικής υγείας στην κοινότητα;***

Οι συνεντευξιαζόμενοι στο σύνολό τους εξέφρασαν την άποψη ότι το σύστημα της φροντίδας είναι οριακά επιτυχημένο στη διατήρηση των ασθενών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, όπως διαπιστώνεται από τη μέχρι τώρα εμπειρία.

#### **4.6 Αποτίμηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εν μέσω της πανδημίας**

***Γνωρίζετε εάν έχει αξιολογηθεί η παροχή της φροντίδας ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας ως προς την επάρκεια της φροντίδας, την πρόσβαση, τη συνέχεια, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ή όχι;***

Αποθαρρυντική είναι η εικόνα γιατί δεν έχει αξιολογηθεί ποτέ η φροντίδα ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ και πολύ περισσότερο κατά την πανδημία. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι ακόμα δεν μπορεί να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, διότι η πανδημία, παρά το χρονικό διάστημα που έχουμε διανύσει, βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Όπως συμβαίνει μετά από κάθε μεγάλη κρίση οι συνέπειες διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και γίνονται αντιληπτές ακόμη και για αρκετά χρόνια μετά τη λήξη της.

***Γνωρίζετε εάν αν έχει αξιολογηθεί ο ψυχολογικός αντίκτυπος της πανδημίας στον γενικό πληθυσμό, καθώς και σε παιδιά και εφήβους ή ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα;***

Οι Ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι κοινωνικοί ερευνητές ακόμα και οι διοικητικοί υπάλληλοι που συμμετείχαν στην έρευνα εξέφρασαν την άποψη πως το χρονικό διάστημα της πανδημίας δημιούργησε ισχυρό ψυχικό άλγος γενικότερα στον πληθυσμό, με συναισθήματα φόβου, επιθετικότητας, άγχους και απόγνωσης, τα οποία οι άνθρωποι βιώνουν με διαφορετικό τρόπο. Πολλά παιδιά και νέοι υπέφεραν από παρατεταμένη απομόνωση και την έλλειψη αλληλεπίδρασης με εκπαιδευτικούς και συνομηλίκους. Βίωσαν άγχος, ψυχολογικά προβλήματα και έκθεση σε αγχωτικές καταστάσεις στο σπίτι, με βαριές συνέπειες στη διάθεσή τους και τη συνολική συναισθηματική τους ευεξία. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος διαφοροποιήθηκε και ηλικιακά, με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση να παρατηρείται στους επαγγελματίες υγείας και τους φροντιστές ΑμεΑ. Ο κοινωνικός ερευνητής συγκεκριμένα δήλωσε πως ο «*ψυχολογικός αντίκτυπος της πανδημίας εκτιμήθηκε στον γενικό πληθυσμό με κάποιες έρευνες, οι οποίες ωστόσο βασίστηκαν σε δεδομένα από τα επείγοντα των διαφόρων νοσοκομείων, είτε από τα δεδομένα της τηλεφωνικής γραμμής 1306, χωρίς τη δυνατότητα να υπάρξει follow up. Σχετικά με τα παιδιά και τους εφήβους έχει διενεργηθεί μικρός αριθμός μελετών, ενώ δεν έχουν γίνει μελέτες, αναφορικά με ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα*».

***Γνωρίζετε αν έχει αξιολογηθεί η υπηρεσία της τηλεφωνικής ψυχολογικής υποστήριξης υπό την εποπτεία της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, που***

***ενεργοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας; Υπήρξαν και άλλες υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης; Έχουν αξιολογηθεί και αυτές;***

Από τους ερωτώμενους μόνο τρεις από τους δέκα, γνώριζαν ότι υπήρχαν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, και μάλιστα εξ αποστάσεως, που όμως δεν είναι γνωστό αν και πώς έχουν αξιολογηθεί.

***Θεωρείτε ότι είναι εφικτή η πλήρης αποϊδρυματοποίηση ;***

Οι ερωτηθέντες ψυχίατροι και οι συνδικαλιστές ισχυρίστηκαν πως η πλήρης αποϊδρυματοποίηση είναι εφικτή με τη συνδρομή της πολιτείας. Θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με το Ιταλικό μοντέλο αποϊδρυματοποίησης, με μικρές δομές και μικρό αριθμό κλινών. Χρειάζεται εναρμόνιση με τις οδηγίες της ΕΕ, και πολιτική πρωτοβουλία, ώστε η αποϊδρυματοποίηση να πραγματοποιηθεί σταδιακά και όχι να κλείσουν τα ψυχιατρεία εν μία νυκτί. Ο κοινωνικός ερευνητής πρότεινε επιπρόσθετα την περαιτέρω ανάπτυξη του δικτύου των υπηρεσιών στην κοινότητα. Όπως είπε «Στα Χανιά και την Κέρκυρα, όπου έκλεισαν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία οριστικά, είδαμε πολύ μεγάλη βελτίωση στη ζωή των ψυχικά ασθενών, με τη λειτουργία των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και με τις ευκαιρίες απασχόλησης που έδωσαν κάποιοι συνεταιρισμοί.

Σημαντικό είναι και το πρόβλημα των ανοϊκών ασθενών τελευταίου σταδίου, οι οποίοι ανέρχονται σε 200.000, καθώς και της σχετικής επιβάρυνσης των οικογενειών τους από κάθε άποψη. Κάποια από τα ιδρύματα θα μπορούσαν, με την κατάλληλη διαμόρφωση των χώρων και τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, να χρησιμοποιηθούν για αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι ούτε αποκατάσταση χρειάζονται ούτε αναπτύσσουν κοινωνικές σχέσεις. Μέχρι τώρα, η ελληνική οικογένεια διαχειρίζεται το θέμα εσωτερικά, με άτυπη φροντίδα και τις αντίστοιχες απώλειες στο ασφαλιστικό σύστημα και τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Η περισσότερο σημαντική παράμετρος προς την αποϊδρυματοποίηση όμως, είναι η αλλαγή της στάσης του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην ψυχική νόσο».





## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως και επιφέρουν επιπτώσεις στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και ευρύτερα στο κοινωνικό σύνολο. Η μετάβαση από τον παραδοσιακό τρόπο διαχείρισης του ψυχικά ασθενούς στο ίδρυμα νοσηλείας, σε εναλλακτικές δομές περίθαλψης και αποκατάστασης στο πλαίσιο της κοινότητας, συνιστά μια νέα αντίληψη στον τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, η οποία αρχικά διαμορφώθηκε στις χώρες του εξωτερικού και αργότερα υιοθετήθηκε και από την Ελλάδα.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, η οποία βασίστηκε σε αυτή τη νέα αντίληψη, επέτυχε μερικώς τους στόχους της, ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα και δυσλειτουργίες. Η μεταρρύθμιση είναι μια σύνθετη διαδικασία με οικονομική, κοινωνική, επιστημονική, θεσμική, πολιτική, πολιτιστική και διοικητική συνιστώσα. Σημαντικές παράμετροι για την επιτυχία της είναι η συνεργασία πολλών φορέων, καθώς και η νέα προσέγγιση σχετικά με την ψυχική ασθένεια, χωρίς στιγματισμό, περιθωριοποίηση, κοινωνικό αποκλεισμό και διατήρηση του ψυχικά ασθενούς στην κοινότητα.

Η παρούσα εργασία διερευνά την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και θεωρείται η σημαντικότερη βαθμίδα για την πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Για την εκπόνηση της εργασίας συνδυάστηκε η εκτενής βιβλιογραφική επισκόπηση με την πραγματοποίηση ποιοτικής έρευνας, προκειμένου να αναζητηθούν και να εξεταστούν οι απόψεις και οι εμπειρίες ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων σε μια σειρά θεμάτων που σχετίζονται με την παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Στο πλαίσιο ημιδομημένων συνεντεύξεων, οι δέκα συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους, χωρίς να περιορίζονται από ένα προκαθορισμένο σύνολο επιλογών απάντησης.

Οι απόψεις των συμμετεχόντων ταυτίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό και περιγράφουν μια αποθαρρυντική εικόνα σχετικά με την επικρατούσα κατάσταση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, η οποία δεν συνάδει με τα προσδοκώμενα από την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και υπολείπεται σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΕ.

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει πως σε ευρωπαϊκό επίπεδο, σε αντίθεση με αυτά που συμβαίνουν στην Ελλάδα, υπάρχει ο κατάλληλος θεσμός ο οποίος διασφαλίζει την υγεία των πολιτών, μέσω της εφαρμογής στοχευμένης πολιτικής για την υγεία, τη διάθεση ανθρωπίνων

πόρων, τη χρηματοδότηση, τις κατάλληλες δομές, καθώς και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει ότι, σε αντίθεση με ό,τι συνέβη στην Ελλάδα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχουν επαρκείς θεσμοί για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών μέσω της εφαρμογής στοχευμένων πολιτικών υγείας, της διάθεσης ανθρώπινων πόρων, της χρηματοδότησης και των κατάλληλων δομών, καθώς και της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, η υποστήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ είναι ελλιπής, με τη φροντίδα ψυχικής υγείας να είναι περισσότερο προσανατολισμένη στην ιδρυματική μορφή, αντί για την αντιμετώπιση στην κοινότητα. Υπάρχουν δυσλειτουργίες, οι οποίες προκύπτουν από την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και την ελλιπή διασύνδεση των δομών ψυχικής υγείας. Οι δυσλειτουργίες είναι μεγαλύτερες στις απομακρυσμένες από γεωγραφική άποψη περιοχές, όπου η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη. Επιπρόσθετα, το υψηλό ποσοστό εισαγγελικών παραπομπών στη χώρα μας, το οποίο είναι κατά πολύ υψηλότερο από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, εξηγείται από την πλημμελή στήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο βρίσκονται πολύ χαμηλά στη συνείδηση της κοινότητας.

Όσον αφορά στην ανίχνευση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, αυτά τα δείχνουν και η έρευνα και τα αποτελέσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση μαζί. Η έρευνα έδειξε πως δεν διενεργείται οργανωμένη ανίχνευση αναγκών, βάσει κατάλληλης μεθοδολογίας και επιδημιολογικών ερευνών.

Όσον αφορά τον προσδιορισμό των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, τα αποτελέσματα τόσο της έρευνας όσο και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης δείχνουν ότι δεν έχει γίνει συστηματική εκτίμηση των αναγκών με βάση την κατάλληλη μεθοδολογική και επιδημιολογική έρευνα.

Επίσης, συνεχώς προκύπτουν και νέες, αναδυόμενες ανάγκες, λόγω των συνεχών κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών μεταβολών. Η ανίχνευση των αναγκών θα βοηθούσε ωστόσο στον ορθότερο σχεδιασμό των υπηρεσιών της ΠΦΥ και την ορθότερη κατανομή τους σε περιοχές που υπάρχουν κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, ώστε να μην παρατηρούνται ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συνιστούν άλλωστε μια από τις σημαντικότερες παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας.

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ατόμων στην κοινότητα προβλέπεται από το θεσμικό πλαίσιο, με τη δημιουργία κέντρων για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα τους εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν εργασιακή εξουθένωση. Τα κέντρα αυτά δεν έχουν όμως ακόμη δημιουργηθεί και δεν γνωρίζουμε πότε και με ποιες προϋποθέσεις θα λειτουργήσουν. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη παρέχεται και από κέντρα της τοπικής αυτοδιοίκησης, χωρίς όμως να καλύπτονται οι ανάγκες του πληθυσμού. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη οικογενειών δεν είναι ούτε αποτελεσματική, ούτε και επαρκής. Στην ΠΦΥ μπορούν να αναπτυχθούν ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, ανάλογα με τη στελέχωση, την οργανωτική και τη λειτουργική δομή του κέντρου. Ωστόσο, χωρίς κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες, η ψυχοθεραπεία δεν επαρκεί.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, πάνω στον οποίο στηρίζεται η ΠΦΥ, έχει εφαρμοσθεί σε πολλές χώρες, στις οποίες η αξιολόγηση του ασθενούς από τον οικογενειακό ιατρό, αποτελεί προϋπόθεση για την παραπομπή σε γιατρό άλλης ειδικότητας. Στην Ελλάδα, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν έχει προχωρήσει, διότι έχει αμφισβητηθεί από άλλες ιατρικές ειδικότητες και δεν έχει τύχει κοινωνικής αποδοχής. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν κίνητρα για την επιλογή της ειδικότητας από τους φοιτητές των ιατρικών σχολών, οι οποίοι στρέφονται σε άλλες κατευθύνσεις. Όσον αφορά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ο γενικός / οικογενειακός ιατρός δεν είναι σωστό να αναλαμβάνει καθήκοντα ως υπεύθυνος στα κέντρα ψυχικής υγείας, επειδή η παρακολούθηση των ψυχικά ασθενών ατόμων απαιτεί διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. Απαιτείται όμως να συνεργάζεται με τους εξειδικευμένους επαγγελματίες, προς όφελος των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και από την αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα, ωστόσο υπάρχουν ακόμη αρκετές ελλείψεις οι οποίες πρέπει να καλυφθούν, πρέπει να ολοκληρωθεί η μεταρρυθμιστική προσπάθεια με υλοποίηση όλων των προγραμματισμένων δράσεων.

Αναφορικά με το θεσμικό πλαίσιο, η θέσπιση αυστηρότερων κριτηρίων για τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών στα ψυχιατρεία, θεωρείται ως θετικό βήμα από την επιστημονική κοινότητα αλλά και από τους ίδιους τους λήπτες ψυχικής υγείας. Αν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα με την εφαρμογή του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ακόμη δεν μπορεί να υποστηριχθεί πλήρως η επαναφορά του ασθενούς στην κοινότητα, διότι η κατανομή των ασθενών στους ξενώνες και τα οικοτροφεία δεν γίνεται σύμφωνα με τα κατάλληλα κριτήρια.

Κατά την πρόσφατη πανδημία διαπιστώθηκε ότι η φροντίδα ψυχικής υγείας υποστηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό από την εφαρμογή τεχνολογιών πληροφορικής και ψηφιακών εφαρμογών. Η εμπειρία που αποκτήθηκε πρέπει να αξιοποιηθεί κατάλληλα, ώστε να αντιμετωπισθούν επιτυχώς παρόμοιες καταστάσεις στο μέλλον, μέσω των κατάλληλων ψηφιακών υποδομών και της εκπαίδευσης του προσωπικού σε ψηφιακές δεξιότητες. Ένα σημαντικό ζήτημα σε σχέση με την πανδημία είναι να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της στην ψυχική υγεία διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στους ψυχικά ασθενείς.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας κατέδειξε πως οι κτιριακές υποδομές των κέντρων ψυχικής υγείας δεν είναι κατάλληλες. Το πρόβλημα των χώρων αφορά γενικότερα στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, λόγω της παλαιότητας, της πλημμελούς συντήρησης και της αναδιαμόρφωσης χώρων που είχαν σχεδιαστεί για άλλη χρήση. Το φαινόμενο αυτό, σύμφωνα και με τη σχετική βιβλιογραφία, εντάθηκε με την οικονομική κρίση, λόγω της μεγάλης έλλειψης πόρων, αλλά και με την υγειονομική κρίση, επειδή οι πόροι διατέθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας ως προτεραιότητα δημόσιας υγείας.

Οι δομές ψυχικής υγείας δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες σε αριθμό και ειδικότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και οι εργαζόμενοι λειτουργούν μέσα σε αντίξοες συνθήκες. Οι ειδικές δομές, όπως για παιδιά με αυτισμό, είναι λίγες σε αριθμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις καταγράφονται παράπονα, τα οποία απορρέουν από τις ελλείψεις προσωπικού και τον αυξημένο φόρτο εργασίας. Αντίστοιχα, και η συμπεριφορά των ψυχικά πασχόντων προς το προσωπικό είναι κακή σε αρκετές περιπτώσεις. Το προσωπικό έχει υψηλή κατάρτιση και σε μεγάλο βαθμό παρακολουθεί προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, συνήθως με δική του πρωτοβουλία. Απαιτείται να γίνουν προσλήψεις, ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών, καθώς και για να αναπληρωθεί το προσωπικό το οποίο συνταξιοδοτείται ή μετατίθεται σε άλλες υπηρεσίες, χωρίς να αντικατασταθεί.

Η έρευνα ανέδειξε επίσης το ότι ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που διαθέτει στοιχειώδεις διαπολιτισμικές δεξιότητες είναι μικρός. Δεδομένης της παρουσίας στη χώρα μας ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, απαιτείται ωστόσο κεντρική πολιτική που θα έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση του προσωπικού στην διαχείριση αυτών των ατόμων.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των συνεντευξιαζομένων η προστασία των προσωπικών δεδομένων των χρηστών, η εχεμύθεια και η ιδιωτικότητα διασφαλίζονται επαρκώς. Το σύστημα προσυνηνόησης είναι επαρκές, αλλά τα ραντεβού δίνονται με μεγάλη καθυστέρηση. Απαιτείται ιδιαίτερη μέριμνα για τους ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται αμεσότητα στην φροντίδα, όπως σε

περιπτώσεις με έξαρση ή υποτροπή της νόσου, καθώς και για ασθενείς που δεν διαθέτουν δεξιότητες για τη χρήση του συστήματος.

Τα ευρήματα της έρευνας για την παρούσα εργασία επιβεβαιώνουν λοιπόν αυτά που ήδη αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία, όπως ότι οι χρονικές καθυστερήσεις είναι μεγάλες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις ο χρόνος είναι κρίσιμη παράμετρος για την εξέλιξη της υγείας ενός ασθενούς. Όσον αφορά στις παραπομπές στα νοσοκομεία, υπάρχει μια τάση μάλιστα να «αποφεύγεται» ο ψυχικά ασθενής, δημιουργώντας διάφορα προσκόμματα. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι οι πολίτες να καταφεύγουν σε ιδιωτικούς φορείς, καταβάλλοντας μεγάλα χρηματικά ποσά, ή αν δεν έχουν τέτοια δυνατότητα να παραμελούν την υγεία τους.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της χώρας μας και των χωρών της Ευρώπης, σε αρκετές από τις οποίες η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποασυλοποίηση έχουν εφαρμοστεί πλήρως. Στην Ελλάδα το κυρίαρχο μοντέλο είναι το ιδρυματικό και η αποασυλοποίηση δεν έχει ολοκληρωθεί. Σημαντικά θετικά βήματα θεωρούνται οι κινητές μονάδες, οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί, οι μονάδες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση και το θεσμικό πλαίσιο για την επαγγελματική απασχόληση των ψυχικά πασχόντων στην ελεύθερη αγορά, χωρίς τη διακοπή επιδόματος και σύνταξης. Το δίκτυο των κινητών μονάδων προσφέρει πολυεπίπεδο έργο και οι μονάδες είναι διαθέσιμες στον τόπο διαμονής του ασθενούς. Επιπρόσθετα, η φροντίδα με την κινητή μονάδα επέφερε συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή σε πολύ υψηλό βαθμό, καθώς και μείωση των ακούσιων νοσηλειών.

Στις χώρες της Ευρώπης η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ είναι γενικευμένη και σχεδόν καθολική, κάτι που, όπως έδειξαν και οι συνεντεύξεις, δεν έχει γίνει ακόμη εφικτό στη χώρα μας. Επιπρόσθετα, στις χώρες της Ευρώπης, η συνέχεια και η πρόσβαση στη φροντίδα καλύπτονται πλήρως, σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου καταγράφεται μεγάλος αριθμός μη ικανοποιούμενων αναγκών των ασθενών. Με δεδομένα τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά της χώρας χρειάζεται ωστόσο ένα πολύ καλό δίκτυο εξυπηρέτησης των απομακρυσμένων περιοχών με τα κατάλληλα μέσα, ώστε να υπάρχει αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Στην Ευρώπη η διασύνδεση των υπηρεσιών είναι γενικευμένη, ενώ στη χώρα μας υπολείπεται. Το πιο σημαντικό βήμα που έχει υλοποιηθεί προς την κατεύθυνση της διασύνδεσης των υπηρεσιών, είναι η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς.

Η έρευνα ανέδειξε μια ακόμη διαφορά μεταξύ της Ελλάδας και των χωρών της ΕΕ, και η οποία αφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που δεν διενεργείται καθόλου στη χώρα μας. Διενεργούνται αξιολογήσεις ποιότητας μόνο σε άλλου τύπου υπηρεσίες

υγείας, όπως σε διαγνωστικά εργαστήρια ή σε κλινικές, όπου η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας συνιστά θεσμική απαίτηση για την αδειοδότησή τους. Αντιθέτως, στις χώρες της Ευρώπης οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους, και τα δικαιώματά τους προστατεύονται, ειδικά στις περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και ως προς το είδος της ηγεσίας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις χώρες όπου επικρατεί το ιεραρχικό-ιατροκεντρικό μοντέλο, επιστημονικά υπεύθυνος είναι ο ψυχίατρος. Σε άλλες χώρες, επιλέγεται άτομο που συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες διοίκησης, ανεξάρτητα από την επιστημονική του ιδιότητα.

Ένα ζήτημα που αναδεικνύεται και μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, αλλά και από τα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, ως γενικό συμπέρασμα και συγχρόνως πρόταση, είναι πως ο δημόσιος και δωρεάν χαρακτήρας της ψυχικής υγείας στη χώρα μας θα πρέπει να διατηρηθεί. Υπάρχουν επίσης αρκετά ζητήματα τα οποία θα πρέπει να ρυθμιστούν με κατάλληλες στρατηγικές από την πολιτεία, όπως η πλήρης αποϊδρυματοποίηση, η υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, η αντιμετώπιση των ελλείψεων στη φροντίδα των παιδιών και των εφήβων, η αντιμετώπιση του προβλήματος των ανοϊκών ασθενών τελευταίου σταδίου, η κατάλληλη στελέχωση των δομών ψυχικής υγείας και η βελτίωση των υποδομών. Επιπλέον, θα πρέπει να διενεργηθούν επιδημιολογικές έρευνες, προκειμένου να ανιχνευθούν οι ανάγκες του πληθυσμού, και να γίνουν βελτιώσεις στη νομοθεσία που αφορά στην ψυχική υγεία, η οποία είναι κατακερματισμένη και χαρακτηρίζεται από αλληλεπικαλυπτόμενες αρμοδιότητες, διασπορά των αρμοδιοτήτων σε διαφορετικά υπουργεία και φορείς, γεγονός που προκαλεί ασάφειες και καθυστερήσεις.

Εν κατακλείδι, ο τομέας της ψυχικής υγείας απαιτεί σημαντικές βελτιώσεις σε πολλά επίπεδα, όπως η έρευνα, το θεσμικό πλαίσιο, το διοικητικό υπόβαθρο, προσλήψεις προσωπικού συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τόσο η πρόσφατη πανδημία όσο και η πιθανότητα παρόμοιων υγειονομικών κρίσεων στο μέλλον, με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών, καταδεικνύουν τέλος τη σημασία ανάπτυξης ενός ανθεκτικού συστήματος ψυχικής υγείας, το οποίο θα μπορεί να καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών του πληθυσμού, με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο, χωρίς στιγματισμό και κοινωνικό αποκλεισμό.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσση**

- Ahmed, M.Z, Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., Ahmad, A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.*, 2020, 51:102092

- Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Sep 17;20(11):95.
- Alexopoulos P, Novotni A, Novotni G, Vorvolakos T, Vratsista A, Konsta A, Kaprinis S, Konstantinou A, Bonotis K, Katirtzoglou E, Siarkos K, Bekri ES, Kokkoris I, Como A, Gournellis R, Stoyanov DS, Politis A (2020). Old age mental health services in Southern Balkans: Features, geospatial distribution, current needs, and future perspectives. *European Psychiatry*, 63(1), e88, 1–10
- Anargyros KP, Christodoulou NG, Lappas AS. Community Mental Health Services in Greece: Development, Challenges and Future Directions. *Consortium Psychiatricum.* 2021;2: 61–66.
- Anargyros K, Mavrogiannidis T, Oikonomou E, Karapournos E, Dimou S, Moussas GI. Psychiatric Hospital of Leros: a portrayal of the current situation. *Psychiatriki.* 2023 Jul 14. doi: 10.22365/jpsych.2023.017. Epub ahead of print. PMID: 37449849.
- Arias, D., Saxena, S. and Verguet, S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value *www.thelancet.com* Vol 54 December, 2022
- Australian Ministry of Health. Fourth National Mental Health Plan: An agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. *Commonwealth of Australia;* 2009.
- Barbosa, C., Cowell, A.J., Dowd, W.N. (2021) Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Addict Med.* 01;15(4):341-344.
- Basta, M.; Vgontzas, A.; Kastanaki, A.; Michalodimitrakis, M.; Kanaki, K.; Koutra, K.; Anastasaki, M.; Simos, P. Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: The effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. *BMC Psychiatry* 2018, 18, 356.
- Bilanakis, N. Psychiatric Reform, an Effort That Began in 1982. In 1830–2020, History of Psychiatry in Modern Greece; BHTA: Athens, Greece, 2020; pp. 72–77. ISBN 978-960-452-303-0
- Baumgarten HD, Flake AW. Fetal Surgery. *Pediatr Clin North Am.* 2019;66(2);295-308.
- Behera, B.K., Prasad, R., Shyambhavee, B. (2022) Primary health-care goal and principles. Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development. 2022:221–39
- Borysowski, J., Górski, A. Ethics framework for treatment use of investigational drugs. *BMC Med Ethics* 21, 116 (2020).
- Brooks, S.K., Weston, D., Greenberg, N. (2021) Social and psychological impact of the COVID-19 pandemic on people with Parkinson's disease: a scoping review. *Public Health.* 199:77-86.
- Brooks, S.K.; Webster, R.K.; Smith, L.E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; Rubin, J.G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020, 395, 912–920
- Brydsten A, Hammarström A, San Sebastian M. Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: a decomposition analysis of social determinants for mental health. *Int J Equity Health* 2018;17(1):59 10.1186/s12939-018-0773-5
- Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO 3rd, Docherty M, Aguilera Nunez MG, Barcelo N, Goodsmith N, Halpin LE, Morton I, Mango J, Montero
- C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health University of Michigan



- AE, Koushkaki SR, Bromley E, Chung B, Jones F, Gabrielian S, Gelberg L, Greenberg JM, Kalofonos I, Kataoka SH, Miranda J, Pincus HA, Zima BT, Wells KB. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Focus. Am Psychiatr Publ.* 2020 Jan;18(1):60-70. doi: 10.1176/appi.focus.18102.
- Christodoulou NG, Anagnostopoulos DC. The financial crisis and the future of mental health in Greece. *Int Psychiatry.* 2013;10: 3–5.
- Christodoulou NG, Kollias K. Current challenges for psychiatry in Greece. *BJPsych Int.* 2019;16: 60–61.
- Compton, M.T.; Shim, R.S. Mental Illness Prevention and Mental Health Promotion: When, Who, and How. *Psychiatr. Serv.* 2020, 71, 981–983.
- Currie, L.B., Patterson, M.L., Moniruzzaman, A., McCandless, L.C. & Somers, JM.(2018). Continuity of care among people experiencing homelessness and mental illness: does community follow-up reduce rehospitalization? *Health Serv Res.*, 53, 3400–15.
- Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978. Available from: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)
- Duden GS, Gersdorf S, Stengler K. Global impact of the COVID-19 pandemic on mental health services: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2022 Oct;154:354-377.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A. (2017) Greece: Health system review. *Health Syst Transit*, 19:1–166
- Elhassan, N.M., Elhusein, B., Al Abdulla, M., Saad, T.A. & Kumar, R. (2020). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *J Int Med Res.*, 48(12), 300060520977382
- Endeshaw, B. (2021), "Healthcare service quality-measurement models: a review", *Journal of Health Research*, Vol. 35 No. 2, pp. 106-117.
- Fernandes S, Fond G, Zendjidjian X, Michel P, Lançon C, Berna F, Schurhoff F, Aouizerate B, Henry C, Etain B, Samalin L, Leboyer M, Misdrahi D, Llorca PM, Coldefy M, Auquier P, Baumstarck K, Boyer L. A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care: a qualitative study of the PREMIUM project in France. *J Mark Access Health Policy.* 2021 Feb 23;9(1):1885789.
- Follwell EJ, Chunduri S, Samuelson-Kiraly C, Watters N, Mitchell JI. The Quality Mental Health Care Network: A roadmap to improving quality mental healthcare in Canada. *Healthcare Management Forum.* 2021;34(2):100-106.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2022 Feb;9(2):137-150.
- Gialluisi, A., M. Bonaccio, A. Di Castelnuovo, S. Costanzo, A. De Curtis, M. Sarchiapone, C. Cerletti, M.B. Donati, G. de Gaetano, L. Iacoviello, Lifestyle and biological factors influence the relationship between mental health and low-grade inflammation, *Brain, Behavior, and Immunity*, Volume 85, 2020, Pages 4-13,
- Giannopoulou I, Pasalari E, Bali P, Grammatikaki D, Ferentinos P. Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in Greek Adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022;27: 424–438.
- Giannakopoulos G, Anagnostopoulos DC. Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bull.* 2016 Dec;40(6):326-328.
- Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, UHC, and the sustainable development goals. *Lancet.* 2018 10 20;392(10156):1371–2.

- Granlund, M.; Imms, C.; King, G.; Andersson, A.K.; Augustine, L.; Brooks, R.; Danielsson, H.; Gothilander, J.; Ivarsson, M.; Lundqvist, L.-O.; et al. Definitions and Operationalization of Mental Health Problems, Wellbeing and Participation Constructs in Children with NDD: Distinctions and Clarifications. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1656
- Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, GarcíaAlonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(2):210–23
- Haider, I.I., Tiwana, F., Tahir, S.M. (2020) Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci.* 36(COVID19-S4):S90-S94
- Hansen BH, Oerbeck B, Skirbekk B, Petrovski BÉ, Kristensen H. Neurodevelopmental disorders: Prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nord J Psychiatry* 2018; 72(4): 285-91
- Hlongwa, E.N., Sibiyi, M.N. A practice framework to enhance the implementation of the Policy on Integration of Mental Health Care into primary health care in KwaZulu-Natal province. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2019;11(1), a1865. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1865>
- Hossain MM, Nesa F, Das J, Aggad R, Tasnim S, Bairwa M, Ma P, Ramirez G. Global burden of mental health problems among children and adolescents during COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Psychiatry Res.* 2022 Nov;317:114814
- Johnson S, Dalton-Locke C, Vera San Juan. et al (2020) Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic: a mixed methods survey of UK mental health care staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021 Jan;56(1):25-37
- Kaitelidou, D, Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S. et al. (2019) Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: A mixed methods study. *BMC Fam Pract* , 20:49
- Kannarkat JT, Smith NN, McLeod-Bryant SA. Mobilization of telepsychiatry in response to COVID-19-moving toward 21st century access to care. *Adm Policy Ment Health.* 2020;47(4):489–91
- Karakasi, M.V., Voultos, P., Fotou, E., Nikolaidis, I., Kyriakou, M.S, Markopoulou, M., Douzenis, A., Pavlidis, P. (2022) Emerging trends in domestic homicide/femicide in Greece over the period 2010-2021. *Med Sci Law.*, 1:258024221103700.
- Keramidou I, Triantafyllopoulos L. The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. *Health Policy.* 2018;122(4):352–8.
- Khan, O. Marquez, P., Doroshenko, O. (2017) Ukraine Mental Health in Transition. <http://documents.worldbank.org/curated/en/310711509516280173/Mentalhealth-in-transitionassessment-and-guidance-for-s>
- Koumoula A, Marchionatti LE, Caye A, Karagiorga VE, Balikou P, Lontou K, Arkoulaki V, Simioni A, et al. The science of child and adolescent mental health in Greece: a nationwide systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023 May 14. doi: 10.1007/s00787-023-02213-9
- Kraef C, Kallestrup P After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Global Health* 2019;4:e001871.
- Kyanko, K.A.; A Curry, L.; E Keene, D.; Sutherland, R.; Naik, K.; Busch, S.H. Does Primary Care Fill the Gap in Access to Specialty Mental Health Care? A Mixed Methods Study. *J. Gen. Intern. Med.* 2022, 37, 1641–1647

- Lantta T, Duxbury J, Haines-Delmont A, Björkdahl A, Husum TL, Lickiewicz J, Douzenis A, Craig E, Goodall K, Bora C, Whyte R, Whittington R. Models, frameworks and theories in the implementation of programs targeted to reduce formal coercion in mental health settings: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2023 Jun 15;14:1158145
- Lantta, T., Anttila, M. & Välimäki, M. Quality of mental health services and rights of people receiving treatment in inpatient services in Finland: a cross-sectional observational survey with the WHO QualityRights Tool Kit. *Int J Ment Health Syst* 15, 70 (2021).
- Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Petelos E, Papadakis S, Sifaki-Pistolla D, Papadakakis M, Souliotis K, Tziraki C. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 Jul 25;20:e113.
- Lo C, Ilic D, Teede H, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. *BMC Nephrol*. 2016;17(1):50.
- Longhini, J., Canzan, F., Mezzalana, E., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2022). Organisational models in primary health care to manage chronic conditions: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30, e565– e588.
- Loukidou, E., Mastroyannakis, A., Power, T. et al. Evaluation of Greek psychiatric reforms: methodological issues. *Int J Ment Health Syst* 7, 11 (2013).
- Madianos M., Psychiatric rehabilitation in the era of globalization, *World Psychiatry*, 2006, 5:163-164
- Madianos M., Christodoulou G., Reform of the mental healthcare system in Greece 1984-2006, *International Psychiatry*, 2007, 1:16-19
- Madianos M., Deinstitutionalization (the political economy of Deinstitutionalization), *International Encyclopedia of rehabilitation*, CIRRIE, 2010
- Madianos, M. The Adventures of Psychiatric Reform in Greece: 1999–2019. *BJPsych Int*. 2020, 17, 26–28
- Marangu, E., Mansouri, F., Sands, N. et al. Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: a cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst* 15, 55 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00481-z>
- Mavroeidi N, Sifnaios C, Krikonis K, Vourda A, Olympia K. Users' Satisfaction in a Community Based Mental Health Service Provider in Greece. *J Psychiatry Behav Sci*. 2023; 6(1): 1076
- McCartney, F. Popham, R. McMaster, A. Cumbers, Defining health and health inequalities, *Public Health*, Volume 172, 2019, Pages 22-30,
- Mendez-Lopez, A., Stuckler, D., McKee, M., Semenza, J., Lazarus, J. The mental health crisis during the COVID-19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries, *Population Health*, 17, 2022, 101017, ISSN 2352-8273, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101017>.
- Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(3):203-19.
- Murray CJ, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, et al. Five insights from the global burden of disease study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1135– 59.
- Pantelidou, S.; Manolesou, S.; Apostolopoulou, A.; Giannakopoulou, K.; Stylianidis, S. Albanian Migrants in Cyclades: Contact with Mental Health Services and Implications for Practice. *Psych* 2021, 3, 916–930.

- Papachristou, H.; Lazogiorgou-Kousta, I.; Chronopoulos, V.; Fragouli-Sakellaropoulou, A. The Contribution of Society of Social Psychiatry, P. Sakellaropoulos to the Psychiatric Reform in Rural Greece. *Psych* 2023, 5, 497–507
- Paschalidou, A.; Anastasaki, M.; Zografaki, A.; Krasanaki, C.K.; Daskalaki, M.; Chatziorfanos, V.; Giakovidou, A.; Basta, M.; Vgontzas, A.N. Mobile Mental Health Units in Heraklion Crete 2013–2022: Progress, Difficulties and Future Challenges. *Psych* 2023, 5, 26–37.
- Passavanti, M., Argentieri, A., Barbieri, D.M., Lou, B., Wijayaratna, K., Foroutan Mirhosseini, A.S., Wang, F., Naseri, S., Qamhia, I., Tangerang, M., Pellicciari, M., Ho, C.H. (2021), The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world, *Journal of Affective Disorders*, 15, 283:36-51
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598
- Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 May 10;15:1249-1258.
- Peritogiannis V, Samakouri M. Mobile Mental Health Units in Greece: Bridging Clinical Practice and Research in the Rural Context. *Psych*. 2023; 5(3):787-791.
- Peritogiannis V, Papathanasiou IV, Giotakos O. Community Psychiatry in Rural Greece: The Role of the Mobile Mental Health Units. *Psych*. 2022; 4(2):277-280.
- Peritogiannis, V.; Tsofi, F. The Greek Hybrid Version of the Assertive Community Treatment Model: A Perspective View between Challenges and Limitations. *Psych* 2021, 3, 792–799
- Peritogiannis, V.; Fragouli-Sakellaropoulou, A.; Stavrogiannopoulos, M.; Filla, I.; Garmpi, A.; Pantelidou, S.; Samakouri, M. The Role of the Mobile Mental Health Units in Mental Healthcare Delivery in Rural Areas in Greece: Current Challenges and Prospects. *Psychiatriki* 2022
- Petrea I, Tsinganos P, Fountoulakis K, Kalpaxi P, Koupidis S, Trias M. Mental Health Services Delivery in Greece: A Joint Rapid Assessment and Recommendations for Reform by the Hellenic Ministry of Health and World Health Organization for Europe. *{Ministry of Health of Greece}; {World Health Organization for Europe}*; 2020.
- Philalithis, A. (2021) Primary Health Care in Greece: Lost in the labyrinth *Archives of Hellenic Medicine* 38(4):548–556
- Platis, C., Kyritsi, N. (2019) Institutional and Organizational Efforts to Establish Primary Health Care in Greece. *Strateg Innov Mark Tour*. 497–503.
- Powell, P.A., Rowen, D. What Matters for Evaluating the Quality of Mental Healthcare? Identifying Important Aspects in Qualitative Focus Groups with Service Users and Frontline Mental Health Professionals. *Patient* 15, 669–678 (2022)
- Racine N, Cooke JE, Eirich R, Korczak DJ, McArthur B, Madigan S. Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry research*. Elsevier; 2020. p. 113307.
- Radiah Shariff SS., Mohd O., Hasnah Moin N, Smith D. (2010) Locational Analysis of Public Health Facilities: A Case Study of Telok Panglima Garang, Selangor, Malaysia *Malaysian Journal of Science* 29(2): 98-118

- Rajput S. A., Aziz M. O. and Siddiqui M.A. (2019). Social determinants of Health and Alcohol, Consumption in the UK, *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 16(3),1-6.
- Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sci.* 2021 Dec 10;11(12):1633.
- Rifkin, S.B., Fort, M., Patcharanarumol, W., et al. (2021) Primary healthcare in the time of COVID-19: breaking the silos of healthcare provision. *BMJ Global Health* 6:e007721.
- Rifkin SB Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity *BMJ Global Health* 2018;3:e001188.
- Rodrigues Freitas-Silva L., Ortega F. Biological determination of mental disorders: a discussion based on recent hypotheses from neuroscience *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(8):e00168115, ago, 2016
- Roldán-Merino, J.F.; Tomás-Jiménez, M.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Sanchez-Balcells, S.; Lluch-Canut, M.T. Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 4043.
- Rossell, S. L., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Meyer, D. (2021). An overview of current mental health in the general population of Australia during the COVID-19 pandemic: Results from the COLLATE project. *Psychiatry Research*, 296, 113660
- Royal College of Psychiatrists Standards for Community Mental Health Services 2022.
- Sadeghi Bazargani, H., Saadati, M., Tabrizi, J.S. et al. Forty years after Alma-Ata: how people trust primary health care?. *BMC Public Health* 20, 942 (2020).
- Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, GarcíaAlonso C, Ala-Nikkola T, et al. A comparison of mental health care systems in Northern and Southern Europe: a service mapping study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1133
- Salgado, M., Madureira, J., Mendes, A.S. et al. Environmental determinants of population health in urban settings. A systematic review. *BMC Public Health* 20, 853 (2020).
- Samakouri M, Evagorou O, Frangouli-Sakellaropoulou A. The Contribution of Mobile Mental Health Units to Community Psychiatric Care in Greece. *Psych.* 2022; 4(1):100-104.
- Samartzis L. and Talias M. Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 249
- Scott, J.; Graham, A.; Yung, A.; Morgan, C.; Bellivier, F.; Etain, B. A systematic review and meta-analysis of delayed help-seeking, delayed diagnosis and duration of untreated illness in bipolar disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 2022, 146, 389–405.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., Amore, M. (2020), The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM.* 22;113(8):531–7.
- Shim R., Koplán C., Langheim F., Manseau M., Powers R and Compton M (2014) The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action. *Psychiatric Annals*, 44, 22-26
- Sorsdahl K, Naledi T, Lund C, et al. Integration of mental health counselling into chronic disease services at the primary health care level: Formative research on dedicated versus designated strategies in the Western Cape, South Africa. *J Health Serv Res Policy* 2021; 26(3): 172-9.

- Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. *et al.* Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study. *Int J Ment Health Syst* 11, 65 (2017).
- Storm M., Lunde Husebøl A.M., Thomas E.C, Elwyn G., Zisman-Ilani Y. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community *Adm Policy Ment Health*. 2019;46(3):352-367.
- Stylianidis S, Souliotis K. The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych Int*. 2019;16(1):16–8.
- Svalastog AL, Donev D, Jahren Kristoffersen N, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croat Med J*. 2017 Dec 31;58(6):431-435.
- Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):276-286.
- Timothy A, Romao LP, Umukoro OL, Maroh I, Gater R, et al. Experience of Trained Primary Health Care Workers in Mental Health Service Delivery Across Ogun State Nigeria. *Clin Psychiatry* 2017, 3:1.
- Tselebis, A.; Pachi, A. Primary Mental Health Care in a New Era. *Healthcare* 2022, 10, 2025.
- Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: An integrative review. *Scand J Caring Sci*. (2019) 33:765–78. doi: 10.1111/scs.12701
- van Elp, B., Roemeling, O., and Aij, K. (2022). Lean leadership: Towards continuous improvement capability in healthcare. *Health Services Management Research*, 35(1), 7-15
- van Rensburg J., BrookeSumner A.C (2023). Intersectoral and multisectoral approaches to enable recovery for people with severe mental illness in low- and middle-income countries: A scoping review. Cambridge Prisms: *Global Mental Health*, 10, e19, 1–14
- World Health Organization. Mental health of adolescents. 2021. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> 2.
- World Health Organization. World mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
- WHO Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2022
- World Health Organization. Integration of mental health into primary health care. 2018;24(2)  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=awn&AN=NX0139041&site=ehost-live>.
- WHO and WONCA Working Party on Mental Health. What is primary care mental health?: *Ment Health Fam Med*. 2008 Mar;5(1):9-13.
- WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization Geneva; 2013.
- World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF)., (2018), Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M.W., Gill, H., Phan,L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., McIntyre, R.S. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 1, 277, 55-64

- Zamba, C., Mousoulidou, M., Christodoulou, A. (2022) Domestic Violence against Women and COVID-19. *Encyclopedia*, 2(1), 441–456.
- Zisman-Ilani, Y., Roe, D., Elwyn, G., Kupermintz, H., Patya, N., Peleg, I., & Karnieli-Miller, O. (2019). Shared Decision Making for Psychiatric Rehabilitation Services Before Discharge from Psychiatric Hospitals. *Health Communication*. 34(6) :631-637

## Ελληνόγλωσση

- Αντωνιάδου, Α., Ξούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Γ. και Μπένος, Α. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδότες οι συγγραφείς
- Βεριώνης, Δ. (2018). Νόμος 4486/2017 για ΤοΜΥ και η διαλειτουργική σύνδεση με την Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Γιανασμίδης, Α και Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1):106-115.
- Δεπάστας Χ. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 17, Τεύχος 2 (Απρίλιος – Ιούνιος 2018) 118- 127
- Δεπάστας Χ, Πιερράκος Γ. Η ψυχική υγεία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των μη κυβερνητικών οργανισμών του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός». Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(6):758-765.
- Δούκη Σ. και Τουλιά Γ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα στη Ψυχική Υγεία *Το Βήμα του Ασκληπιού* Τόμος 22, Συμπληρωματικό Τεύχος 1Α (Ιανουάριος - Μάρτιος 2023) 176-184
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης, Σ., 2001. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Θεοχάρης, Μ. Οι αρχές λειτουργίας και ο ρόλος του στην πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και την προαγωγή ψυχικής υγείας *Εγκέφαλος* 53, 26-32, 2016
- Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β.Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε., Λιονής, Χ. (2017) Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2017, 34(3):343-362
- Λασπίτη, Α. Αποστολάκης, Ι. Νικολέντζος, Α Σαράφης Π. Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 154-173
- Μακράκης Αθανάσιος Οι δείκτες της ποιότητας υγείας και η νομοθετική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών *Το Βήμα του Ασκληπιού* Τόμος 17, Τεύχος 3 (Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2018) 181-194
- Μπένος Α (2015) Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Υπουργείο Υγείας, Αθήνα, 2015
- Μπουραζάνα Δ., Βλάχος Η., Αριστοτελίδης Π., Κουρέτα Α., Λεμπέση Ε., Χονδράκη Π., Τσαντήλα Σ. Παπαγεωργίου Χ., Μαργαρίτη Μ. Πρόσβαση νέων ασθενών σε υπηρεσίες ψυχιατρικής παρακολούθησης: Βελτιώνοντας τους ποιοτικούς δείκτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας *Psychiatriki* 2021, 32:123–131
- Ναούμ, Σ. (2020). Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. *Επιστημονικά Χρονικά*. 25(1): 85-99.
- Παρασκευαΐδου Σ και Κατσαλιάκη Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(4):467-474

- Παπαϊωάννου Α. και Μπεργιαννάκη Ι.Δ. Οικονομική κρίση και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2016, 33(6): 739-750
- Παπακωστίδης Α., Τσουκαλάς Ν. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012
- Παπαχατζή, Ε. και Μέντης, Α.Φ.Α. (2021) Προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον Προς μια εφαρμογή στα ελληνικά σχολεία *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 38(3):313-320
- Περιτογιάννης, Β. και Μαυρέας, Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014, 31(1):71-76
- Περιτογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ., Μαυρέας, Β. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014, 31(6):669-677
- Πετρέα Ι, Τσίγγανος Π, Φουντουλάκης Κ, Καλπαξή Π, Κουπίδης Σ, Θεοδωράκης Π, et al. Η παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Κοινή Ταχεία Αξιολόγηση και Μεταρρυθμιστικές Συστάσεις από το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. 2019. 19.
- Πολύζος, Ν. (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2013). Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <https://eclass.duth.gr/modules/document/file.php>
- Ποτήρης, Α. και Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6 (3): 116-121
- Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα
- Σουλιώτης, Κ., Θηραΐος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. και Ψαλτοπούλου Θ. (2013). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα.
- Σταχτέας, Π. (2022) Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη συντονισμένη απόκριση των συστημάτων υγείας στην πανδημία COVID-19 *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 39(6) 742-750
- Υπουργείο Υγείας, Γραφείο Γενικού Γραμματέα, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας: Έκθεση Τομεοποιημένος Σχεδιασμός ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Ιούνιος 2019
- Φιλαλήθης Α. (2017) Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 38(5): 675-682
- Φουντουλάκης Κ. Συνολική πρόταση για την πολιτική Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, 2019 Υποβολή στο πλαίσιο της Ταχείας Αξιολόγησης του ΥΥ και ΠΟΥ. 2021.
- Φρεγγίδου Ε, Παραστατίδης Σ, Ζαφειροπούλου Μ, Γαλάνης Π, Στιβανάκη Σ. (2016) Αδυναμίες και παθογένειες από τη δικτύωση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ στο νομό Κιλκίς: Η μελέτη περίπτωσης ενός ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια τρίτου σταδίου, *Επιθεώρηση Υγείας* 27(163): 13-20
- Χάρτης Μονάδων Ψυχικής Υγείας, <http://www.mentalhealthmap.gr/>.
- Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων στην Ελλάδα: Ανάγκες και Προτεραιότητες Συνοπτική Παρουσίαση μιας Ανάλυσης Πεδίου ΚΠΗΣΝ
- Ιουλία Παπαγεωργίου: Θεωρία Δειγματοληψίας, Αθήνα 2005



- Diamond I. and J., (2006), Αρχίζοντας στατιστική. Μια εισαγωγή για τους κοινωνικούς επιστήμονες, ελληνική μετάφραση Μαρία Συμεωνάκη, εκδόσεις Παπαζήση

### Διαδικτυακές Πηγές

- <https://diaplous.eu/koispe>,
- <https://www.who.int/about/governance/constitution>,
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> ,
- [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_en)
- <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook>
- <https://iosh.com/about-iosh/>
- <https://pharmchoices.com/the-main-levels-of-healthcare-system/>
- <https://www.aegeanpolyclinics.gr/imerida-gia-tin-igia-14122019/>
- <https://thalpos.org>
- <https://www.psy-synthesis.gr>
- [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_el](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_el)
- <https://www.thelancet.com/infographics-do/covid-mental-health>
- <https://www.eurekalert.org/news-releases/655506>
- <http://www.mentalhealthmap.gr/>,

### Παράρτημα Α: Οδηγός Συνέντευξης

#### Οριοθέτηση και περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

1. Ποια είναι η γνώμη σας αναφορικά με την υποστήριξη των ψυχικά ασθενών από την ΠΦΥ;
2. Πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες είναι προσανατολισμένες σε όσους/-ες τις χρειάζονται ή όχι;

3. Πιστεύετε ότι μπορούν να αναπτυχθούν ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας στην ΠΦΥ ή όχι;
4. Πιστεύετε ότι η οργανωτική και λειτουργική δομή της ΠΦΥ συμπεριλαμβάνει τον οικογενειακό ιατρό; Έχει διευρυμένο ρόλο; Διακρίνεται από δράση και συνεργασία; Ή όχι;

### **Θεσμικό πλαίσιο**

1. Γνωρίζετε το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο για τη ψυχική υγεία ή όχι;
2. Βάσει του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου γνωρίζετε εάν προβλέπεται η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του πληθυσμού, είτε στο σύνολό του, είτε σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως και εάν προηγείται αυτής η διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας του εν λόγω πληθυσμού ή όχι;
3. Κατά τη γνώμη σας υπάρχει πρόβλεψη για παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας σε ενδεχόμενη υγειονομική κρίση στο μέλλον ή όχι;

### **Δομές και Προσωπικό**

1. Κατά τη γνώμη σας είναι οι χώροι κατάλληλοι, για την επίσκεψη των ψυχικά πασχόντων ατόμων ή όχι;
2. Κατά τη γνώμη σας διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα και η εχεμύθεια ως προς τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών ή όχι;
3. Κατά τη γνώμη σας είναι επαρκές το σύστημα προσυνηννόησης (ραντεβού) ή όχι;
4. Κατά τη γνώμη σας είναι επαρκές το σύστημα παραπομπών σε άλλα νοσοκομεία ή δομές ή όχι;
5. Κατά τη γνώμη σας οι δομές ψυχικής υγείας είναι επαρκώς στελεχωμένες ή όχι;
6. Κατά τη γνώμη σας υπάρχουν ελλείψεις σε προσωπικό, όσον αφορά στον αριθμό ή την ειδικότητα ή όχι;
7. Κατά τη γνώμη σας το προσωπικό διαθέτει διαπολιτισμικές δεξιότητες ή όχι;
8. Κατά τη γνώμη σας ποια είναι η συμπεριφορά του προσωπικού;
9. Κατά τη γνώμη σας καταγράφονται παράπονα ή όχι;

### **Ομοιότητες και διαφοροποιήσεις του κυρίαρχου στη χώρα μας μοντέλου πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας από τα κρατούντα σε ευρωπαϊκό επίπεδο**

1. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ του κυρίαρχου μοντέλου ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και των υφιστάμενων σε ευρωπαϊκό επίπεδο ή όχι;
2. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς την παραπομπή περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή όχι;
3. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ ή όχι;
4. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού ή όχι;
5. Γνωρίζετε εάν υπάρχουν διαφορές ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας εγκαιρότητα, ασφάλεια, συνέχεια, πρόσβαση ή όχι;
6. Γνωρίζετε εάν υφίσταται διαδικασία αξιολόγησης αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, όπως και αναφορικά με την ικανοποίηση των εμπλεκόμενων μερών από τις εν λόγω υπηρεσίες ή όχι;
7. Γνωρίζετε εάν αν υπάρχουν διαφορές ως προς την φροντίδα που παρέχεται προς τις ευπαθείς ομάδες ή όχι;
8. Γνωρίζετε εάν αν υπάρχουν διαφορές ως προς τις δεξιότητες του προσωπικού και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση ή όχι;
9. Γνωρίζετε εάν αν υπάρχουν διαφορές ως προς τη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή όχι;;
10. Γνωρίζετε εάν αν υπάρχουν διαφορές ως προς το είδος της ηγεσίας στις δομές ψυχικής υγείας ή όχι;

**Δυνατά σημεία και αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας**

1. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα δυνατά σημεία και ποιες οι αδυναμίες της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στη χώρα μας ή όχι;
2. Έχουμε κατά τη γνώμη σας αποτελεσματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (ψυχιατρική συμπτωματολογία, κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα) όχι;

3. Η προσφερόμενη υπηρεσία της ΠΦΥ για την ψυχική υγεία είναι διαθέσιμη και προσβάσιμη από τους χρήστες όλο το 24ωρο όχι;
4. Θεωρείτε ότι υπάρχει υψηλός βαθμός πρόσβασης για την ψυχική υγεία στην ΠΦΥ ή όχι;
5. Θεωρείτε ότι η ΠΦΥ για την ψυχική υγεία είναι ένα σύστημα βιώσιμο ή όχι;
6. Θεωρείτε ότι μπορεί να χρειάζεται μια στρατηγική ανάπτυξη μέσω διάφορων πολιτικών και υπηρεσιών ή όχι;
7. Πιστεύετε ότι το σύστημα της φροντίδας είναι επιτυχές στη διατήρηση των ασθενών ψυχικής υγείας στην κοινότητα ή όχι ;

### **Αποτίμηση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εν μέσω της πανδημίας**

1. Γνωρίζετε εάν έχει αξιολογηθεί η παροχή της φροντίδας ψυχικής υγείας από την ΠΦΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας ως προς την επάρκεια της φροντίδας, την πρόσβαση, τη συνέχεια, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ή όχι;
2. Γνωρίζετε εάν αν έχει αξιολογηθεί ο ψυχολογικός αντίκτυπος της πανδημίας στον γενικό πληθυσμό, καθώς και σε παιδιά και εφήβους ή ασθενείς με χρόνια ψυχικά νοσήματα ή όχι;
3. Θεωρείτε ότι είναι εφικτή η πλήρης αποϊδρυματοποίηση ή όχι ;
4. Γνωρίζετε εάν αν έχει αξιολογηθεί η υπηρεσία της τηλεφωνικής ψυχολογικής υποστήριξης υπό την εποπτεία της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, που ενεργοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας; Υπήρξαν και άλλες υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης; Έχουν αξιολογηθεί και αυτές ή όχι;