



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**Διδακτορική Διατριβή**

**«Οικονομική Αξιολόγηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας:  
Η περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στις Κυκλάδες»**

**Αικατερίνη Λυκομήτρου**

**Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:**

**Κυριάκος Σουλιώτης (Επιβλέπων Καθηγητής)**

**Στέλιος Στυλιανίδης**

**Μαρία Κοντούλη - Γείτονα**

**Κόρινθος, Ιανουάριος 2021**

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα».

(Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 201, παράγραφος 2 του Ν. 5343/1932)

### **Μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής:**

1. Σουλιώτης Κυριάκος, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Επιβλέπων Καθηγητής).
2. Στυλιανίδης Στέλιος, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών της Αθήνας (Μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).
3. Κοντούλη - Γείτονα Μαρία, Καθηγήτρια Οικονομικής Ανάλυσης Κοινωνικής Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).
4. Καϊτελίδου Δάφνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Διοίκησης–Νοσηλευτικής Διαχείρισης και Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και Ανθρωπίνων Πόρων, Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Σπυριδάκης Μάνος, Καθηγητής Κοινωνικής Ανθρωπολογίας των Εργασιακών Σχέσεων, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
6. Φερόνας Ανδρέας, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικού Αποκλεισμού και Πολιτικών Κοινωνικής Ενσωμάτωσης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
7. Βοζίκης Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής στα Οικονομικά της Υγείας και τα Πληροφοριακά Συστήματα, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.



*Στις καλύτερες μέρες....*



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον επιβλέποντα Καθηγητή της διδακτορικής διατριβής κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, καθώς είμαι ευγνώμων για την ευκαιρία που μου έδωσε και για τη στήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της διατριβής.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τον κ. Στέλιο Στυλιανίδη, Καθηγητή Κοινωνικής Ψυχιατρικής, στο Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών για το χρόνο και τη βοήθειά του.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την κ. Μαρία Κοντούλη-Γείτονα, Καθηγήτρια Οικονομικής Ανάλυσης Κοινωνικής Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τη βοήθειά της δεδομένου ότι χωρίς την πολύτιμη συμβολή της δε θα είχε ολοκληρωθεί το συγκεκριμένο πόνημα.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Γεώργιο Χαδούλη και την κ. Στέλλα Παντελίδου για την παροχή στοιχείων των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, καθώς και την κ. Ευγενία Σταμουλή για τις συμβουλές της στην ανάλυση δεδομένων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και στους φίλους μου, οι οποίοι επέδειξαν ιδιαίτερη υπομονή και με στήριξαν σε όλη τη χρονική περίοδο συγγραφής της διατριβής.





# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>7</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b> .....	<b>9</b>
Ευρετήριο Πινάκων.....	12
Ευρετήριο Γραφημάτων .....	15
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>17</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>19</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>21</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>25</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b> .....	<b>26</b>
1.1 Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών .....	26
1.2 Δαπάνες υπηρεσιών υγείας .....	30
1.3 Κοινωνική Ψυχιατρική.....	34
1.4 Διαχείριση της ψυχιατρικής φροντίδας και ενσωμάτωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	36
1.5 Κατ' οίκον Παρέμβαση.....	46
1.6 Εμπειρία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	48
1.7 Τηλεψυχιατρική .....	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	<b>64</b>
2.1 Επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα .....	64
2.2 Εξέλιξη και διαχείριση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα .....	75
2.2.1 Ψυχική διαταραχή με ενσωμάτωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	83
2.2.2 Ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.....	88
2.2.3 Περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων .....	98

2.3 Αποτίμηση του κόστους ψυχικών διαταραχών .....	108
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ .....</b>	<b>113</b>
3.1 Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας/χρησιμότητας.....	113
3.2 Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ποιότητα και Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα.....	117
3.3 Μεθοδολογία των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs) .....	120
3.4 Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs) και επιπολασμός ψυχικών διαταραχών.....	128
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>133</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>134</b>
4.1 Σκοπός έρευνας.....	134
4.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	134
A. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	139
A.1 Επεξεργασία κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων .....	139
A.2 Επεξεργασία κλινικών δεδομένων.....	140
A.3 Στατιστική ανάλυση .....	141
B. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	142
Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	146
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>147</b>
A ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ .....	147
A.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	147
A.2 Κλινικά χαρακτηριστικά .....	153
A.3 Συγκρίσεις κλινικών χαρακτηριστικών με στοιχεία του δείγματος .....	166
A.2 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση .....	179
B. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ .....	182

Γ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	190
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>192</b>
6.1 Συζήτηση.....	192
6.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	202
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>203</b>
7.1 Συμπεράσματα .....	203
7.2 Προτάσεις.....	204
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>207</b>
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	207
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	249
Ιστότοποι.....	258
Νομοθετικό πλαίσιο .....	261
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ .....</b>	<b>263</b>
A.1 Δελτίο Θεραπευόμενου .....	263
A.2 Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10 .....	269
A.3 Σταθμίσεις αναπηρίας εξυπηρετούμενων των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας .....	280
A.4 Ελλιπείς τιμές μεταβλητών .....	284
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>286</b>
B.1 Νησιά δραστηριοποίησης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.....	286
B.2 Οικονομικά δεδομένα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας έτους 2015.....	288
B.3 Ιδιωτικές δαπάνες .....	289

## Ευρετήριο Πινάκων

<b>Πίνακας 1:</b> Τα πλεονεκτήματα της ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας με την ΠΦΥ.	41
<b>Πίνακας 2:</b> Η ΠΖσΥ στον πληθυσμό κατά τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015 .....	69
<b>Πίνακας 3:</b> Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές κατά τα έτη 2000, 2010 και 2012 .....	70
<b>Πίνακας 4:</b> Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς [F00-F99] 2000, 2010 έως 2014.....	71
<b>Πίνακας 5:</b> Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών ανά έτος.....	73
<b>Πίνακας 6:</b> Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά Περιφέρεια.....	79
<b>Πίνακας 7:</b> Απεικόνιση της αποτίμησης του κόστους.....	110
<b>Πίνακας 8:</b> Εκτιμήσεις του συνολικού κόστους (άμεσου και έμμεσου) των ψυχικών διαταραχών, σε εκατομμύρια ευρώ και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2015 .....	112
<b>Πίνακας 9:</b> Τιμές των παραμέτρων στις μελέτες GBD .....	121
<b>Πίνακας 10:</b> Δαπάνη ΚΕΝ.....	144
<b>Πίνακας 11:</b> Δημογραφικά στοιχεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ .....	148
<b>Πίνακας 12:</b> Εργασιακά στοιχεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ .....	149
<b>Πίνακας 13:</b> Τόπος καταγραφής εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ .....	150
<b>Πίνακας 14:</b> Επικοινωνία εξυπηρετούμενων με τις ΚΜΨΥ .....	151
<b>Πίνακας 15:</b> Ιστορικό εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ .....	152
<b>Πίνακας 16:</b> Σωματική υγεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ.....	153
<b>Πίνακας 17:</b> Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ .....	154
<b>Πίνακας 18:</b> Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας εξυπηρετούμενων ανά νησί .....	155
<b>Πίνακας 19:</b> Φαρμακευτική αγωγή εξυπηρετούμων ΚΜΨΥ .....	156
<b>Πίνακας 20:</b> Διάγνωση των εξυπηρετούμενων ΚΜΨΥ .....	157
<b>Πίνακας 21:</b> Διάγνωση εξυπηρετούμενων ανά νησί .....	158
<b>Πίνακας 22:</b> Διάγνωση εξυπηρετούμενων ανάλογα το φύλο .....	159
<b>Πίνακας 23:</b> Ηλικία εξυπηρετούμενων ανάλογα τη διάγνωση.....	160
<b>Πίνακας 24:</b> YLD εξυπηρετούμενων.....	161
<b>Πίνακας 25:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών ως προς την Κωδικοποίηση Διάγνωσης πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ .....	162

<b>Πίνακας 26:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών ως προς την Κωδικοποίηση Διάγνωσης με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ .....	163
<b>Πίνακας 27:</b> DALYs πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ .....	164
<b>Πίνακας 28:</b> Εκτιμήσεις DALYs ανά διαγνωστική κατηγορία .....	165
<b>Πίνακας 29:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.....	167
<b>Πίνακας 30:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή τους στις ΚΜΨΥ .....	170
<b>Πίνακας 31:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών εξυπηρετούμενων ανάλογα με το ιστορικό τους .....	171
<b>Πίνακας 32:</b> Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών .....	172
<b>Πίνακας 33:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία .....	174
<b>Πίνακας 34:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή στις ΚΜΨΥ .....	176
<b>Πίνακας 35:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών εξυπηρετούμενων ανάλογα με το ιστορικό .....	177
<b>Πίνακας 36:</b> Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, την ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών .....	178
<b>Πίνακας 37:</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη <i>YLD ψυχικών διαταραχών</i> .....	180
<b>Πίνακας 38:</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη <i>YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών</i> .....	181
<b>Πίνακας 39:</b> Κόστος λειτουργίας ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	183
<b>Πίνακας 40:</b> Κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	183
<b>Πίνακας 41:</b> Στοιχεία ψυχιατρικών νοσηλειών εξυπηρετούμενων πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	184

<b>Πίνακας 42:</b> Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κατηγορία φαρμάκου πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ.....	185
<b>Πίνακας 43:</b> Ιδιωτικές δαπάνες νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα στην Αττική πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ το 2015 σε ευρώ .....	186
<b>Πίνακας 44:</b> Ιδιωτική δαπάνη εξυπηρετούμενων στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	186
<b>Πίνακας 45:</b> Κόστος άτυπης φροντίδας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	187
<b>Πίνακας 46:</b> Κόστος συντάξεων αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ το 2015 .....	187
<b>Πίνακας 47:</b> Δαπάνη επιδόματος απολύτου αναπηρίας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ του 2015.....	188
<b>Πίνακας 48:</b> Κόστος απώλειας παραγωγικότητας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ .....	188
<b>Πίνακας 49:</b> Δαπάνες περίθαλψης σε ευρώ.....	189
<b>Πίνακας 50:</b> Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας.....	190
<b>Πίνακας 51:</b> Αποτελέσματα προσομοίωσης Bootstrap .....	191
<b>Πίνακας 52:</b> Σταθμίσεις αναπηρίας σωματικών ασθενειών .....	281
<b>Πίνακας 53:</b> Σταθμίσεις αναπηρίας ψυχικών διαταραχών .....	282
<b>Πίνακας 54:</b> Δαπάνες λοιπών εξόδων.....	289
<b>Πίνακας 55:</b> Κόστος ακτοπλοϊκών εισιτηρίων .....	290
<b>Πίνακας 56:</b> Δαπάνη νοσηλείας στην Αττική πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ .....	291
<b>Πίνακας 57:</b> Δαπάνη νοσηλείας στην Αττική με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.....	291
<b>Πίνακας 58:</b> Δαπάνη ιατρικής επίσκεψης εξυπηρετούμενων που έλαβαν τακτική και συνεχή περίθαλψη ψυχικής υγείας στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ .....	292
<b>Πίνακας 59:</b> Δαπάνη ιατρικής επίσκεψης εξυπηρετούμενων που πραγματοποίησαν μία συνεδρία ψυχικής υγείας στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.....	292

## Ευρετήριο Γραφημάτων

<b>Γράφημα 1:</b> Ποσοστά ψυχικών διαταραχών στην Ε.Ε.....	28
<b>Γράφημα 2:</b> Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας Ε.Ε. σε ευρώ, 2017 (ή πλησιέστερο έτος).....	31
<b>Γράφημα 3:</b> Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ΟΟΣΑ σε δολάρια, 2018 (ή πλησιέστερο έτος) ....	32
<b>Γράφημα 4:</b> Εκτιμώμενο άμεσο και έμμεσο κόστος ψυχικών διαταραχών στις χώρες της Ε.Ε. (ως % του ΑΕΠ) για το 2015 .....	33
<b>Γράφημα 5:</b> Πυραμίδα Παροχής Υπηρεσιών του Π.Ο.Υ. (WHO, 2003a) για βέλτιστο συνδυασμό υπηρεσιών στην ψυχική υγεία (2003).....	43
<b>Γράφημα 6:</b> Παράγοντες που επιδρούν στη δημιουργία καταστάσεων άγχους.....	67
<b>Γράφημα 7:</b> Επιπολασμός χρόνιας κατάθλιψης κατά το έτος 2014 .....	71
<b>Γράφημα 8:</b> Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (2016).....	74
<b>Γράφημα 9:</b> Ποσοστά αυτοκτονιών, 2017 (ή πλησιέστερο έτος) .....	75
<b>Γράφημα 10:</b> Βασικοί πυλώνες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	79
<b>Γράφημα 11:</b> Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.....	87
<b>Γράφημα 12:</b> Πλήθος νέων υποδοχών εξυπηρετούμενων στις ΚΜΨΥ ανά έτος.....	99
<b>Γράφημα 13:</b> Πλήθος εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ ανά έτος .....	100
<b>Γράφημα 14:</b> Θεραπευτικές συνεδρίες στις ΚΜΨΥ ανά έτος .....	101
<b>Γράφημα 15:</b> Αποτίμηση του δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας/χρησιμότητας.....	115
<b>Γράφημα 16:</b> Ορισμός DALY .....	124
<b>Γράφημα 17:</b> Χρόνια ζωής με ανικανότητα (YLDs) κατά το έτος 2017 .....	128
<b>Γράφημα 18:</b> Κυριότερες αιτίες θανάτου και ανικανότητας (DALYs) κατά το έτος 2019 και ποσοστιαία μεταβολή 2009–2019 για όλες τις ηλικίες στην Ελλάδα.....	131
<b>Γράφημα 19:</b> Στρωματοποίηση ανάλυσης του δείγματος.....	137
<b>Γράφημα 20:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με το φύλο .....	169
<b>Γράφημα 21:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόληση .....	169
<b>Γράφημα 22:</b> YLD Ψυχικών Διαταραχών εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένειά.....	172
<b>Γράφημα 23:</b> Συσχέτισης της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα YLD Ψυχικών Διαταραχών .....	173

<b>Γράφημα 24:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόλησή.....	175
<b>Γράφημα 25:</b> YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια.....	178
<b>Γράφημα 26:</b> Συσχέτιση της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών.....	179



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε άτομα που κατοικούν σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές της χώρας υπολείπεται σε πλήθος και καταλληλότητα δομών. Η ανάπτυξη και η δραστηριοποίηση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) αποτελεί μια καινοτόμο παρέμβαση που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και αποδοτική διεθνώς.

**Στόχος:** Το αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η οικονομική αξιολόγηση των ΚΜΨΥ ως προς την αντιμετώπιση περιστατικών με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών στα νησιά των Κυκλάδων βάσει πραγματικών δεδομένων (Real-World Evidence, RWE).

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας με βάση δύο συγκριτές: τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Τα κλινικά πρωτογενή αποτελέσματα βασίστηκαν σε πραγματικά δεδομένα, μέσω των οποίων υπολογίστηκαν τα Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), για χρονικό διάστημα ενός έτους. Η ανάλυση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 22.0. Πηγή των δεδομένων ήταν οι εξυπηρετούμενοι από τις ΚΜΨΥ κατά το έτος 2015. Στην έρευνα συμμετείχαν επτακόσιοι είκοσι τέσσερις (724) εξυπηρετούμενοι από τα δώδεκα (12) νησιά ευθύνης των ΚΜΨΥ Βορειανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων. Οι άμεσες ιατρικές, μη ιατρικές και έμμεσες δαπάνες υπολογίστηκαν σύμφωνα με δημοσιευμένα δεδομένα.

**Αποτελέσματα:** Η συντριπτική πλειονότητα ήταν εξυπηρετούμενοι από την Ελλάδα, το 60,9% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία τους ήταν 50,1 έτη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί από τους εξυπηρετούμενους στράφηκαν για βοήθεια στις ΚΜΨΥ αυτοβούλως. Το 18% του πληθυσμού διαγνώστηκε με διαταραχές διάθεσης και φορτίο νοσηρότητας 9,49 (Years Lived in Disability, YLDs), ενώ το 17,5% με νευρωσικές διαταραχές και 4,53 YLDs αντίστοιχα. Το φορτίο νοσηρότητας με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ βρέθηκε ότι ισούται με 17,98 DALYs, ενώ αντίστοιχα πριν τη λειτουργία αυτών ήταν 115,79 DALYs. Η λειτουργία των ΚΜΨΥ αποδείχτηκε αποτελεσματική, δεδομένου ότι κατά το έτος 2015 αποτράπηκαν κατά προσέγγιση 98 χρόνια ζωής με ανικανότητα.

Το συνολικό κόστος πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο στην περίπτωση λειτουργίας αυτών. Οι λειτουργικές και φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν το μεγαλύτερο συνθετικό κόστους στην κατηγορία του άμεσου ιατρικού κόστους με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Το έμμεσο κόστος πριν και με την παρέμβαση αντιστοιχεί στο 17% του συνολικού κόστους. Η παρέμβαση των ΚΜΨΥ εκτιμάται σε 12.250,78 € ανά DALY που αποτρέπεται.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας σκιαγράφησαν ένα υψηλό φορτίο νοσηρότητας και οικονομικής επιβάρυνσης για τα άτομα με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Η λειτουργία των ΚΜΨΥ φαίνεται να είναι μια οικονομικά αποδοτική παρέμβαση, η οποία ελαχιστοποιεί τις δημόσιες δαπάνες και τις απώλειες εισοδήματος των ασθενών, ξεπερνά τα προβλήματα που οφείλονται στις υπάρχουσες διαρθρωτικές ανεπάρκειες του συστήματος υγείας και τέλος, προλαμβάνει και βελτιώνει την ψυχική κατάσταση των ατόμων που χρήζουν περίθαλψης. Η ανάπτυξη αντίστοιχων ευέλικτων μορφών παρεμβάσεων, όπως οι ΚΜΨΥ, οι οποίες θέτουν στο κέντρο τους την κοινότητα, κρίνεται απαραίτητη καθώς αντιμετωπίζει το πρόβλημα της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας και πληθυσμιακής κατανομής στην Ελλάδα.

**Λέξεις Κλειδιά:** Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ), κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας, Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), πραγματικά δεδομένα (Real-World Evidence, RWE), οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστος ανά DALY.

## ABSTRACT

**Background:** The public care system provision for people with mental disorders living in remote and inaccessible areas in Greece lacks appropriate structures. The development and activation of Mobile Mental Health Units (MMHUs) is an innovative policy intervention that has been proven effective and efficient internationally.

**Objective:** The subject of this doctoral dissertation was the economic evaluation of MMHUs in terms of treating people with mental disorders in the Cyclades islands based on Real-World Evidence (RWE).

**Methods:** A cost-effectiveness analysis was performed based on two comparators: before and under the operation of MMHUs. Clinical primary results were based on RWE data. Disability-Adjusted Life Years (DALYs) were calculated for one year. The statistical analysis of the variables was performed with the IBM SPSS Statistics 22.0 statistical program. The data derived from the total number of people who had visited the MMHUs during 2015. More specifically, 724 people from 12 islands where MMHUs of the Northeastern and Western Cyclades operate, participated in the present survey. Direct medical, non-medical and indirect costs were calculated using published data.

**Results:** The overwhelming majority of the participants were from Greece, 60.9% of them were women and the average age was 50.1. Almost half of the people who sought help from the MMHUs did so on their own will. Subsequently, 18% of the population was diagnosed with mood disorders (F30-F39) and morbidity burden 9.49 (Years Lived in Disability, YLDs), while 17.5% of the patients were diagnosed with neurotic disorders (F40-F48) and 4.53 YLDs respectively. The morbidity burden of the MMHUs was found to be equal to 17.98 DALYs, while it was 115.79 DALYs before their function. Their operation proved to be effective, since in 2015 almost 98 Disability-Adjusted Life Years were averted.

The total cost before the operation of the MMHUs is almost double than that under their operation. The direct medical cost under the operation of MMHUs was the only component with a higher cost compared to non-intervention, because of operational and pharmaceutical cost. The indirect cost for both comparators corresponds to 17% of the total cost. The intervention of MMHUs was estimated at 12,250.78 € per DALY averted.

**Conclusions:** The results of the research outlined high burden of morbidity and financial burden for people with symptoms of mental disorders. The operation of MMHUs seems to be a cost-effective intervention, which minimizes public expenditure and patients' loss of income, overcomes the problems caused by the existing structural deficiencies of the health system and finally, prevents mental health problems and improves the lives of people in need of mental care. The development of flexible forms of community-based interventions, such as MMHUs, is considered necessary in order to address the problem of geographical dispersion and population distribution in Greece.

**Key words:** Mobile Mental Health Units (MMHUs), community mental health care, Disability-Adjusted Life Years (DALYs), Real-World Evidence (RWE), economic evaluation of health services, cost-effectiveness analysis, cost per DALY.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει αναγνωρίσει τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του. Αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του Π.Ο.Υ., όπου αναφέρεται ότι «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία νόσου ή αναπηρίας»<sup>1</sup>. Το 1948, η έννοια της ψυχικής υγείας προσδιορίστηκε ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα του»<sup>2</sup> (WHO, 2001c, 2004b). Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που αναφέρεται σε μια σειρά από ιατρικές παθήσεις που επηρεάζουν τη σκέψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, την ικανότητα του ατόμου να συσχετίζεται με τους άλλους και να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Οι ψυχικές διαταραχές αναγνωρίζονται ευρέως ως καταστάσεις, οι οποίες προκαλούν ανικανότητα και συνδέονται με περιπτώσεις πόνου, αναπηρίας και πρόωρης θνησιμότητας.

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών στην Ελλάδα έχει οδηγήσει σε εμφάνιση περισσότερων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές από τη φύση τους εμφανίζουν ιδιαιτερότητες τόσο στην αναγνώρισή τους, όσο και στη μέθοδο θεραπείας που θα πρέπει να ακολουθηθεί για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Η μη διάγνωση ή η μη σωστή αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής έχει μακροχρόνιες συνέπειες για το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, το κοινωνικό σύνολο, αλλά και το σύστημα υγείας. Οι ψυχικές διαταραχές συνεπάγονται υψηλό οικονομικό κόστος, το οποίο προκύπτει τόσο από την άμεση ανάγκη παροχής υπηρεσιών για τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής,

---

<sup>1</sup> “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Ο ισχύων ορισμός της υγείας περιλαμβάνεται στον πρόλογο του καταστατικού του Π.Ο.Υ. Ο ορισμός υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946), τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948 και παραμένει αναλλοίωτος από τότε (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>).

<sup>2</sup> Mental health is “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”.

όσο και από μια σειρά παράλληλων υπηρεσιών, όπως οι υπηρεσίες κοινοτικής υποστήριξης, στέγασης και ποινικής δικαιοσύνης. Η ύπαρξη διαγνωσμένων ψυχικών διαταραχών μειώνει τις ευκαιρίες για επαγγελματική αποκατάσταση, επιφέροντας μείωση του εισοδήματος, αύξηση της ανεργίας και των οικονομικών απαιτήσεων για μεταβιβάσεις πλούτου στην κοινωνική μέριμνα, ενώ ταυτόχρονα για τους έχοντες εργασία διαπιστώνεται μειωμένη παραγωγικότητα. Το κόστος θεραπείας των ψυχικών διαταραχών αυξάνεται όταν υπάρχουν περιστατικά συννοσηρότητας σωματικών και ψυχικών διαταραχών (McDaid & Park, 2015, Sartorius, 2018). Τα επίπεδα ανικανότητας σε αυτές τις περιπτώσεις αυξάνονται, απαιτώντας υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών παροχών.

Τα τελευταία χρόνια οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας στην Ελλάδα έχουν αναγνωρίσει την ανάγκη δράσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Το οικονομικό κόστος και το ψυχικό φορτίο που επιβαρύνει τόσο τον πάσχοντα όσο και την οικογένειά του και κατ' επέκταση την κοινωνία, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα με συλλογικές δράσεις από την Πολιτεία και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Αρωγός στη λήψη αποφάσεων πολιτικών υγείας είναι η οικονομική αξιολόγηση, η οποία συμβάλλει σε ορθολογικές επιλογές κατανομής των δαπανών υγείας. Μία σημαντική πρόκληση είναι η αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αλλά και στους πληθυσμούς που διαμένουν σε δυσπρόσιτες περιοχές. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι ψυχικά ασθενείς που διαβιούν στα νησιά του Αιγαίου. Η λύση που έχει προταθεί και υλοποιηθεί από τη ΜΚΟ Ε.Π.Α.Ψ.Υ. είναι η ανάπτυξη Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ). Η παρούσα διατριβή αξιολογεί το έργο των ΚΜΨΥ στις Βορειοανατολικές και Δυτικές Κυκλάδες.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η οικονομική αξιολόγηση των ΚΜΨΥ ως προς την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις Βορειοανατολικές και Δυτικές Κυκλάδες. Η υπόθεση που ελέγχεται είναι αν κατά πόσο η παρέμβαση των ΚΜΨΥ στα νησιά ευθύνει τους είναι αποδοτική και αποτελεσματική. Η μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης που έχει επιλεγεί είναι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας με τη χρήση των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs) ως δείκτη μέτρησης της αποτελεσματικότητας των Κινητών Μονάδων στην Ελλάδα. Για να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος εξετάζονται τα αποτελέσματα της έκβασης των ψυχικών διαταραχών τόσο στην περίπτωση της παρέμβασης των ΚΜΨΥ, όσο και πριν τη λειτουργία αυτών.

Η παρούσα διατριβή αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ερευνητικό. Στο γενικό μέρος οριοθετείται το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας και αναδεικνύονται τα ειδικότερα στοιχεία που υποστηρίζουν το πρακτικό της πλαίσιο. Στο κεφάλαιο 1 γίνεται αναφορά στον τομέα της ψυχικής υγείας διεθνώς και αναπτύσσεται η έννοια της κοινοτικής ψυχιατρικής, πάνω στην οποία στηρίχθηκε η ανάπτυξη των ΚΜΨΥ. Εν συνεχεία, στο κεφάλαιο 2, η εργασία επικεντρώνεται στην Ελλάδα και στην ανάπτυξη των ΚΜΨΥ. Στο κεφάλαιο 3 αναλύονται τα Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs), δεδομένου ότι σε αυτό το δείκτη στηρίζεται η παρούσα έρευνα.

Το ερευνητικό μέρος της διατριβής απαρτίζεται από τρία κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 4 αναλύεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα. Στο κεφάλαιο 5 παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση του πληθυσμού μελέτης και του υπολογισμού του κόστους και του οφέλους που αναλογεί στους εξυπηρετούμενους πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται η συζήτηση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων και στο κεφάλαιο 7 παρουσιάζονται τα κυριότερα συμπεράσματα και οι προτάσεις. Η προστιθέμενη αξία της διδακτορικής διατριβής έγκειται στην ανάδειξη της σημαντικότητας του έργου των ΚΜΨΥ σε δυσπρόσιτες περιοχές, δεδομένου ότι αποτελούν αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική λύση για την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων σε απομακρυσμένες περιοχές.





## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

## 1.1 Επιδημιολογία ψυχικών διαταραχών

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία του Π.Ο.Υ. (WHO, 2001a), οι ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν γνώρισμα μιας πληθυσμιακής ομάδας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές εμφανίζονται σε ανθρώπους τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές κοινωνίες, παρουσιάζονται σε γυναίκες και άντρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους και σε κάθε κοινωνικό ή οικονομικό επίπεδο. Η μελέτη του επιπολασμού (prevalence) των ψυχικών διαταραχών (επιδημιολογική έρευνα) στον γενικό πληθυσμό αποτελεί βασικό εργαλείο για την αποτίμηση και την οργάνωση των πολιτικών, οι οποίες θα εστιάσουν στην ανίχνευση, πρόληψη και θεραπεία των διαταραχών ψυχικής υγείας. Η πραγματοποίηση τέτοιων ερευνών βοηθά στη συγκέντρωση πληροφοριών για τον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου και στη μερική εκτίμηση των κλινικών περιπτώσεων που ενδέχεται να προκύψουν από την εκάστοτε μελέτη. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να αναγνωριστεί μία σειρά επαναλαμβανόμενης συμπτωματολογίας στην κοινότητα, η οποία με τη σειρά της θα βοηθήσει στην εκτίμηση των παραγόντων που διαμορφώνουν το περιβάλλον ψυχιατρικών καταστάσεων και στη συσχέτιση των συμπτωμάτων με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (Thornicroft, 2001, Bebbington, 1994).

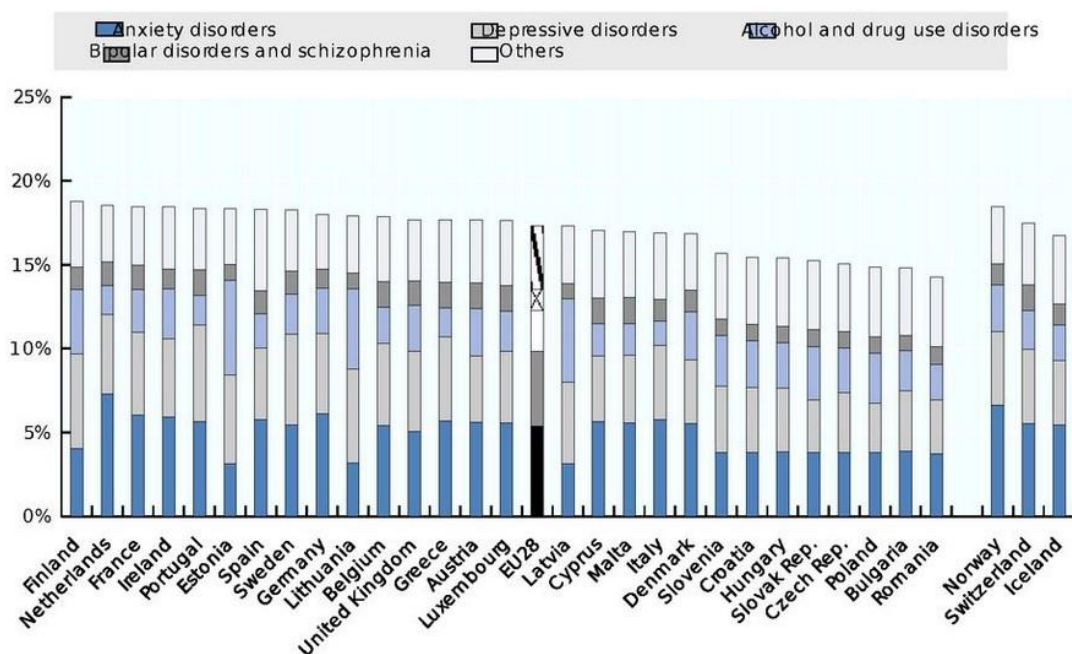
Παγκοσμίως, κατά προσέγγιση 1 δισεκατομμύριο άτομα πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020). Η επιβάρυνση παγκοσμίως που προκαλείται από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών αυξήθηκε κατά 37,6% από το 1990 έως το 2010 (Whiteford et al., 2013). Η έκθεση του Π.Ο.Υ το 2010 έδειξε ότι από τη συνολική επιβάρυνση που προκαλείται από ασθένειες, ποσοστό της τάξεως του 12% οφείλεται σε ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ένας στους δύο ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή του θα εμφανίσει συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών, όπως επίσης κατά προσέγγιση ένας στους πέντε ανθρώπους σε ηλικία που μπορεί να εργαστεί θα διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή (OECD, 2012, 2015). Γενικά, η επιβάρυνση στην υγεία του πληθυσμού που οφείλεται σε συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών σε σχέση με το σύνολο των νόσων είναι της τάξεως του

10% με 13% κατατάσσοντας έτσι τις ψυχικές διαταραχές ως κύρια αιτία αναπηρίας στον πληθυσμό (Samartzis & Talias, 2019, Vigo et al., 2016, Trautmann et al., 2016).

Τα ποσοστά επιπολασμού διαφέρουν ανάλογα με το εάν αναφέρονται σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν μία ασθένεια σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο (επιπολασμό σημείου) ή σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο μιας περιόδου (επιπολασμό περιόδου) ή σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους (διαχρονικό επιπολασμό). Η αναφορά επιπολασμού περιόδου ενός έτους είναι χρησιμοποιότερη, ώστε να υπάρξει μια ένδειξη του πόσοι άνθρωποι θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες σε ένα έτος. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες καταγράφουν ότι πάνω από το 25% των ατόμων θα βιώσει κάποια στιγμή στη ζωή του μία ή περισσότερες ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), αναφορικά με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών, κατά το έτος 2016 πάνω από ένα στα έξι άτομα, δηλαδή κατά προσέγγιση τα 84 εκατομμύρια άτομα (17,3%) του πληθυσμού των χωρών της Ε.Ε. παρουσιάζει συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με το Γράφημα 1, η πιο συχνή διαταραχή είναι η διαταραχή άγχους (5,4%), εν συνεχεία οι διαταραχές κατάθλιψης (4,5%) και ακολουθούν η χρήση ναρκωτικών ουσιών και οινοπνευματωδών ποτών (2,4%) (OECD/European Union, 2018).

**Γράφημα 1:** Ποσοστά ψυχικών διαταραχών στην Ε.Ε.



Πηγή: IHME, 2018

Ένας μεγάλος αριθμός ψυχικών διαταραχών παρουσιάζεται συχνότερα στον γυναικείο πληθυσμό, όπως οι διαταραχές άγχους, οι καταθλιπτικές διαταραχές και οι διπολικές διαταραχές, με εξαίρεση τις σχετιζόμενες διαταραχές με ναρκωτικά και οιοπνευματώδη ποτά σε χώρες της Ε.Ε. Οι άνεργοι έχουν αυξημένες πιθανότητες να διαγνωστούν με κάποια ψυχική διαταραχή (OECD, 2015). Αναφορικά με τα περιστατικά χρόνιας κατάθλιψης, οι γυναίκες έχουν διαγνωστεί σε ποσοστό 8,8% σε σχέση με το 5,3% των αντρών, ενώ και για τα δύο φύλα αυξάνεται ο επιπολασμός της νόσου με την αύξηση της ηλικίας και αγγίζει το μέγιστο στην ηλικιακή ομάδα 55 έως 64 ετών. Άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως επίσης και άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτωματολογία χρόνιας κατάθλιψης (OECD/European Union, 2018).

Σύμφωνα με έρευνα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), της Ισλανδίας, της Νορβηγίας και της Ελβετίας, το 27% του ενήλικου πληθυσμού (στη συγκεκριμένη έρευνα

ορίζονταν ως άτομα ηλικίας 18 έως 65 ετών) είχε βιώσει τουλάχιστον μια εμπειρία ψυχικής διαταραχής κατά το παρελθόν έτος (περιλαμβάνονταν προβλήματα που προκύπτουν από χρήση ουσιών, ψυχώσεις, κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές). Το μέγεθος αυτό αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, καθώς εκτιμάται ότι 83 εκατομμύρια άνθρωποι επηρεάζονται από ψυχικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, ακόμη και αυτά τα στοιχεία είναι πιθανό να υποτιμούν την έκταση του προβλήματος, καθώς έχει συμπεριληφθεί μόνο ένας περιορισμένος αριθμός ψυχικών διαταραχών και δεν έχουν συλλεχθεί στοιχεία για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, μια ομάδα που βρίσκεται σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Τα ποσοστά των γυναικών είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με εκείνα των ανδρών, 33,2 και 21,7 αντίστοιχα, με εξαίρεση τις διαταραχές χρήσης ουσιών (άνδρες 5,6%, γυναίκες 1,3%) και τις ψυχωσικές διαταραχές (σχεδόν ίδιες εκτιμήσεις). Επιπλέον, κάθε χρόνο ένας (1) στους δεκαπέντε (15) υποφέρει από βαριάς μορφής κατάθλιψη και αν συμπεριληφθούν το άγχος και όλοι οι τύποι κατάθλιψης τότε κατά προσέγγιση τέσσερις (4) στους δεκαπέντε (15) έχουν νοσήσει σύμφωνα με την έρευνα. Πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι τα παραπάνω στοιχεία δεν συλλαμβάνουν την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι. Το 32% εκείνων που επηρεάζονται είχε μία επιπλέον ψυχική διαταραχή, ενώ το 18% είχε δύο και το 14% τρεις ή περισσότερες (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρείτο ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής, εν μέρει λόγω υψηλότερου ποσοστού αυτοκτονιών. Επιπλέον, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι αυτή η πρόωγη θνησιμότητα συνδέεται με πολύ υψηλότερα ποσοστά θανάτου από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και οι αναπνευστικές ασθένειες. Οι Walker, McGee και Druss (2015) στη μετανάλυσή τους για τη προκαλούμενη από ψυχικές διαταραχές θνησιμότητα σε είκοσι εννέα (29) χώρες έως το 2014 διαπίστωσαν ότι ο σχετικός κίνδυνος θανάτου ήταν 2,2 φορές υψηλότερος σε άτομα με ψυχικές διαταραχές από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Για ψυχώσεις, διαταραχές διάθεσης, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή και άγχος, οι σχετικοί κίνδυνοι ήταν 2,5, 2,1, 1,7, 2,0 και 1,4 αντίστοιχα. Εντοπίστηκαν, επίσης, αυξανόμενοι σχετικοί κίνδυνοι με την πάροδο του χρόνου υποδεικνύοντας ένα διαρκώς αυξανόμενο χάσμα στο προσδόκιμο ζωής για άτομα με ψυχικές διαταραχές κάθε είδους. Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, διαπιστώνεται ότι οι ψυχικές διαταραχές ήταν υπεύθυνες για το 14,3% των θανάτων κατά το έτος 2012, με το 4,9% αυτών να οφείλεται σε διαταραχές

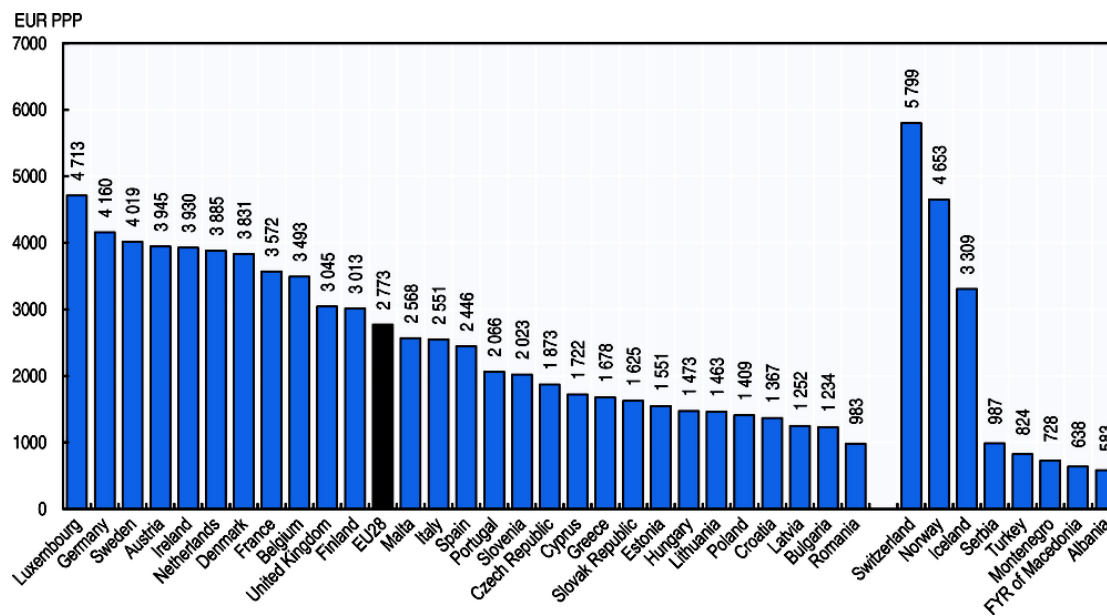
διάθεσης, ίδιο ποσοστό να προκαλείται από αγχώδεις διαταραχές και 0,6% να οφείλεται σε ψυχώσεις (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016).

Σε παγκόσμια κλίμακα κατά προσέγγιση 800.000 άτομα θα απωλέσουν τη ζωή τους λόγω αυτοκτονίας ετησίως (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020). Κατά το έτος 2015, πάνω από 84.000 θάνατοι επήλθαν από απόπειρες αυτοκτονιών και από ψυχικές διαταραχές εν γένει στις χώρες της Ε.Ε., αριθμός ο οποίος θεωρείται υποεκτιμημένος δεδομένων και των περιστατικών συννοσηρότητας που έχουν υποθεραπευτεί (OECD/European Union, 2018). Άτομα διαγνωσμένα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι θα απωλέσουν τη ζωή τους περί τα δέκα έως είκοσι χρόνια νωρίτερα σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής (Liu et al., 2017, Coldefy & Gandré, 2018, OECD/European Union, 2018). Αναφορικά με το φύλο, οι θάνατοι που προέρχονται από ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονίες είναι σημαντικά υψηλότεροι στον αντρικό πληθυσμό σε σχέση με αυτό των γυναικών. Συγκεκριμένα, κατά το έτος 2015 αυτοκτόνησαν κατά προσέγγιση 43.000 άντρες και 13.000 γυναίκες. Η ηλικιακή ομάδα 45 έως 64 ετών παρουσιάζει το μεγαλύτερο αριθμό αυτοκτονιών τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες (OECD/European Union, 2018).

## **1.2 Δαπάνες υπηρεσιών υγείας**

Από το 2007, εξαιτίας της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, είχε σημειωθεί πτώση των δαπανών που αφορούσαν πολιτικές υγείας σε δεκαοκτώ από τα είκοσι οκτώ κράτη-μέλη της Ε.Ε. (Dubois & Anderson, 2013). Μετά την οικονομική κρίση, ωστόσο, παρατηρείται μία αύξηση στις δαπάνες υγείας σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. Συγκεκριμένα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν μία άνοδο της τάξεως του 1,9% κατά προσέγγιση ανά έτος μεταξύ 2013 και 2017 σε σύγκριση με τον ρυθμό ανάπτυξης, ο οποίος άγγιζε το 0,6% μεταξύ του 2009 και του 2013. Ακολούθως, κατά το έτος 2017, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις χώρες της Ε.Ε. ανήλθαν στο ποσό των 2.773 € (OECD/European Union, 2018). Στο Γράφημα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι κατά κεφαλήν δαπάνες ανά χώρα της Ε.Ε. για το έτος 2017.

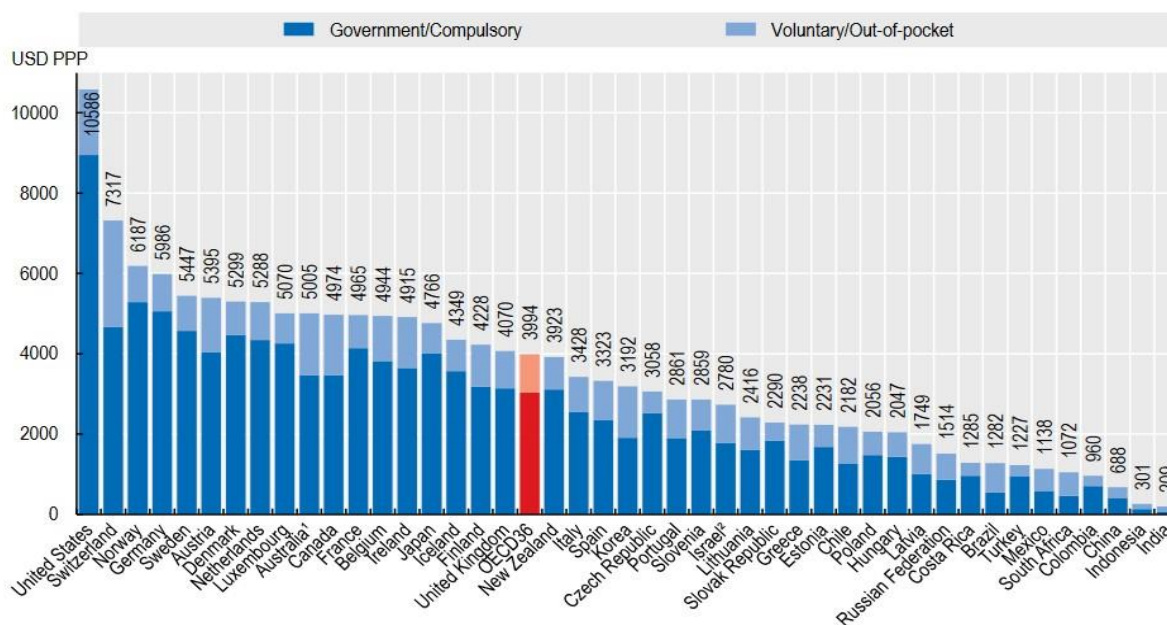
**Γράφημα 2:** Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας Ε.Ε. σε ευρώ, 2017 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: Στατιστικές Υγείας του ΟΟΣΑ 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>

Σύμφωνα με στοιχεία για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, κατά το έτος 2018, οι Ηνωμένες Πολιτείες εκτιμάται ότι δαπάνησαν για την υγεία το υψηλότερο ποσό (κατά προσέγγιση 10.586 \$ ανά κάτοικο ή 9.037 €), ενώ ακολουθούν η Ελβετία, η Νορβηγία και η Γερμανία. Το εύρος των συνολικών δαπανών υγείας που καταβάλλεται από κυβερνητικές δαπάνες μεταξύ των χωρών είναι από 51% έως 85%. Στο Γράφημα 3 αναφέρονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες ανά χώρα του ΟΟΣΑ για το έτος 2018, με μέσο όρο δαπανών για την υγεία κατά προσέγγιση 3.410 € (3.994 \$).

**Γράφημα 3:** Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ΟΟΣΑ σε δολάρια, 2018 (ή πλησιέστερο έτος)

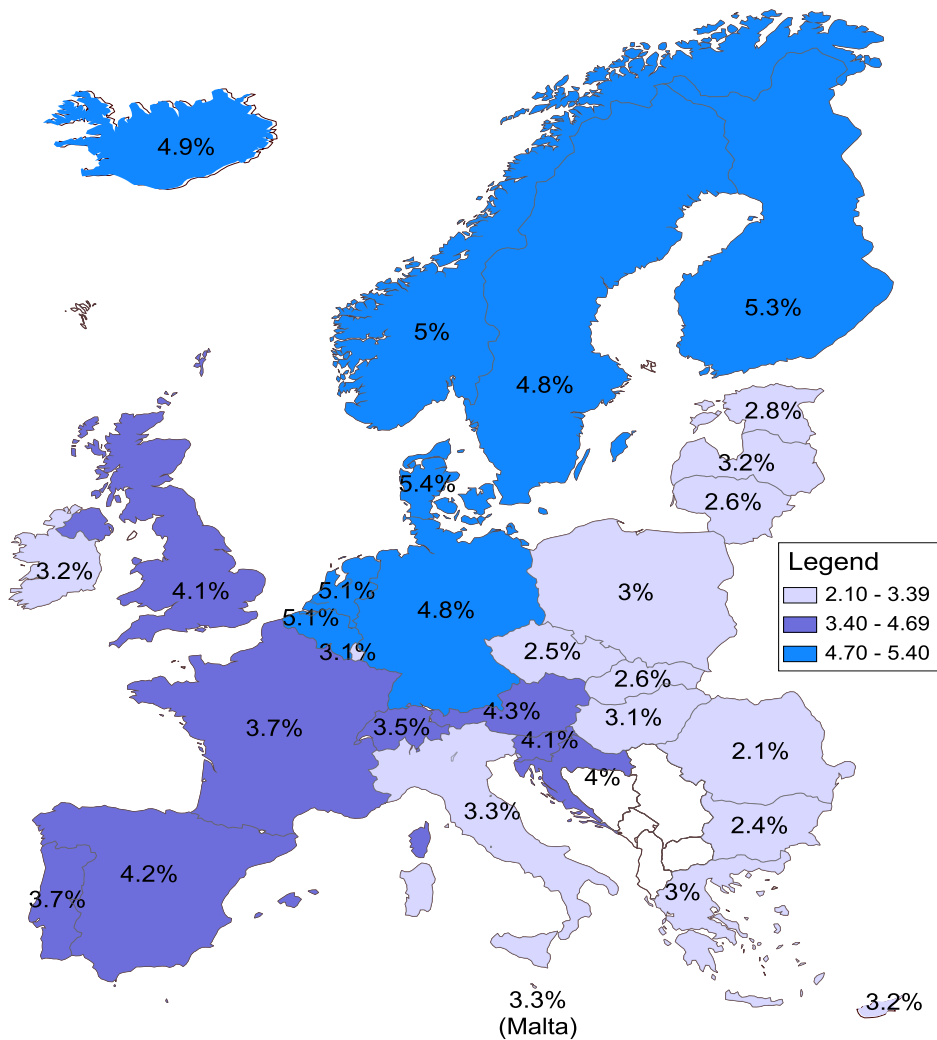


**Πηγή:** Στατιστικές Υγείας του ΟΟΣΑ 2019 (WHO Global Health Expenditure Database), <https://doi.org/10.1787/888934016778>

Αναφορικά με τον τομέα ψυχικής υγείας, η οικονομική επιβάρυνση των χωρών της Ε.Ε. από ψυχικές διαταραχές υπερβαίνει τα 600 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016. Το κόστος αυτό αντιστοιχεί σε πάνω από 4% του ΑΕΠ των χωρών αυτών. Ειδικότερα, το 1,3% του ΑΕΠ αντιστοιχεί στις άμεσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, το 1,2% σε προγράμματα που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση και τέλος, το 1,6% σε έμμεσες δαπάνες εξαιτίας της μειωμένης απασχόλησης και παραγωγικότητας σχετιζόμενες με ψυχικές διαταραχές. Το εκτιμώμενο άμεσο και έμμεσο κόστος που σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές κυμαίνεται από 2,1% έως 5,4% του ΑΕΠ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2015 και παρουσιάζεται στο Γράφημα 4 (OECD/European Union, 2018).



**Γράφημα 4:** Εκτιμώμενο άμεσο και έμμεσο κόστος ψυχικών διαταραχών στις χώρες της Ε.Ε. (ως % του ΑΕΠ) για το 2015



Πηγή: OECD/European Union, 2018

Τέλος, ενδέχεται το άμεσο και το έμμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών στην Ε.Ε. να έχει διπλασιαστεί έως το 2030 (Patel et al., 2016, Gustafsson et al., 2011, Trautmann et al. 2016). Σημειώνεται ότι το έμμεσο κόστος έχει εκτιμηθεί ότι θα προσεγγίσει το 40% του συνολικού κόστους των ψυχικών διαταραχών (Trautmann et al., 2016, Gustafsson et al., 2011, Patel, et al.,

2016, Razzouk, 2017, OECD/European Union, 2018). Το παγκόσμιο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών μέχρι το 2030, θα αντιπροσωπεύει σχεδόν το ένα τρίτο των προβλεπόμενων συνολικών δαπανών (47 τρισεκατομμύρια \$) που θα προκύψουν από όλες τις μη μεταδοτικές ασθένειες (Bloom et al., 2011).

### 1.3 Κοινοτική Ψυχιατρική

Η Κοινοτική Ψυχιατρική είναι μία κλινική προσέγγιση που εστιάζει στη θεραπεία του ψυχικά ασθενή στο κοινοτικό του περιβάλλον, δηλαδή χωρίς την εισαγωγή του σε κάποια κλειστή μονάδα/άσυλο (Μαδιανός, 2000). Για την έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών απαραίτητη θεωρείται η συνδρομή όλων των διαθέσιμων τυπικών και άτυπων πόρων και δομών εντός της κοινότητας (Burns, 2004). Στο πλαίσιο αυτό, η συμμετοχή του κοινωνικού και συγγενικού περιβάλλοντος του ασθενούς είναι αναγκαία κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Από το 1950 υπήρξε στροφή προς την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και γενικής ιατρικής φροντίδας. Το κέντρο βάρους μετατοπίστηκε από τον εντοπισμό της ψυχικής διαταραχής στη βέλτιστη διαχείρισή της, από τον γενικό ιατρό στη συνεργασία του γενικού ιατρού, της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας και της κοινότητας και από τη συμπεριφορά του ιατρού στη μελέτη της οπτικής του ασθενούς (Souliotis et al., 2017c). Η κοινοτική ψυχιατρική αποσκοπεί στην ανίχνευση, πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών των ατόμων στο πλαίσιο της καθημερινής τους ζωής μέσα στην κοινότητα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της διαταραχής<sup>3</sup>.

Οι αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτέλεσαν αναπόσπαστο μέρος των πολιτικών υγείας και η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη Ψυχικής Υγείας υπήρξε η κεντρική έκφραση της εξέλιξης αυτής.

---

<sup>3</sup> Η Κοινοτική Ψυχιατρική ακολουθεί τις αρχές και πρακτικές που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε έναν τοπικό πληθυσμό, αντίστοιχων των ψυχιατρικών του αναγκών, με την παροχή ενός συστήματος προσιτών υπηρεσιών και φάσματος πόρων, ικανοποιητικής κάλυψης, που παρέχουν καλά τεκμηριωμένες θεραπευτικές υπηρεσίες σε άτομα, τα οποία πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Thornicroft & Szmulker, 2001).

Στο επίκεντρο των παρεμβάσεων τέθηκε ο ασθενής. Ο Π.Ο.Υ., το 2008, όρισε την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη Ψυχικής Υγείας στη βάση δύο σημείων:

- Πρόβλεψη παρεμβάσεων πρώτης γραμμής που παρέχονται ως αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής περίθαλψης.
- Προαγωγή υπηρεσιών της ψυχικής υγείας από εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι, καταρτισμένοι και υποστηρίζονται κατάλληλα.

Ο Carlan το 1964 κατέγραψε τις τρεις βασικές αρχές ως άξονα για την ανάπτυξη και λειτουργία των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

#### 1. Η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής (comprehensiveness)

Στόχος είναι ο συνδυασμός των παραμέτρων που αφορούν την ολοκληρωμένη παροχή και το βέλτιστο αποτέλεσμα, σε μικρό χρονικό περιθώριο και με ελάχιστες δαπάνες. Η παροχή της εκάστοτε προτεινόμενης θεραπείας σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του ψυχισμού του ατόμου κρίνεται αναγκαία. Το κοινό απευθύνεται σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) και το δίκτυο παραπομπών θα πρέπει να έχει αναπτυχθεί αναλόγως, ώστε να ικανοποιούνται, μέσω της συνεργασίας με τις κοινοτικές υπηρεσίες, οι ανάγκες των προσερχομένων (ΥΥΚΑ, 2006). Όσο αναπτύσσεται το δίκτυο και αυξάνεται η επιρροή του στην κοινότητα, τόσο περισσότερο μικραίνει η απόσταση που χωρίζει τον ψυχικά ασθενή με τις υπηρεσίες των ΚΨΥ<sup>4</sup> (εύκολη πρόσβαση).

#### 2. Η αρχή της τομεοποίησης (catchmentation-sectorization)

Αναφέρεται στις κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες που αναπαράγονται σε οριοθετημένο γεωγραφικό χώρο, γιατί αλλιώς κάθε προσπάθεια εργασίας στο πλαίσιο της κοινότητας είναι αδύνατη<sup>5</sup>. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι:

- Συγκεκριμένη ομάδα στήριξης υπεύθυνη για κάθε ασθενή ξεχωριστά.

---

<sup>4</sup> Είναι προφανής η σημασία της πρόσβασης και τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς των ΚΨΥ που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές.

<sup>5</sup> Η απόσταση του κατοίκου της κοινότητας από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) πρέπει να κυμαίνεται από ένα έως δεκαπέντε λεπτά. Επίσης, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο Τομέας Ψυχικής Υγείας πρέπει να περιλαμβάνει κατά προσέγγιση 70.000 έως 150.000 κατοίκους.

- Ανάπτυξη δικτύου που περιλαμβάνει τους τοπικούς και μη εμπλεκόμενους φορείς, όπως επίσης και τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Συγκεκριμένη οριοθέτηση των λειτουργιών των κοινοτικών ομάδων βοήθειας.
- Εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών εντός κοινότητας.
- Διατήρηση της επαφής με τους ασθενείς έως και την ολοκλήρωση της θεραπείας τους.
- Χρήση διαφορετικών προτύπων αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε διαφορετικούς τομείς.
- Ενίσχυση της αίσθησης του ανήκειν των ατόμων στην κοινότητα.
- Εντατικοποίηση της θεραπείας μέσω της δυνατότητας παροχής της στο σπίτι του ασθενούς ή μέσω ημερήσιας φροντίδας.
- Ένταξη των κοινωνικών, υγειονομικών και εθελοντικών υπηρεσιών στο θεραπευτικό πλαίσιο φροντίδας του ασθενούς.

### 3. Η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς (continuity of care)

Η αλλαγή του θεραπευτικού πλάνου ίσως επιφέρει αρνητικές, μη επιθυμητές επιπτώσεις στην θεραπεία και στην ίαση του ασθενούς (outcome). Κρίνεται λοιπόν ως αναγκαία η διασφάλιση ύπαρξης συγκεκριμένου θεραπευτή (ή ομάδας θεραπειών) καθ' όλη την πορεία της ψυχικής διαταραχής, δεδομένου ότι για συγκεκριμένες περιπτώσεις διαταραχών, είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος πρόληψης τυχόν υποτροπών ή ακόμα και εκούσιων ή ακούσιων νοσηλειών σε άσυλα. Παράλληλα, εξασφαλίζεται ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών τελούν υπό διαρκή αξιολόγηση.

## **1.4 Διαχείριση της ψυχιατρικής φροντίδας και ενσωμάτωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η ανάγκη ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) κρίνεται ολοένα και περισσότερο επιτακτική. Ο υψηλός επιπολασμός και η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών, η συννοσηρότητα με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως επίσης το κενό θεραπείας για τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή αποτελούν στοιχεία που αναδεικνύουν τη χρησιμότητα των δομών της ΠΦΥ και τονίζουν τα οφέλη της ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας

στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (WHO, 2005, 2013, Archer et al., 2012, Bower et al., 2006). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (WHO, 2008a), οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορούν την παροχή υπηρεσιών για κάθε ανιχνεύσιμη και διαγνωστική κατάσταση ψυχικής υγείας που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία και ευημερία. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. τέτοιες υπηρεσίες περιλαμβάνουν «(α) παρεμβάσεις πρώτης γραμμής που παρέχονται ως αναπόσπαστο μέρος της συνολικής παροχής υπηρεσιών υγείας και β) φροντίδα ψυχικής υγείας που παρέχεται από εργαζόμενους πρωτοβάθμιας περίθαλψης που είναι ειδικευμένοι, ικανοί και υποστηριζόμενοι για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (WHO, 2008a).

Υπάρχει ισχυρή διεθνής συναίνεση ότι η μείωση του ελλείμματος θεραπείας στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος προϋποθέτει την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ (Chisholm et al., 2007). Μια τέτοια δομική αναδιάρθρωση παρέχει πλεονεκτήματα, όπως είναι η ολιστική υγειονομική περίθαλψη, η αυξημένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για άτομα που χρειάζονται φροντίδα, η μείωση του στίγματος λόγω ψυχικών διαταραχών, καθώς οι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα ψυχικής υγείας δεν επισκέπτονται εξειδικευμένες εγκαταστάσεις, όπως τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και φυσικά η μείωση του κόστους (WHO, 2008a, Patel et al., 2007). Υπάρχει ένα αυξανόμενο σύνολο υποστηρικτικών προς αυτή την κατεύθυνση στοιχείων που πιστοποιεί τόσο την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων θεραπειών για την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών [Πρόγραμμα για τη Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας, PRIME, (Lund et al., 2012)] σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όσο και την οικονομική τους αποδοτικότητα (Hyman et al., 2006). Ήδη έχουν αναπτυχθεί καινοτόμα μοντέλα παρέμβασης, όπως είναι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τις μητέρες (Honikman et al., 2012), οι παρεμβάσεις περίθαλψης για άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Raja et al., 2008), για άτομα με εξαρτήσεις (Σουλιώτης, 2014β, Γκόλνα και συν., 2014, Σουλιώτης και συν., 2014) και οι παρεμβάσεις ψυχικής υγείας σε πολύπλοκες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Tol et al., 2008, Jordans et al., 2010), παράλληλα με τις πολιτικές του Προγράμματος Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Π.Ο.Υ. (mhGAP), με στόχο την αύξηση των υπηρεσιών για διανοητικές, νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών (WHO, 2008c, Dua et al., 2011, Barbu et al., 2010).

Η δημόσια ανησυχία για τον τομέα της ψυχικής υγείας έχει ενταθεί παγκοσμίως. Ο εντοπισμός ατόμων με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών έχει ως επακόλουθο την αύξηση των αναγκών ακριβούς διάγνωσης και κατάλληλης περίθαλψης μέσω των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, τα ποσοστά αξιοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παραμένουν χαμηλά σε σύγκριση με εκείνα που αφορούν σωματικές συνθήκες υγείας (Simning et al., 2012). Σε χώρες της Ευρώπης παρατηρείται ένα χάσμα μεταξύ αυτών που χρήζουν βοήθειας εξαιτίας ψυχικών διαταραχών και εκείνων που στο τέλος περιθάλπονται (Demyttenaere et al., 2004). Τελικά, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που παραμένουν χωρίς πρόσβαση σε κατάλληλη, επαρκή και αποτελεσματική περίθαλψη (Kohn et al., 2004). Ο αριθμός αυτός (Alonso et al., 2007) φαίνεται ότι αγγίζει σχεδόν τους μισούς από τους χρήζοντες περίθαλψης στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ευρώπη, καθώς αυτοί παραμένουν χωρίς θεραπεία. Πολλοί δε ασθενείς δεν λαμβάνουν κατάλληλες υπηρεσίες θεραπείας σε αρχικό στάδιο, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής (WHO, 2001b). Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας υγείας και της εξειδικευμένης ψυχικής φροντίδας συνδέεται θετικά με τη βελτίωση της ποιότητας και τη συνέχεια της περίθαλψης, τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Butler et al., 2008, Naylor et al., 2016).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι στο πλαίσιο της ΠΦΥ παρατηρείται χαμηλό ποσοστό επιτυχούς αναγνώρισης ψυχικών διαταραχών και θεραπείας αυτών. Το γεγονός αυτό φαίνεται να είναι αποτέλεσμα αφ' ενός μεν των αντιλήψεων του ιατρού, αλλά και του ασθενούς και αφ' ετέρου της χάραξης πολιτικών για την υγεία (WHO, 2008a). Η έλλειψη επαρκούς θεραπευτικού χρόνου του γιατρού με τον ασθενή του, η ελλιπής γνώση σχετικά με την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και ο φόβος στιγματισμού των ασθενών του αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τη χρήση κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων από τον ειδικό της υγείας (van Rijswijk et al., 2009, Ayalon et al., 2016, Cunningham, 2009, Miller & Druss, 2013). Τον φόβο του κοινωνικού στιγματισμού φυσικά τον αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι οι ασθενείς, ενώ παράγοντες, όπως η μη συνειδητοποίηση ή η υποεκτίμηση της ψυχικής διαταραχής και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες λειτουργούν αποτρεπτικά στην αναζήτηση από τον ασθενή της κατάλληλης θεραπείας (WHO, 2008a, Ross et al., 2015, Borowsky et al., 2000, Miller et al., 2003).

Όσοι έχουν σοβαρές και επίμονες ψυχικές διαταραχές, όπως π.χ. η σχιζοφρένεια, αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένο για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες αυτού του πληθυσμού (Maragakakis et al., 2015). Για παράδειγμα, τα συστήματα νοσηλείας και οι περιοχές αναμονής είναι δύσκολα

προσπελάσιμες και οι υπηρεσίες ενδέχεται να μην είναι διαθέσιμες εγκαίρως (Planner et al., 2014, Russell et al., 2013). Επιπλέον, τα υψηλά ποσοστά μη συμμετοχής και ο χρόνος που απαιτείται για την αντιμετώπιση του σύνθετου συνόλου ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή καταδεικνύουν ότι η ολιστική προσωποκεντρική φροντίδα σωματικής και ψυχικής υγείας ίσως να μην είναι οικονομικά βιώσιμη στη γενική πρακτική κάτω από τις τρέχουσες χρηματοδοτικές συνθήκες (Maragakis et al., 2015).

Οι δομές διακυβέρνησης, οι ελλείψεις εργατικού δυναμικού, οι επαγγελματικοί ρόλοι και η πολιτισμική κουλτούρα μπορεί να περιορίσουν την κλινική διασύνδεση/ενοποίηση σε επίπεδο υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Bourke et al., 2012). Η περιορισμένη πρόσβαση σε ψυχιάτρους συνεχίζει να αποτελεί εμπόδιο στη φροντίδα των ασθενών με σοβαρή και επίμονη ψυχική διαταραχή και έτσι καθίσταται απαραίτητη η εξειδικευμένη συμβολή για την ενίσχυση των δεξιοτήτων και της εμπιστοσύνης των γενικών ιατρών στη διαχείριση σύνθετων προβλημάτων ψυχικής υγείας (Forbes & King, 2015). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί ανησυχίες σχετικά με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των γενικών ιατρών στη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών με ψυχικές διαταραχές υψηλού και χαμηλού επιπολασμού, καθώς και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν περιστατικά με προβλήματα σωματικής υγείας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Sturk et al., 2007, Steele et al., 2012). Η ενσωμάτωση σε οργανωτικό επίπεδο δεν οδηγεί πάντοτε σε βελτιώσεις στον τρόπο συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας (Burns et al., 2009).

Η οικονομική κρίση έφερε στην επιφάνεια το ζήτημα της ανάγκης μεταρρυθμίσεων των πολιτικών υγείας, όπως για παράδειγμα στην ΠΦΥ. Μία από τις πιο σημαντικές αλλαγές είναι η μεταρρύθμιση του τρόπου που λαμβάνονται οι αποφάσεις δεδομένου ότι οφείλουν να τοποθετούν στο «κέντρο» τους τον ασθενή, ενώ οι οικονομικοί παράγοντες και οι ομάδες πίεσης, των οποίων ο ρόλος δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, θα πρέπει να δρουν υποστηρικτικά προς τον παραπάνω στόχο. Ωστόσο, το σύστημα υγείας λειτουργεί κυρίως διαχειριστικά σε ότι αφορά την ασθένεια, καθώς μετατρέπει τον ασθενή σε απλό αποδέκτη ιατρικών πράξεων χωρίς ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Γείτονα, 2001). Από μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ε.Ε., παρουσιάστηκαν σημαντικά οφέλη λόγω της ενδυνάμωσης του ρόλου του ατόμου/πολίτη στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας (Souliotis et al., 2016c, 2017b, 2018a, 2018b). Όπως φαίνεται, τα προβλήματα στο χώρο της υγείας δεν οφείλονται αποκλειστικά στην οικονομική δυσπραγία, καθώς παρουσιάζουν διαχρονικότητα, επηρεάζοντας την πρόσβαση του

ενδιαφερόμενου σε φορείς και στερώντας βασικά συνταγματικά δικαιώματα<sup>6</sup> (Στυλιανίδης & Σουλιώτης, 2017).

Τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη καλούνται να ανταπεξέλθουν σε μεγάλο φόρτο εργασίας, στον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας, στην έλλειψη συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών υγείας, όπως και στην ανεπαρκή πολυεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας (WHO, 2005, Goodrich et al., 2013, Jacob et al., 2007, Funk et al., 2004). Πρέπει δε να σημειωθεί ότι τα θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην Ευρώπη δεν αποτελούν πολιτική προτεραιότητα με αποτέλεσμα την έλλειψη ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδιασμού και τις μειωμένες δαπάνες για τη δημόσια υγεία (WHO, 2008a, Funk et al., 2004, Russell, 2010, Kisely et al., 2007).

Προκειμένου να αντιμετωπισθεί ο κατακερματισμός στην περίθαλψη και να καλυφθούν οι περίπλοκες ανάγκες σε αυτόν τον τομέα είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί η ολοκληρωμένη φροντίδα μέσω συνεχών και εταιρικών συνεργατικών σχέσεων (Souliotis & Lionis, 2004, Goodwin, 2016). Προκειμένου οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης να έχουν ταχύτερη πρόσβαση από το χώρο τους σε παραπομπές και να εξασφαλίζουν τη συνέχεια στην περίθαλψη, προτείνεται η διαμόρφωση ενός πλαισίου συνεργατικότητας εντός του οποίου τόσο ο οικογενειακός ιατρός όσο και ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα εργάζονται για τον προγραμματισμό της θεραπείας και την παροχή φροντίδας στον ασθενή (Gaylord et al., 2015, Kates et al., 1998, Swenson et al., 2008, Vingilis et al., 2007). Η Raney (2015) υπογράμμισε την αξία της ολοκληρωμένης και ολιστικής φροντίδας υγείας στο πλαίσιο ενός συνεργατικού μοντέλου πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συγκεκριμένα, πρότεινε τη διαχείριση από τους ψυχιάτρους και των σωματικών προβλημάτων των ασθενών τους και αντίστοιχα την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών, που πάσχουν από σωματικές χρόνιες παθήσεις, από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Raney, 2015).

Η ΠΦΥ αποτελεί πρώτη γραμμή επικοινωνίας για τους ασθενείς και αυτούς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Η συνεργασία με τους φορείς της ΠΦΥ είναι σημαντική, καθώς η ΠΦΥ

---

<sup>6</sup> Η Σύμβαση των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αναπηρία (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) του Ο.Η.Ε. υιοθετήθηκε στις 13 Δεκεμβρίου 2006 και άρχισε να ισχύει από τις 3 Μαΐου 2008. Η Ευρωπαϊκή Ένωση την κύρωσε στις 23 Δεκεμβρίου 2010, ενώ στην Ελλάδα ψηφίστηκε από την Ολομέλεια της Βουλής στις 10 Απριλίου 2012 (ν. 4074/2012, ΦΕΚ Α' 88/11-4-2012).



αναλαμβάνει το ρόλο του συντονιστή στη φροντίδα υγείας του ασθενή. Ο Π.Ο.Υ. και η Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Ιατρών εκτίμησαν τα πλεονεκτήματα από την ενσωμάτωση της φροντίδας ψυχικής υγείας με την ΠΦΥ καταλήγοντας στα παρακάτω σημεία (Περιτογιάννης και συν., 2014, Anonymous, 2008) (Πίνακας 1):

**Πίνακας 1:** Τα πλεονεκτήματα της ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας με την ΠΦΥ

Εύκολη πρόσβαση
Έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών
Συνέχεια στη φροντίδα
Μεγαλύτερες πιθανότητες αποκατάστασης μέσα στην κοινότητα
Προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών
Βελτίωση ικανοτήτων προσωπικού ΠΦΥ στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας
Ολιστική φροντίδα – αποτελεσματικότερη φροντίδα των ψυχικά ασθενών λαμβάνοντας υπόψη και τη φυσική υγεία
Ελαχιστοποίηση κόστους
Καταπολέμηση στίγματος και διακρίσεων

**Πηγή:** Περιτογιάννης Β., Ληξουριώτης Χ., Μαυρέας Β., 2014

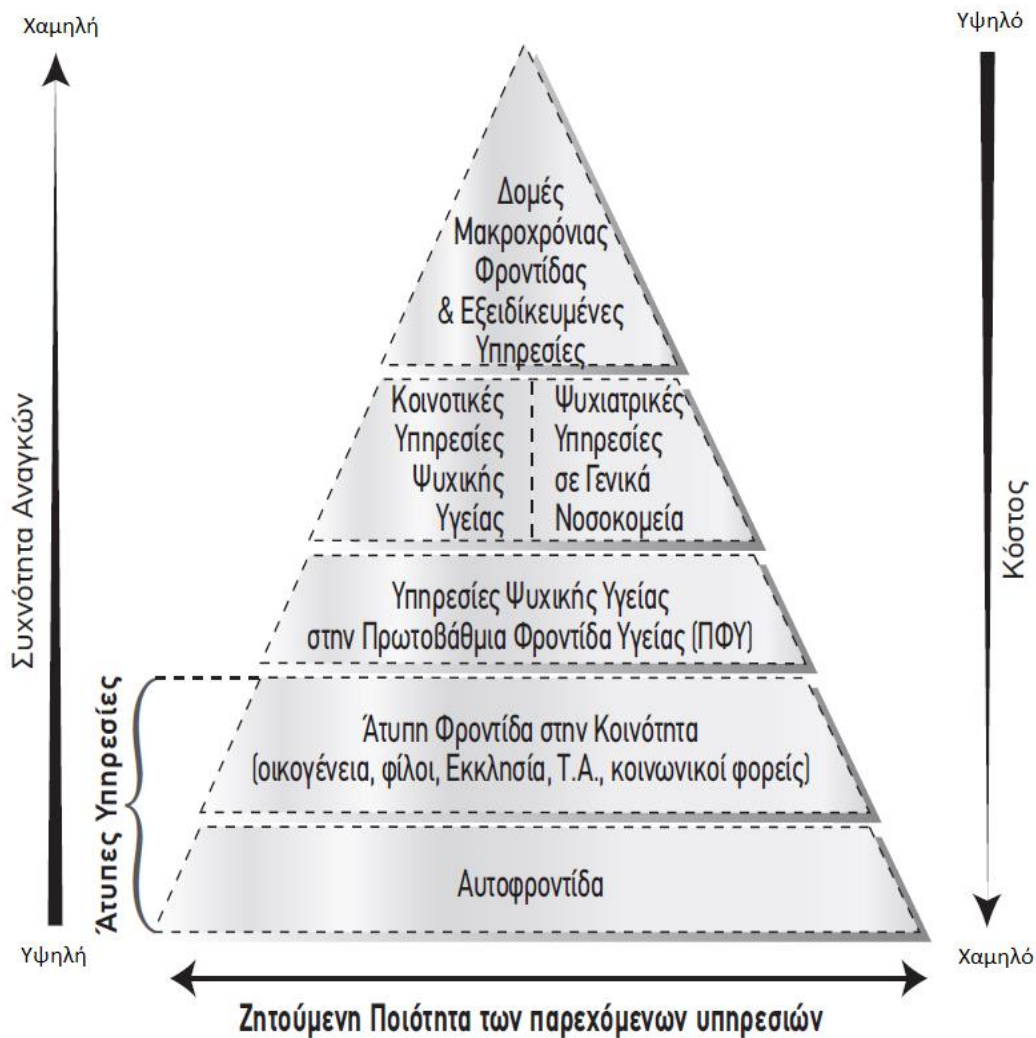
Τα μοντέλα διασύνδεσης με την ΠΦΥ διαφέρουν ανάλογα με την ευθύνη και αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ σε σχέση με την ψυχική διαταραχή. Τα κυριότερα μοντέλα είναι το εκπαιδευτικό (training), το διασυνδεδετικό (consultation-liaison), το συνεργατικό (collaborative) και το μοντέλο υποκατάστασης/παραπομπής (replacement/referral). Το εκπαιδευτικό μοντέλο δίνει έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ, ώστε να βελτιωθούν οι γνώσεις τους στην αναγνώριση, στον τρόπο προσέγγισης και στον χειρισμό των ψυχικών διαταραχών (WHO, 2001b, Thompson et al., 2000, Bower & Gilbody, 2005). Στο διασυνδεδετικό μοντέλο, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποκτούν μία εκπαιδευτική σχέση με τους επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ, επικοινωνούν, ανταλλάσσουν κλινικές πληροφορίες, παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εποπτείας στη διαχείριση των ψυχιατρικών περιστατικών (Gask et al., 1997, Bower et al., 2004). Στο συνεργατικό μοντέλο πραγματοποιείται

συνδυασμός των άλλων δύο μοντέλων με αλλαγή του ρόλου των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ και της ψυχικής υγείας (Bower & Gask, 2002, Simon et al., 2001). Στο μοντέλο υποκατάστασης/παραπομπής, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας διαχειρίζεται την ψυχική διαταραχή, ενώ ο επαγγελματίας υγείας της ΠΦΥ έχει την γενικότερη κλινική ευθύνη (Bower & Gask, 2002, Στυλιανίδης και συν., 2014).

Ο διαμοιρασμός των καθηκόντων, μια προσέγγιση που κερδίζει έδαφος όλο και περισσότερο στην παγκόσμια φροντίδα ψυχικής υγείας, υπόσχεται να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ευελιξία αυτή των εργασιών συνεπάγεται τον καταμερισμό των καθηκόντων, συνήθως από περισσότερο σε λιγότερο ειδικευμένο προσωπικό, ώστε να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά οι ικανότητές τους, επιτρέποντας σε όλους τους παρόχους να εργαστούν στην κορυφή του πεδίου εφαρμογής τους (WHO, 2008b). Στο Γράφημα 5 απεικονίζεται η Πυραμίδα Παροχής Υπηρεσιών, όπως έχει διαμορφωθεί από τον Π.Ο.Υ., η οποία αναπαριστά αυτή την ευελιξία στην άσκηση των καθηκόντων των φορέων που εμπλέκονται στην περίθαλψη (WHO, 2007, Στυλιανίδης και συν., 2014). Αρχικά, η πυραμίδα χρησιμοποιήθηκε στο έργο αντιμετώπισης του HIV/AIDS (WHO, 2008b). Ο διαμοιρασμός εργασιών έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις συνθήκες περίθαλψης των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας σε περιοχές που δεν εξυπηρετούνται με άλλο τρόπο, σε χώρες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος (Patel et al., 2009, Patel, 2012). Θεωρείται ότι ο διαμοιρασμός καθηκόντων δεν συνιστά παραπομπή σε άλλους παρόχους (π.χ. σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας σε αστική πόλη χωρίς να εμπλέκεται ένας τοπικός πάροχος), αλλά παροχή φροντίδας από τους διάφορους τοπικούς φορείς ή μεταξύ τοπικών και αστικών φορέων. Για παράδειγμα, οι ομάδες θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνουν έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας, προκειμένου αυτός να παρακολουθεί τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών των ασθενών, όπως σε ένα συνεργατικό μοντέλο περίθαλψης (Unützer et al., 2002) ή ακόμα και έναν εργαζόμενο στην υγεία προερχόμενο από την κοινότητα προκειμένου να αυξηθεί η πρόσβαση στη περίθαλψη. Ο διαμοιρασμός αυτός των εργασιών επιτρέπει σε έναν περιορισμένο αριθμό ειδικών να εργασθούν ομαδικά με άλλους παρόχους περίθαλψης και κοινοτικούς παράγοντες προκειμένου να προσεγγίσουν τα άτομα σε ανάγκη. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας μπορεί κατ' αυτόν τον τρόπο να μεταλλάσσεται, καθώς αυτός καλείται να ασκήσει κατά περίπτωση το ρόλο του άμεσου παρόχου υπηρεσιών, του εκπαιδευτή, του επιβλέποντος και του συμβούλου. Η ευελιξία αυτή είχε αρχικά συζητηθεί ως ένας τρόπος μεγέθυνσης των αποτελεσμάτων στην ψυχική υγεία (Patel, 2012, Chisholm et al., 2007) σε προγράμματα στην

Ινδία, την Ουγκάντα και το Πακιστάν (Bass et al., 2006, Bolton et al., 2003, Buttorff et al., 2012, Rahman et al., 2008, Patel et al., 2010).

**Γράφημα 5:** Πυραμίδα Παροχής Υπηρεσιών του Π.Ο.Υ. (WHO, 2003a) για βέλτιστο συνδυασμό υπηρεσιών στην ψυχική υγεία (2003)



**Πηγή:** Στυλιανίδης και συν., 2014, σελ. 285.

Η διεθνής εμπειρία έχει αναδείξει αρκετές και σημαντικές μελέτες περιπτώσεων ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην Αυστραλία, οι πολιτικές για την ψυχική υγεία επικεντρώνονται σε παρεμβάσεις στην ΠΦΥ, λόγω

της ευρείας πρόσβασης των γενικών ιατρών, της δυνατότητάς τους να εντοπίζουν και να βελτιώνουν τα ποσοστά θεραπείας και της ικανότητάς τους να θεραπεύουν προβλήματα συννοσηρότητας και ψυχικής υγείας (Butler et al., 2008, Sturk et al., 2007). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για περιοχές όπου υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως συμβαίνει τόσο στις αγροτικές κοινότητες της Αυστραλίας (Bywood et al., 2015), όσο και σε αγροτικές περιοχές άλλων χωρών. Έρευνες έχουν επισημάνει ότι οι αγροτικοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν γενικά μεγαλύτερες προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Brundisini et al., 2013, WHO, 2010).

Ως παράδειγμα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεωρείται η «GP Clinic», η οποία ιδρύθηκε το 2007 και απευθύνεται σε άτομα που χρησιμοποιούν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Νέα Νότια Ουαλία, στην Αυστραλία. Οι διαδικασίες και οι δομές για την καθιέρωση ολοκληρωμένης φροντίδας εξελίχθηκαν τοπικά από την ανάπτυξη υποστηρικτικών επαγγελματικών και οργανωτικών σχέσεων. Πρόκειται για ένα σύστημα νοσηλείων που μεγιστοποίησε τη συμμετοχή και ελαχιστοποίησε το έργο της γενικής ιατρικής, εξασφάλισε την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με την αμοιβή και την ικανότητα του γενικού ιατρού να παρέχει φροντίδα σε όσους έχουν σύνθετες ανάγκες. Οι ισχυρές συνεργατικές σχέσεις οδήγησαν στην αναβάθμιση του τοπικού προσωπικού σε περιστατικά σωματικής και ψυχικής υγείας και στις θεραπείες αυτών, όπως επίσης, ξεπέρασαν σημαντικά εμπόδια όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία είχαν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην αγροτική Αυστραλία. Παρά το γεγονός ότι το συγκεκριμένο μοντέλο ολοκληρωμένων υπηρεσιών είναι ασυνήθιστο στο αυστραλιανό σύστημα υγείας, δεδομένου ότι βασίζεται σε τοπικό σχεδιασμό και όχι σε κρατικά ή εθνικά πιλοτικά προγράμματα, έχει καθιερωθεί για περισσότερα από δέκα χρόνια και λειτουργεί εντός των συνήθων οικονομικών ρυθμίσεων. Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν τη σημασία των ολοκληρωμένων μοντέλων υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας που επικεντρώνονται στην οικοδόμηση σχέσεων παροχής υπηρεσιών εντός της κοινότητας για άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Fitzpatrick et al., 2018). Τα οφέλη του συν-σχεδιασμού έναντι των τυποποιημένων λύσεων όπου η συνεργατική δέσμευση παράγει αξία για τις υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα θεωρείται από τους βασικούς λόγους επιτυχίας της «GP Clinic» (Greenhalgh et al., 2016, Fitzpatrick et al., 2018).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, το 5,5% του ενήλικου πληθυσμού της Χιλής υπέστη καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την τελευταία εβδομάδα της έρευνας και ο επιπολασμός κατάθλιψης

προσέγγισε το 4,7% (Vicente et al., 2002, Kohn et al., 2005, Araya et al., 2001). Συγκεκριμένα, οι μελέτες που επικεντρώνονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Σαντιάγο, έχουν αναφέρει επιπολασμό κατάθλιψης περίπου 30% (Rojas et al., 2000, Vöhringer et al., 2013). Για να μειωθεί η επιβάρυνση της κατάθλιψης στη Χιλή, εισήχθη το Πρόγραμμα Θεραπείας Κατάθλιψης στην Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη (Program of Treatment for Depression in Primary Health Care - PTDPHC) στις αρχές της δεκαετίας του 2000 (Alvarado et al., 2012). Το πρόγραμμα αργότερα πήρε τη μορφή καθολικής υγειονομικής κάλυψης (World Bank, 2008) και διαδόθηκαν οι κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής ως πρότυπα ποιότητας για τις πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στο PTDPHC, οποιοσδήποτε κλινικός γιατρός ΠΦΥ μπορεί να αναφέρει ύποπτα περιστατικά κατάθλιψης σε έναν ιατρό, ο οποίος έχει τη δυνατότητα διάγνωσης και έναρξης της θεραπείας. Τα πιο σοβαρά περιστατικά αναφέρονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ σε ήπια έως μέτρια περιστατικά μπορεί να χορηγηθεί συνδυασμός αντικαταθλιπτικών, να προταθούν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και επισκέψεις παρακολούθησης στην ΠΦΥ, ανάλογα με τη σοβαρότητα. Μετά από δέκα έτη εφαρμογής, το PTDPHC έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Alvarado et al., 2012, Ministerio de Salud, 2013).

Από μία ανοιχτή κλινική μελέτη σε ασθενείς με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (κριτήρια DSM-IV), από δεκαπέντε (15) αγροτικά νοσοκομεία της κοινότητας, στις περιοχές Coquimbo, Bío Bío και Los Lagos στη Χιλή με πρόσβαση στο διαδίκτυο και στη λειτουργία του προγράμματος PTDPHC, προέκυψε ότι το πρόγραμμα απομακρυσμένης συνεργατικής φροντίδας πέτυχε υψηλότερη ικανοποίηση από τους χρήστες και καλύτερα ποσοστά αφοσίωσης στη θεραπεία σε έξι μήνες σε σύγκριση με τη συνήθη περίθαλψη. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης/τήρησης (adherence) της θεραπείας στο πρόγραμμα απομακρυσμένης συνεργασίας συνεπάγονται ότι οι παρεμβάσεις με τη βοήθεια τεχνολογίας μπορούν να βοηθήσουν τις ομάδες ΠΦΥ απομακρυσμένων αγροτικών περιοχών στη διαχείριση των ασθενών με κατάθλιψη (Rojas et al., 2018).

## 1.5 Κατ' οίκον Παρέμβαση

Η κατ' οίκον παρέμβαση (Assertive Community Treatment-ACT) είναι ένα εντατικό πρόγραμμα παρέμβασης στην κοινότητα, που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία τριανταπέντε χρόνια<sup>7</sup> και αφορά στην παροχή υπηρεσιών θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και των οποίων οι ανάγκες δεν καλύπτονται από τις πιο παραδοσιακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η κατ' οίκον παρέμβαση παρέχει υπηρεσίες απευθείας στο άτομο προσαρμοσμένες στο να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες του. Έμφαση δίνεται στις κατ' οίκον επισκέψεις και σε άλλες in vivo παρεμβάσεις ώστε να αξιοποιηθούν οι δυνατότητες θεραπείας στον «πραγματικό κόσμο», στην εστία του προβλήματος, δηλαδή μέσα στην κοινότητα (Test & Stein 1976), όπως επίσης και στην αξιοποίηση των πόρων της κοινότητας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η προσέγγιση των Stein και Test (1980) για την A.C.T. έθετε υπό αμφισβήτηση πολλές βαθιά ριζωμένες πρακτικές και πεποιθήσεις στον τομέα της ψυχιατρικής μέχρι εκείνη τη στιγμή. Τα προγράμματα κατάρτισης που διεξάγονταν έως τότε στα νοσοκομεία για την επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα ήταν αναποτελεσματικά, ενώ η παροχή εκπαίδευσης και υποστήριξης εντός πλαισίου κοινότητας μετά το εξιτήριο τους είχε καλύτερα αποτελέσματα. Η αρχή της in vivo αξιολόγησης, εκπαίδευσης και υποστήριξης έγινε ο ακρογωνιαίος λίθος του μοντέλου A.C.T. Η ολιστική προσέγγιση της A.C.T. στις υπηρεσίες βοηθά στη διαχείριση της ψυχικής διαταραχής, στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, στη στέγαση, στα χρηματοοικονομικά αποτελέσματα, και σε οποιοδήποτε άλλο στοιχείο ζωτικής σημασίας είναι αναγκαίο για την προσαρμογή του ατόμου στην κοινότητα. Είναι ένα άμεσο (direct) και ολοκληρωμένο (integrated) μοντέλο υπηρεσιών που εξυπηρετεί τις ανάγκες και τους στόχους των ασθενών άμεσα χωρίς την παραπομπή τους σε άλλα προγράμματα. Έτσι, η εφαρμογή του επεκτάθηκε ώστε να περιλαμβάνει

---

<sup>7</sup> Αναπτύχθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στις ΗΠΑ με τη μορφή ενός πιλοτικού προγράμματος από μια ομάδα ψυχιάτρων (Leonard I. Stein, Mary Ann Test, Arnold J. Marx, Deborah J. Allness, William H. Knoedler, και οι συνάδελφοί τους στο Mendota Mental Health Institute, ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Madison του Wisconsin) που αντιλήφθηκαν ότι οι παραδοσιακές πρακτικές στον τομέα της ψυχιατρικής δεν προσέφεραν θεραπευτική συνέχεια στους ασθενείς.

ακόμα και υπηρεσίες βοήθειας κάλυψης καθημερινών αναγκών και επίλυσης πρακτικών προβλημάτων διαβίωσης (όπως η διαμονή, τα ψώνια κ.ά.) (Bond et al., 2001).

Το μοντέλο A.C.T. απαιτεί τη συνεργασία μιας ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας που με αφετηρία τη διεπιστημονικότητά τους θα είναι σε θέση να παρέχουν εντατικές, έγκαιρες και εξατομικευμένες υπηρεσίες. Οι πολυκλαδικές θεραπευτικές ομάδες περιλαμβάνουν μέλη από τα πεδία της ψυχιατρικής, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας και της κοινωνικής εργασίας. Τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται αφ' ενός για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών στους πάσχοντες και αφ' ετέρου για την προσαρμογή των υπηρεσιών, ώστε με την πάροδο του χρόνου να καλύπτονται οι μεταβαλλόμενες ανάγκες και οι εκάστοτε στόχοι που έχουν τεθεί από τον ασθενή και τον θεραπευτή. Οι ασθενείς δεσμεύονται να ακολουθήσουν τη θεραπεία τους, ενώ η ομάδα λειτουργεί δυναμικά (assertive) αναφορικά με τη δέσμευση των ασθενών στη θεραπεία (Phillips et al., 2001, Stanhope & Matejkowski, 2010). Το σύνολο των εργασιών του προσωπικού με όλους τους συμμετέχοντες ακολουθεί μια «συνολική ομαδική προσέγγιση» υπό την επίβλεψη του συντονιστή της ομάδας. Η ευθύνη της διαδικασίας μοιράζεται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, ωστόσο οι ρόλοι είναι διακριτοί (Cupitt, 2009). Η αναλογία συμμετεχόντων-προσωπικού είναι αρκετά χαμηλή ώστε να επιτρέπει στην ομάδα A.C.T. να εκτελεί σχεδόν όλες τις απαραίτητες διαδικασίες αποκατάστασης και θεραπείας των ασθενών και να εκτελεί τα καθήκοντα υποστήριξης στην κοινότητα με ένα συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο. Αυτό το σχέδιο στελέχωσης επιτρέπει πολλαπλές επαφές κάθε εβδομάδα με τους ασθενείς που χρειάζονται εντατική υποστήριξη (Kent & Burns, 1996).

Η κατ' οίκον παρέμβαση βελτιώνει τα αποτελέσματα των αποδεκτών των υπηρεσιών της. Κατά τη σύγκριση των ασθενών πριν και μετά τη λήψη των υπηρεσιών A.C.T., μελέτες έχουν δείξει ότι οι λήπτες A.C.T. εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας σε ψυχιατρικές μονάδες, επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και υψηλότερα επίπεδα σταθερότητας διαμονής στις κατοικίες τους μετά τη λήψη των υπηρεσιών A.C.T. (Bond et al., 2001). Η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης για την A.C.T., η οποία εμφανίζεται και λιγότερο ακριβή από άλλους τύπους θεραπείας που βασίζονται στην κοινότητα (Phillips et al., 2001, Dieterich et al., 2010). Επιπλέον, επεκτάσεις του μοντέλου A.C.T. σε άστεγους ανθρώπους με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, με

στόχο τη μείωση των περιπλανώμενων, ήταν επίσης γενικά αποτελεσματικές, ειδικά όταν συνδυάζονταν με μοντέλα στέγασης (Tsemberis et al., 2004).

Αρκετά βασικά στοιχεία του αρχικού μοντέλου A.C.T. δεν ισχύουν πλέον. Η αρχή της απεριόριστης χρονικής υποστήριξης (δηλαδή, ότι οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν υπηρεσίες από την A.C.T. επ' αόριστον) δεν έχει τεκμηριωθεί ως πρακτική και οικονομικά αποδοτική και ουσιαστικά εγκαταλείφθηκε προκειμένου να αντικατασταθεί με πολιτικές που ενθαρρύνουν την ολοκλήρωση της θεραπείας. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει να εμπλουτίζουν διαρκώς τις ικανότητές τους ώστε να μπορούν να καλύψουν τις ανακύπτουσες ανάγκες (Finnerty et al., 2015). Επιπλέον, δεδομένου ότι οι αγροτικές κοινότητες είναι αραιοκατοικημένες και οι κάτοικοι που χρειάζονται εντατικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν είναι αρκετοί, η εφαρμογή του μοντέλου A.C.T. δεν είναι κατάλληλη για αυτές τις περιοχές. Για το λόγο αυτό, έχει δημιουργηθεί ένα υβριδικό ολλανδικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών, το οποίο ονομάζεται ευέλικτο A.C.T. (flexible-FACT) και έχει ενσωματώσει στοιχεία μιας βραχυπρόθεσμης ομάδας A.C.T. και μιας ομάδας κλινικής θεραπείας, παρέχοντας υπηρεσίες σε ασθενείς που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές και αντιμετωπίζουν κάποιου είδους κρίση (Van Veldhuizen, 2007).

## **1.6 Εμπειρία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας**

Η ελλιπής ανάπτυξη κατάλληλου συστήματος δομών ως προς την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε χρήζοντες περίθαλψης στις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές αποτελεί γεγονός (Cheng et al., 2011, Daig et al., 2013, Peen et al., 2010, Riva et al., 2011). Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας ικανοποιείται μέσω της ανάπτυξης ευέλικτων μορφών παρεμβάσεων, όπως η ανάπτυξη Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ). Οι ΚΜΨΥ συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός οργανωμένου δικτύου ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας, η οποία παρέχεται από ομάδες επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων της ψυχικής υγείας. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας, αποτελούν τη βάση του σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έδρα την κοινότητα. Θεωρείται μάλιστα ότι οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας που παρέχουν γενική φροντίδα είναι εξίσου αποτελεσματικές με τις εξειδικευμένες και δαπανηρές μονάδες ολοκληρωμένης κοινοτικής



θεραπείας, έχοντας παράλληλα μικρό κόστος για το σύστημα υγείας (Thornicroft & Tansella, 2010). Η προστιθέμενη αξία των ΚΜΨΥ είναι υψηλή δεδομένης της αύξησης της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη, των συνακόλουθων αποτελεσμάτων στην υγεία του εξυπηρετούμενου πληθυσμού και της ικανοποίησης των ασθενών από αυτό το είδος περίθαλψης (Khanna & Nagula, 2016).

Η γήρανση του πληθυσμού και οι ψυχολογικές συνέπειες αυτού συνοδεύονται από μεγάλο αριθμό δυσκολιών και ειδικά για τους ψυχιατρικούς ασθενείς που χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα, κατ' οίκον περίθαλψη και συνεχή υποστήριξη. Ένα από τα βασικά στοιχεία που υποδεικνύουν την ποιότητα στην ψυχιατρική περίθαλψη είναι η πρόσβαση σε αυτήν. Οι επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς ενηλίκων συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι, ελλείψει συγκεκριμένου προγράμματος και ενεργούς συμμετοχής της κοινότητας, σχεδόν οι μισοί από τους ωφελούμενους αποτυγχάνουν να ενταχθούν στην περίθαλψη και να παραμείνουν υπό φροντίδα (Bonsack et al., 2004, 2006, Marshall & Rathbone, 2011). Το συγκεκριμένο ποσοστό πιθανότατα αυξάνεται σε πληθυσμούς ηλικιωμένων (Stancu et al., 2008, Gaillard & Giannakopoulos, 2006, Wang et al., 2005, Bogner et al., 2009). Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να το επιβεβαιώνουν, εξαιτίας της έλλειψης σχετικών μελετών, θα μπορούσαν να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες που θα επιβεβαίωναν τη συγκεκριμένη υπόθεση. Παρ' όλα αυτά, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων των Κινητών Μονάδων (ΚΜ) για ενηλίκους, με σκοπό τη μείωση της νοσηρότητας, έχει ήδη αποδειχθεί. Τα προγράμματα αυτά των ΚΜ υλοποιήθηκαν ευρέως κατά το έτος 2006 σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες (Giannakopoulos & Gaillard, 2010, Bonsack et al., 2004, 2008, Gaillard & Giannakopoulos, 2006). Στη Λωζάννη, η ομάδα εντατικής παρακολούθησης για ενήλικες αναπτύχθηκε από το 2000. Επιπλέον, ομάδες κλινικής παρακολούθησης για τους ηλικιωμένους αναπτύχθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Βόρεια Ευρώπη. Η επισκόπηση του έργου των ομάδων ανέδειξε τη σημασία των παρεμβάσεων αυτών για τους ωφελούμενους μέσω απτών αποτελεσμάτων, όπως ήταν η μείωση της έντασης των ψυχικών διαταραχών, η ελαχιστοποίηση της συνταγογράφησης ψυχοτρόπων φαρμάκων και η μείωση του αριθμού νοσηλειών (Gaillard & Giannakopoulos, 2004, 2006, Kohn et al., 2002, Joy et al., 2006, Maarbjer, 1990, Van Citters & Bartels, 2004). Συγκεκριμένα, στη Γενεύη κρίθηκε σκόπιμη η παρέμβαση στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους, με δεδομένα τόσο τα παραπάνω αποτελέσματα, όσο και το γεγονός ότι τέτοιες παρεμβάσεις συνδράμουν στην ελαχιστοποίηση του

αισθήματος εξάντλησης των φροντιστών τους (Gaillard & Giannakopoulos, 2004, 2006, Kohn et al., 2002, Joy et al., 2006, Maarbjer, 1990, Mendez-Rubio et al., 2012).

Στην Ελβετία και συγκεκριμένα στο καντόνι του Vaud, η ψυχιατρική περίθαλψη έχει οργανωθεί σε τέσσερις ψυχιατρικούς τομείς<sup>8</sup>. Σε επίπεδο καντονιών έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια η συνεχής ανάπτυξη δομών περίθαλψης κατ' οίκον, όπως στα ιατρικά κέντρα (Centres Médicosociaux, CMS). Η ευθύνη της ψυχιατρικής περίθαλψης των ηλικιωμένων μεταφέρεται από τους γιατρούς της ΠΦΥ στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των μονάδων, διευκολύνοντας με αυτόν τον τρόπο και τους φροντιστές από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, δεδομένου ότι η περίθαλψη δεν είναι εύκολη διαδικασία. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες στη Λωζάννη, η ψυχιατρική περίθαλψη όσον αφορά τους ηλικιωμένους προσφέρεται ποικιλοτρόπως στην κοινότητα, με τη δημιουργία νοσοκομείων ημέρας, τη λειτουργία της Συμβουλευτικής η «Μνήμη» ("Mémoire"), τη διενέργεια συνεδριών μέσα σε νοσοκομεία, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία (Gaillard & Giannakopoulos, 2006). Η δραστηριότητα των ΚΜΨΥ για ηλικιωμένους έχει συμβάλει στην αυξημένη πρόσβαση σε αυτές από μεγαλύτερο αριθμό εξυπηρετούμενων, στη θεραπεία περιστατικών που βρίσκονται στην οξεία τους φάση και τη σταθεροποίησή τους, όπως επίσης και στη μείωση του αριθμού νοσηλειών (Stancu et al., 2008, Gaillard & Giannakopoulos, 2006, Mendez-Rubio et al., 2012).

Οι ΚΜΨΥ του καντονιού στελεχώνονται από γιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό εξειδικευμένο στην ψυχιατρική της προχωρημένης ηλικίας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προσδιορίζουν τα συμπτώματα των προσερχόμενων στις ΚΜΨΥ και εκτιμούν την πιθανότητα επιπλοκών, διευκολύνουν την ανάλυση σύνθετων κλινικών καταστάσεων με στόχο τη σύνθεση ενός θεραπευτικού προγράμματος και προτείνουν συνεντεύξεις σε άτομα σε κρίση σε συνεργασία με τους εργαζόμενους στην ΠΦΥ<sup>9</sup>. Επιπλέον, ανάλογα με τη διάγνωση, προτείνεται η κατάλληλη

---

<sup>8</sup> Σύμφωνα με το γεωγραφικό τομεακό μοντέλο, οι τομείς που χωρίζεται το καντόνι του Vaud είναι ο τομέας του ψυχιατρικού κέντρου που αντιστοιχεί στη Λωζάννη και τα περίχωρά της, ο Δυτικός Τομέας, συμπεριλαμβανομένης της ακτογραμμής, ο δυτικός ψυχιατρικός τομέας, συμπεριλαμβανομένης της περιοχής του ποταμού και του Chablais και ο βόρειος ψυχιατρικός τομέας που περιλαμβάνει τη βόρεια περιοχή του καντονιού, πάνω από το Yverdon. Οι κεντρικοί, δυτικοί και βόρειοι ψυχιατρικοί τομείς εξαρτώνται από το Πανεπιστημιακό Κέντρο του Vaud (CHUV).

<sup>9</sup> Στην ψυχιατρική, η κρίση ορίζεται ως μια στιγμή σχετικά οξεία με διακοπή της ενδοψυχικής ισορροπίας ή των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου, σε σχέση με εσωτερικά και εξωτερικά γεγονότα που επηρεάζουν τις συνθήκες

φαρμακοθεραπεία και, εφόσον κριθεί απαραίτητο, οι ομάδες φροντίδας των ασθενών προτείνουν και τυχόν νοσηλεία. Επίσης, προωθείται η εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα ως εναλλακτική λύση αντί της νοσηλείας, καθώς επίσης και η συμμετοχή στην προώθηση της φροντίδας και της συνεργασίας εντός δικτύου. Τέλος, παρέχονται περιφερειακές πλατφόρμες με στόχο την προώθηση της συνεργασίας στα θέματα ψυχιατρικής της προχωρημένης ηλικίας, την ευρεία διάθεση των σχετικών γνώσεων και την παροχή των ίδιων υπηρεσιών σε ολόκληρη την περιοχή του καντονιού. Οι κινητές ομάδες παρέχουν ψυχιατρική φροντίδα στους ηλικιωμένους στο περιβάλλον διαβίωσης τους, με τακτικούς φροντιστές, όπως οικογενειακούς γιατρούς ή το προσωπικό του CMS, και βοηθούν στην ένταξή τους σε ένα πλαίσιο ολοκληρωμένης ψυχιατρικής περίθαλψης. Η εμπειρία των προγραμμάτων των ΚΜΨΥ για ηλικιωμένους έδειξε ότι το έργο των ΚΜ απαντά σε μια σαφή ανάγκη της κοινότητας, επιτρέπει την αμεσότερη θεραπεία, μειώνει τον αριθμό των νοσηλειών σε κλινικές, σταθεροποιεί τις περιπτώσεις ψυχιατρικών παθολογιών των ηλικιωμένων και τέλος, επιφέρει σημαντική ικανοποίηση στους πρωταρχικούς φροντιστές αποφορτίζοντάς τους (Mendez-Rubio et al., 2012).

Αντίστοιχα, η κινητή ομάδα ψυχο-γεροντολογικής του νοσοκομείου Thuir στη Γαλλία δημιουργήθηκε το 2007 και προοριζόταν για άτομα άνω των 65 ετών με ψυχικές διαταραχές σχετιζόμενες με πιθανές διαταραχές συμπεριφοράς, άνοια τύπου Alzheimer, ψυχώσεις κ.ά. Η παρέμβαση της ΚΜΨΥ του νοσοκομείου Thuir κατά τον χρόνο λειτουργίας της μείωσε κατά 61% τη νοσηλεία ηλικιωμένων μεταξύ των ετών 2007 και 2012, ενώ η ενεργή σειρά αναμονής αυξήθηκε κατά 88% από το 2009 στο 2012 και οι ιατρικές πράξεις αυξήθηκαν κατά 121% από το 2009 έναντι του 2012. Η ΚΜΨΥ αποτελείται από δύο γιατρούς πλήρους απασχόλησης (Full-time equivalent, FTE), πέντε (4,8) κατά προσέγγιση νοσηλευτές (FTE), ένα (1) νευροψυχολόγο (FTE) και έναν κατά προσέγγιση (0.2) διοικητικό υπάλληλο (FTE). Πρόκειται για μια πολυεπιστημονική ομάδα περίθαλψης, με «στενούς δεσμούς» με τους γενικούς ιατρούς, τους νοσηλευτές, τις

---

ζωής του και απαιτούν επαφή με έναν ή περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Υπάρχει η έννοια της διακύμανσης του επειγόντος και του κινδύνου για τρίτους ή για τον ίδιο τον άνθρωπο. Η έννοια της κρίσης γέννησε το ψυχο-θεραπευτικό νοσοκομείο αλλά είναι σχετικά απρόσιτο για ανθρώπους σε μεγάλη ηλικία, οι οποίοι έχουν σωματικές δυσκολίες, γνωστικά ελλείμματα, απώλεια της αυτονομίας τους και δυσκολία να ζητήσουν βοήθεια από την κοινότητα. Η μείωση της επιβάρυνσης της περίθαλψης στη φροντίδα των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές, είναι απαραίτητη για την ένταξη στο περιβάλλον τους. Το σχεσιακό και χρονικό στοιχείο είναι ουσιώδες για τη θεραπεία την περίοδο της κρίσης (De Coulon, 1999).

υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, τα κοινοτικά κέντρα κοινωνικής δράσης (Centre Communal d'Action Sociale, CCAS) και τις κινητές ομάδες παρηγορητικής φροντίδας. Η ομάδα έχει συμβληθεί με δώδεκα (12) καταλύματα για ηλικιωμένους (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Ehpad) και για δύο χρόνια με δύο (2) υπηρεσίες παρακολούθησης και αποκατάστασης (Soins de suite et de réadaptation, SSR), και είναι συνεργάτες του νοσοκομείου (Centre Hospitalier, CH) του Perpignan (Unités de soins de longue durée, USLD, γηριατρική), της Alzheimer Association Γαλλίας, των θεραπευτικών και ημερήσιων νοσοκομείων. Η ΚΜ επιτρέπει την κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών όταν υπάρχει δυσκολία μετακίνησης, ενώ δραστηριοποιείται επίσης σε καταλύματα για ηλικιωμένους (Ehpad), σε ιατρο-ψυχολογικά κέντρα (Centre Médico-Psychologique, CMP) ή σε εξειδικευμένα κέντρα υποδοχής (Maison d'Accueil Spécialisé, MAS). Το έργο των ΚΜ περιλαμβάνει την πρώτη επαφή με τους ηλικιωμένους, την κλινική αξιολόγηση-διάγνωση, την παρακολούθηση, τον συντονιστικό ρόλο στη νοσηλεία των ηλικιωμένων, τη θεραπευτική πρόταση, την αξιολόγηση της θεραπείας, τη σωματική φροντίδα, την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, τη βοήθεια σε φροντιστές, την προώθηση της δημιουργίας «ιατρο-κοινωνικής υποστήριξης», όπως για παράδειγμα, τον προσανατολισμό στη θεραπευτική μέριμνα, και τέλος, τη συμμετοχή στο γεροντολογικό δίκτυο του τμήματος. Εκτός των άλλων δραστηριοτήτων των ΚΜ, οργανώθηκαν ομάδες ομιλίας για τους φροντιστές και τους βοηθούς τους (L'équipe mobile psycho-gérontologique du centre hospitalier de Thuir, 2014).

Από την άλλη πλευρά, η κινητή ιατρική-ψυχολογική μονάδα παιδιού και εφήβων στο νοσοκομείο «George-Sand Hospital» ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 2012 και εμπλέκεται σε δύο τύπους παρεμβάσεων. Στο πρώτο είδος παρέμβασης, η ΚΜ απευθύνεται σε νέους αντιμετωπίζοντας το αίτημά τους με σεβασμό στην ανωνυμία τους. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει εκπαιδευτικό προσωπικό ή άλλους φροντιστές που έχουν σχέση με εφήβους που χρήζουν παρακολούθησης. Στο δεύτερο τύπο, η παρέμβαση της ΚΜ ζητείται από ένα δίκτυο μεσολαβητών, εφόσον ληφθεί η έγκριση των κηδεμόνων των νέων. Η ΚΜ είναι διαθέσιμη για εκείνους τους ανθρώπους που δεν μπορούν, για γεωγραφικούς λόγους, να μεταβούν στο κέντρο ή που δεν επιθυμούν να απευθυνθούν στις εγκαταστάσεις που είναι ήδη διαθέσιμες στο γεωγραφικό τμήμα τους. Είναι γεγονός ότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, η πρώτη επαφή με την ψυχιατρική επηρεάζει καθοριστικά τον νέο και την οικογένειά του, καθορίζοντας ακόμα και τη μελλοντική προθυμία του να συμμορφωθεί στην προτεινόμενη περίθαλψη. Κατά συνέπεια, η παρέμβαση θα πρέπει, κατά κύριο λόγο, να είναι επιθυμητή. Ειδικότερα, συμβουλευτικές συνεδρίες με εφήβους μετά

από απόπειρες αυτοκτονίας αντιπροσωπεύουν ένα ενδεχόμενο αυξανόμενο σε τέτοιο βαθμό τα τελευταία χρόνια, ώστε να ανέρχεται σχεδόν στο ήμισυ της επιβάρυνσης των εφήβων από ψυχικές διαταραχές (Hénin, 2006). Με άλλα λόγια, η περίθαλψη δεν μπορεί να είναι στάσιμη διαδικασία, αλλά είναι απαραίτητο να εξελίσσεται προκειμένου να ανταποκριθεί καλύτερα σε νέες συμπτωματικές εκφράσεις και απαιτήσεις (Agholi et al., 2011). Η ανάγκη κατανόησης περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών με παρέμβαση στο σπίτι μέσω μιας κινητής ομάδας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι οικογενειακοί γιατροί αγωνίζονται συχνά με τους νέους που αρνούνται να απευθυνθούν στο παιδοψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης. Οι κινητές ομάδες προσφέρουν λύση σε αυτό το πρόβλημα, δεδομένου ότι διευκολύνουν την πρώτη επαφή του γιατρού και του ασθενή (ομάδες Dr. Garcin στη Λιλ και Pr Tordjman στη Rennes).

Αντίστοιχα, το *Équipe Mobile Pour Adolescents* (Mobile Team for Adolescents, EMA) ιδρύθηκε το 2005 με στόχο τη φροντίδα των εφήβων οι οποίοι, αν και εμφανίζουν υψηλό επίπεδο ψυχοπαθολογικού κινδύνου, δεν καλύπτονται επαρκώς από το συμβατικό σύστημα ψυχικής παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής. Στην πιλοτική μελέτη, η οποία βασίστηκε σε δείγμα είκοσι (20) εφήβων ηλικίας 13 έως 18 ετών υπό τη συνεχή φροντίδα του EMA και σε βαθμολογίες με βάση την κλίμακα "Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents" (HoNOSCA), καταγράφηκαν περιπτώσεις πριν και μετά τη συνεχιζόμενη φροντίδα στην κοινότητα. Από τη μελέτη προέκυψε ότι υπήρξε σαφής βελτίωση σε κλινικούς όρους σύμφωνα με την αξιολόγηση HoNOSCA και ειδικότερα στα στοιχεία που αφορούν τα συμπτώματα και το κοινωνικό πλαίσιο. Επιπλέον, παρατηρείται συνολική βελτίωση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης των εφήβων, κάτι το οποίο είναι σημαντικό για την πρακτική των ΚΜ στην Παιδοψυχιατρική. Τα αποτελέσματα των ΚΜ συμφωνούν με εκείνα άλλων μελετών που αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των ΚΜ τόσο στην ενήλικη ψυχιατρική (Rosen et al., 2007), όσο και μεταξύ των νέων (Baier et al., 2013, Schley et al., 2012). Συγκεκριμένα, η βελτίωση των συμπτωμάτων μπορεί να συνδεθεί με θεραπείες που δίνουν προτεραιότητα στη μείωση των συμπτωμάτων παρεμβαίνοντας στην ψυχοκοινωνική λειτουργία του εφήβου. Σε ό,τι αφορά το αποτέλεσμα της βελτίωσης του κοινωνικού πλαισίου, αυτό μπορεί να συνδεθεί με τις ιδιαιτερότητες του είδους περίθαλψης που παρέχεται από την EMA. Πράγματι, οι ΚΜΨΥ αρχικά αναζητούν στοιχεία σχετικά με το περιβάλλον στο οποίο διαβιών οι νέοι προκειμένου να τους βοηθήσουν να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν τη συμμετοχή τους σε αυτό μέσω διαδικασιών κοινωνικοποίησης, βελτίωσης της κοινωνικής τους λειτουργίας και επανεκκίνησης της

διαδικασίας ανάπτυξης τους. Αυτή είναι μία από τις προτεραιότητες της EMA, δεδομένου ότι βασίζεται σε ένα μοντέλο κοινοτικής περίθαλψης και ως εκ τούτου προκρίνει τη δημιουργία ενός νέου τρόπου λειτουργίας. Επιπρόσθετα, προέκυψε ότι οι έφηβοι που είχαν υποστεί πολλά δυσμενή γεγονότα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας φαίνεται να επωφελούνταν περισσότερο από την παρέμβαση της EMA. Τα παραπάνω, υποστηρίζουν την κλινική αποτελεσματικότητα της περίθαλψης που παρέχεται από την EMA στην παιδοψυχιατρική και την εφηβική ψυχιατρική, ενώ και οι ασθενείς με ιστορικό δυσμενών γεγονότων ζωής αποκομίζουν σημαντικό όφελος από αυτού του είδους την παρέμβαση (Urban et al., 2013).

Στο Βέλγιο, βασιζόμενοι στο σχέδιο δράσης του Π.Ο.Υ. για την ψυχική υγεία 2013-2020 και στο πλαίσιο που διαμορφώθηκε από το σχέδιο μεταρρύθμισης της χώρας στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι πολιτικές υγείας εστίασαν στη μετατόπιση από τα ψυχιατρικά ιδρύματα στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της ανακατανομής των οικονομικών πόρων προς τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας. Σε αρκετές περιφέρειες του Βελγίου αναπτύχθηκαν πολυκλαδικές ομάδες, οι οποίες παρείχαν περίθαλψη σε άτομα με συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών και ειδικά σε άτομα που είχαν νοσηλευτεί σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα, δίνοντας τους τη δυνατότητα να λάβουν θεραπεία, όπου αυτοί επιθυμούσαν. Η παρεχόμενη περίθαλψη από αυτές τις ομάδες αποδείχθηκε ότι αποτρέπει τη μακροχρόνια νοσηλεία. Για παράδειγμα, στην περιοχή Leuven, η δημιουργία μιας ομάδας κρίσης και πέντε (5) ομάδων αποτελούμενων από σαράντα πέντε (45) εργαζόμενους για την παροχή περίθαλψης σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των ημερήσιων νοσηλειών κατά 20% σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Επιπλέον, δημιουργήθηκαν ομάδες διεπιστημονικής κρίσης και ομάδες προσέγγισης. Οι ομάδες διεπιστημονικής κρίσης σε συνεργασία με την ΠΦΥ παρείχαν περίθαλψη σε κρίση σε άτομα με (υπο) οξείες ψυχολογικές διαταραχές μέσω βραχυπρόθεσμης θεραπείας στο χώρο τους, ενώ οι ομάδες υποστήριξης προσέφεραν θεραπεία στο περιβάλλον του θεραπευόμενου σε άτομα με μακροχρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι πολυεπιστημονικές ομάδες παρέχουν φροντίδα, εστιάζοντας στη συνέχεια της περίθαλψης, και σε στενή συνεργασία με τους κοινωνικούς και ιατρικούς φορείς. Στο περιβάλλον τους, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικείοι τους υποστηρίζονται από την ομάδα στην οποία έχει ανατεθεί το περιστατικό, ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας. Συμπερασματικά, το νέο μοντέλο που αναπτύχθηκε στο Βέλγιο είχε σαν αποτέλεσμα

τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου και της κοινωνίας και τη μείωση της νοσηλείας (WHO, τελευταία πρόσβαση 10/01/2020).

Η θεραπεία στον χώρο του ατόμου κατά τη διάρκεια μιας κρίσης προσφέρει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως οικογενειακή υποστήριξη, ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης θεμάτων που προκύπτουν μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και μία ισότιμη βάση για τη δημιουργία συνεργατικών σχέσεων μεταξύ προσωπικού και ασθενών. Οι ομάδες αντιμετώπισης κρίσεων δύνανται να μειώσουν τις εισαγωγές στα ψυχιατρικά ιδρύματα και να αυξήσουν την ικανοποίηση των ασθενών μέσω της άμεσης περίθαλψης (Murphy et al., 2015). Η αντιμετώπιση κατ' οίκον κρίσεων ενδέχεται να επιτύχει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον ασθενή και χαμηλότερο κόστος σε σχέση με την εισαγωγή σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα (Lloyd- Evans et al., 2009). Παρά τα παραπάνω στοιχεία, αυτές οι εναλλακτικές λύσεις που αφορούν την αντιμετώπιση της κρίσης στο πλαίσιο της κοινότητας δεν έχει καταστεί εύκολο να ενσωματωθούν πλήρως στα εθνικά συστήματα οξείας περίθαλψης. Οι ομάδες αντιμετώπισης κρίσεων είναι πιθανώς το πιο ευρέως υιοθετημένο μοντέλο, αλλά έχουν εφαρμοστεί μόνο σε εθνικό επίπεδο στην Αγγλία και τη Νορβηγία. Τέλος, οι κοινοτικές εναλλακτικές λύσεις είναι απίθανο να υποκαταστήσουν πλήρως τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τα ψυχιατρικά ιδρύματα (Lloyd- Evans & Johnson, 2019).

Στη Σουηδία έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες ΚΜΨΥ, οι οποίες πραγματοποιούν προγραμματισμένες επισκέψεις. Ωστόσο, δεν υπήρχε υπηρεσία που να παρείχε τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως η απόπειρα αυτοκτονίας. Γι' αυτό τον λόγο, στη Στοκχόλμη, το 2015 λειτούργησε η PAM (Psychiatric akut mobilitet, δηλαδή Ομάδα Ψυχιατρικής Επείγουσας Ανάγκης) με κύριο σκοπό της την άμεση ανταπόκριση σε κλήσεις έκτακτης ανάγκης από άτομα που υποφέρουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, με επίκεντρο τους ασθενείς με κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας. Το όχημα PAM είναι στελεχωμένο με δύο εξειδικευμένους νοσηλευτές ψυχιατρικής και έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, οι οποίοι συχνά συνεργάζονται με τις υπηρεσίες της αστυνομίας και διάσωσης. Κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους οι PAM κλήθηκαν για βοήθεια 1.580 φορές, επισκέφθηκαν 1.254 περιστατικά και περιέθαλψαν 1.036 άτομα όλων των ηλικιών. Το έργο της PAM αποτελεί μια νέα προσέγγιση στην περίθαλψη και εκτίμηση της ψυχιατρικής έκτακτης ανάγκης πριν από την νοσηλεία συμβάλλοντας στη μείωση του στιγματισμού των ψυχιατρικών ασθενών (Bouveng et al., 2017).

Αντίστοιχα, στη Νέα Υόρκη, η Υπηρεσία Ποινικής Δικαιοσύνης του Δήμαρχου, σε συνεργασία με το Συμβούλιο της Νέας Υόρκης εξήγγειλε ένα σχέδιο για την ανάπτυξη κινητών μονάδων τραυματισμού σε σκηνές εγκλήματος για την παροχή υποστήριξης σε φίλους και μέλη της οικογένειας των θυμάτων, καθώς και σε εκείνους που έχουν παρακολουθήσει βίαια εγκλήματα. Στο πλαίσιο αυτό, στόχο αποτελεί η διάθεση 1,8 εκατομμυρίων δολαρίων για εξοπλισμό και προσωπικό για πέντε κινητές μονάδες, μία για κάθε δήμο της πόλης. Κάθε μονάδα θα αποτελείται από ψυχολόγο και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και θα παραμένει στην κοινότητα για μία εβδομάδα μετά από ένα βίαιο έγκλημα (Abrams, 2018a).

Από το 2005, στην πόλη Mzuzu στο Malawi, παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατ' οίκον μέσω κινητών μονάδων. Οι κοινοτικές νοσοκόμες ψυχικής υγείας (Community psychiatric nurses, CPNs) πραγματοποιούν δύο ή τρεις επισκέψεις κατ' οίκον καθημερινά για να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στους θεραπευόμενους. Παρέχονται ευέλικτες, εξατομικευμένες παρεμβάσεις για θεραπευτική υποστήριξη στον εκάστοτε χώρο, ώστε να ωφελούνται οι εξυπηρετούμενοι από το βέλτιστο επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών και ανεξαρτησίας. Παράλληλα, με την επίσκεψη στο χώρο του εξυπηρετούμενου υπάρχει μία κινητή ομάδα σε επιφυλακή που αποτελείται από δύο (2) νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης και έναν (1) επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η ομάδα λειτουργεί καθημερινά σε εικοσιτετράωρη βάση ως ομάδα ταχείας αντίδρασης σε περιστατικά έκτακτης ανάγκης για άτομα με συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Επιπλέον, παρέχεται εκπαίδευση στην οικογένεια με στόχο την περίθαλψη στο χώρο διαβίωσης του ατόμου, αλλά και την ενίσχυση της συμμετοχής της οικογένειας και της κοινότητας στην προώθηση της ψυχικής υγείας. Από την έναρξη της λειτουργίας τους έως το 2011, διακόσιοι εβδομήντα πέντε (275) εξυπηρετούμενοι έχουν επιτύχει το βέλτιστο επίπεδο λειτουργίας τους χωρίς να χρειαστεί να νοσηλευθούν, ενώ υπάρχει σημαντική μείωση στη διάρκεια της περίθαλψης για τους θεραπευόμενους στο πρόγραμμα κατ' οίκον. Επιπρόσθετα, η ευαισθητοποίηση, σε θέματα ψυχικής υγείας, των οικογενειών των θεραπευόμενων, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας αντικατοπτρίζεται στη μείωση του στίγματος. Πέρα από τα παραπάνω, η μείωση του αριθμού των νοσηλειών σε ψυχιατρικά ιδρύματα, καταδεικνύει την αποτελεσματική σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας όσον αφορά την ψυχική φροντίδα για τους ανθρώπους από την πόλη Mzuzu (Mwale, 2011).



Το 2014, το Department of Health and Human Services των Η.Π.Α. ανέφερε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ήταν λιγότεροι κατά 4.000 και κατά συνέπεια οι περιοχές δεν καλύπτονταν επαρκώς όσον αφορά την ψυχική υγεία (Fernandez, 2017). Οι πρωτοβουλίες πολιτικής του Office of Health Equity της Καλιφόρνια αναπτύχθηκαν σε πολιτειακό επίπεδο ώστε να βελτιώσουν την πρόσβαση και την ποιότητα στην περίθαλψη και να αυξήσουν τα θετικά αποτελέσματα για άτομα σε ορισμένες φυλετικές/πολιτιστικές κοινότητες στο δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας (US Department of Health and Human Services, 2012). Η περιφέρεια Riverside λαμβάνει κονδύλια για την εφαρμογή πρώιμης θεραπείας παρέμβασης σε ένα μη παραδοσιακό περιβάλλον: χρησιμοποιώντας τρία (3) οχήματα ως κλινικές ψυχικής υγείας, επιχειρείται η άμεση προσέγγιση οικογενειών στις κοινότητές τους, με σκοπό τη μείωση του στίγματος και την παροχή υπηρεσιών σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές (US Department of Health and Human Services, 2015). Συγκεκριμένα, το Riverside University Health System-Behavioral Health υλοποίησε πρόγραμμα κινητής πρόληψης και πρόωρης παρέμβασης, το οποίο παρέχει τη δυνατότητα παρέμβασης με στόχο την πρόληψη και την διαφύλαξη της ψυχικής υγείας παιδιών ηλικίας 0-7 ετών, βοηθώντας το συγκεκριμένο πληθυσμό από τα πρώτα σημάδια συμπτωματολογίας ψυχικών διαταραχών. Η κινητή μονάδα εξέτασε πάνω από εκατόν τριάντα (130) εξυπηρετούμενους, οι οποίοι ανέφεραν ότι έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για πρώτη φορά. Μέσω της αυξημένης κοινοτικής προσέγγισης, προληπτικά μέτρα πάρθηκαν με στόχο την αποτροπή μελλοντικών αρνητικών αποτελεσμάτων σε παιδιά (δηλαδή ψυχιατρικές νοσηλείες, «κακή» ακαδημαϊκή/κοινωνική ανάπτυξη). Αξίζει να τονιστεί ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία δεν θα είχε πρόσβαση σε συνεχιζόμενη θεραπεία ή δεν θα συμμετείχε σε αυτήν, αν οι κινητές μονάδες δεν εξυπηρετούσαν υποβαθμισμένες κοινότητες σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές (Fernandez, 2017).

Το Maine Mobile Health Program (MMHP) με έδρα την Augusta των ΗΠΑ λειτουργεί σήμερα με τέσσερις (4) κινητές μονάδες, παρέχοντας υπηρεσίες ιατρικής και ψυχικής υγείας σε χιλιάδες μετανάστες και εποχιακούς αγρότες. Η κλινική το 2004 έγινε αυτοδύναμο κέντρο ιατρικής υγείας και παρέχει υπηρεσίες αποκλειστικά μέσω κινητών μονάδων. Οι ΚΜ εξετάζουν κατά προσέγγιση σαράντα (40) ασθενείς κάθε μέρα και αποτελούνται από έναν ή δύο κλινικούς ιατρούς και έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (έναν δίγλωσσο κλινικό ψυχολόγο). Κάθε εξυπηρετούμενος εξετάζεται για κατάθλιψη και χρήση ουσιών. Το 2017, κατά προσέγγιση το 7% των εξυπηρετούμενων έλαβε θεραπεία για κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή

άγχος. Η πλειονότητα της χρηματοδότησης για την κλινική προέρχεται από επιχορηγήσεις του Κέντρου Υγείας της ομοσπονδιακής κοινότητας, από την ασφάλιση υγείας κάποιων ασθενών και από δωρεές από ιδιωτικά ιδρύματα, όπως το Maine Health Access Foundation (Abrams, 2018b, Στοιχεία από την ιστοσελίδα του Maine Mobile Health Program).

Άλλες κινητές μονάδες ψυχικής υγείας διοικούνται από την Veterans Health Administration (VHA). Τα Κινητά Κέντρα Βετεράνων (Mobile Vet Centers, MVCs) εξυπηρετούν βετεράνους μάχης, όπως επίσης και ενεργά μέλη και τις οικογένειές αυτών. Κύριος στόχος είναι η παροχή υποστήριξης για την εξομάλυνση της μετάβασης από το στρατιωτικό στο κοινωνικό περιβάλλον. Όλες οι κινητές μονάδες είναι στελεχωμένες με ειδικευμένο προσωπικό και, σε ορισμένες περιπτώσεις, κοινωνικούς λειτουργούς, οικογενειακούς θεραπευτές ή ψυχιάτρους για την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και πληροφοριών. Κατά το έτος 2017 πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 264.000 επισκέψεις σε MVCs και σημεία πρόσβασης εκτός των παραδοσιακών κέντρων βετεράνων. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν τη θεραπεία για όσους πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους, τραυματικό εγκεφαλικό τραύμα και κατάθλιψη, καθώς και συμβουλές γάμου ή πένθους (Abrams, 2018b).

Οι κινητές μονάδες που αναπτύσσονται από τα Κέντρα Woodland που βρίσκονται στην πόλη Willmar της Μινεσότα, ξεκίνησαν τη λειτουργία τους το 2008 και χρηματοδοτούνται από το Department of Human Services της Πολιτείας. Από το 2016 λειτουργούν όλη την ημέρα, όλη την εβδομάδα, έχουν υπό την ευθύνη τους 5.200 τετραγωνικά μίλια αγροτικών περιοχών και ανταποκρίνονται σε ψυχικές και συμπεριφορικές κρίσεις. Ο στόχος των Κέντρων Woodland είναι να προσεγγίσουν τους ανθρώπους προτού συμβούν σοβαρές ψυχικές ή συμπεριφορικές κρίσεις. Πάνω από το ένα τρίτο των κλήσεων που δέχονται οι ΚΜ είναι για άτομα που αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό, ένα τέταρτο αναφέρει εκρήξεις συμπεριφοράς και ένα τέταρτο αφορά άτομα με διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός περιλαμβάνει άλλα θέματα, όπως αυτοτραυματισμούς ή ψυχώσεις. Ως αποτέλεσμα των παρεμβάσεων, το 68% των εξυπηρετούμενων των ΚΜ παραμένουν στο χώρο τους και δεν χρειάζονται πρόσθετη φροντίδα (Abrams, 2018b).

Η περίπτωση της Κινητής Κλινικής που συστάθηκε στην κεντρική αγορά του Kas, εξυπηρετεί κυρίως τις κοινότητες Lahoye (πληθυσμός:15.417) και Tierra Muscady (πληθυσμός:13.318) στο Κεντρικό Οροπέδιο της Αϊτής, βορειοανατολικά του Port-au-Prince. Η περιοχή είναι

απομακρυσμένη, ενώ αξίζει να αναφερθεί η έλλειψη ηλεκτρικού ρεύματος, αποχέτευσης, ασφαλτοστρωμένου οδικού δικτύου και άλλων παρόμοιων δημόσιων έργων. Πριν από τη λειτουργία της Κινητής Κλινικής, τα άτομα που ζούσαν στο Kas δεν είχαν πρόσβαση σε δομές ψυχικής υγείας. Η Κινητή Κλινική προσπάθησε να γεφυρώσει το χάσμα περίθαλψης για περιστατικά με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών χρησιμοποιώντας τον διαμοιρασμό εργασιών μέσω της εκπαίδευσης και της επίβλεψης του μη εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού και παρέχοντας πρόσβαση στην περίθαλψη ατόμων σε αγροτικές και απομακρυσμένες κοινότητες. Οι προσπάθειες αυτές οδήγησαν σε βελτιωμένα αποτελέσματα αναφορικά με την ψυχική υγεία και τη μείωση του στίγματος. Η Κινητή Κλινική αποτελείται συνήθως από δύο ή τρεις ψυχολόγους, δύο ιατρούς (κάποιες φορές ψυχίατρο), έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν μη κλινικό «φαρμακοποιό» για τη χορήγηση φαρμάκων που έχουν συνταγογραφηθεί από τους ιατρούς και δύο κοινοτικούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Community Health Workers-CHWs). Η κλινική ήταν υπό την διαχείριση της Ομάδας Ψυχικής Υγείας της Zanmi Lasante (η θυγατρική στην Αϊτή της διεθνούς οργάνωσης υγείας Partners In Health) και χρηματοδοτήθηκε τοπικά από την Zanmi Lasante. Συνολικά, μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Νοεμβρίου 2013, εξυπηρετήθηκαν 318 άτομα. Τα δύο τρίτα κατά προσέγγιση ήταν γυναίκες (64%), με μέση ηλικία τα 37 έτη. Η μέση συμμετοχή στην κλινική παρουσίασε ανοδική τάση, αλλά δεν επρόκειτο για σταθερή αύξηση. Υπήρξε κάποια εποχικότητα στις κλινικές επισκέψεις, με μειωμένη προσέλευση κατά την περίοδο των βροχών (Απρίλιος-Ιούνιος). Από τους 235 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία και για τους οποίους καταγράφηκαν διαγνωστικές πληροφορίες, το 81% εξ αυτών διαγνώστηκε με διαταραχές διανοητικής, νευρολογικής φύσεως ή κατάχρησης ουσιών. Η συνηθέστερη διάγνωση ήταν καταθλιπτικές διαταραχές, αντιπροσωπεύοντας το ένα τρίτο (33%) των ασθενών, ακολουθούμενες από διαταραχές επιληπτικών κρίσεων (16%) και ημικρανία/κεφαλαλγία (12%). Τα υψηλότερα ποσοστά παρακολούθησης παρατηρήθηκαν σε άτομα με διαγνώσεις διπολικής διαταραχής (75%), διαταραχή κίνησης (73%) και διαταραχή επιληπτικής κρίσης (65%). Το ένα τρίτο περίπου των ασθενών με καταθλιπτικές και αγχωτικές διαταραχές παρακολούθησαν τουλάχιστον μία θεραπευτική συνεδρία. Παρά τις πολλές επιτυχίες της, τα ποσοστά παρακολούθησης ήταν χαμηλότερα από τα αναμενόμενα, ειδικά για καταθλιπτικές και αγχωτικές διαταραχές. Η Κινητή Κλινική Ψυχικής Υγείας αντιμετώπισε επιτυχώς ένα ευρύ φάσμα διαταραχών στην αγροτική Αϊτή και προσέφερε φροντίδα σε άτομα που προηγουμένως δεν είχαν συνεπή πρόσβαση στην ψυχική περίθαλψη (Fils-Aimé et al., 2018).

Καταλήγοντας, αξίζει να τονιστεί το γεγονός ότι οι Κινητές Μονάδες/Κλινικές είναι δυνατό να συσταθούν για να παρέχουν φροντίδα σε δύσκολους πληθυσμούς ή πληθυσμούς που έχουν πληγεί από καταστροφές (Weiss et al., 1999, Diaz-Perez et al., 2006, Olteanu et al., 2011). Για παράδειγμα έχουν συσταθεί μονάδες για το σεισμό στο Northridge, για Μεξικανούς μετανάστες στο αγροτικό Κολοράντο, για τα παιδιά που έχουν πληγεί από τον τυφώνα Κατρίνα στη Νέα Ορλεάνη κ.ά. Οι ΚΜ έχουν επιδείξει θετικά αποτελέσματα τόσο σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές όσο και σε ιδιαίτερες ομάδες πληθυσμού.

## 1.7 Τηλεψυχιατρική

Οι συνεχείς εξελίξεις στον κλάδο της τεχνολογίας των πληροφοριών και των επικοινωνιών δημιουργούν νέες δυνατότητες. Οι βασικές τεχνολογικές εξελίξεις περιλαμβάνουν ταχύτερες, ευρυζωνικές και ασύρματες επικοινωνιακές μονάδες υψηλότερης δυναμικότητας, βίντεο υψηλής ευκρίνειας και κινητά δίκτυα και τηλέφωνα τέταρτης γενιάς. Ως αποτέλεσμα αυτών των εξελίξεων, έχει γίνει διαθέσιμη μια αυξανόμενη ποικιλία εφαρμογών που χρησιμοποιούν πολλαπλά μέσα, όπως κείμενο, γραφικά, ηχητική και οπτική παρουσίαση. Η εμφάνιση ταχύτερων δικτύων μεγάλης χωρητικότητας επιτρέπει τη σχεδόν άμεση μετάδοση ήχου και εικόνας. Η «ζωντανή» διαδραστική επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, που είναι πλέον διαθέσιμη μέσω των παρεχόμενων διαδικτυακών υπηρεσιών, μπορεί να αξιοποιηθεί και στον κλάδο της υγείας.

Η πρώτη καταγεγραμμένη εφαρμογή των σύγχρονων τεχνολογιών στον κλάδο της τηλεψυχιατρικής χρονολογείται το 1950. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε πιο εκτεταμένα μετά το 1990, όταν δηλαδή εμφανίστηκαν τα πρώτα δίκτυα ψηφιακής τηλεφωνίας. Μέσω της τηλεψυχιατρικής παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τη χρήση σύγχρονων τηλεπικοινωνιακών συστημάτων μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τους θεραπευόμενους που βρίσκονται μακριά από κέντρα όπου εδρεύει κάποιος επαγγελματίας ψυχικής υγείας ή που κατοικούν σε δυσπρόσιτες και απομακρυσμένες περιοχές. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα σε όλους, οπουδήποτε και αν βρίσκονται, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η εναλλακτική εφαρμογή της ψυχιατρικής εξ αποστάσεως έχει αναπτυχθεί ιδιαιτέρως. Στην Ευρώπη, διενεργούνται προγράμματα τηλεψυχιατρικής σε 53 χώρες, όπως σε π.χ. Γερμανία, Μεγάλη Βρετανία, Φινλανδία, Νορβηγία, Γαλλία κ.ά. (WHO, European Health Information Gateway, τελευταία πρόσβαση 13/09/2020).

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω της Οδηγίας 2011/24/Ε.Ε. αναφέρονται στην εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής φροντίδας υγείας. Σκοπός της οδηγίας είναι να καταστεί πιο εύκολη και προσιτή η αντιμετώπιση ιατρικών περιστατικών και εκτός συνόρων της κάθε χώρας. Μέσω της οδηγίας αποσαφηνίζονται οι κανόνες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε άλλη χώρα της Ε.Ε. Επιπλέον, προβλέπεται ότι μέχρι το 2020 θα πρέπει να έχει διασφαλιστεί η πρόσβαση των Ευρωπαίων πολιτών στους ατομικούς τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους από οπουδήποτε στην Ευρώπη. Η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου θα εγκαινιάσει την έννοια του θεραπευτικού συνεχούς σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς ο θεραπευτής και θεραπευόμενος θα έχουν άμεση πρόσβαση σε αυτόν. Οι ηλεκτρονικοί φάκελοι είναι απαραίτητοι στον τομέα της τηλεψυχιατρικής, καθώς εξασφαλίζουν την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την κατάσταση υγείας του ασθενή χωρίς να είναι απαραίτητη αφ' ενός η φυσική του παρουσία για την εξέταση και διάγνωση αφ' ετέρου η προσκόμιση εκ μέρους του αντιγράφων προηγούμενων εξετάσεων και ιατρικών βεβαιώσεων.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της τηλεψυχιατρικής αφορούν στα εξής:

- Εκτίμηση και διάγνωση ψυχικών διαταραχών
- Δεύτερη γνώμη
- Ψυχοθεραπεία
- Συμβουλευτική – υποστηρικτική παρέμβαση - πληροφόρηση
- Τακτική παρακολούθηση της πορείας της υγείας των ασθενών
- Συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο

- Εξέταση της κατάστασης ψυχικής υγείας του ενδιαφερόμενου για έκδοση πιστοποιητικών για διοικητική χρήση, για παράδειγμα για τη στρατιωτική θητεία, την πρόσληψη στο δημόσιο, τις άδειες οπλοκατοχής κ.ά.
- Εξέταση παιδιών για μαθησιακές δυσκολίες
- Υλοποίηση διοικητικών εργασιών των μονάδων (τηλεδιοίκηση)
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε νέες μεθόδους (τηλε-εκπαίδευση)
- Συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων (Διεπιστημονική Ομάδα)
- Αξιολόγηση λόγω εισαγγελικής εντολής (για παράδειγμα για ακούσιες νοσηλείες)
- Αντιμέτωπιση επειγόντων περιστατικών

Κύρια πλεονεκτήματα της ψυχολογικής στήριξης μέσω διαδικτύου είναι η προσβασιμότητα, η αμεσότητα, η ευκολία και η αυξημένη αίσθηση της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας. Καθώς οι νέες τεχνολογίες αναπτύσσονται, η αξιοποίησή τους από ειδικούς υγείας καθίσταται απαραίτητη, επειδή τους δίνεται η δυνατότητα να επεκτείνουν το φάσμα των υπηρεσιών που προσφέρουν (Γείτονα και συν., 2018). Η χρήση στιγμιαίας οπτικοακουστικής επικοινωνίας με υψηλής ποιότητας, ιδιωτικό, διαδραστικό βίντεο παρέχει βελτιωμένες υπηρεσίες τόσο στον θεραπευτή όσο και στον θεραπευόμενο. Έτσι, οι διαβουλεύσεις με άτομα ή ομάδες γίνονται πιο άμεσα, καθώς μπορούν να πραγματοποιηθούν σε οποιοδήποτε χρόνο και χώρο, όπως σε χώρο εργασίας, σε σχολείο ή στον τόπο κατοικίας των συμμετεχόντων. Η δυνατότητα επιλογής χώρου αποτελεί μία θετική εξέλιξη στις μέχρι τώρα εφαρμοζόμενες πρακτικές, καθώς δεν χρειάζεται να μετακινηθεί είτε ο θεραπευόμενος είτε ο θεραπευτής, εξοικονομώντας με αυτό τον τρόπο χρόνο και χρήμα. Επιπλέον, παρέχεται η δυνατότητα συνέχισης των συνεδριών ακόμα και όταν ο τόπος διεξαγωγής της συνεδρίας ψυχολογικής στήριξης καθίσταται απαγορευτικός λόγω γεωγραφικών ή καιρικών συνθηκών. Περαιτέρω δε, παρέχεται η ευκαιρία της πρόσβασης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας σε ομάδες θεραπευόμενων που είναι πιο δύσκολο να μετακινηθούν, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα μειωμένης κινητικότητας. Επιπρόσθετα, αλλαγές στην καθημερινότητα των δύο παρεμβαλλόμενων μερών (όπως π.χ. αλλαγή τόπου κατοικίας) δεν επηρεάζουν το θεραπευτικό συνεχές. Οι ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες είναι αναγκαίο να πραγματοποιούνται σε

τακτά και καθορισμένα χρονικά διαστήματα, ώστε να εξασφαλίζεται η σταθερότητα στην θεραπευτική σχέση και να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Εν τέλει, η μέθοδος της τηλεψυχιατρικής στοχεύει στην αντιμετώπιση των διαφόρων περιστατικών με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο και, σε αρκετές περιπτώσεις, πιο οικονομικό.

Η χρήση των διαδικτυακών μέσων θέτει εκ νέου υπό συζήτηση τη συμμόρφωση των χρησιμοποιούμενων επαγγελματικών πρακτικών στις υπάρχουσες αρχές δεοντολογίας. Το κύριο ερώτημα που εγείρεται είναι εάν οι υπάρχουσες ηθικές αρχές και πρότυπα, όπως αυτές διατυπώνονται στους κώδικες δεοντολογίας των ενώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καλύπτουν επαρκώς τυχόν νέα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν στο πλαίσιο των νέων πρακτικών. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία το 1997 και η Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία το 2001 όρισαν τις αρχές δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν τη διαδικτυακή συμβουλευτική. Όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν τις χρησιμοποιούμενες πρακτικές εκκινούν από την θεμελιώδη αξία του σεβασμού στα δικαιώματα και στην αξιοπρέπεια του ατόμου.

Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται πάντως και το γεγονός ότι τίθεται ένα νέο πλαίσιο απαιτήσεων στον επαγγελματία ψυχικής υγείας που επιθυμεί να αξιοποιήσει τις παρεχόμενες νέες τεχνολογίες και τα επικοινωνιακά μέσα. Οι θεραπευτές καλούνται να εκπαιδευτούν στις νέες τεχνολογίες και, σε πολλές περιπτώσεις, να αντιμετωπίσουν διάφορα ζητήματα τεχνικής φύσης (Γείτονα και συν., 2018). Οι εξελίξεις στην επικοινωνία, όπως η τηλεδιάσκεψη, η δυνατότητα ταχείας καταγραφής και η εκτεταμένη μετάδοση υλικού μέσω διαφόρων δικτυακών τόπων και άλλων μέσων, καθώς και οι ευπάθειες των συστημάτων σε κακόβουλη πρόσβαση και πρακτική, θέτουν πρόσθετες απαιτήσεις τόσο στον θεραπευτή όσο και στους παρόχους υπηρεσιών. Οι διαρροές προσωπικών πληροφοριών μπορεί να προκληθούν είτε από λάθος χρήση των συστημάτων από τον θεραπευτή ή τον θεραπευόμενο, είτε από κάποιον hacker. Για παράδειγμα, τα κινητά τηλέφωνα με εγκαταστάσεις λήψης βίντεο μπορούν να χρησιμοποιηθούν κρυφά ή και με τη συναίνεση των εμπλεκόμενων για να καταγράψουν τις συνεδρίες και στη συνέχεια, να διαρρεύσει το υλικό, που είναι ιδιωτικό και εμπιστευτικό, χωρίς την συγκατάθεση ενός από τα δύο μέρη. Η εξοικείωση με τα πιθανά οφέλη και τους περιορισμούς αυτών των τεχνολογικών εξελίξεων και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προστατευθούν οι εμπλεκόμενοι, καθώς και οι ενέργειες για τη διασφάλιση της μείωσης των πιθανών κινδύνων από τη χρήση τους, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ηθικής πρακτικής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1 Επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων είναι ένα βασικό πρόβλημα παρά τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί στο δημόσιο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών τα τελευταία τριάντα έτη. Οι ευρείες μελέτες του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό είναι πολύ περιορισμένες και αφορούν κυρίως σε αστικά περιβάλλοντα. Σε έρευνα του Π.Ο.Υ. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην οποία συμμετείχε και η χώρα μας, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ ήταν 22% σε ένα μήνα (Mavreas et al., 1986a). Σε άλλη σχετική έρευνα αναφέρεται ότι το 16% του γενικού πληθυσμού στον ελλαδικό χώρο υποφέρει από κάποια ψυχική διαταραχή (Mavreas et al., 1986b). Οι γυναίκες, άτομα που έχουν χηρέψει και άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας (Μαδιανός, 2003). Σε έρευνα στον γενικό πληθυσμό, στο πλαίσιο πολυκεντρικής μελέτης από συνεργαζόμενο κέντρο του Π.Ο.Υ., που πραγματοποιήθηκε στην Εύβοια, σε δείγμα 50.000 ατόμων, έδειξε ότι το 29% υπέφερε από τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή (Stylianidis et al., 2014b, Στυλιανίδης & Στυλιανούδη, 2008).

Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα στο βόρειο Αιγαίο, με τη συμμετοχή αγροτικού πληθυσμού 428 ατόμων, το 14% των συμμετεχόντων παρουσίασε συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Οι γυναίκες έναντι των ανδρών είχαν περίπου διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν συμπτώματα που να συσχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Αν εξαιρεθεί το φύλο (οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερου βαθμού νοσηρότητα), οι απολαβές ανά έτος παρουσίασαν θετικό συσχετισμό (οι υψηλές απολαβές παρουσιάζουν υψηλότερη συμπτωματολογία ψυχικής νοσηρότητας) (Σκαπινάκης και συν., 2007).

Τόσο η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών, όσο και η κλινικά σημαντική νοσηρότητα απαντώνται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα συχνό και σε διεθνείς έρευνες (Mavreas et al., 1986a, Alonso et al., 2004, Στυλιανίδης και συν., 2005), αλλά και σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε αγροτικές και αστικές περιοχές στην Ελλάδα (Σκαπινάκης και συν., 2007, Mavreas et al., 1986b). Αντίθετα, η επιβλαβής χρήση οινόπνευματων είναι συχνότερη στον ανδρικό πληθυσμό. Ο συσχετισμός στο σταθμισμένο



μοντέλο της μόρφωσης και της ψυχιατρικής νοσηρότητας καταδεικνύουν ότι είναι πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, η οποία δυνητικά είναι μικρότερη σε άτομα ανώτερου/ανώτατου μορφωτικού επιπέδου. Το εύρημα αυτό συμφωνεί επίσης με τα δεδομένα από άλλες επιδημιολογικές μελέτες, όπου το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας (Alonso et al., 2004).

Ομάδα από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποίησε έρευνα σε δείγμα 9.800 ατόμων σε όλη την Ελλάδα, εκτός από την Κρήτη. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 54,2%, καθώς 4.894 άτομα δέχτηκαν να απαντήσουν στην έρευνα (μέση ηλικία δείγματος 42 έτη, ηλικιακό εύρος 18-70 ετών, περίπου 50% άνδρες και 50% γυναίκες, περίοδος έρευνας Σεπτέμβριος 2009 έως και Φεβρουάριος 2010). Η ψυχολογική κόπωση, η ευερεθιστότητα και η ανησυχία ήταν τα συμπτώματα που επικρατούσαν στην έρευνα σε ποσοστό 15%, ενώ το 5% του δείγματος εμφάνιζαν εμμονές, φοβίες και πανικό. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους άνδρες, εκτός από την ευερεθιστότητα. Η πιο συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή στην έρευνα ήταν η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) με ποσοστό 4,1%, ακολουθούμενη από τα καταθλιπτικά επεισόδια με ποσοστό 2,9%. Το 7,5% των συμμετεχόντων πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, η οποία συνδέεται με άγχος ή/και κατάθλιψη. Οι μεγαλύτερες ηλικίες (50-70 ετών) παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Το 50% των συμμετεχόντων παρουσίαζε ψυχοπαθολογικά συμπτώματα για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Το 12,69% του πληθυσμού έκανε κατάχρηση αλκοόλ (άνδρες 16,95% και γυναίκες 8,51%) και το 2,06% έκανε χρήση κάνναβης (υψηλότερη στην ηλικιακή ομάδα 18-29, πιο συχνή στους άνδρες). Οι γυναίκες, οι διαζευγμένοι ή οι χήροι, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι άνεργοι στο δείγμα είχαν υψηλότερη ψυχιατρική νοσηρότητα (Skapinakis et al., 2013).

Κατά το έτος 2010 πραγματοποιήθηκε έρευνα του Ευρωβαρομέτρου, σύμφωνα με την οποία οι Έλληνες συμμετέχοντες σε ποσοστό 43% απάντησαν ότι ένιωθαν συναισθήματα χαράς πάντα ή τον περισσότερο καιρό κατά τον μήνα πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό κατά την έρευνα του 2006, το οποίο ήταν 61%. Ένα άλλο στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα είναι ότι στην Ελλάδα σημειώθηκε η μεγαλύτερη μείωση καθώς το 46% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ένιωθαν ήρεμα και γαλήνια πάντα ή τον περισσότερο καιρό τον

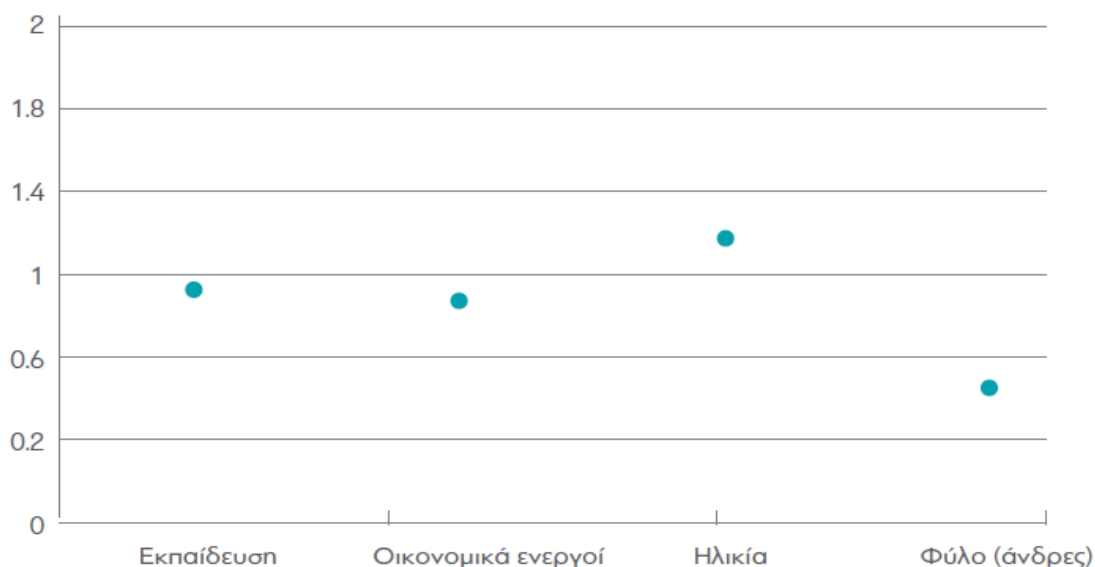
μήνα πριν την έρευνα σε σχέση με το 2006 που το ποσοστό ήταν 58% (European Commission: Eurobarometer 64.4 & 73.2., 2010).

Σε έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα κατά τα έτη 2006 και 2011, έγινε προσπάθεια αξιολόγησης της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βασίστηκε στην αυτό-αναφορά (self-reported frequency of depressive symptoms, SRD) των συμμετεχόντων κατά τις τέσσερις (4) συνεχείς εβδομάδες πριν την πραγματοποίηση της έρευνας. Σύμφωνα με την μελέτη, οι άνθρωποι ένιωθαν λυπημένοι ή μελαγχολικοί σε ποσοστό 19,8% και στην έρευνα του 2006 και του 2011. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ίσως εξηγείται από το ότι οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης δεν έχουν άμεση εμφάνιση, αλλά χρειάζεται χρόνος για να αναπτυχθούν συναισθήματα λύπης και κατ' επέκταση κατάθλιψης. Οι συμμετέχοντες με υψηλό εισόδημα και καλύτερο μορφωτικό επίπεδο είχαν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης συναισθημάτων λύπης και μελαγχολίας. Από την άλλη πλευρά, οι άνεργοι σε σχέση με τους έχοντες εργασία είχαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων, όπως επίσης και οι πάσχοντες από χρόνια νόσημα. Οι άγαμοι, οι χήροι και οι διαζευγμένοι συμμετέχοντες είχαν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Mylona et al., 2014).

Ο κλάδος της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έχει επηρεαστεί ιδιαιτέρως τα τελευταία χρόνια λόγω των οικονομικών συνθηκών που επικρατούν στη χώρα (Simou & Koutsogeorgou, 2014, Αναγνωστόπουλος & Σουμάκη, 2012, Stylianidis & Chondros, 2011). Ευρήματα συσχετίζουν την αύξηση των ψυχικών διαταραχών με την οικονομική κρίση (Efthimiou et al., 2013, Giotakos et al., 2011, Zavras et al., 2013, Γιωτάκος, 2010, Μπούρας & Λύκουρας, 2011). Σύμφωνα με ευρήματα από τις έρευνες του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), η οικονομική ύφεση επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία του ατόμου και αυξάνει τον αριθμό περιστατικών ψυχικής νοσηρότητας (Οικονόμου και συν., 2018, ΕΠΨΥ, 2013). Έχει καταγραφεί αύξηση των περιστατικών ψυχικών διαταραχών, η οποία ξεπερνά το 100% την τριετία της αρχής της κρίσης (Karaniolos et al., 2013, Anagnostopoulos & Soumaki, 2013, Οικονόμου και συν., 2012). Η οικονομική κρίση οδήγησε σε οικονομική δυσπραγία και ανεργία μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Πολλά άτομα λόγω των οικονομικών συνθηκών οδηγήθηκαν στον κοινωνικό αποκλεισμό (Spyridakis & Feronas, 2014) και διαβιών κάτω από το μέσο επίσημο όριο της φτώχειας με αυξημένο τον κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας λόγω ψυχικών διαταραχών και

υψηλών ποσοστών νοσηρότητας (Van Doorslaer et al., 1997, Wilkinson, 1996). Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης αγχωτικών καταστάσεων είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική κατάσταση, η ηλικία και το φύλο (Γράφημα 6).

**Γράφημα 6:** Παράγοντες που επιδρούν στη δημιουργία καταστάσεων άγχους



**Πηγή:** Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε., 2012

Η οικονομική ύφεση συνδέεται με αύξηση του κινδύνου περιστατικών αυτοκτονικότητας<sup>10</sup> στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού (WHO, 2011). Εκτός από το συσχετισμό με περιστατικά αυτοκτονιών, σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας εκδηλώνονται περιστατικά ψυχικών διαταραχών κατάθλιψης (Madianos et al., 2011, Lee et al., 2010, Wang et al., 2010, Econonomou, 2013, Economou et al., 2016a, Γιωτάκος και συν., 2011, 2012, Οικονόμου και συν., 2018). Οι

<sup>10</sup> Σύμφωνα με τον Durkheim (1951), ως αυτοκτονία ορίζεται «κάθε περίπτωση θανάτου, η οποία απορρέει αμέσως ή εμμέσως εκ θετικής ή αρνητικής πράξεως (ή παράληψής της) του ίδιου του θύματος, το οποίο την επιτέλεσε εν γνώσει του δυνατικά θανατηφόρου αποτελέσματός της».

ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι μετανάστες και οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και οι ομάδες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, σε περιόδους κρίσης παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, εθισμών από ψυχοτρόπες ουσίες και αυτοκτονιών (Τσιάντου & Κυριόπουλος, 2010). Η Ελλάδα επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες (Economou et al., 2013b, Kondilis et al., 2013) σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες εντός της Ε.Ε. καταγράφοντας τη μεγαλύτερη αύξηση αυτοκτονιών σε ποσοστό 17% το 2010 έναντι του 2009 (Stuckler et al., 2011) και μία αύξηση 50% από το 2010 έναντι του 2014 (Eurostat, τελευταία πρόσβαση 10/05/2020, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016β, OECD/European Union, 2014). Συγκεκριμένα, ο αριθμός των αυτοκτονιών από το έτος 2009 στο έτος 2010 αυξήθηκε κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό στην ηλικιακή ομάδα των 35-55 ετών (Κυριόπουλος και συν., 2012). Η μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών στην Ελλάδα παρατηρήθηκε κατά το έτος 2012 (Branas et al., 2015). Σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα είχε από τους χαμηλότερους αριθμούς αυτοχειρών (Eurostat, 2017), ωστόσο κατά την περίοδο 2008-2011 αυξήθηκε το ποσοστό της κατά 27% (OECD/European Union, 2014). Εντούτοις, κατά το έτος 2013 παρατηρείται μείωση των ποσοστών αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας (2,6% και 0,9% αντίστοιχα) (Economou, 2016a, 2016b). Μάλιστα, ο αριθμός των αυτοκτονιών έχει μειωθεί και προσεγγίζει αυτόν της εποχής πριν την οικονομική κρίση (Economou, 2016b).

Έρευνα, η οποία διήρκησε από το 2008 έως το 2013, μελέτησε τη συσχέτιση των οικονομικών αλλαγών με την ψυχική υγεία. Κατά τη χρονική περίοδο 2010-2013, όπου τα ποσοστά ανεργίας ήταν υψηλότερα σε σχέση με τη χρονική περίοδο 2008-2009, τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν πως η ανεργία επιδεινώνει την κατάσταση ψυχικής υγείας του ατόμου. Συγκεκριμένα, η ψυχική υγεία και γενικότερα η υγεία των γυναικών είχε επιδεινωθεί περισσότερο εξαιτίας της οικονομικής δυσπραγίας σε σχέση με το αντρικό φύλο τόσο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης όσο και πριν αυτή εκδηλωθεί (Drydakis, 2015). Οι απότομες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές επιδεινώνουν την ψυχική υγεία των ανθρώπων και ένας τρόπος βελτίωσης της κατάστασης είναι η υιοθέτηση κοινωνικών πολιτικών (Kentikelenis et al., 2014, Latsou & Geitona, 2018). Παρ' όλα αυτά, οι δαπάνες για τον κλάδο της ψυχικής υγείας υπόκεινται σε μειώσεις από το 2010 (Simou & Koutsogeorgou, 2014, Hyphantis, 2013).

Οι έρευνες, οι οποίες διεξήχθησαν κατά τη χρονική περίοδο 2008 έως 2015 από το ΙΚΠΠ και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών αξιολογούσαν εκτός των άλλων και τη Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, ο δείκτης Σωματικής Υγείας αυξήθηκε από το έτος 2008 μέχρι το 2013, ενώ διαπιστώθηκε μείωση από το 2013 στο 2015 φτάνοντας με αυτή τη μείωση τα επίπεδα του 2008. Από την άλλη πλευρά, ο δείκτης Ψυχικής Υγείας αυξήθηκε από το έτος 2008 στο έτος 2010. Ωστόσο, διαπιστώθηκε μία μείωση του δείκτη Ψυχικής Υγείας από το 2010 στο 2013. Κατά το έτος 2015, η τιμή παρέμεινε σταθερή και στα πλαίσια του 2013, αλλά θα πρέπει να τονιστεί ότι η τιμή αυτή ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με την τιμή του έτους 2008 (Πίνακας 2) (ΙΚΠΠ, 2008, 2010, 2013, 2015).

**Πίνακας 2:** Η ΠΖσΥ στον πληθυσμό κατά τα έτη 2008, 2010, 2013 και 2015

Έτος	Μέση τιμή δείκτη Σωματικής Υγείας	Μέση τιμή δείκτη Ψυχικής Υγείας
2008	48,9	48,8
2010	50,4	49,5
2013	53,6	46,0
2015	48,4	45,8

**Πηγή:** ΙΚΠΠ, 2008, 2010, 2013, 2015

Από το έτος 2000 στο έτος 2012, οι αριθμοί εισαγωγών ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές στα νοσοκομεία έχουν αυξηθεί σημαντικά. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη αύξηση, της τάξεως του 77%, παρατηρήθηκε στα μεγέθη των γεροντικών και προγεροντικών οργανικών ψυχωσικών διαταραχών και στη συνέχεια, κατά 55%, στους ασθενείς με σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης (Διανέσις, 2016). Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών ανά κατηγορία ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών που εξήλθαν από τα νοσοκομεία κατά τα έτη 2000, 2010 και 2012 στην Ελλάδα, ενώ στον Πίνακα 4 απεικονίζεται ο

συνολικός αριθμός των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές κατά τα έτη 2000, 2010 έως και 2014 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2000, 2010-2014). Αξίζει να επισημανθεί η αύξηση των εξελθόντων ασθενών από τα νοσοκομεία με σχιζοφρενικές ψυχώσεις ανάμεσα στο έτος 2010 και 2012 κατά 483%.

**Πίνακας 3:** Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές κατά τα έτη 2000, 2010 και 2012

	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>
<b>Νόσημα</b>	<b>Αριθμός εξελθόντων ασθενών</b>		
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.778	3.140	4.241
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.729	10.073
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.455	8.934
Άλλες ψυχώσεις	14.143	14.101	6.869
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2.680	2.445	3.369
Σύνδρομο αλκοολικής εξαρτήσεως	1.509	2.263	1.263
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	2.293	1.776
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114	119
Πνευματική καθυστέρηση <sup>11</sup>	645	419	779
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5.029	4.154	3.226
<b>Σύνολο</b>	<b>35.789</b>	<b>39.113</b>	<b>40.649</b>

**Πηγή:** Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2000, 2010, 2012

<sup>11</sup> Ο όρος «πνευματική καθυστέρηση» δε χρησιμοποιείται πλέον και έχει αντικατασταθεί από τους όρους «νοητική καθυστέρηση» ή «νοητική αναπηρία».

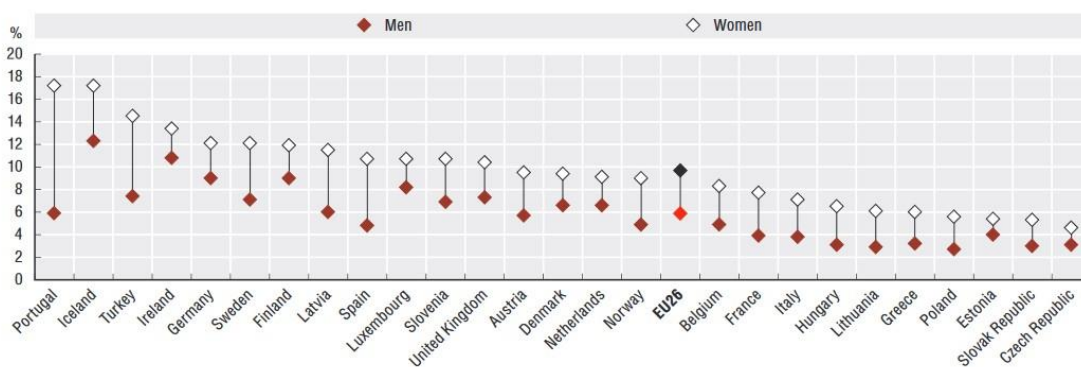
**Πίνακας 4:** Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς [F00-F99] 2000, 2010 έως 2014

Έτος	Εξελθόντες ασθενείς	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των εξελθόντων
2000	35.789	2,0
2010	39.113	1,8
2011	39.605	1,8
2012	40.649	1,9
2013	35.366	2,2
2014	35.004	2,3

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2000, 2010-2014

Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Ε., ο επιπολασμός χρόνιας κατάθλιψης των χωρών άγγιξε το 7,9% του πληθυσμού για το έτος 2014, ενώ οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. Για την Ελλάδα, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4,7% και για τις γυναίκες ήταν 6% (Γράφημα 7) (OECD, 2017).

**Γράφημα 7:** Επιπολασμός χρόνιας κατάθλιψης κατά το έτος 2014



Σημείωση: Αυτοαναφερόμενος επιπολασμός κατάθλιψης τους τελευταίους 12 μήνες

Πηγή: OECD, 2017, Eurostat Database, 2017, <http://dx.doi.org/10.1787/888933602538>

Οι Γιατροί του Κόσμου-Ελληνική Αντιπροσωπεία (ΓτΚ) μέσω του προγράμματος «Open Minds-Προωθώντας την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα» παρείχαν δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε όσους χρήζουν ανάγκης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης από τον Ιανουάριο έως τον Σεπτέμβριο του 2018. Πάνω από 757 άτομα έκαναν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του προγράμματος. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν κατά προσέγγιση 4.000 συνεδρίες ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης, στις οποίες το 59% των ατόμων που τις παρακολούθησαν ήταν άντρες. Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές που διαγνώστηκαν από τους ψυχιάτρους ήταν οι συναισθηματικές διαταραχές σε ποσοστό 67% και ακολουθούνταν από τις νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 61% (ΓτΚ, 2018).

Σύμφωνα με τους Ευρωπαϊκούς Βασικούς Δείκτες Υγείας (European Core Health Indicators – ECHI)<sup>12</sup> παρατηρείται μία απότομη αύξηση στο προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων εξαιτίας ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών στην Ελλάδα κατά το έτος 2014 σε σχέση με τα παρελθόντα έτη (Πίνακας 5). Παρόλο που το 2014 η ελληνική οικονομία παρουσίασε, για πρώτη φορά από το 2007, θετικό βαθμό ανάπτυξης η αβεβαιότητα συνεχιζόταν αυξάνοντας τόσο την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όσο και την προκαλούμενη από αυτές πρόωρη θνησιμότητα. Κατά το έτος 2016, η Ελλάδα σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη έχει από τα χαμηλότερα προτυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας, δηλαδή 10,72 ανά 100.000 πληθυσμό λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Γράφημα 8) (ECHI, 2016).

---

<sup>12</sup> Το εργαλείο δεδομένων ECHI (European Core Health Indicators) είναι ένα γραφικό εργαλείο και μια διαδραστική εφαρμογή για την παρουσίαση σχετικών και συγκρίσιμων πληροφοριών για την υγεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το εργαλείο παρουσιάζει έναν κατάλογο δεικτών ομαδοποιημένων σε κατηγορίες δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, κατάστασης υγείας, καθοριστικών παραγόντων υγείας, παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας-υπηρεσιών υγείας και τέλος, προαγωγής της υγείας. Για όλους τους δείκτες, όποτε είναι δυνατόν, τα δεδομένα καλύπτουν όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. και συχνά την Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών (European Free Trade Association, EFTA) και τις υπό ένταξη χώρες. Τα περισσότερα στοιχεία παρέχονται από την Eurostat, ωστόσο πολλοί δείκτες προέρχονται από άλλες πηγές, όπως τον Π.Ο.Υ., τον ΟΟΣΑ, ειδικά προγράμματα και εξειδικευμένες βάσεις δεδομένων.



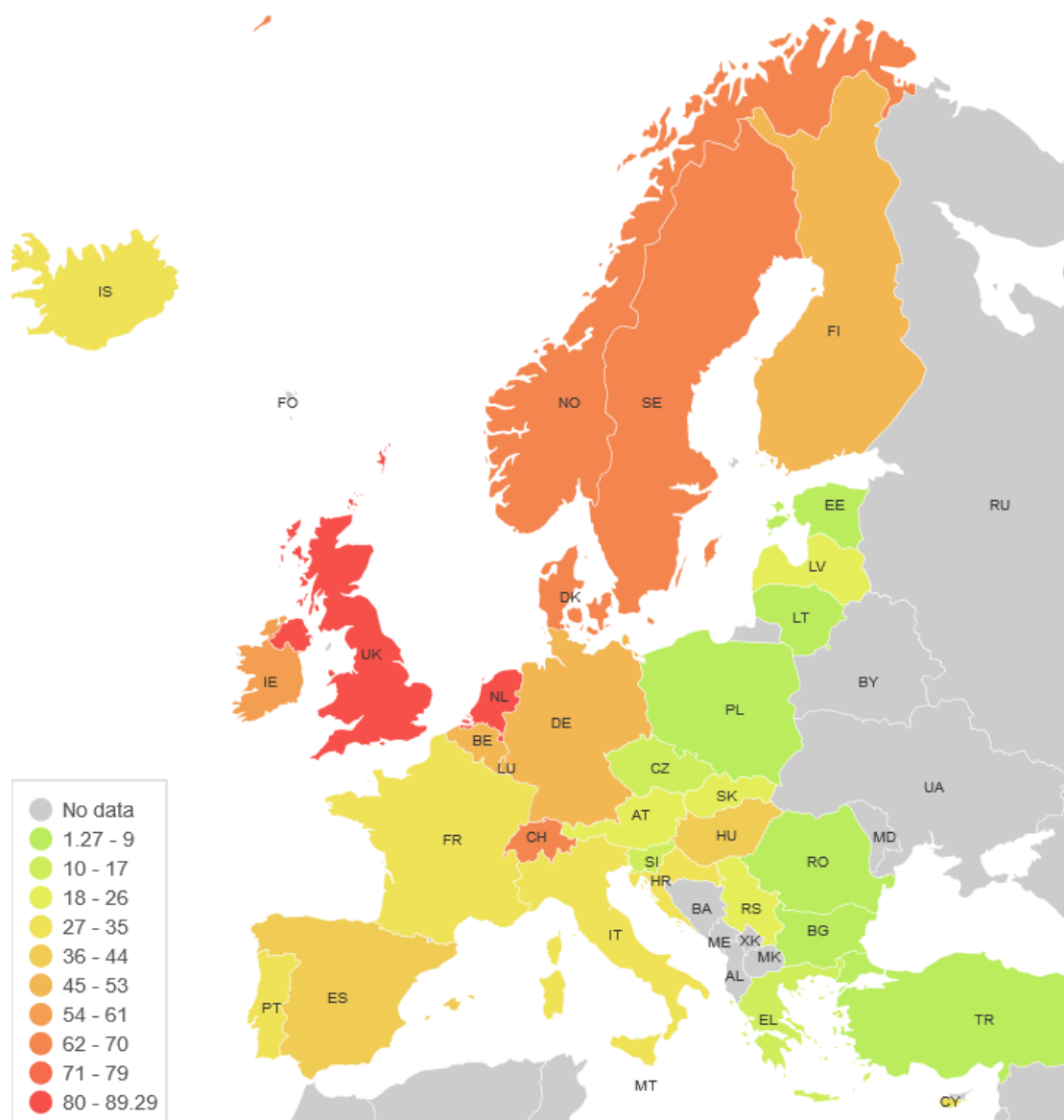
**Πίνακας 5:** Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών ανά έτος

Χώρα	Έτος	Προτυποποιημένοι θάνατοι (%)
Ελλάδα	2011	1,1
Ε.Ε. 28	2011	31,1
Ελλάδα	2012	1,1
Ε.Ε. 28	2012	34,2
Ελλάδα	2013	1,2
Ε.Ε. 28	2013	36,4
Ελλάδα	2014	5,1
Ε.Ε. 28	2014	38,3
Ελλάδα	2015	9,1
Ε.Ε. 28	2015	43,4
Ελλάδα	2016	10,7
Ε.Ε. 28	2016	43,5

**Πηγή:** European Core Health Indicators (ECHI), 2016,

<http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=13>

**Γράφημα 8:** Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (2016)

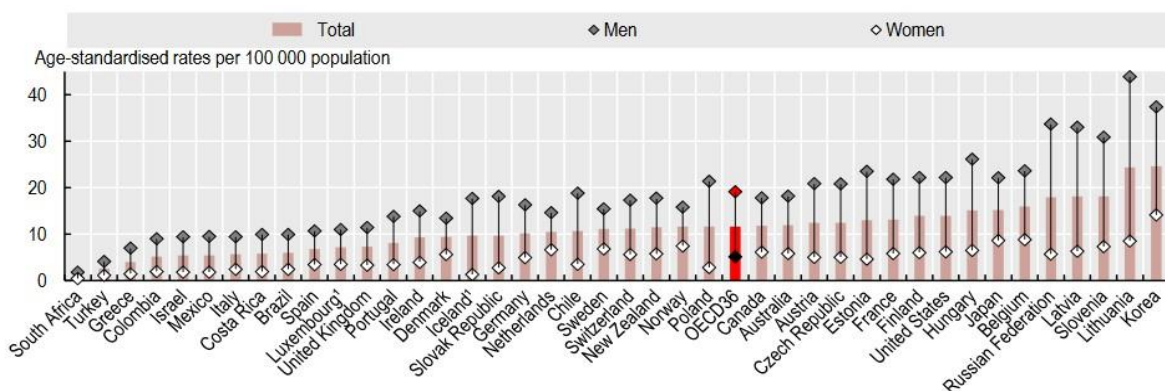


**Πηγή:** European Core Health Indicators (ECHI), 2016,  
<http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=13>

Η Ελλάδα ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζει από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, λιγότεροι από πέντε θάνατοι εξαιτίας περιστατικών αυτοκτονίας ανά 100.000

ανθρώπους κατά το έτος 2017 (Γράφημα 9) (OECD, 2019). Ωστόσο, σε σχέση με τα παρελθόντα έτη τα ποσοστά αυτοκτονιών και περιστατικών σοβαρής κατάθλιψης έχουν αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με αυτά πριν την οικονομική κρίση.

**Γράφημα 9:** Ποσοστά αυτοκτονιών, 2017 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: Στατιστικές Υγείας του ΟΟΣΑ 2019, <https://doi.org/10.1787/888934015182>

## 2.2 Εξέλιξη και διαχείριση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Το εθνικό σύστημα υγείας διαμορφώνεται με βασικό σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Ένα σύστημα υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια δαπάνη αλλά ως μια «επένδυση» της Πολιτείας προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα υγείας των πολιτών και να ενισχύσει την ευημερία του κράτους (Xesfingi & Vozikis, 2016). Στην Ελλάδα, η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας έγινε με τη θέσπιση του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) το 1983. Έκτοτε, οι πλείστες παρεμβάσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ, πέρα από εφαρμογή των διαφορετικών πολιτικών της κάθε κυβέρνησης, αποτελούσαν μία προσπάθεια με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητάς του και την προσαρμογή του στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες. Το ΕΣΥ βασίστηκε αποκλειστικά στην κρατική

ενίσχυση, δίχως όμως να αναπτυχθούν συγχρόνως συστήματα αξιολόγησης, ελέγχου και λογοδοσίας των δομών και των εργαζομένων του. Η λειτουργία του ήταν εξαρχής εξαιρετικά δαπανηρή προκειμένου να παρέχονται οι απαιτούμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ εξέλειπε ο έλεγχος ως προς τη διαχείριση των κρατικών κονδυλίων (Αλετράς και συν., 2003). Η δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων κατά τα έτη 2010 και 2011 οδήγησε στη λήψη μέτρων οριζόντιων περικοπών στην Υγεία προκειμένου να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος (Kapanos & Souliotis, 2017, Souliotis et al., 2016b, Σουλιώτης, 2013). Αυτό δυσχέρανε ακόμα περισσότερο τη θέση του κλάδου ψυχικής υγείας, ο οποίος τέθηκε στο περιθώριο της ατζέντας των πολιτικών για την υγεία (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016, Μαδιανός, 2013).

Ο τομέας της ψυχιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα ήταν πάντα πιο υποβαθμισμένος σε σύγκριση με άλλους υγειονομικούς και κοινωνικούς τομείς της χώρας. Η Ελλάδα μέχρι το 1981 δεν είχε αναπτύξει δομές ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλα κράτη της Ε.Ε. (Madianos et al., 1999, Στυλιανίδης και συν., 2007, Πλουμπίδης, 2009). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στον ελλαδικό χώρο ξεκίνησε ουσιαστικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 εν όψει τόσο της ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, όσο και της διεθνούς ευαισθητοποίησης σε σχέση με τις συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου (Λιάκος, 2003). Το πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης της Λέρου, σύμφωνα με τους Στυλιανίδη και Στυλιανούδη (2008), αποτέλεσε την απάντηση στα σχετικά δημοσιογραφικά άρθρα του διεθνούς τύπου που αναφέρονταν στις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών. Για την υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος έγινε χρήση τόσο των προσφερόμενων υποστηρικτικών μηχανισμών όσο και των χρηματικών πόρων, όπως αυτοί προβλέπονταν στον Κανονισμό 815/84 της 26 Μαρτίου 1984 της ΕΟΚ που αναφέρεται στον εκσυγχρονισμό του σχετικού θεσμικού συστήματος της Ελλάδας. Γενικότερα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση σχεδιάστηκε ως μια συλλογική προσπάθεια του κράτους, των ψυχιάτρων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κοινωνικών λειτουργών με σκοπό την κάλυψη των σύνθετων αναγκών του πολίτη (Roelandt & Desmons, 2002) σε όλα τα επίπεδα της ψυχικής υγείας (αντιμετώπιση, πρόληψη, αποκατάσταση, προώθηση). Πάντως, πρέπει να αναφερθεί ότι η κυριαρχία μεγάλων ιδρυμάτων ασύλου και η έλλειψη τομεοποίησης λειτούργησαν αποτρεπτικά στη λήψη μέτρων για την ανταπόκριση στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

Ωστόσο, υπήρξαν καθυστερήσεις στην εφαρμογή της μεταρρύθμισης σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα, αφενός λόγω των διοικητικών δυσχερειών και αφετέρου λόγω της φύσης των

θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνται για να γίνει η μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική φροντίδα των ασθενών εντός του περιβάλλοντος ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο που διαρθρώνεται με βάση την κοινότητα. Η δεύτερη φάση του προγράμματος της Λέρου, η οποία τέθηκε σε εφαρμογή κατά τη διάρκεια της περιόδου 1993-1995, προέβλεπε την επέκταση της παρέμβασης για τον εξανθρωπισμό των συνθηκών διαβίωσης του Ψυχιατρείου της Λέρου. Σύμφωνα με το άρθρο 10 του νόμου 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 96Α/17-05-1999)<sup>13</sup>, προβλέπεται η ανάπτυξη υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με κύριο σκοπό την ομαλή επανένταξή τους στην κοινωνία. Με το άρθρο 12 παρουσιάζονται οι ΚοιΣΠΕ, ως κοινωνικός συνεταιρισμός με επιχειρηματική δραστηριότητα (Στοιχεία από την ιστοσελίδα της ΚοιΣΠΕ).

Στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας ανέπτυξε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός». Πρόκειται για ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τη μετατόπιση των υπηρεσιών περίθαλψης/φροντίδας από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη, δηλαδή τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (με το κλείσιμο των τμημάτων της χρόνιας νοσηλείας), σε υπηρεσίες που αναπτύσσονται εντός της κοινοτικής δομής, με την ανάπτυξη Δικτύων Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και ταυτόχρονη ανάπτυξη κλινικών για ψυχικά ασθενείς σε γενικά νοσοκομεία (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016, Madianos & Christodoulou, 2007).

Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 2001 και το πρώτο στάδιο ολοκληρώθηκε το 2010. Η πρώτη φάση του προγράμματος επικεντρώθηκε στη διαδικασία αποϊδρυματισμού των ψυχικά ασθενών, δηλαδή στη σταδιακή αντικατάσταση της υπάρχουσας διαδικασίας νοσηλείας σε δημόσια

---

<sup>13</sup> Ο νόμος 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις», αναφέρει ότι «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... Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

ψυχιατρεία από ένα δίκτυο δομών εντός κοινότητας με στόχο τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ψυχικά ασθενή (Karastergiou et al., 2005, Madianos & Economou, 1999). Η δεύτερη φάση του προγράμματος σχεδιάστηκε το 2011 και είχε, επίσης, ορίζοντα δεκαετίας. Στόχος της ήταν το κλείσιμο των εναπομεινάντων ψυχιατρικών νοσοκομείων μέχρι το 2015, η ανάπτυξη δομών για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, η ολοκλήρωση της διασύνδεσης των επί μέρους δικτύων, η δημιουργία συστήματος αξιολόγησης και η προώθηση δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των ασθενών (Παρασκευαΐδου & Κατσαλιάκη, 2015, ΥΥΚΑ, 2010, 2014). Παρ' όλα αυτά, η δεύτερη φάση του προγράμματος δεν ολοκληρώθηκε ποτέ (Μαδιανός, 2013).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες θα εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την επανένταξη στην κοινωνία και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Στόχος του προγράμματος είναι η δημιουργία αποτελεσματικών δικτύων και υπηρεσιών εντός κοινοτικού πλαισίου, ώστε οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές να μην υφίστανται την παύση των κοινωνικών σχέσεων και η κοινότητα με τη σειρά της να συμμετέχει ενεργά στην επανένταξη των ασθενών και στην επανεισαγωγή τους στον εργασιακό χώρο με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού (Στοιχεία από την ιστοσελίδα του Ψυχαργός).

Το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε τον Ιούνιο 2019 την έκθεση «Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας». Στην έκθεση γίνεται αναφορά στην τρέχουσα κατάσταση και στις ανάγκες από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και υποδομές, ωστόσο ελλείπουν στοιχεία για τη βιώσιμη χρηματοδότηση και αξιολόγηση της μεταρρύθμισης. Στην έκθεση ενσωματώνονται οι κατευθυντήριες αρχές του «EU-Compass» - Δράση της ΕΕ για την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία, καθώς και του Π.Ο.Υ. (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Οι βασικοί πυλώνες του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζονται στο Γράφημα 10. Επιπλέον, στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται μια συνοπτική αποτύπωση του αριθμού των δομών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας για το έτος 2014.

**Γράφημα 10:** Βασικοί πυλώνες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας



Πηγή: Ψυχαργός, 2014

**Πίνακας 6:** Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά Περιφέρεια

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΤΤΙΚΗ	Α.Ν. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΚΡΗΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2		1											3
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	9	4	7	1	2	2	1	2		3	1	3	4	39
Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	4		2											6
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	9	6	5		3	2	3	2	2	3	1		4	40
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	7	1	3		1	1	1	1			1		2	18
Κινητές ΜΨΥ		2	2	1	2	3	2	2	2	4	2	4	3	29
Κέντρα Ημέρας	30	2	8		1	3	2	3	2	2	1	1	3	58
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	197	18	92	3	22	31	12	21	27	29	1	15	23	491
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer	6		4			1						1	1	13
ΚοιΣΠΕ	7	1	3		1		2	1	1	1	1	1	3	22
Κέντρα Ημέρας Αυτισμού	9	1		1		1				1			1	14
Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης	5	1	2		1								1	10
Ιδιωτικές κλινικές	11	3	10	1		10							1	36

Πηγή: Ψυχαργός, 2014

Σε επίπεδο δομών εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές περιοχές της χώρας που είτε δε διαθέτουν καμία Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ), είτε η συσσώρευση των δομών είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την πυκνότητα του πληθυσμού ή τη γεωγραφική κατανομή (Fountoulaks & Souliotis, 2017). Παρατηρείται μεγαλύτερη συσσώρευση δομών ψυχικής υγείας στις περιφέρειες της Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, σε αντίθεση με σημαντική υστέρηση δομών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας και Βορείου Αιγαίου. Επιπρόσθετα, ως προς την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, η Αττική έχει συγκεντρώσει κατά προσέγγιση το 50% των Κέντρων Ημέρας από όλη τη χώρα, ενώ οι περιφέρειες της Δυτικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου δε διαθέτουν κανένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ). Η ελλιπής ανάπτυξη δημοσίου συστήματος παροχής περίθαλψης ατόμων με συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών στις Κυκλάδες επιβάλλει τη διαμόρφωση πολιτικών για την ανάπτυξη του ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, υπάρχουν περιφέρειες με σημαντικότερες ελλείψεις στις προβλεπόμενες δομές, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπιστούν περιστατικά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Αναγκαίος είναι και ο καθορισμός πλάνου σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και ειδικές ομάδες (άστεγους, άνεργους, μετανάστες).

## **Ακούσια Νοσηλεία**

Ένα επίμαχο ζήτημα για την παγκόσμια κοινότητα αποτελεί διαχρονικά η ακούσια νοσηλεία (Hoyer, 2000). Ακούσια (χωρίς συγκατάθεση) εισαγωγή σε ψυχιατρικό ίδρυμα πραγματοποιείται όταν το άτομο έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή, είναι ανίκανο για λήψη αποφάσεων και είναι σημαντικός ο κίνδυνος επιδείνωσης της κατάστασης υγείας του (Salize & Dressing, 2004). Σύμφωνα με τον ορισμό της ακούσιας ή αναγκαστικής νοσηλείας του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe, 2004) ορίζεται «η εισαγωγή και η κράτηση για θεραπεία κάποιου ατόμου που πάσχει από ψυχική νόσο στο νοσοκομείο, ή σε κάποια άλλη ιατρική εγκατάσταση ή



κατάλληλο χώρο, με την προϋπόθεση ότι είτε το άτομο αυτό είναι σε θέση να δώσει τη συναίνεσή του για τη νοσηλεία, αλλά δεν τη δίνει, είτε δεν είναι σε θέση να τη δώσει και αρνείται τη νοσηλεία».

Σε πανευρωπαϊκή μελέτη που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στα κράτη-μέλη, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις σχετικές νομοθεσίες και αποκλίσεις όσον αφορά την επιδημιολογία του φαινομένου. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά κυμάνθηκαν από 3,2% σε ακούσιες νοσηλείες επί όλων των εισαγωγών στην Πορτογαλία μέχρι 30% στη Σουηδία (Salize & Dressing, 2004). Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά των ακούσιων νοσηλειών φαίνονται να αυξάνονται σε ανησυχητικό βαθμό τα τελευταία χρόνια (Sashidharan & Saraceno, 2017). Στην Ελλάδα, η συχνότητα των υποχρεωτικών εισαγωγών σε νοσηλευτικές μονάδες θεωρείται ανησυχητικά υψηλή, ιδίως με δεδομένη την πλημμυρή ψυχιατρική μεταρρύθμιση (Pallis et al., 2007, Ploumpidis, 2015) με τα σχετικά στοιχεία να αγγίζουν το 60% (Stylianidis et al., 2016, Douzenis et al., 2012). Η αξιολόγηση της μεταρρύθμισης (Loukidou et al., 2013) κατέδειξε πως τα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας είναι τέσσερις (4) φορές υψηλότερα από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση των εισαγωγών με εισαγγελική εντολή. Σύμφωνα με έκθεση της Επιτροπής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2008), το 2007, το 52% των νοσηλειών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής ήταν ακούσιες, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» το ποσοστό ανερχόταν στο 50,2%, ενώ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης το ποσοστό ακούσιων νοσηλειών ήταν 28,9%. Τα παραπάνω υποδεικνύουν τη δυσλειτουργικότητα του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Στυλιανίδης και συν., 2009).

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μείζον ζήτημα στην ψυχιατρική, δεδομένων των περιορισμών που επιβάλλει στα δικαιώματα των ασθενών και το συνακόλουθο αντίκτυπο στο επίπεδο αυτονομίας τους. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι πριν από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992, το 97% των εισαγωγών ήταν ακούσιες (Bilanakis, 2004). Ωστόσο, ακόμη και μετά τη νέα νομοθεσία, τεκμηριώθηκαν ήσσονος σημασίας αλλαγές (Pehlivanidis et al., 2001). Η Ελλάδα έχει καταδικαστεί για σχετικά θέματα παραβίασης των δικαιωμάτων των ασθενών από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (Karamanof v. Greece, 2011, Venios v. Greece, 2011). Σε μελέτη του Ευρωπαϊκού Διαμεσολαβητή (2007), τονίστηκε η ανεπαρκής εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας σε δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας (The Greek Ombudsman, 2007). Κατά την αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα διαπιστώθηκε τόσο η έλλειψη

επαρκών υπηρεσιών κοινοτικής ψυχικής υγείας, όσο και ο κατακερματισμός του συστήματος περίθαλψης για την ψυχική υγεία με ό,τι συνέπειες αυτό επιφέρει σε ζητήματα συντονισμού και σταθερότητας. Παράλληλα, οι ασθενείς και οι φροντιστές τους έχουν περιορισμένη πρόσβαση στο πλήρες φάσμα των παρεμβάσεων υγείας και λαμβάνουν ελάχιστη πληροφόρηση όσον αφορά τις υφιστάμενες δομές (Chondros, 2015, Loukidou et al., 2013, Stylianidis et al., 2014a). Αυτό θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα του βιοϊατρικού μοντέλου της χώρας, το οποίο περιορίζει την ανάπτυξη των υπηρεσιών και δημιουργεί εμπόδια στην εφαρμογή του νόμου 4074/2012 (Σουλιώτης, 2014α, Στυλιανίδης, 2015, Stylianidis et al., 2014a). Αυτή η τελευταία διαπίστωση έχει σημαντικές συνέπειες για τη συχνότητα των ακούσιων νοσηλειών στη χώρα, καθώς η έναρξη αυτών των διαδικασιών κινητοποιείται είτε από στενό συγγενή είτε αυτεπαγγέλτως. Το γεγονός ότι οι συγγενείς πολλές φορές δεν γνωρίζουν το πλήρες εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, ίσως εξηγεί την υπερβάλλουσα χρήση της νοσοκομειακής περίθαλψης ή ακόμα και την υποκίνηση των διαδικασιών ακούσιας νοσηλείας πριν να εξαντληθούν οι διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις (Stylianidis et al., 2017).

Η διάγνωση των ασθενών, ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξής τους, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, η επιβάρυνση των συγγενών και οι περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών και την πρόσβαση στις σχετικές υπηρεσίες, είναι κάποιοι από τους λόγους που μπορεί να επηρεάσουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό οδηγώντας τελικά στην ακούσια νοσηλεία. Άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν επίσης να εξηγήσουν τα υψηλά ποσοστά ακούσιων νοσηλειών στην Ελλάδα είναι η πλημμελής εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας, η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διαπραγμάτευση της θεραπείας με ασθενείς, η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού σε νοσοκομεία, η απουσία διάφορων μορφών υπηρεσιών εντατικής θεραπείας, η απουσία κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης με στόχο την άρση των στερεοτύπων επικινδυνότητας των ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή και ένας πανταχού παρόν πατερναλισμός τόσο στη θεωρητικοποίηση όσο και στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα (Ploumpidis et al., 2008).

Ελλείπει εθνικών στατιστικών στοιχείων για ακούσιες νοσηλείες στη χώρα, η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. σε συνεργασία με το Πάντειο Πανεπιστήμιο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί» εγκαινίασε ένα ευρύ ερευνητικό πρόγραμμα με τίτλο «Μελέτη ακούσιων νοσηλειών στην Αθήνα» (Μ.Α.Ν.Α.) και με σκοπό τη διερεύνηση των υποχρεωτικών νοσηλειών στην περιοχή της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το 60% κατά προσέγγιση των ατόμων που

νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής εισήχθησαν ακούσια. Για παράδειγμα, παρατηρήθηκε αύξηση των καταναγκαστικών νοσηλειών από 56,6% το έτος 2012 σε 63,5% το 2013 και 74,5% κατά το έτος 2014 (Στυλιανίδης & Σουλιάτης, 2017). Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό στοιχείο, δεδομένου του έντονου περιορισμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών που υποχρεώνονται σε ακούσια νοσηλεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι το παραπάνω ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων κρατών μελών της Ε.Ε. (Stylianidis et al., 2017).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το πρόγραμμα Μ.Α.Ν.Α σε σχέση με την έναρξη της διαδικασίας νοσηλείας δείχνει ότι οι περισσότερες από τις υποχρεωτικές εισαγωγές ατόμων με ψυχικές διαταραχές προκαλούνται από τους στενούς συγγενείς τους. Ωστόσο, οι σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη και την υποκίνηση της διαδικασίας λόγω διακοπής της συνέχειας της περίθαλψης, δείχνουν ότι οι συγγενείς συχνά προσφεύγουν σε ακούσια νοσηλεία είτε γιατί αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της καθημερινής διαβίωσης με έναν άνθρωπο ψυχικά ασθενή, είτε ως ένδειξη ανησυχίας για τους συγγενείς τους. Συγκεκριμένα, το 69,8% των ακούσιων νοσηλειών ενεργοποιήθηκαν από συγγενείς και το 30,2% αυτών αυτεπάγγελτα. Το συγκεκριμένο πόρισμα από την έρευνα του προγράμματος Μ.Α.Ν.Α. μπορεί πράγματι να αντικατοπτρίζει τις περιορισμένες γνώσεις και τις δεξιότητες των συγγενών στη διαχείριση των διαταραχών καθώς και την έλλειψη ενημέρωσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες της χώρας (Chondros, 2015, Loukidou et al., 2013, Stylianidis et al., 2014a, Στυλιανίδης, 2015). Σε σχέση με το συγκεκριμένο πόρισμα, φαίνεται ότι οι οικογενειακές παρεμβάσεις ψυχικής εκπαίδευσης μπορούν να συνδράμουν στη μείωση των υποχρεωτικών νοσηλειών στην Ελλάδα (Stylianidis et al., 2017).

### **2.2.1 Ψυχική διαταραχή με ενσωμάτωση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 3235/2004 (ΦΕΚ 53/18.02.2004), αλλά και το Σχέδιο Νόμου του 2008 «Για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ορίζεται «το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Το σύστημα αυτό

αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων, και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Στην Ελλάδα, το νομοθετικό πλαίσιο συνδέει την ΠΦΥ και τη ψυχική υγεία. Στο «Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στην παράγραφο 2 του άρθρου 4, ορίζεται ότι «οι δημόσιοι φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι ...  
στ. οι κινητές μονάδες αα) πρόληψης, ββ) ψυχικής υγείας, γγ) πρωτοβάθμιας υγείας,....»

Στην εποχή της οικονομικής κρίσης, στην Ελλάδα, παρατηρείται αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών της ΠΦΥ σε σχέση με προηγούμενα έτη (Kentikelenis & Papanicolas, 2012). Σε περιοχές της περιφέρειας έχουν οργανωθεί κέντρα υγείας (ΚΥ) και περιφερειακά ιατρεία ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών (Economou, 2010, Mariolis et al., 2008). Λόγω αυτής της στροφής στη δημόσια περίθαλψη, στις υπηρεσίες της ΠΦΥ παρακολουθούνται και ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, που βρίσκονται είτε σε πρώιμο στάδιο είτε σε προχωρημένο, χωρίς να υπάρχει προηγούμενη διάγνωση. Οι ψυχικές διαταραχές είναι αντικείμενο διαχείρισης κυρίως των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ενώ ο ρόλος του γενικού ιατρού έχει χαμηλά επίπεδα αναγνώρισης στην ΠΦΥ (Mavreas et al., 1986a). Οι ελλείψεις των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οι δυσχέρειες στην αναγνώριση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών από τους ιατρούς είναι εμφανείς και καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ (Κατσαρός, 2010, Βαρτζιώτης και συν., 2012). Επιπλέον, η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες μέσω της δραστηριοποίησης των δομών της ΠΦΥ συνδέεται με τη μείωση του κοινωνικού στίγματος, ειδικά όσον αφορά ασθενείς με ψυχικές διαταραχές (WHO, 2009, Economou et al., 2009)<sup>14</sup>.

Οι αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι δύσκολο να καλυφθούν. Η έλλειψη προσωπικού, η μη επαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η ανεπάρκεια των υποδομών (κατασκευή και συντήρηση κτιρίων στέγασης των φορέων), η απουσία εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας των δομών, η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού, η απουσία μηχανισμού αξιολόγησης για τη διασφάλιση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της

---

<sup>14</sup> Τα στοιχεία δείχνουν ότι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ έχει συνδεθεί με μειωμένο κοινωνικό στιγματισμό (Wittchen et al., 2003, WHO, 2004a, 2008a, Goodrich et al., 2013, Butler et al., 2008, Shim & Rust, 2013).

αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών, η άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, όπως και η άνιση κατανομή των υπηρεσιών που παρέχονται σε διαφορετικά κέντρα ψυχικής υγείας που βρίσκονται στην ίδια περιοχή, η απουσία υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (όπως παιδιά, ηλικιωμένοι), η δυσκολία στη συνεργασία μεταξύ των φορέων είναι κάποιοι από τους λόγους που εξηγούν την ανεπάρκεια των προσφερόμενων υπηρεσιών (Κυλούδης και συν., 2012, Grammatikopoulos et al., 2011, Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Τα κέντρα υγείας δε διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό σε θέματα ψυχικής υγείας, ενώ στην περιφέρεια συνήθως δεν υπάρχουν τοπικές μονάδες ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Περιτογιάννης και συν., 2014). Οι ανάγκες ενσωμάτωσης της φροντίδας ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ έχουν επιχειρηθεί να καλυφθούν με τη δημιουργία των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, μέρος των οποίων αποτελούν οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ). Αρχικά, είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη ενός μοντέλου διασύνδεσης των ΚΜΨΥ με την ΠΦΥ, μία προσπάθεια που δεν ευοδώθηκε δεδομένων των προβλημάτων που σχετίζονται με την ΠΦΥ.

### **Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας**

Σύμφωνα με στοιχεία της βάσης της Eurostat παρατηρείται ότι στην Ελλάδα η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι πιο δύσκολη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. (Γράφημα 11). Η πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες περίθαλψης μειώθηκε σημαντικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Κατά τα έτη 2009-2016, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση από 4% το 2009 σε 12% το 2016 στον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, ιδίως για λόγους κόστους και ιδιαίτερα μεταξύ των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού (Eurostat, 2018). Η μη υλοποίηση της ανάγκης για υπηρεσίες περίθαλψης κατά το χρονικό διάστημα 2010-2016 επιβάρυνε κυρίως τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες<sup>15</sup> (Thomson et al., 2019). Οι συγκεκριμένες δυσκολίες δημιουργούνται λόγω των χρονικών καθυστερήσεων στην

---

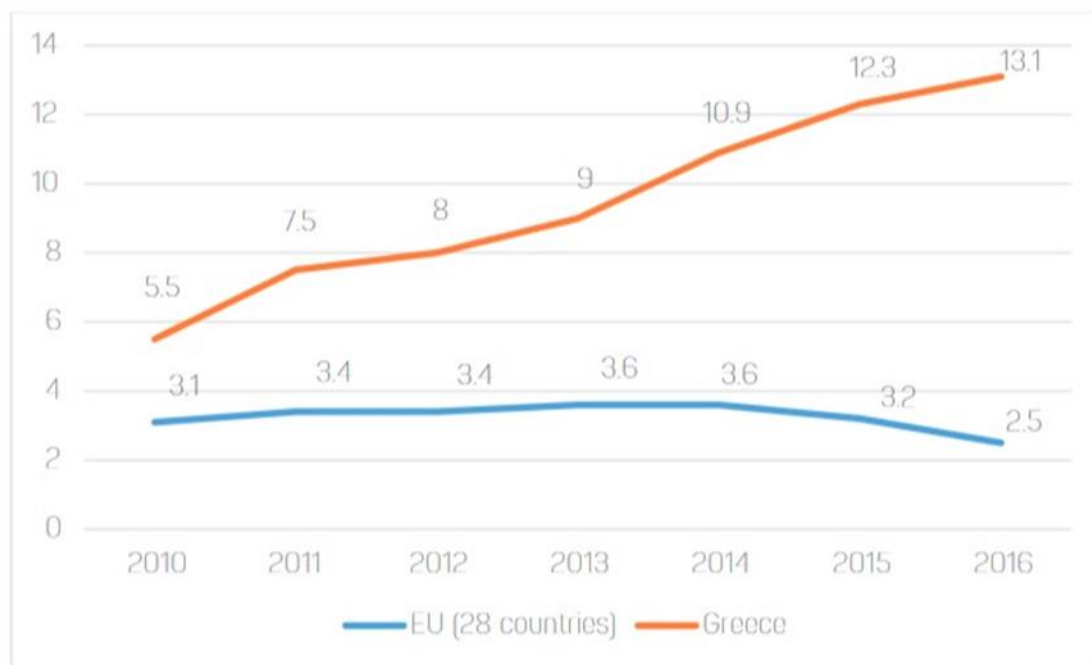
<sup>15</sup> Οι μετανάστες εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος και ειδικότερα, όσοι δε διαθέτουν τα απαραίτητα νομικά έγγραφα αποτελούν μία ευάλωτη κοινωνική ομάδα, η οποία στερείται της δυνατότητας πρόσβασης σε μια σειρά δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη και χρήζουν ειδικής υποστήριξης (Vozikis & Siganou, 2015).

περάτωση των συνεδριών με επαγγελματίες υγείας και της δυσκολίας ορισμού εξετάσεων. Η οικονομική κρίση κατά το έτος 2010 επιδείνωσε την κατάσταση. Η αδυναμία των οικογενειών να χρηματοδοτήσουν με ίδια κεφάλαια τις δαπάνες υγείας τους μείωσε την πρόσβαση των ατόμων σε υπηρεσίες παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και επιδείνωσε το επίπεδο υγείας (Σουλιώτης και συν., 2018, Ζάβρας & Γείτονα, 2013)<sup>16</sup>. Αποτέλεσμα της έλλειψης ιδίων πόρων για κάλυψη των ιατρικών αναγκών σε ιδιωτικές δομές υγείας ήταν η αύξηση της προσέλευσης σε δημόσια κέντρα και κυρίως νοσοκομεία (Economou et al., 2014, Simou & Koutsogeorgou, 2014, Kondilis et al., 2013, Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ενώ κατά το έτος 2008 μόνο το 7% του πληθυσμού δε μπορούσε να ικανοποιήσει τις ιατροφαρμακευτικές του ανάγκες, το έτος 2013 σημειώθηκε αύξηση, η οποία ανερχόταν στο 13,9% (Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Παράλληλα, η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ ήταν ατελής, κάτι το οποίο δυσχέρανε ακόμη περισσότερο την προσβασιμότητα σε δημόσια κέντρα φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι συγχωνεύθηκαν μονάδες και μειώθηκαν οι υπηρεσίες που καλύπτονταν από το κράτος (Σουλιώτης και συν., 2018).

---

<sup>16</sup> Σύμφωνα με Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2019), κατά το έτος 2009 και 2010, περίπου το 28% του πληθυσμού στην Ελλάδα ήταν στο όριο της φτώχειας, ενώ το 2014 το ποσοστό αυτό έφτασε το 36% και το 2018 μειώθηκε στο 32% (η περίοδος αναφοράς των εισοδημάτων αφορά το προηγούμενο έτος από το έτος διενέργειας της έρευνας).

**Γράφημα 11:** Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας



Πηγή: Eurostat, 2018

Αναφορικά με στοιχεία από τη Eurostat (2018), κατά προσέγγιση το 3% του πληθυσμού της Ε.Ε. ηλικίας 15 ετών και άνω ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες για υπηρεσίες ψυχικής υγείας για οικονομικούς λόγους. Το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα ανέρχεται στο 9,7% και ξεπέρασε αρκετά αυτό της Ε.Ε. Οι γυναίκες που χρήζουν ανάγκης υπηρεσιών ψυχικής περίθαλψης ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω οικονομικών δυσκολιών συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες.

Δεδομένης της οικονομικής δυσπραγίας, τα άτομα που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να προσπελάσουν εμπόδια όπως η καθυστέρηση στον ορισμό ραντεβού λόγω της αναμονής και η έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε δημόσιες δομές. Σύμφωνα με στοιχεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, παρατηρήθηκε αύξηση 120% σε επισκέψεις δημοσίων δομών ψυχικής υγείας κατά τη χρονική περίοδο 2011-2014, κάτι το οποίο συσχετίζεται με την ανεργία και τα χαμηλά εισοδήματα (Madianos, 2013, Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016, Υπουργείο Υγείας, 2019).

Σε έρευνες σε χρήστες ναρκωτικών που είχαν διαγνωστεί με Ηπατίτιδα C και σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με πολλαπλή σκλήρυνση, η πλειονότητα αντιμετώπισε προβλήματα στην πρόσβαση για θεραπεία, οικονομικές δυσκολίες και συμπτωματολογία ψυχικών διαταραχών (Souliotis et al., 2016a, 2017a, Vozikis & Sotiropoulou, 2013).

### **2.2.2 Ανάπτυξη των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, μετά την εφαρμογή του προγράμματος ψυχιατρικής αναμόρφωσης που ξεκίνησε το 1984, παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος σε ό,τι αφορά την αποϊδρυματοποίηση και τις υπηρεσίες κοινωνικής αποκατάστασης. Παρ' όλα αυτά, από πολλές περιοχές της χώρας απουσιάζουν οι κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ κυρίως οι αγροτικές περιοχές παρουσιάζουν έλλειμμα οποιασδήποτε πρόνοιας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, η ανάγκη επέκτασης των μη νοσοκομειακών και ευέλικτων παρεμβάσεων στις περιοχές αυτές, με σκοπό να ωφεληθούν οι κάτοικοί τους που στερούνται κοινωνικο-οικονομικών πόρων, κρίνεται ως επιτακτική. (Madianos et al., 1999). Μια δραστική μορφή παρέμβασης με βάση την κοινότητα είναι η ανάπτυξη Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ).

Ο θεσμός των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας ενσωματώθηκε στο Δημόσιο Σύστημα Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα το 1981 και αργότερα, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αναπτύχθηκε σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές, στις οποίες είτε δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας είτε οι υπάρχουσες δεν επαρκούν. Βασικός στόχος της λειτουργίας των Κινητών Μονάδων (ΚΜ) είναι η κάλυψη των αναγκών που αφορούν την ψυχική υγεία με τη χρήση ελάχιστης ίδιας υποδομής και τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας στις περιοχές αυτές.

Από το 1981 και μετά τη μακρόχρονη λειτουργία τους, οι ΚΜΨΥ ενσωματώθηκαν στο ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο με το άρθρο 7 του Ν.2716/99. Η υπ' αριθ. Υ5β/οικ.1662 (ΦΕΚ 691/τ.Β/5.6.2001) υπουργική απόφαση καθόρισε τον τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης των ΚΜΨΥ. Συγκεκριμένα, στο Άρθρο 2 ορίζεται ότι «οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον:



i. σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά, καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με τη φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και

ii. σε όμορους Τομείς Ψυχικής Υγείας όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας.»

Πιο συγκεκριμένα, η Κ.Μ.Ψ.Υ.:

- απευθύνεται καταρχήν σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και/ ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε εμπίπτουν σε κατηγορίες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας ψυχικής διαταραχής,

- εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης που αφορούν και τον υγιή πληθυσμό. Απευθύνεται σε επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε εκπαιδευτικούς, στις τοπικές αρχές και γενικότερα σε όσους είναι πιθανό να συμμετέχουν σε δράσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την άρση των διακρίσεων και του στίγματος και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής,

- ακολουθεί τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και στοχεύει στην ολιστική προσέγγιση της ψυχικής υγείας<sup>17</sup> (Mechanic, 2001, Thornicroft et al., 2016, Thornicroft & Szmukler, 2001, Tansella & Thornicroft, 2001) κυρίως σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές, σε κοινωνίες όπου

---

<sup>17</sup> Η ολιστική θεώρηση αφορά μία συνολική προσέγγιση (αντί να αναλύει σε μέρη) στον τρόπο λειτουργίας των ΚΜΨΥ. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, τα παρακάτω ζητήματα χρήζουν διευθέτησης:

1. Οι Κινητές Μονάδες πρέπει να είναι προσβάσιμες.
2. Η παρέμβαση πρέπει να είναι αδιάσπαστη και συνεχής.
3. Η διάσπαση των υπηρεσιών πρέπει να αντιμετωπιστεί και να επιτευχθεί συνεργασία με άλλους φορείς.
4. Τόσο η οικογένεια όσο και οι εκπαιδευτικοί φορείς μπορούν να αποτελέσουν μέρος του θεραπευτικού σχεδίου.
5. Οι διαδικασίες των φορέων θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις εκάστοτε ανάγκες και ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής σε κοινωνικο-πολιτιστικό επίπεδο.

κοινωνικο-πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες δυσκολεύουν την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Αναλυτικότερα, το έργο της Πολυκλαδικής Ομάδας Παρέμβασης αφορά στην παροχή υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη των αναγκών σε επίπεδο ψυχικής υγείας και ειδικότερα (ΥΥΚΑ, 2010, Στυλιανίδης και συν., 2014):

1. Στην έγκαιρη διάγνωση-παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της ψυχικής διαταραχής ή της υποτροπής της.
2. Στην κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση της κρίσης.
3. Στην κατ' οίκον νοσηλεία και στην παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, στην τακτική παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχικής διαταραχής και στη συνεχιζόμενη ψυχιατρική φροντίδα του ασθενούς.
4. Στη βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την κάλυψη των πρακτικών του αναγκών, την αντιμετώπιση προβλημάτων, την εκμάθηση δεξιοτήτων και την προετοιμασία επίτευξης του τελικού στόχου, ο οποίος είναι η αυτόνομη διαβίωση.
5. Στη συμβουλευτική-υποστηρικτική παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα ώστε να επιτευχθεί καλύτερη επικοινωνία και μείωση του άγχους της οικογένειας και του πάσχοντα.
6. Στην εκπαίδευση των Εθελοντικών Τοπικών Υποστηρικτικών Πυρήνων.
7. Στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που βαραίνει τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας.

Σύμφωνα με το Άρθρο 4, το σύνολο των εργαζομένων σε κάθε Κινητή Μονάδα αποτελεί την Πολυκλαδική Ομάδα Παρέμβασης, η οποία ορίζεται από τη Διοίκηση του φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα ύστερα από εισήγηση του Επιστημονικά Υπευθύνου (Ε.Υ.). Η σύνθεση του προσωπικού που απαρτίζει την Πολυκλαδική Ομάδα Παρέμβασης περιλαμβάνει ενδεικτικά ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, επισκέπτη υγείας, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό κατάλληλα εκπαιδευμένο και κατά περίπτωση παιδοψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή ή άλλον επαγγελματία υγείας. Για τη βασική λειτουργία της ΚΜ απαιτείται η στελέχωσή της τουλάχιστον με έναν (1) ψυχίατρο, έναν (1)

ψυχολόγο, τρεις (3) νοσηλευτές ή και επισκέπτες υγείας και ένα (1) διοικητικό υπάλληλο. Για την κάλυψη των ιατροπαιδαγωγικών αναγκών της κάθε περιοχής ευθύνης της εκάστοτε Κινητής Μονάδας στη βασική σύνθεσή της καλό θα ήταν να συμμετέχει και παιδοψυχίατρος. Ωστόσο, δεδομένων των συνθηκών η βασική λειτουργία της ΚΜΨΥ καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής και τους διαθέσιμους πόρους για τη λειτουργία της.

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, μπορεί να αποτελούν μονάδες νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων. Η ίδρυση και λειτουργία των ΚΜΨΥ μπορεί να γίνει και από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα (άρθρα 5, 7, 11, Ν. 2716/99). Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι οι ακόλουθες:

1. Η σύσταση της ΚΜΨΥ από τον Υπουργό Υγείας έπειτα από πρόταση της αντίστοιχης Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας.
2. Η σύσταση των θέσεων του προσωπικού.
3. Ο ορισμός του επιστημονικά υπευθύνου της ΚΜΨΥ.
4. Ο ορισμός της Πολυκλαδικής Ομάδας.
5. Η κατάθεση ολοκληρωμένου προγράμματος παροχής υπηρεσιών της ΚΜΨΥ από τον φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η έγκριση του από τον Υπουργό Υγείας.
6. Η εξασφάλιση του απαραίτητου εξοπλισμού για τη λειτουργία της ΚΜΨΥ.
7. Η λειτουργική διασύνδεση με τις άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας (Ν.2716/99).

Επιπροσθέτως για τις ΚΜΨΥ, των οποίων η ίδρυση και λειτουργία γίνεται από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, ισχύει και το σύνολο των προϋποθέσεων όπως αυτές ορίζονται στην αριθμ.Υ5β/οικ. 1962/2000 υπουργική απόφαση για «...τον καθορισμό των προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασίας και κάθε άλλης

λεπτομέρειας για έγκριση σκοπιμότητας και χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και μη κερδοσκοπικό τομέα».

Οι ΚΜΨΥ αποτελούν παράδειγμα κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας προσαρμοσμένων στα ελληνικά δεδομένα. Η δραστηριοποίησή τους σε αγροτικές περιοχές, απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα και η απαιτούμενη φροντίδα στον τομέα της ψυχικής υγείας, έχει μεγάλη σημασία για τους κατοίκους των περιοχών αυτών. Συνήθως χρησιμοποιούν τις υποδομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), όπως Κέντρα Υγείας και περιφερειακά ιατρεία, ενώ παράλληλα πραγματοποιούν και επισκέψεις στις οικίες των ασθενών (Περιτογιάννης & Μαυρέας, 2014). Η δράση τους αυτή είναι σημαντική επειδή:

- Υπάρχει σεβασμός της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των ασθενών.
- Εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας σε ασθενείς που την διακόπτουν.
- Γίνεται εκτίμηση-παρέμβαση στο περιβάλλον του ασθενούς (η αξιολόγηση της κατάστασης της οικίας συνεκτιμάται για την αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης και της λειτουργικότητας των ασθενών).
- Αποφεύγεται η νοσηλεία σε περίπτωση υποτροπής.
- Έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες και ασθενείς με δυσκολίες στη μετακίνηση (υπερήλικες, σωματικά νοσούντες).
- Δημιουργείται τρόπος και τόπος συνάντησης του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού πυρήνα του ασθενούς (Ψαροπούλου, 2012).

Προτεραιότητα έχει φυσικά η φροντίδα των ψυχωσικών ασθενών, καθώς έχουν τις περισσότερες ανάγκες, χωρίς όμως να παραλείπονται και οι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Άλλωστε, οι διαταραχές αυτές εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα από τις ψυχωσικές και σε επίπεδο ΠΦΥ παραμένουν συχνά αδιάγνωστες και θεραπεύονται ελλειμματικώς. Η συνεργασία με τις δομές της ΠΦΥ αποτελεί για τις ΚΜΨΥ προτεραιότητα, καθώς από αυτές προέρχεται η πλειονότητα των ασθενών τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΦΥ είναι αυτό στο οποίο θα απευθυνθούν πρώτα οι ασθενείς με κοινές ψυχικές διαταραχές και ειδικότερα όταν συνυπάρχουν ή κυριαρχούν και σωματικές νόσοι. Στα Κέντρα Υγείας, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αφορούν την παραπομπή των καταθλιπτικών ασθενών για διάγνωση

και θεραπεία, ενώ παράλληλα παρέχουν την ευκαιρία στους γενικούς ιατρούς να εκπαιδευτούν σε θέματα ψυχικής υγείας. Ακόμη δίνεται η δυνατότητα για εποπτεία της θεραπείας από τη Μονάδα της ΠΦΥ, ώστε να μεγιστοποιηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η διασύνδεση της ΠΦΥ με τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως οι ΚΜΨΥ, βοηθάει στην εφαρμογή της συνεργατικής φροντίδας για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών, που είναι και η ενδεδειγμένη παροχή φροντίδας σε αυτό το επίπεδο (Βαρτζιώτης και συν., 2012).

Από την άλλη, οι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, διευκολύνονται μέσα από τις ΚΜΨΥ στην επαφή τους με το σύστημα της ΠΦΥ και στη σωστή λήψη και συνέχιση της θεραπείας τους. Η διευκόλυνση αυτή είναι σημαντική καθώς οι ψυχωσικοί ασθενείς λόγω της συμπτωματολογίας τους αλλά και της άγνοιας αντιμετώπισής της, αντιμετωπίζουν τον αποκλεισμό από το σύστημα υγείας. Η συνεργασία λοιπόν των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των γενικών ιατρών μπορεί να προωθήσει τη φροντίδα της υγείας και τη δευτερογενή πρόληψη σε ψυχωσικούς ασθενείς με σωματική νοσηρότητα. Παράλληλα είναι σημαντικό και το κλινικό και ερευνητικό έργο που παράγεται από τις ΚΜΨΥ, με αντίστοιχες δημοσιεύσεις τόσο σε διεθνή όσο και σε ελληνικά περιοδικά (Στυλιανίδης & Παντελίδου, 2006, Stylianidis et al., 2007b, Δημοπούλου και συν., 2011, Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, 2008, Peritogiannis et al., 2017). Έτσι, υπάρχουν πολλά παραδείγματα μονάδων με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όπως μείωση των εισαγωγών των ψυχωσικών ασθενών και φροντίδα ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές από τη Μονάδα Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας (Peritogiannis et al., 2013a). Η Μονάδα Βορειοανατολικών Κυκλάδων εφαρμόζει προγράμματα για την πρόληψη και αντιμετώπιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας (Παντελίδου και συν., 2012) και η ΚΜΨΥ Κεφαλληνίας-Ιθάκης χρησιμοποιεί στην κλινική πράξη την κλίμακα εκτίμησης αναγκών μεταφρασμένη στα ελληνικά (Μιμίκος και συν., 2012). Άλλες μονάδες χρησιμοποιούν τις δυνατότητες που τους παρέχει η τεχνολογία (Τηλεψυχιατρική) για την παροχή φροντίδας σε περιοχές με προβληματική πρόσβαση ή όταν οι προγραμματισμένες επισκέψεις δεν επαρκούν (Περιτογιάννης & Μαυρέας, 2014, Κώττη & Μπόλιας, 2012, Γαρώνη και συν., 2012).

## **Καλές πρακτικές Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα**

Η έλλειψη εγκαταστάσεων, αλλά και ποικίλοι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι, συντελούν στην περιορισμένη πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας των πασχόντων που διαβιούν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές (Peritogiannis et al., 2017). Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα και με γεωγραφικές ιδιαιτερότητες, όπως η Ελλάδα, συστήνεται η φροντίδα ψυχικής υγείας να στηρίζεται στην κοινότητα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας. Η ανάγκη παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τέτοιες περιοχές επιχειρείται να καλυφθεί μέσω της ανάπτυξης των ΚΜΨΥ. Το μοντέλο των ΚΜΨΥ αναπτύχθηκε ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής και με βάση γεωγραφικά, κοινωνικά, πολιτισμικά κριτήρια. Στην Ελλάδα λειτουργούν αυτή τη στιγμή συνολικά είκοσι εννέα (29) Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας από Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα και ως Μονάδες Νοσοκομείων. Εν συνέχεια, επιχειρείται η παρουσίαση επιτυχών μοντέλων ΚΜΨΥ στον ελλαδικό χώρο.

Στη Βορειοδυτική Ελλάδα, στην Ήπειρο, ιδρύθηκε το 2007 η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας των Νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες, αγροτικές, ορεινές περιοχές χρησιμοποιώντας τους πόρους/χώρους του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας. Το εργατικό δυναμικό της ΚΜ αποτελείται από δώδεκα (12) εργαζόμενους και η πολυεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ένα (1) ψυχίατρο, ο οποίος είναι επίσης ο επιβλέπων της ομάδας, δύο (2) ψυχολόγους, δύο (2) νοσηλευτές, δύο (2) επισκέπτες υγείας και δύο (2) κοινωνικούς λειτουργούς. Η ΚΜΨΥ Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος του τοπικού συστήματος της ΠΦΥ. Αυτό αντικατοπτρίζεται από το γεγονός ότι μέχρι το τέλος του 2016, η πλειονότητα των ασθενών (60%) στράφηκαν στις μονάδες αυτοβούλως ή από παραπομπή της οικογένειάς τους, ενώ το 29% των εξυπηρετούμενων ήταν παραπομπές από τους γιατρούς της ΠΦΥ (Peritogiannis et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο (2) χρόνων, οι νοσηλείες των ασθενών που έλαβαν θεραπεία μειώθηκαν κατά 30,4% (Peritogiannis et al., 2011). Αν και στόχος της ΚΜ ήταν να διαχειρίζεται τις υποτροπές εντός της κοινότητας, ενίοτε είναι απαραίτητη η νοσηλεία, δεδομένου ότι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία θα περιλαμβάνει τόσο τη νοσοκομειακή όσο και την κοινοτική φροντίδα, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική (Thornicroft & Tansella, 2004).

Η ΚΜΨΥ Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας κατά τα έξι πρώτα χρόνια λειτουργίας της, εξυπηρέτησε 1.264 ασθενείς και πραγματοποίησε 10.016 θεραπευτικές πράξεις. Από το 2011 παρατηρήθηκε αύξηση των εξυπηρετούμενων κατά 22% (Kentikelenis & Papanicolas, 2012) αφ' ενός μεν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, αφ' ετέρου δε ως αποτέλεσμα της μεγαλύτερης διάχυσης της πληροφορίας. Συγκεκριμένα, μέχρι το τέλος του 2016, ο συνολικός αριθμός των ενεργών εξυπηρετούμενων (δηλαδή οι θεραπευόμενοι που παρακολουθούν τακτικά προγραμματισμένες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες) της ΚΜΨΥ Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας ήταν 293 και η μέση ηλικία αυτών ήταν τα 63 έτη (Peritogiannis et al., 2017). Ο αριθμός των ενεργών ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερος από τον προτεινόμενο που αναφέρεται σε 200 έως 250 περιστατικά (Burns, 2009), δημιουργώντας προκλήσεις για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης από το επιστημονικό προσωπικό.

Δεδομένου ότι οι περιοχές που είχαν υπό την ευθύνη τους οι ΚΜ ήταν κυρίως ορεινές με δύσκολη πρόσβαση, η ΚΜΨΥ Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας παρείχε έναν ευέλικτο τρόπο φροντίδας των ασθενών. Συγκεκριμένα, περίπου το ήμισυ του πληθυσμού στη μελέτη έλαβε φροντίδα στο χώρο του. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περίθαλψη που βασίζεται στην κατ' οίκον θεραπεία των ηλικιωμένων από τις ΚΜ είναι αποτελεσματικός τρόπος περίθαλψης για τη βελτίωση των ψυχικών συμπτωμάτων (Van Citters & Bartels, 2004, Peritogiannis et al., 2013b). Η παροχή φροντίδας κατ' οίκον συσχετίστηκε με την ηλικία των εξυπηρετούμενων, δηλαδή όσο μεγαλύτερος ο ασθενής, τόσο πιο πιθανό ήταν να λάβει κατ' οίκον φροντίδα (Peritogiannis et al., 2013b). Επιπλέον, στον πληθυσμό ηλικιωμένων, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με διάγνωση άνοιας και με ψυχωσικές διαταραχές ήταν πιο πιθανό να λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα από την πολυεπιστημονική ομάδα (Peritogiannis et al., 2016). Λόγω των δυσκολιών πρόσβασης και των οικονομικών αντιξοοτήτων, πολλοί ψυχωσικοί ασθενείς πιθανότατα δεν θα είχαν ποτέ εξεταστεί από την ΚΜ ή θα είχαν διακόψει τη θεραπεία, αν η περίθαλψη πραγματοποιούνταν μόνο εντός ιατρείου (Peritogiannis et al., 2013a).

Κατά τη διάρκεια πενταετούς έρευνας τριακόσιοι τριάντα έξι (336) ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία από την ΚΜΨΥ Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Το ποσοστό συμμετοχής των ψυχωσικών ασθενών ήταν 67,2% και ένα μεγάλο ποσοστό έλαβε αντιψυχωσική αγωγή. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά μη συμμόρφωσης των ψυχωσικών ασθενών στη θεραπεία (Lieberman et al., 2005, Kahn et al., 2008), τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν μία συνέχεια στη θεραπεία. Είναι

γεγονός ότι η συνέχεια στη φροντίδα θεωρείται απαραίτητη για την αποτελεσματική διαχείριση των ατόμων που υποφέρουν από τέτοιου είδους διαταραχές (Burns et al., 2009). Άλλωστε, αυτό έχει υποδειχθεί και από προγενέστερες μελέτες που τονίζουν ότι η συνέχεια της περίθαλψης συνδέεται θετικά με τα αποτελέσματα της υγείας σε άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Adair et al., 2005), όπως επίσης και με την καλύτερη κοινωνική λειτουργία των ατόμων με χρόνιες ψυχωσικές διαταραχές (Catty et al., 2013). Οι ΚΜ εξασφάλισαν τακτική αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών διαταραχών (Peritogiannis et al., 2013a). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στις απομακρυσμένες και υποβαθμισμένες αγροτικές περιοχές, όπου είναι έκδηλες οι ελλείψεις στα θέματα φροντίδας ψυχικής υγείας, οι ΚΜΨΥ μπορούν να επιτύχουν τη συνέχεια της φροντίδας για ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές με τη χρήση περιορισμένων πόρων. Λαμβάνοντας υπόψη και τα αποτελέσματα άλλων ΚΜΨΥ φαίνεται ότι οι ΚΜ μπορούν να είναι εξίσου αποτελεσματικές με την ισχυρή κοινοτική μεταχείριση με πολύ χαμηλότερο κόστος (Burns, 2010), δεδομένων και των επιπτώσεων στην υγεία της οικονομικής κρίσης στη χώρα (Kentikelenis et al., 2011). Από την μελέτη συμπεραίνεται ότι οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας μπορούν να εξασφαλίσουν τη συνέχεια στη θεραπεία για ψυχωσικούς ασθενείς σε απομακρυσμένες περιοχές, εύρημα ιδιαίτερα σημαντικό για χώρες χαμηλού εισοδήματος (Peritogiannis et al., 2013a).

Η ΚΜΨΥ Κέρκυρας ξεκίνησε τη λειτουργία της το 2011 και σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Λευκίμμης καλύπτει τις ανάγκες για θεραπεία του πληθυσμού της Νότιας Κέρκυρας. Κατά το πρώτο έτος προσήλθαν πενήντα (50) εξυπηρετούμενοι με μεγαλύτερο ποσοστό αυτό των αντρών ηλικίας άνω των 40 ετών. Επιπλέον, η ΚΜ πραγματοποίησε και κατ' οίκον επισκέψεις σε χρήζοντες θεραπείας. Κύριος λόγος προσέλευσης στις ΚΜ αποτέλεσε η ψυχιατρική παρακολούθηση των ατόμων και σε μικρότερο βαθμό η συμμετοχή σε ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και η συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών κατά την ICD-10, η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων διαγνώστηκε με συναισθηματικές διαταραχές, ενώ μικρότερος ήταν ο αριθμός εκείνων με αγχώδεις/ψυχοσωματικές διαταραχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά το σχολικό έτος 2011-2012 αναπτύχθηκε το «Πιλοτικό Πρόγραμμα Ήπιας Παρέμβασης» σε συνεργασία με εκπαιδευτικούς για τη διαχείριση περιστατικών μαθητών με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών στη Λευκίμμη (Δημοπούλου και συν., 2011).



Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας των Νοτιοανατολικών Κυκλάδων ξεκίνησε τη λειτουργία της το 2003 υπό την επιστημονική ευθύνη της ΚΛΙΜΑΚΑ και παρέχει υπηρεσίες στα νησιά της Νάξου, της Ίου, της Αμοργού, της Σικίνου, της Φολεγάνδρου, των Θηρών, της Θηρασίας, της Ανάφης, της Δονούσας, της Σχοινούσας, της Ηρακλείας και των Κουφονησίων. Το επιστημονικό προσωπικό αποτελείται από δύο (2) ψυχιάτρους, δύο (2) ψυχολόγους και μία (1) νοσηλεύτρια. Η ΚΜΨΥ εκτός από τη φυσική παρουσία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπευτική διαδικασία χρησιμοποιεί την τηλεδιάσκεψη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα νησιά και χρησιμοποιεί τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, τη συγκεντρωμένη δηλαδή πληροφορία που αφορά στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς σε ψηφιοποιημένη μορφή. Η τηλεψυχιατρική και η φυσική παρουσία του επιστημονικού προσωπικού συνδυάζονται με σκοπό την εκτίμηση και αξιολόγηση του κάθε περιστατικού, τη θεραπευτική παρέμβαση, τη συμβουλευτική, την εποπτεία, τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής όπου κρίνεται αναγκαίο, την εκπαίδευση των επαγγελματιών ομάδων και τις λοιπές δραστηριότητες της ΚΜ.

Από το 2003 έως το 2010, 4.544 άτομα εξυπηρετήθηκαν μέσω τηλεψυχιατρικής στην ΚΜΨΥ Νοτιοανατολικών Κυκλάδων και πραγματοποιήθηκαν 2.746 επισκέψεις κατ' οίκον και άλλες δράσεις ευαισθητοποίησης και προαγωγής σε θέματα ψυχικής υγείας. Τέλος, αποδείχτηκε ότι οι θεραπευτικές συνεδρίες μέσω τηλεψυχιατρικής συντελούν στη συνέχεια της θεραπείας, στην αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων, στην παρέμβαση σε κρίσεις, στην αποφυγή περιστατικών ακούσιας νοσηλείας, και στη βελτίωση της συνεργασίας των μελών της ΚΜ και των τοπικών φορέων (Γαρώνη και συν., 2016).

Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) το 2014 δημιούργησε ένα πρόγραμμα Κινητών Ιατρικών Μονάδων (ΚΙΜ), πενταετούς διάρκειας, του οποίου η ισχύς ανανεώθηκε για άλλα πέντε (5) έτη. Στόχος του προγράμματος είναι η κάλυψη αναγκών περίθαλψης ατόμων που διαβιούν σε σαράντα οκτώ (48) γεωγραφικά αποκλεισμένες περιοχές, εκ των οποίων οι είκοσι δύο (22) είναι νησιά, ενώ οι υπόλοιπες είκοσι έξι (26) είναι περιοχές της ηπειρωτικής Ελλάδας. Ένας επιπρόσθετος δε στόχος του προγράμματος αφορά την αύξηση των προγραμματισμένων επισκέψεων από μία φορά το μήνα σε τρεις. Οι ΚΙΜ περιλαμβάνουν δεκαπέντε (15) ιατρικές ειδικότητες, μεταξύ των οποίων και αυτή του ψυχολόγου, εργοθεραπευτή και ψυχιάτρου. Μέχρι στιγμής έχουν πραγματοποιηθεί περίπου σαράντα (40) αποστολές σε περιοχές όπως το Καστελόριζο, η Κάσος, η Τήλος, ο Άγιος Ευστράτιος, τα Άγραφα και η Ανάφη και έχουν εξετασθεί πάνω από 13.600 άτομα που έχρηζαν

ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι ΚΙΜ πραγματοποιούν ομιλίες με θέματα όπως μαθησιακές δυσκολίες και πρόληψη ψυχικών διαταραχών κ.ά. (ΙΣΝ, 2019).

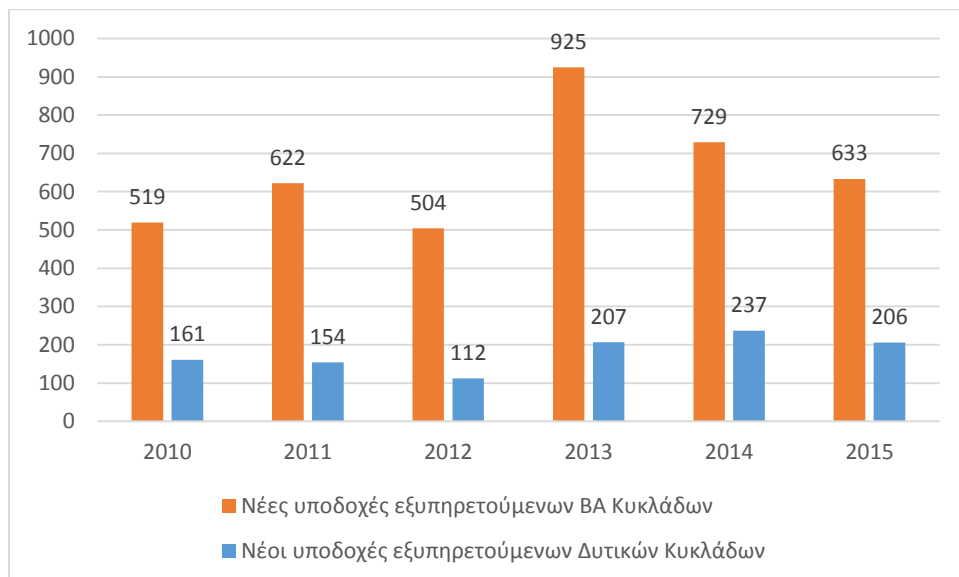
### **2.2.3 Περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων**

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων λειτουργούν υπό τη διαχειριστική και επιστημονική ευθύνη της «Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας» (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. είναι ένας επιστημονικός, κοινωφελής, μη κυβερνητικός οργανισμός, ο οποίος δημιούργησε την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών Κυκλάδων στις 18 Ιουνίου 2003 και στη συνέχεια δημιούργησε την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δυτικών Κυκλάδων. Οι μονάδες παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ενήλικες και παιδιά με χρηματοδότηση κυρίως από το Υπουργείο Υγείας, το ΕΣΠΑ και την υποστήριξη της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων τοπικών φορέων.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα την Πάρο παρέχει υπηρεσίες στα νησιά Πάρο, Αντίπαρο, Σύρο, Τήνο, Μύκονο και Άνδρο. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δυτικών Κυκλάδων δραστηριοποιείται στην Κέα, Κύθνο, Σέριφο, Σίφνο, Κίμωλο και Μήλο (Στοιχεία από την ιστοσελίδα της Ε.Π.Α.Ψ.Υ.).

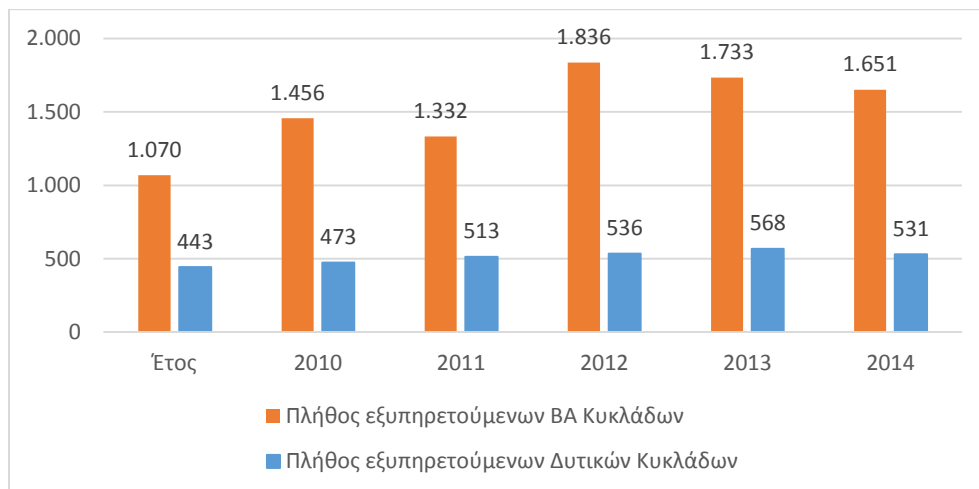
Σύμφωνα με τα στοιχεία απολογισμού της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. για τη λειτουργία των ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων, παρουσιάζονται παρακάτω κάποιες σημαντικές μεταβλητές της πενταετίας 2010 έως 2015. Στο Γράφημα 12 δίνεται το πλήθος των νέων εισροών κατά έτος από το 2010 έως το 2015.

**Γράφημα 12:** Πλήθος νέων υποδοχών εξυπηρετούμενων στις ΚΜΨΥ ανά έτος



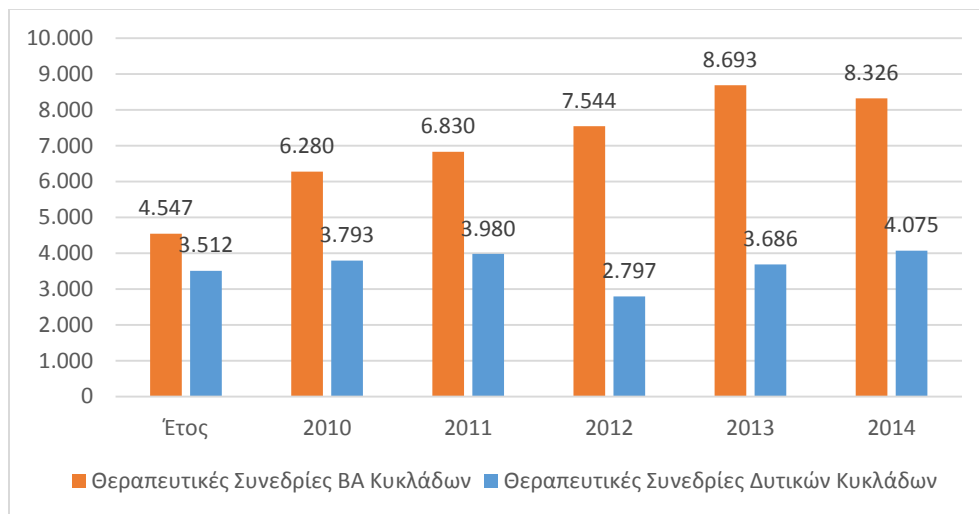
Από το 2010 έως το 2015 οι ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων έχουν υποδεχτεί 3.932 νέους εξυπηρετούμενους, ενώ οι ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων 1.077. Κατά το έτος 2013 παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση ποσοστιαίας μεταβολής της τάξεως του 83-85% και στις δύο ΚΜΨΥ σε σχέση τόσο με το 2012 όσο και με τις αυξήσεις των προηγούμενων ετών. Αυτή η μεταβολή μπορεί να οφείλεται στις δυσκολίες χρηματοδότησης κατά το έτος 2012, οι οποίες αποκαταστάθηκαν το 2013. Η ομαλή λειτουργία των ΚΜΨΥ εξαρτάται εν μέρει από τη συνέχεια στη χρηματοδότηση. Κατά την περίοδο από το 2009 και μετά ξεκινά η οικονομική κρίση και οι δυσκολίες που αυτή επέφερε τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το έτος 2014 και το 2015 παρατηρείται μία μικρή πτώση στην εισροή νέων περιστατικών στις ΚΜΨΥ, με εξαίρεση τις ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων που από το έτος 2013 στο έτος 2014 είχαν μία αύξηση της τάξεως του 14,5%. Παρ' όλα αυτά σε απόλυτους αριθμούς οι νέες εισροές από το 2013 και μετά είναι μεγαλύτερες σε σχέση με τη χρονική περίοδο 2010-2012.

**Γράφημα 13:** Πλήθος εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ ανά έτος



Ο συνολικός αριθμός των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ από το 2010 έως το 2015 ήταν 12.142 (ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων: 9.078 εξυπηρετούμενοι, ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων: 3.064 εξυπηρετούμενοι) (Γράφημα 13). Σε απόλυτους αριθμούς, οι εισροές των ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων είναι σταθερές πάνω από 1.500 άτομα από το 2013, ενώ στις ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων είναι πάνω από 500 εξυπηρετούμενους. Αυτή η «σχετική» σταθερότητα στον αριθμό των εξυπηρετούμενων ίσως οφείλεται στο ότι ο φόβος περιθωριοποίησης εξαιτίας των κλειστών κοινωνιών στα νησιά φαίνεται να έχει καμφθεί σε μεγάλο βαθμό, καθώς επίσης και οι εξυπηρετούμενοι έχουν εξοικειωθεί με την έννοια της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών που παρέχονται από τις ΚΜΨΥ και τις αξιοποιούν πιο εύκολα σε σχέση με το παρελθόν. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από τον αριθμό των νέων υποδοχών στις ΚΜΨΥ, καθώς σε απόλυτους αριθμούς από το έτος 2013 οι νέες εισροές εξυπηρετούμενων για τις ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων ήταν σταθερά πάνω από 600 νέους εξυπηρετούμενους κάθε χρόνο και πάνω από 200 νέους εξυπηρετούμενους για τις ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων. Ακόμα και οι μειώσεις στο σύνολο των νέων υποδοχών που πραγματοποιήθηκαν μετά το 2013 ήταν κάτω από 10%.

**Γράφημα 14:** Θεραπευτικές συνεδρίες στις ΚΜΨΥ ανά έτος



Οι θεραπευτικές συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο των ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων ήταν 42.220 για τα έτη 2010-2015 και 21.843 αντίστοιχα για τις ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων (Γράφημα 14). Στις ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων οι ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες αυξάνονται από έτος σε έτος με εξαίρεση το έτος 2015 που παρουσίασαν μία πτώση της τάξεως του 4,2%. Από την άλλη πλευρά, στις ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων παρατηρήθηκε μία μεγάλη μείωση των θεραπευτικών συνεδριών κατά 29,7% από το έτος 2012 στο έτος 2013. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις δυσκολίες χρηματοδότησης το έτος 2012 και ως αποτέλεσμα αυτών περιορίστηκε ο αριθμός των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών στα νησιά ευθύνης των ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων.

### **Ιδιαιτερότητες Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων**

Η μεγαλύτερη ίσως δυσκολία που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ΚΜΨΥ είναι η γεωγραφική διασπορά των νησιωτικών περιοχών που ανήκουν στο πεδίο ευθύνης τους. Οι μετακινήσεις στις περιοχές αυτές πραγματοποιούνται είτε με πλοίο είτε με αεροπλάνο (στα νησιά που διαθέτουν την αντίστοιχη υποδομή). Η συχνότητα των δρομολογίων διαφέρει ανάλογα με το νησί, καθώς κάποια

λόγω των αυξημένων μετακινήσεων σε αυτά, έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δρομολογίων και τη χρονική περίοδο που θα προγραμματιστεί η μεταφορά. Οι δυσκολίες πρόσβασης στα νησιά επιδεινώνονται ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες τόσο λόγω έλλειψης συχνότητας των δρομολογίων, όσο και λόγω καιρικών συνθηκών. Η παράμετρος των καιρικών συνθηκών, για τις οποίες οι προβλέψεις δεν αφορούν παρά το διάστημα κάποιων ημερών, δυσχεραίνει σημαντικά το έργο των ΚΜ, καθώς μπορεί να υπάρχει απαγορευτικό απόπλου για μεγάλο χρονικό διάστημα, με συνέπεια τα νησιά να αποκόβονται τόσο μεταξύ τους όσο και με τα μεγάλα αστικά κέντρα, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο γεωγραφική απομόνωση.

Ένα μείζον θέμα που επηρεάζει με τη σειρά του τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων. Η χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας είτε δεν επαρκεί για την κάλυψη τόσο των τρεχουσών όσο και των έκτακτων αναγκών είτε είναι ασυνεχής. Αυτή η έλλειψη σταθερότητας στις οικονομικές εισροές δυσχεραίνει την οργάνωση οποιασδήποτε δράσης. Ωστόσο, η εμφάνιση των ΚΜ οδήγησε στην κινητοποίηση των τοπικών αρχών που σε συνεργασία με την Ε.Π.Α.Ψ.Υ. προσβλέπουν στην αντιμετώπιση της μη σταθερής χρηματοδότησης, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι και να ολοκληρωθούν οι δράσεις σύμφωνα με το οργανόγραμμα (Stylianidis et al., 2007a).

Οι ΚΜΨΥ των Κυκλάδων δημιουργήθηκαν το 2003 με στόχο να εξυπηρετήσουν έναν πληθυσμό 87.000 κατοίκων. Στα δώδεκα (12) νησιά του τομέα ευθύνης τους δεν υπάρχουν άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την εξυπηρέτηση ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών περιστατικών. Μόνο στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου εργάζεται μία παιδοψυχίατρος, ενώ πρόσφατα προσλήφθηκε ένας ψυχίατρος, ο οποίος δέχεται ασθενείς στο πλαίσιο της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων. Οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι περιορισμένες, τα περιφερειακά ιατρεία είναι υποστελεχωμένα και οι ιατροί έχουν ελλιπή εκπαίδευση στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών (Stylianidis et al., 2007b). Όσον αφορά τους ιδιώτες θεραπευτές, τα ιατρεία αυτών δεν εξυπηρετούν όλο το χρόνο, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Αποτέλεσμα της έλλειψης στελεχωμένης ψυχιατρικής ομάδας στα νησιά είναι οι κάτοικοι να μην έχουν την εμπειρία της «επί τόπου» διαχείρισης-συνεδρίας. Συνεπώς, οι ασθενείς παραπέμπονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Αττική ή οι γενικοί ιατροί αναλαμβάνουν το ρόλο των λειτουργών πρώτης γραμμής για τις ψυχικές διαταραχές (Stylianidis et al., 2007a, Στυλιανίδης και συν., 2014).

Οι κοινωνικοί κώδικες, οι οποίοι αναπτύσσονται στις μικρές κοινωνίες παίζουν σημαντικό ρόλο στη στάση των πολιτών σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής στην κοινότητα και κατ' επέκταση στον τρόπο προσέγγισης και διαχείρισης περιστατικών ψυχιατρικού περιεχομένου. Οι νησιωτικές περιοχές αποτελούνται από κλειστές τοπικές κοινωνίες. Η κατανόηση της τοπικής κοινωνικής δυναμικής είναι απαραίτητη πριν από οποιαδήποτε δράση. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε τοπικής κοινότητας διαμορφώνουν τον τρόπο παρέμβασης σε κλινικό και κοινοτικό επίπεδο. Η δε παρατηρούμενη ανταγωνιστικότητα μεταξύ των νησιών και των τοπικών αρχών οδηγεί σε συγκρούσεις μέσα στις ομάδες και δυσχεραίνει το συντονισμό αλλά και την εύρυθμη λειτουργία των δράσεων των ΚΜΨΥ.

Είναι σύνηθες οι προσπάθειες εξορθολογισμού και αλλαγής να προσκρούουν σε μια γραφειοκρατική κουλτούρα που διαιωνίζει πεπαλαιωμένες πρακτικές. Το γεγονός αυτό φαίνεται ιδιαίτερα οξύμενο στην Ελλάδα με δεδομένη την πολυδιάσπαση των υπηρεσιών, την ανεπαρκή ανάπτυξη των δομών, την έλλειψη δικτύωσης και συντονισμού μεταξύ τους. Για να ολοκληρωθεί η όποια διαδικασία, είναι απαραίτητη η συμμετοχή περισσότερων του ενός φορέων/υπηρεσιών, ο καθένας από τους οποίους έχει διαφορετικές αρμοδιότητες και ακολουθεί διαφορετικές διαδικασίες έγκρισης ενεργειών και απαιτήσεων. Στο πλαίσιο αυτό, οι ΚΜ συχνά καλούνται να συντονιστούν με ένα πλήθος διαφορετικών οργανισμών προκειμένου να επιτευχθεί η δημιουργία ενός άρτιου περιβάλλοντος περίθαλψης των χρηζόντων θεραπείας (Στυλιανίδης & Χονδρός, 2004, Glasby & Lester, 2004).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των νησιωτικών κοινοτήτων είναι η έλλειψη δράσεων προώθησης του κοινωνικού πολιτισμού και ειδικότερα δράσεων που να αφορούν σε θέματα δημόσιας ψυχικής υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού. Ως εκ τούτου, επιτείνεται η ανασφάλεια των κατοίκων και ενισχύονται οι μηχανισμοί εσωστρέφειας και φαινομενικής αυτάρκειας. Δεν είναι δε ασυνήθιστες οι περιπτώσεις έξαρσης διακρίσεων και κοινωνικού αποκλεισμού. Για τους λόγους αυτούς είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που απορρέουν από το στιγματισμό, την άγνοια, τη ντροπή, την ενοχή, τις προκαταλήψεις, το φόβο, την αδράνεια, την απομόνωση (από την κοινωνία και από την ίδια την οικογένεια) και την άρνηση. Γενικότερα, τέτοιου είδους κυρίαρχες νοοτροπίες σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές οδηγούν τελικά στη τροφοδότηση του φαύλου κύκλου της στιγματοποίησης και της χρονικοποίησης των σοβαρών προβλημάτων στην κοινότητα (Stylianidis et al., 2007a).

Ακόμα και μέσα στα γεωγραφικά όρια ενός νησιού ανακύπτουν διαφορετικές ανάγκες τόσο λόγω της ανομοιογένειας του πληθυσμού του, όσο και λόγω των γεωγραφικών του ιδιαιτεροτήτων. Έτσι, μελέτη του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες που παρακολούθηθηκαν από το Κλιμάκιο Πάρου-Αντιπάρου κατά τα έτη 2004-2006 οδήγησε στο συμπέρασμα ότι είναι ανάγκη να αναπτυχθούν δράσεις εστιασμένες στις ιδιαιτερότητες των μειονοτήτων στις νησιωτικές περιοχές, λαμβάνοντας υπόψη τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι μικρές ορεινές απομονωμένες κοινότητες των νησιών ήταν περισσότερο εσωστρεφείς σε σύγκριση με τις τουριστικές ζώνες. Οι Κυκλάδες έχουν σημαντική τουριστική θέση στον ελλαδικό χώρο και κατά τη διάρκεια των διακοπών παρατηρείται μια αύξηση των ατόμων που εισρέουν στα νησιά. Αυτός ο υπερπληθυσμός αλλάζει την ανθρωπογεωγραφία και τη ροή δυνάμεων δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ιδιαίτερες συνθήκες.

Η έναρξη της δραστηριότητας των ΚΜΨΥ στις Κυκλάδες επέφερε αύξηση του αριθμού των ακούσιων νοσηλείων (Στουραΐτου και συν., 2009). Αυτό ίσως είναι αποτέλεσμα της ενημέρωσης των τοπικών φορέων αλλά και των κατοίκων για τις ψυχικές διαταραχές. Η δραστηριοποίηση μέσω των κοινοτικών δράσεων ήταν το εφαλτήριο να σταματήσουν να αποκρύπτονται τα περιστατικά εξαιτίας των κλειστών κοινωνιών και του συνεπαγόμενου στίγματος των ανθρώπων αυτών. Η αυξητική τάση των αιτημάτων κατά τα πρώτα έτη λειτουργίας των ΚΜΨΥ ανέδειξαν τις πολλαπλές ανάγκες των νησιών. Η διαδικασία που ακολουθείται για να νοσηλευθεί κάποιος είναι η εισαγγελική παραγγελία, μετά η εξέταση από ιατρό του νοσοκομείου Σύρου και μετά η εισαγωγή σε νοσοκομείο της Αττικής. Η διαδικασία είναι χρονοβόρα με κόστος και ταλαιπωρία για ασθενή και φροντιστή. Σύμφωνα με τους Στουραΐτου και συνεργάτες (2009), η ακούσια νοσηλεία στις Κυκλάδες είναι αποτέλεσμα της έλλειψης συντονισμού και οργάνωσης μεταξύ των υπηρεσιών και απουσίας κατάλληλων δομών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, θεωρείται ως λύση ανάγκης για τους φροντιστές των ασθενών που δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στην περίθαλψη του ασθενή και ως λύση στην οξεία κρίση.



## Δράσεις πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων

Οι ΚΜΨΥ έχουν κοινοτικό προσανατολισμό και βασίζονται στη διασύνδεση με τους τοπικούς φορείς των νησιών προκειμένου να καταστεί δυνατή η ανάπτυξη δράσεων για την προαγωγή της δημόσιας ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης & Παντελίδου, 2006, Παντελίδου & Στυλιανίδης, 2010, Παντελίδου και συν., 2012). Η λειτουργία των ΚΜΨΥ στοχεύει κατά κύριο λόγο στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων, αλλά και μέτρων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Παντελίδου & Στυλιανίδης, 2009). Οι δράσεις των ΚΜΨΥ περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως:

- Ημερίδες, φεστιβάλ, πολιτιστικές και αθλητικές δράσεις που στοχεύουν στην ενημέρωση των κατοίκων των νησιών σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, στη σταδιακή άρση του κοινωνικού στίγματος από τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και στην έγκαιρη πρόσβασή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας. Σε κάθε νησί υλοποιούνται ετησίως μία έως δύο τέτοιου είδους δράσεις<sup>18</sup>.
- Ειδικές δράσεις με εντονότερο το βιωματικό στοιχείο που απευθύνονται σε άτομα τρίτης ηλικίας, σε άτομα με ειδικές ανάγκες ή με σωματικές ασθένειες, σε γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, σε γονείς, σε παιδιά και γενικότερα στο περιβάλλον στήριξης των ατόμων που χρήζουν ψυχικής βοήθειας. Πραγματοποιούνται περισσότερες από δέκα (10) ημερίδες ετησίως στα νησιά του τομέα ευθύνης, με θεωρητική αλλά και βιωματική προσέγγιση στην ενημέρωση των γονέων και των εκπαιδευτικών αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα μίας τέτοιας δέσμης δράσεων που αναπτύχθηκε για την προαγωγή της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων αποτέλεσε το διετές (2011-2013) πρόγραμμα που υλοποιήθηκε στις Κυκλάδες υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος. Στο πλαίσιο του

---

<sup>18</sup> Δημόσια συνέδρια οργανώθηκαν από την ΚΜΨΥ Πάρου και την κοινότητα πάνω σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία (κατάθλιψη, προβλήματα εφηβείας, σχέσεις γονέων-τέκνων, προβλήματα εκπαίδευσης, δυσλεξία, οικογένειες και πνευματική ασθένεια κ.λπ.). Έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από σαράντα (40) ομιλίες σε ημερίδες και έχει οργανωθεί ένα φεστιβάλ ψυχικής υγείας σε συνεργασία και με άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς τοπικούς φορείς.

προγράμματος και στον τομέα ευθύνης των Κινητών Μονάδων της Ε.Π.Α.Ψ.Υ., σχηματίστηκαν ομάδες γονέων, εφήβων και εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ανήλθε στα εννιακόσια (900) άτομα. Τόσο οι ομάδες των γονέων όσο και οι ομάδες των εκπαιδευτικών ενημερώθηκαν για θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Περαιτέρω έμφαση δόθηκε στην προσπάθεια βελτίωσης της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, στην υποστήριξη των γονέων, στην ανίχνευση των εκάστοτε ψυχικών διαταραχών των παιδιών και εφήβων από τους γονείς, αλλά και στην έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος με τη βοήθεια εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Αντιστοίχως, οι εκπαιδευτικοί ενημερώθηκαν για θέματα αναφορικά με την επικοινωνία τους με την οικογένεια, για τις σχολικές δράσεις που στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, ενώ έμφαση δόθηκε στο διογκούμενο θέμα του σχολικού εκφοβισμού. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου χρόνου του προγράμματος λειτούργησαν και ομάδες εποπτείας για τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς. Επιπλέον, οι ομάδες υποστήριξης απευθύνθηκαν και στους εφήβους, ενώ δημιουργήθηκαν εργαστήρια θεατρικού παιχνιδιού ως μέσο προώθησης της ψυχικής υγείας.

- Ενημερωτικά προγράμματα βασικών θεμάτων ψυχοπαθολογίας που απευθύνονται σε συγκεκριμένους επαγγελματίες, όπως οι εκπαιδευτικοί, οι γενικοί ιατροί, οι αστυνομικοί, οι ιερείς κ.ά., προκειμένου να είναι σε θέση να χειριστούν αποτελεσματικά περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς. Περαιτέρω δε και με στόχο την έγκαιρη αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών διαταραχών υλοποιούνται εκπαιδευτικά σεμινάρια για παιδίατρος, γενικούς και αγροτικούς ιατρούς.

Πρέπει να αναφερθεί ότι κρίθηκαν απαραίτητες οι συχνές συναντήσεις με τους εκπαιδευτικούς στο πλαίσιο υποστήριξης των παιδιών που είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, είτε είναι θύματα περιστατικών σχολικού εκφοβισμού. Σημαντικές επίσης ήταν οι δράσεις που στόχευαν στην άρση του στίγματος από τον ψυχικά ασθενή, αλλά και στην πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού ήδη από το δημοτικό σχολείο. Σε συνεργασία με το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών ΘΗΣΕΑΣ Κυκλάδων και το Δίκτυο Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας Νομού Κυκλάδων (Σύρος) οργανώθηκαν εργαστήρια για εκπαιδευτικούς με στόχο τη βέλτιστη αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς στην τάξη, καθώς και την πρόληψη και διαχείριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης και θυματοποίησης.

- Δημιουργία Εθελοντικών Υποστηρικτικών Πυρήνων με τη συμμετοχή ασθενών, συγγενών, αλλά και συντοπιτών. Παράδειγμα τέτοιας δράσης αποτελεί η πρωτοβουλία που ξεκίνησε στην Πάρο, μετά από ενημερωτικό σεμινάριο (Μάιος 2014) σχετικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών-ατόμων, η οποία οδήγησε στην οργάνωση δράσεων αυτο-συνηγορίας.
- Προώθηση της ανάπτυξης ενός δικτύου συνεργαζόμενων τοπικών φορέων προερχόμενων από τους τομείς της εκπαίδευσης, της υγείας, της τοπικής αυτοδιοίκησης με στόχο τη βελτίωση της διασύνδεσής τους, την καταγραφή των προκυπτουσών αναγκών, την κοινοτική συνεργασία για τη βέλτιστη φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας, αλλά και την ευρύτερη θεσμική συνέργεια με οδηγό πάντα τις πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της κάθε κοινότητας (Στυλιανίδης και συν., 2014).

Στο πλαίσιο των δράσεων της ΚΜΨΥ των Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα την Πάρο πραγματοποιήθηκε έρευνα στην οποία επελέγησαν να συμμετέχουν άτομα από το γενικό πληθυσμό της Πάρου-Αντιπάρου. Στην έρευνα συμμετείχαν 506 άτομα εκ των οποίων το 65% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων διαμορφώθηκε στα 44 έτη (το ηλικιακό εύρος κυμαινόταν από τα 18 έως τα 74 έτη). Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 22% εμφάνιζε κλινικά σημαντική νοσηρότητα με τις γυναίκες να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη νοσηρότητα σε ποσοστό 30% σε σχέση με τους άνδρες που το ποσοστό τους ήταν στο 13%. Τα κυριότερα συμπτώματα που αναφέρονταν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν η κόπωση, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, τα σωματικά συμπτώματα και ο καταθλιπτικός ιδεασμός. Η κατάθλιψη διαγνώστηκε σε ποσοστό 5,53% με επιπολασμό στις γυναίκες 7,88% έναντι 1,14% στους άνδρες, ενώ η διαταραχή γενικευμένου άγχους βρέθηκε σε ποσοστό 4,35% και εμφανίστηκε επίσης συχνότερα στις γυναίκες (5,76%) απ' ότι στους άνδρες (1,70%). Η διαταραχή πανικού εμφανίστηκε σε ποσοστό 1,38%, οι φοβίες σε 5,34% και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε 1,78%, τα αποτελέσματα επιπολασμού των οποίων εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Η επιβλαβής χρήση οινόπνευματων ήταν σε ποσοστό 13,06% με τους άνδρες να έχουν υψηλότερο ποσοστό έναντι των γυναικών, 23,86% έναντι 3%. Σε ό,τι αφορά τις συσχετίσεις των βασικών κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών με την ψυχιατρική νοσηρότητα, η ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες, οι ανύπαντροι και οι άνεργοι παρουσίαζαν υψηλότερη νοσηρότητα, ενώ τα άτομα ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, καθώς και τα άτομα

που δήλωναν υψηλό οικογενειακό εισόδημα, παρουσίαζαν χαμηλότερη νοσηρότητα (Στυλιανίδης και συν., 2010).

### **2.3 Αποτίμηση του κόστους ψυχικών διαταραχών**

Το οικονομικό κόστος στον οικογενειακό προγραμματισμό που προκαλείται από ψυχικές διαταραχές δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένο, αν και έχουν πραγματοποιηθεί προσπάθειες όπως αυτή ένταξης του κόστους των ψυχικών διαταραχών στους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης και στο πλαίσιο εφαρμογής διεθνών πολιτικών (Thornicroft & Patel, 2014, Tomlinson & Lund, 2012, United Nations, 2015). Η ανάγκη για περίθαλψη και πρόσβαση στη θεραπεία είναι συχνά αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή οι πληθυσμοί που έχουν την υψηλότερη ανάγκη, όπως φτωχοί, οικονομικά ευάλωτοι, περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί, τείνουν να έχουν τη μικρότερη πρόσβαση στην περίθαλψη (Ζάβρας & Γείτονα, 2013, Φερόνας & Οικονόμου, 2010, Saxena et al., 2007). Οι ψυχικές διαταραχές και η ένδεια συνδέονται μέσω ενός αμοιβαίου ενισχυτικού αρνητικού κύκλου, που χαρακτηρίζεται από κοινωνικές αιτιότητες και μεταβολές<sup>19</sup> (Dohrenwend et al., 1992, Lund et al., 2010, 2011, 2019, Saraceno et al., 2005, Patel & Kleinman, 2003, Flisher et al., 2007).

Το προκαλούμενο κόστος για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές μπορεί να χωριστεί σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο κόστος των ψυχικών διαταραχών αφορά τις δαπάνες που επιβαρύνουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, την κοινωνία και τις οικογένειες των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και τις ιδιωτικές δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει το κόστος νοσηλείας, όπου αυτό είναι αναγκαίο (βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα), την παρακολούθηση ασθενών εκτός δημοσίου συστήματος υγείας, την κατ' οίκον και ημερήσια φροντίδα, τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις, τις εργαστηριακές δοκιμές κ.ά. (Vázquez-Polo et al., 2005, Γείτονα, 2012). Αξίζει να τονιστεί ότι η αύξηση της συχνότητας και της διάρκειας της

---

<sup>19</sup> Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Patel και συνεργάτες (2007a), για να διερευνηθεί μεταξύ άλλων η οικονομική επιβάρυνση των διαταραχών κατάθλιψης στην Ινδία, βρέθηκε ότι το ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν μέλη με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν υψηλές έως και καταστροφικές για τον οικονομικό προϋπολογισμό, δαπάνες υγείας σε ποσοστό 14,6%, ενώ τα νοικοκυριά που δεν είχαν κάποιο μέλος με διάγνωση κατάθλιψης σε ποσοστό 4,9%, αντίστοιχα.

νοσηλείας έχει σημαντικό αντίκτυπο στο συνολικό κόστος θεραπείας, καθώς η νοσηλεία φαίνεται να είναι ένας από τους μεγαλύτερους συντελεστές στο συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα για τη διαχείριση της σχιζοφρένειας (Geitona et al., 2007, 2008a, 2008b).

Το έμμεσο κόστος για τους ασθενείς αφορά κυρίως τη μείωση της παραγωγικότητας λόγω μιας ψυχικής διαταραχής και του διαφυγόντος εισοδήματος (Knapp, 2000, Vázquez-Polo et al., 2005, Κυριόπουλος και Γείτονα, 2008, Γείτονα, 2012). Η ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται η εκάστοτε ψυχική διαταραχή παίζει καθοριστικό ρόλο καθώς μπορεί να επηρεάσει ακόμα και την ικανότητα του ατόμου για εργασία. Για παράδειγμα, η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται συνήθως στα τέλη της εφηβείας ή στις αρχές της δεκαετίας των είκοσι (20) ετών και μπορεί να θέσει σημαντικά εμπόδια στην ικανότητα των ασθενών να αρχίσουν να εργάζονται (McEvoy, 2007). Οι ασθενείς που κρίνεται αδύνατο να εργαστούν λόγω ανικανότητας λαμβάνουν πιστοποιητικό αναπηρίας, έχουν ελαφρύνσεις σε οικονομικές συναλλαγές με το δημόσιο και λαμβάνουν επίδομα-σύνταξη από το κράτος. Ένα άλλο σημαντικό έμμεσο κόστος είναι αυτό των φροντιστών των ασθενών. Οι φροντιστές συμβάλλουν τόσο σε χρόνο όσο και σε υπηρεσίες σε είδος για να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς με συνέπεια την απουσία από την εργασία (Πίνακας 7).

Μία άλλη κατηγορία δαπανών που προτείνεται είναι το αόρατο κόστος (intangible cost), που αφορά δαπάνες μη χρηματοοικονομικού χαρακτήρα (Knapp, 1997). Μέσω της ανάπτυξης αυτού του δείκτη δαπανών γίνεται μία προσπάθεια να αντικατοπτριστεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς βάλλονται από τις παρενέργειες των φαρμακευτικών αγωγών, από το άγχος που προκαλείται από την ίδια την ψυχική διαταραχή αλλά και από τη διαδικασία θεραπείας. Το συγκεκριμένο κόστος δεν έχει άμεσο οικονομικό αντίκτυπο, αλλά ίσως επηρεάζει τη συνεργασία μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγείας (Knapp et al., 2004, Balak & Elmaci, 2007).

## Πίνακας 7: Απεικόνιση της αποτίμησης του κόστους

### Άμεσο Ιατρικό Κόστος

Ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες
Απασχόληση ιατρικού προσωπικού
Φαρμακευτική αγωγή και ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός
Νοσηλεία
Έξοδα λειτουργίας ΚΜ

### Άμεσο Μη Ιατρικό Κόστος

Μετακίνηση και διαμονή ασθενών προς και από τις νοσηλευτικές μονάδες
Μετακίνηση και διαμονή των φροντιστών του ασθενούς
Μετακίνηση, διατροφή και διαμονή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας
Πληρωμές από τον ίδιο τον ασθενή

### Έμμεσο Κόστος

Μείωση εισοδήματος εξαιτίας απώλειας παραγωγικότητας λόγω νοσηρότητας (μειωμένη απόδοση στην εργασία, απουσία από την εργασία)
Μείωση απολαβών και παραγωγικότητας των φροντιστών του ασθενούς
Επιβάρυνση κοινωνικής ασφάλισης (αναπηρικές συντάξεις, επιδόματα αναπηρίας)

### Αόρατο Κόστος

Υποβάθμιση ποιότητας ζωής του ασθενούς
Κοινωνικές διακρίσεις/Στίγμα

Πηγή: Προσαρμογή από Π.Ο.Υ. (WHO, 2003a), Κυριόπουλο Γ. & Γείτονα Μ. (2008) και Γείτονα Μ. (2012)

Οι ψυχικές διαταραχές συνήθως απαιτούν μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και δαπανηρές θεραπείες. Το κόστος θεραπείας για την κάθε ψυχική διαταραχή δεσμεύει σημαντικό μέρος από τον προϋπολογισμό των υπηρεσιών υγείας. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα διαπίστωσαν ότι το ετήσιο κόστος ανά ασθενή με άνοια ανέρχεται από 12.140 € έως 22.666 € (Καϊτελίδου και συν., 2014), ενώ το αντίστοιχο κόστος ανά ασθενή με σχιζοφρένεια εκτιμήθηκε από 3.187 € έως 17.577 €, ανάλογα τη σοβαρότητα της νόσου και της πιθανής χρήσης νοσοκομειακής περίθαλψης νοσηλευτικής φροντίδας σε δομή ψυχικής υγείας (Γείτονα και συν. 2007, Geitona et al., 2008a). Τα κόστη των ψυχικών διαταραχών μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαταραχών αλλά και των χωρών. Αυτό οφείλεται στο άμεσο κόστος που σχετίζεται τόσο με τις ιατρικές διαδικασίες όσο και με τις μη ιατρικές δαπάνες, όπως μεταφορά, διαμονή και λοιπά σχετιζόμενα κόστη που συνδέονται με τη δομή των εκάστοτε συστημάτων υγείας. Αυτό από μόνο του υποδηλώνει την ανάγκη διερεύνησης οικονομικά αποδοτικών στρατηγικών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν αποτελεσματικότερα τόσο τους ίδιους τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, όσο και τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν.

Αναφορικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, το εκτιμώμενο άμεσο και έμμεσο κόστος που οφείλεται σε ψυχικές διαταραχές κατά το έτος 2015 στην Ελλάδα ανέρχεται σε 3,01% του ΑΕΠ (Γράφημα 4, Σελ. 33). Το συνολικό εκτιμώμενο κόστος (άμεσο και έμμεσο) που σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές για την Ελλάδα και την Ε.Ε. για το 2015 παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.

**Πίνακας 8:** Εκτιμήσεις του συνολικού κόστους (άμεσου και έμμεσου) των ψυχικών διαταραχών, σε εκατομμύρια ευρώ και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2015

Συνολικό κόστος			Άμεσο κόστος				Έμμεσο κόστος	
			Σχετικά με το σύστημα υγείας		Σχετικά με τις παροχές κοινωνικής πρόνοιας		Σχετικά με την αγορά εργασίας	
Χώρα	Σε εκατομμύρια ευρώ	Ποσοστό του ΑΕΠ (%)	Σε εκατομμύρια ευρώ	Ποσοστό του ΑΕΠ (%)	Σε εκατομμύρια ευρώ	Ποσοστό του ΑΕΠ (%)	Σε εκατομμύρια ευρώ	Ποσοστό του ΑΕΠ (%)
<b>EU28</b>	607.074	4,10%	194.139	1,31%	169.939	1,15%	242.995	1,64%
<b>Ελλάδα</b>	5.311	3,01%	2.241	1,27%	1.440	0,82%	1.630	0,92%

Πηγή: OECD/European Union (2018)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ**

### **3.1 Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας/χρησιμότητας**

Η οικονομική αξιολόγηση είναι αρωγός στο δυσχερές έργο της επιλογής της κατάλληλης παρέμβασης στην υγεία. Παρέχει τη μεθοδολογία για την εκτίμηση του κόστους και των συνεπειών της παρέμβασης για κάθε αποτέλεσμα. Το αποτέλεσμα της οικονομικής αξιολόγησης κρίνεται από το αν η παρέμβαση υπερέρχει σε σχέση με την εναλλακτική της προσέγγιση σε οικονομικούς, κλινικούς, κοινωνικούς όρους.

Η ανάγκη για αξιολόγηση στην υγεία υπαγορεύεται από τη συνεχή αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνακόλουθα και των δαπανών (χωρίς συνήθως να υπάρχουν οι απαραίτητοι οικονομικοί πόροι) και οδηγεί στην ανάγκη ελέγχου του υγειονομικού κόστους. Αυτό, μαζί με τις αυξημένες απαιτήσεις για καλύτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δίνει στη διαδικασία αξιολόγησης μια εξέχουσα θέση στο σχεδιασμό των πολιτικών για την υγεία (WHO, 1981).

Η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (Health Technology Assessment, HTA) αναφέρεται στη συστηματική αξιολόγηση των κοινωνικών, οικονομικών, οργανωτικών και ηθικών επιπτώσεων μιας υγειονομικής παρέμβασης ή τεχνολογίας υγείας (WHO, 2015). Ο κύριος σκοπός της αξιολόγησης είναι η σύνδεση της έρευνας και της λήψης αποφάσεων πολιτικής υγείας. Οι αποφάσεις κρίνονται ολοένα και πιο σημαντικές με αποτέλεσμα τη δημιουργία του διεθνούς δικτύου φορέων αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας, Health Technology Assessment Agency, ο οποίος περιλαμβάνει τον Π.Ο.Υ., τον ΟΟΣΑ και το European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). Σκοπός τους η αξιοποίηση των δεδομένων οικονομικής αξιολόγησης για την αποτίμηση των παρεμβάσεων και την έκδοση κατευθυντήριων γραμμών για την αξιοποίησή τους (Κυριόπουλος και Γείτονα, 2008, Γείτονα, 2012).

Στη διεθνή πρακτική χρησιμοποιούνται αρκετές μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης. Οι πιο χρησιμοποιούμενες είναι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας.

Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis, CEA) αξιολογεί διαφορετικά προγράμματα υγείας σύμφωνα με το κόστος μιας αποκτώμενης μονάδας αποτελεσματικότητας (McKie et al., 1998). Είναι μέτρο του οφέλους των υπό σύγκριση υγειονομικών παρεμβάσεων σε μονάδες κλινικών αποτελεσμάτων (π.χ. ποσοστό επιτυχίας, θνησιμότητας, επιπρόσθετα έτη ζωής, συχνότητα εξάρσεων κ.λπ.). Το κόστος μετράται σε χρηματικές-νομισματικές μονάδες, ενώ τα αποτελέσματα των συγκρινόμενων εναλλακτικών αξιολογούνται με βάση φυσικές μονάδες, όπως είναι οι ημέρες ελεύθερες από συμπτώματα, τα κερδισμένα έτη ζωής κ.ά. (Johansson, 1996, Γείτονα και συν., 2017).

Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis, CUA) συγκρίνει το κόστος και το όφελος με την υιοθέτηση της χρησιμότητας ως μονάδας για τη μέτρηση της αξίας του αποτελέσματος από κάθε υγειονομική παρέμβαση. Η CUA συνδυάζει την ποιότητα ζωής με τον χρόνο επιβίωσης (ποσότητα της ζωής), τα οποία είναι και τα δύο σημαντικά κριτήρια, έτσι ώστε να αποτιμηθούν τα αποτελέσματα-οφέλη ενός προγράμματος υγειονομικής φροντίδας σε όρους βελτίωσης του επιπέδου υγείας των ασθενών. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων παράγει τη μονάδα μέτρησης των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ποιότητα (Quality Adjusted Life Years, QALYs) (Γείτονα, 2012), του Προσδόκιμου Ζωής προσαρμοσμένο στην Υγεία (Healthy Life Expectancy, HALE) και των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (Disability-Adjusted Life Years, DALYs).

Οι δύο αυτές αναλύσεις χρησιμοποιούν την ίδια μεθοδολογική προσέγγιση αλλά διαφοροποιούνται ως προς τη μέτρηση του αποτελέσματος (outcomes). Γι' αυτό το λόγο στη διεθνή βιβλιογραφία η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας αναφέρεται και ως ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (Γείτονα και συν., 2017, Rai & Goyal 2018).

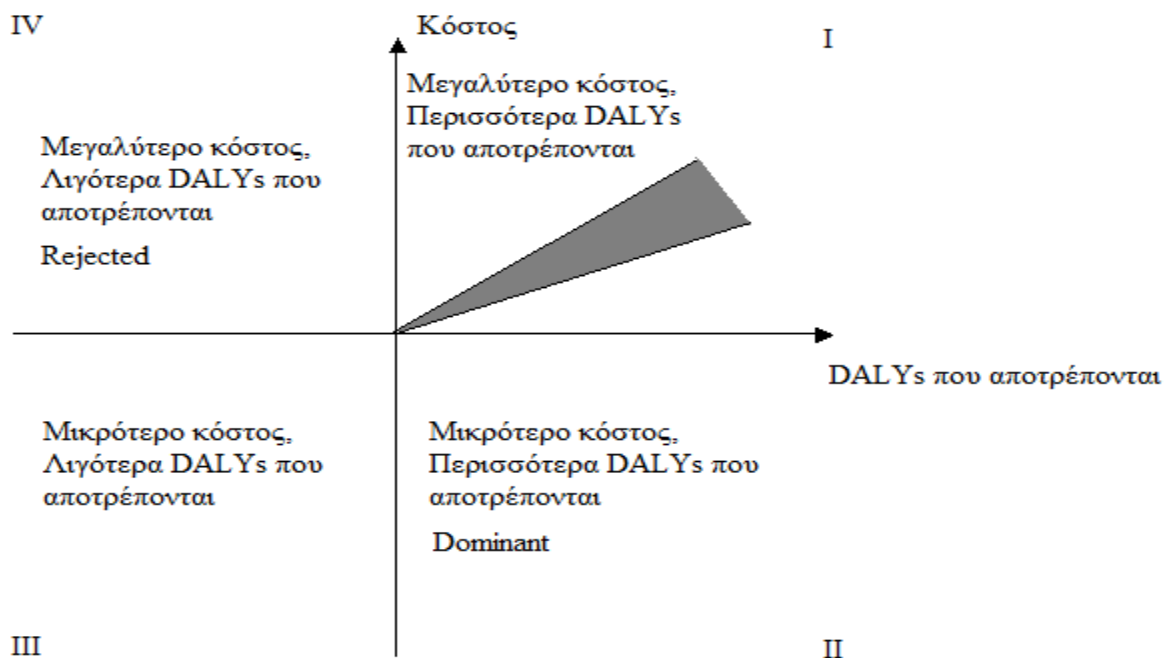
Ο λόγος του οφέλους προς το κόστος αποδίδεται από το δείκτη του οριακού ή πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER), ο οποίος μετρά το πρόσθετο κόστος (incremental cost), το οποίο απαιτείται για μια επιπλέον μονάδα αποτελεσματικότητας (πρόσθετο αποτέλεσμα) (incremental effectiveness) στην υγεία μετά από τη σύγκριση δύο παρεμβάσεων. Ο λόγος αυτός εκφράζεται με το πηλίκο της διαφοράς του κόστους των δύο υπό σύγκριση παρεμβάσεων προς τη διαφορά της μεταξύ τους αποτελεσματικότητας ως ακολούθως (Κυριόπουλος και Γείτονα, 2008):

$$\text{ICER} = \frac{\text{Κόστος παρέμβασης A} - \text{Κόστος παρέμβασης B}}{\text{Αποτελεσματικότητα παρέμβασης A} - \text{Αποτελεσματικότητα παρέμβασης B}}$$

Η κλινική αποτελεσματικότητα αποδίδεται όλο και πιο συχνά με τον δείκτη των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας μεταξύ των παρεμβάσεων για συγκεκριμένη αιτία-νόσο εκφράζονται σε κόστος παρέμβασης ανά DALY η απώλεια των οποίων αποτρέπεται (cost per DALY averted), σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Π.Ο.Υ. και της Παγκόσμιας Τράπεζας (WHO, 2003b, Sanders et al., 2016, Schackman et al., 2007, Sinha et al., 2007, Llanos et al. 2007, Neumann et al., 2016, Leech et al., 2018, Gunda & Chimbari, 2017, Tan Torres Edejer et al., 2003, Mathers et al., 2001).

Ο ICER μπορεί να παρουσιαστεί ενδεικτικά στο Γράφημα 15, όπου απεικονίζεται στον κάθετο άξονα το κόστος και στον οριζόντιο άξονα το αποτέλεσμα της παρέμβασης και της εναλλακτικής της.

**Γράφημα 15:** Αποτίμηση του δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας/χρησιμότητας



Πηγή: Neumann P., Thorat T., Zhong Y., et al. (2016).

Το πρώτο τεταρτημόριο περιέχει αναλογίες για παρεμβάσεις, οι οποίες αυξάνουν το κόστος ενώ βελτιώνουν την υγεία (δηλαδή, αποτρέπουν την απώλεια των DALYs). Το δεύτερο τεταρτημόριο περιλαμβάνει παρεμβάσεις που βελτιώνουν την υγεία και μειώνουν το κόστος και ως αποτέλεσμα οι παρεμβάσεις αυτές «κυριαρχούν» (dominant, κυρίαρχη/επικρατούσα παρέμβαση). Στο τρίτο τεταρτημόριο οι παρεμβάσεις είναι ασύμφωρες γιατί η αρνητική αποτελεσματικότητα συνδυάζεται με αρνητικό κόστος. Το τέταρτο τεταρτημόριο περιέχει αναλογίες για τις παρεμβάσεις, οι οποίες αυξάνουν το κόστος και επιβαρύνουν την υγεία και ως εκ τούτου οι παρεμβάσεις αυτές «απορρίπτονται»/είναι ασύμφωρες (rejected, απορριπτέα παρέμβαση).

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων κόστους-αποτελεσματικότητας/χρησιμότητας βελτιώνουν την κατανομητική απόδοση και αποτελούν έναν αξιόπιστο οδηγό για τους υπεύθυνους χάραξης και λήψης αποφάσεων πολιτικών υγείας. Η χρήση του κατώτατου ορίου (threshold) για τον δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας, αποτελεί κριτήριο υιοθέτησης ή μη μιας υγειονομικής παρέμβασης στο πλαίσιο αξιολόγησής της ως προς την οικονομική της αποδοτικότητα (WHO, 2014a, 2014b, Robinson et al., 2017, Bertram et al., 2016, Woods et al., 2016, Leech et al., 2018, Ochalek et al., 2015, Shillcutt et al., 2009, Claxton et al., 2015, Marseille et al., 2015). Το πιο συχνά αναφερόμενο κατώτατο όριο συνδυάζει το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας με την απόδοση της παρέμβασης, ώστε να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά μιας αποδοτικής και μιας περισσότερο οικονομικά αποδοτικής παρέμβασης (WHO, 2002, 2014b, Hutubessy et al., 2003). Η μέτρηση μιας παρέμβασης σε DALYs η απώλεια των οποίων αποτρέπεται, εάν κοστίζει λιγότερο από το τριπλάσιο ετήσιο εθνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ, θεωρείται αποδοτική ως προς την αναλογία κόστους-αποτελεσματικότητας. Μία παρέμβαση που κοστίζει λιγότερο από μία φορά το ετήσιο εθνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ θεωρείται ιδιαίτερα αποδοτική ως προς την αναλογία κόστους-αποτελεσματικότητας (Marseille et al., 2015, Robinson et al., 2017, WHO, 2002, 2001d, 2003b, Bertram et al., 2016, Hutubessy et al., 2003, Edwards, 2011, Gunda & Chimbari, 2017, Leech et al., 2018). Μία άλλη προσέγγιση αξιολογούσε μία παρέμβαση ως ιδιαίτερα αποδοτική όταν το κατώτατο όριο δεν ξεπερνούσε τα 50 \$ ανά DALYs που αποτρέπονται σε χώρες χαμηλού εισοδήματος ή τα 150 \$ ανά DALYs που αποτρέπονται σε χώρες μεσαίου εισοδήματος (World Bank, 1993, WHO, 1996, Mueller et al., 2009, Gunda & Chimbari, 2017, Leech et al., 2018).

Οι μελέτες κόστους ανά DALYs που αποτρέπονται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος που χρησιμοποιούν ως κατώτατο όριο την τιμή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας έχει αυξηθεί σημαντικά. Ωστόσο, ο Π.Ο.Υ. δεν έχει δώσει ρητή κατευθυντήρια γραμμή χρήσης τιμών των κατώτατων ορίων (Leech et al., 2018, Bertram et al., 2016). Επιπλέον, κάποιοι αναλυτές θεωρούν ότι η τιμή του κατώτατου ορίου θα πρέπει να αναθεωρηθεί προς τα κάτω τόσο για τις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (για παράδειγμα 0,01 έως 0,51 φορές το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας) όσο και για τις χώρες με μεσαίο και υψηλό εισόδημα (για παράδειγμα 0,18 έως 0,71 φορές το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της εκάστοτε χώρας) (Woods et al., 2016, Leech et al., 2018). Από την άλλη πλευρά, αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιοι αναλυτές έχουν επικρίνει τη ίδια τη χρήση των κατώτατων ορίων (Marseille et al., 2015, Hall & Jones, 2007, Robinson et al., 2017, WHO, 2001d, Bertram et al., 2016, Woods et al., 2016, Shillcutt et al., 2009).

### **3.2 Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ποιότητα και Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα**

Οι παρεμβάσεις υγείας στοχεύουν στη μείωση του φορτίου της νόσου και στην αύξηση της ποιότητας ζωής των πληθυσμών. Τα τελευταία χρόνια τρεις δείκτες έχουν τις πιο συχνές αναφορές ως εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης τα Healthy Life Expectancy (HALE, Προσδόκιμο ζωής προσαρμοσμένο στην υγεία), τα Quality-Adjusted Life Years (QALYs, Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ποιότητα) και τα Disability-Adjusted Life Years (DALYs, Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα).

Το HALE κατά τη γέννηση αυξάνει το προσδόκιμο ζωής για διαφορετικές καταστάσεις υγείας, προσαρμοσμένο ως προς την κατανομή σοβαρότητας (severity distribution). Καθίσταται ευαίσθητο σε μεταβολές όπως η πάροδος του χρόνου ή οι διαφορές στην κατανομή σοβαρότητας των καταστάσεων υγείας μεταξύ των χωρών (WHO, τελευταία πρόσβαση 20/01/2020). Το HALE είναι ένα μέτρο της υγείας του πληθυσμού που λαμβάνει υπόψη τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα μιας χώρας ή περιοχής για να εκτιμήσει τον αριθμό των ετών ζωής που αναμένεται να ζήσει το άτομο σε καλή υγεία στη συγκεκριμένη περιοχή. Ο Π.Ο.Υ. άρχισε να συγκεντρώνει αυτά τα δεδομένα σε πίνακες το 1999 (WHO, 2018a).

Η έννοια της στάθμισης των αποτελεσμάτων με βάση την ποιότητα ζωής εμφανίστηκε σε μελέτη για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τη μεταμόσχευση νεφρού του Klarman και συνεργατών, το 1968. Αργότερα στις αρχές του 1970 σε εργασίες από τους Fanshel, Bush (1970) και Torrance (1976) έκανε την εμφάνισή του ο δείκτης επιπέδου υγείας (Health Status Index). Ο όρος Quality Adjusted Life Years (QALYs) εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1976 από τους Zeckhauser και Shepard, ως ένα μέτρο που συνδυάζει το χρόνο επιβίωσης του ατόμου σε μία κατάσταση υγείας με την ποιότητα ζωής του (Γείτονα και συν., 2004). Τα QALYs εφαρμόζονται στα οικονομικά της υγείας, κυρίως σε αναλύσεις κόστους-χρησιμότητας υγειονομικών παρεμβάσεων και στον καθορισμό χάραξης πολιτικών υγείας για χρηματοδότηση και κατανομή πόρων (Petrou & Renton, 1993, Robinson, 1993).

Το Σταθμισμένο Έτος Ζωής ως προς την Ποιότητα (QALY) επιχειρεί την αξιολόγηση και τη μέτρηση της βελτίωσης ή μη της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την ποσότητα/παράταση ζωής (L, life expectancy, δηλαδή θνησιμότητα, mortality) όσο και την ποιότητα (Q, Quality of life, δηλαδή νοσηρότητα, morbidity) ζωής σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια ζωής (Prieto & Sacristan, 2003).

Η ποσότητα ζωής (Quantity of life) εκφράζεται σε όρους προσδόκιμης ζωής ή επιβίωσης. Ο δείκτης προσδόκιμου ζωής είναι ευρέως αποδεκτός και παρουσιάζει λίγα προβλήματα σύγκρισης. Από την άλλη πλευρά, η ποιότητα ζωής (Quality of life) δε μπορεί εύκολα να αποτιμηθεί σε ποσοτικούς όρους, δεδομένου ότι περικλείει μια σειρά από διαφορετικές πτυχές της ζωής των ανθρώπων και όχι μόνο την κατάσταση υγείας τους. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου αναφέρεται ως χρησιμότητα υγείας (health utility<sup>20</sup>) (Tolley, 2009). Οι χρησιμότητες που παράγονται αντιπροσωπεύουν τις εκτιμήσεις που συνδέονται με κάθε κατάσταση υγείας από 0 έως 1. Το 0 θεωρείται ότι είναι ισοδύναμο με το θάνατο και το 1 αποδίδεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας. Ωστόσο, ορισμένες καταστάσεις υγείας μπορεί να θεωρούνται χειρότερες από το θάνατο και τους αποδίδονται αρνητικές τιμές.

Το προτιμώμενο μέσο για τη μέτρηση και αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής στον NICE (National Institute of Clinical Excellence) είναι το EQ-5D (EuroQol)

---

<sup>20</sup> Στα οικονομικά της υγείας, η χρησιμότητα είναι βασική εκτίμηση, που αντανακλά τις προτιμήσεις ενός ατόμου για διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

(Fallowfield, 2009). Το EQ-5D είναι ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής (EuroQol Group, 1990), χρησιμοποιείται ευρέως και έχει επικυρωθεί σε πολλούς διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε τα άτομα να έχουν τη δυνατότητα να περιγράψουν το βαθμό στον οποίο έχουν ένα πρόβλημα σε κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις υγείας: κινητικότητα, ικανότητα αυτοφροντίδας (αυτοεξυπηρέτηση), ικανότητα να εκτελεί συνήθειες, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος και δυσφορία (αδιαθεσία), άγχος και κατάθλιψη. Οι ασθενείς συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο που περιγράφει τη γενική κατάσταση υγείας τους. Η τιμή της ποιότητας ζωής για κάθε κατάσταση υγείας προσδίδεται βάση ενός αλγορίθμου. Η χρήση του EQ-5D καθιστά δυνατή την αποτίμηση της ωφελιμότητας/χρησιμότητας του ατόμου από τις διάφορες καταστάσεις υγείας (Γείτονα και συν., 2017).

Η Σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, η Παγκόσμια Τράπεζα και ο Π.Ο.Υ. προχώρησαν στον ποσοτικό προσδιορισμό της Παγκόσμιας Επιβάρυνσης<sup>21</sup> της υγείας από νόσους (Global Burden of Disease, GBD) (World Bank, 1993), για τον υπολογισμό της οποίας αναπτύχθηκαν τα Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) (Murray & Lopez, 1996a, 1996b, Devleeschauwer et al., 2014, Robinson et al., 2017, Murray et al., 2012a, 2012b, Salomon et al., 2012, Murray, 1994, Bener et al., 2013, Donev et al., 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, τα DALYs σχεδιάστηκαν ως μονάδα μέτρησης προκειμένου να επιτευχθεί ενιαίος τρόπος υπολογισμού της απώλειας της υγείας του πληθυσμού σε σχέση με τις διάφορες αιτίες ασθενειών (Murray & Acharya, 1997, Murray et al., 2002). Αναπτύχθηκε ως μέτρο της υγείας μιας κοινωνίας (και όχι ενός ατόμου) και της αποτίμησης της επιβάρυνσης που επιφέρουν οι ασθένειες σε διάφορες χώρες (OECD, 2002).

Τα DALYs είναι παρόμοια με τα QALYs, με τη διαφορά ότι ενσωματώνουν ένα συντελεστή στάθμισης ηλικίας και αποτιμούν την απώλεια μακροβιότητας και υγείας σε σχέση με μία άριστη κατάσταση υγείας. Η διαφορά του δείκτη DALYs από τον δείκτη QALYs είναι ότι ο πρώτος συνδυάζει το προσδόκιμο επιβίωσης με την ανικανότητα, ενώ ο δεύτερος συνδυάζει το προσδόκιμο επιβίωσης με την ποιότητα ζωής (Μαυρέας, 2002). Τα DALYs είναι η παρούσα αξία των μελλοντικών ετών ζωής που χάνονται λόγω πρόωρης θνησιμότητας και η παρούσα αξία των

---

<sup>21</sup> Η επιβάρυνση (burden) από τη νόσο μπορεί να εκτιμηθεί από το οικονομικό κόστος, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα ή άλλα μεγέθη όπως τα DALYs.

ετών που ζει κάποιος σε καταστάσεις υπολογιζόμενες με τη μέση βαρύτητα (συχνότητα και ένταση) κάθε ψυχικής ή σωματικής ανικανότητας που προκαλείται από μια ασθένεια ή τραυματισμό. Αυτό δείχνει ότι τα DALYs είναι ένα μέτρο αυτού που χάνεται αντί αυτού που κερδίζεται και αντιπροσωπεύουν μία απώλεια, η οποία θα πρέπει να ελαχιστοποιηθεί (Fox-Rushby & Hanson, 2001).

Το κύριο πλεονέκτημα των DALYs είναι ότι παρουσιάζουν, με έναν μόνο αριθμό, την επίδραση ενός παράγοντα κινδύνου στην υγεία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Ο στόχος των πολιτικών για την υγεία είναι σαφώς να μειώσει τα DALYs. Επομένως, ο αριθμός τους θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως βοήθεια για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην υγεία, δεδομένου ότι επιτρέπει οι εκβάσεις υγείας να μετρούνται με έναν συγκρίσιμο τρόπο με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ χωρών ή περιφερειών.

«Ένα DALY μπορεί να θεωρηθεί ως ένας χαμένος χρόνος "υγιούς ζωής"» (Murray, 1994). «Το άθροισμα των DALYs στον πληθυσμό, ή η επιβάρυνση της νόσου, μπορεί να θεωρηθεί ως μία μέτρηση του χάσματος μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης υγείας και μιας ιδανικής κατάστασης υγείας, όπου το σύνολο του πληθυσμού ζει μέχρι την ηλικία του πρότυπου προσδόκιμου ζωής, απαλλαγμένο από νόσους και αναπηρία» (WHO, τελευταία πρόσβαση 23/01/2020).

### **3.3 Μεθοδολογία των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs)**

Η μεθοδολογία για τον υπολογισμό των DALYs διαφέρει με την πάροδο του χρόνου ως προς τον τρόπο υπολογισμού των παραμέτρων (Drummond et al., 2015). Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διαχρονικές προσπάθειες υπολογισμού των DALYs στις μελέτες Global Burden of Disease (GBD) 1990-2010.



**Πίνακας 9:** Τιμές των παραμέτρων στις μελέτες GBD<sup>22</sup>

Κριτήρια	1990	2001	2004	2010
<b>Πίνακες ζωής (L)</b>	Πρότυπο Δύσης 25 (άνδρες) και 26 (γυναίκες)	Πρότυπο Δύσης 25 (άνδρες) και 26 (γυναίκες)	Πρότυπο Δύσης 25 (άνδρες) και 26 (γυναίκες)	Σύνθετος πίνακας ζωής (ίδιος για γυναίκες και άντρες)
<b>Προεξοφλητικό επιτόκιο (r)</b>	3%	3%	3%	0%
<b>Ηλικιακή στάθμιση (K, C, β)</b>	Μη ομοιόμορφη στάθμιση	Ομοιόμορφη στάθμιση	Μη ομοιόμορφη στάθμιση	Ομοιόμορφη στάθμιση
<b>Προσαρμογή για συννοσηρότητα</b>	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι

Πηγή: WHO, [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/daly\\_disability\\_weight/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/daly_disability_weight/en/)

Για τον υπολογισμό των DALYs χρησιμοποιούνται ως κριτήρια το προσδόκιμο ζωής, η στάθμιση ηλικίας, η στάθμιση αναπηρίας, η στάθμιση μελλοντικού χρόνου και η συννοσηρότητα.

Ο υπολογισμός του **προσδόκιμου ζωής** για τις εκτιμήσεις της επιβάρυνσης της νόσου βασίζεται στη μέθοδο των «πρότυπων αναμενόμενων χρόνων ζωής που χάνονται» (Standard Expected Years of Life Lost, SEYLL). Αυτό επιβάλλει μια «ιδανική» διάρκεια ζωής που αναμένεται σε κάθε πληθυσμό και μετρά την επιβάρυνση μιας ασθένειας σε όρους ζωής που χάνεται σε σχέση με αυτό (Fox-Rushby, 2002).

Η **στάθμιση ηλικίας** εισήχθη στα DALYs ώστε να αντανakλά τις πεποιθήσεις ότι τα χρόνια της ζωής ποικίλλουν σε αξία ανάλογα με την ηλικία του ατόμου (Murray, 1994, 1996). Ο χρόνος που ζει κάποιος σε διαφορετικές ηλικίες αποτιμάται σύμφωνα με μια εκθετική, συνεχής συνάρτηση της μορφής (Fox-Rushby, 2002):

$$Cxe^{-\beta x}$$

<sup>22</sup> Τα α και D δεν περιλαμβάνονται, επειδή ποικίλλουν ανάλογα την κάθε έκβαση υγείας.

όπου:

C = σταθερά

x = ηλικία (σε έτη)

$\beta$  = σταθερά

e = βάση για το φυσικό λογάριθμο (περίπου 2,718)

Η **στάθμιση αναπηρίας D** σημαίνει ότι η κατάσταση του ατόμου που πάσχει συνεπάγεται μία μείωση D% σε DALYs σε σχέση με την καλή υγεία. Η αξία της επίπτωσης της νόσου στην αναπηρία κυμαίνεται από 0 (που υποδεικνύει τέλεια υγεία) έως 1 (ισοδύναμο με μη υγεία, ή θάνατο) (Fox-Rushby, 2002, Prüss-Üstün et al., 2003). Υπάρχουν αρκετές ομάδες D (για διαφορετικές συνθήκες υγείας).

Αναφορικά με τη **στάθμιση μελλοντικού χρόνου**, η χρήση της προεξόφλησης για την άθροιση των χρόνων στο παρόν και στο μέλλον είναι συνήθης. Η εννοιολογική βάση της προεξόφλησης είναι ότι οι προτιμήσεις των ατόμων σε μελλοντικά αποτελέσματα έχουν μικρότερη αξία από τα αποτελέσματα του σήμερα<sup>23</sup>. Όσον αφορά την επιλογή του ρυθμού προεξόφλησης, ο Muiray (1996) θέτει το δίλημμα μεταξύ, από τη μία πλευρά, της χρήσης ενός θετικού (αν και μικρού) ποσοστού προεξόφλησης για να συλλάβει την αβεβαιότητα που αυξάνει με το χρόνο και την ανάγκη να μειώσει τα προβλήματα της υπερβολικής θυσίας και, από την άλλη πλευρά, της χρήσης ενός μηδενικού ποσοστού προεξόφλησης που αγνοεί το σωρευτικό αποτέλεσμα της μικρής μελλοντικής αβεβαιότητας (με δυνατότητα να εξουδετερώσει τις σωρευτικές θυσίες με αυθαίρετες οριοθετήσεις των προϋπολογισμών για τις τρέχουσες και τις μελλοντικές γενιές).

---

<sup>23</sup> Η έννοια της προτίμησης του καθαρού χρόνου σχεδιάστηκε για να αιτιολογηθεί η μείωση της στάθμισης των διαδοχικών αυξήσεων του μελλοντικού χρόνου, δηλαδή ένα άτομο θα προτιμήσει ένα όφελος σήμερα και όχι σε έναν χρόνο με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος ή αβεβαιότητα (Fox-Rushby, 2002). Όταν αυτή η υπόθεση χαλαρώνεται, το αποτέλεσμα είναι να μειωθεί ή να αυξηθεί ο ρυθμός προτίμησης του χρόνου που βασίζεται στο εάν το μελλοντικό εισόδημα γίνει περισσότερο ή λιγότερο πολύτιμο σε σχέση με το τρέχον εισόδημα, το οποίο εξαρτάται από το αν η οριακή χρησιμότητα είναι κυρτή ή κοίλη συνάρτηση.

Η **συννοσηρότητα** ορίζεται ως η παρουσία/συνύπαρξη πολλαπλών κλινικών καταστάσεων υγείας επιπλέον της υπό μελέτης ασθένειας (Van Den Akker et al., 1996). Οι παράγοντες κινδύνου, όπως η προχωρημένη ηλικία και η εθνικότητα, δεν είναι ουσιαστικά συνυπάρχουσες συνθήκες. Τρεις προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της συννοσηρότητας όσον αφορά την επιβάρυνση από τη νόσο (Mathers et al., 2006, Van Baal et al., 2006, Haagsma et al., 2011, Hilderink et al., 2016, Murray et al., 2012a, Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015, Hu & Fu, 2010, et al., Flanagan et al., 2006). Η προσέγγιση που θα χρησιμοποιηθεί είναι η στάθμιση αναπηρίας με πολλαπλασιαστική προσέγγιση και αντιπροσωπεύει ένα πολλαπλασιαστικό μοντέλο. Σε αυτή τη μέθοδο η κάθε κατάσταση υγείας συμβάλλει αναλογικά με τη στάθμιση αναπηρίας για την κάθε νόσο.

Για να υπολογιστεί η συννοσηρή στάθμιση αναπηρίας με την πολλαπλασιαστική προσέγγιση, χρησιμοποιείται ο ακόλουθος τύπος (WHO, 2018b):

$$D_{\text{Ασθένειας 1+Ασθένειας 2}}=1-(1-D_{\text{Ασθένειας 1}})*(1-D_{\text{Ασθένειας 2}})$$

Επειδή πολλοί άνθρωποι έχουν περισσότερες από μία ασθένειες, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ηλικίες, η προσθήκη των YLDs διαφόρων νόσων μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση της συνολικής απώλειας υγείας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στις μεγαλύτερες ηλικίες, όπου τα αθροιστικά YLDs μπορούν να προσεγγίσουν ή να υπερβούν το 100% των ετών που ζει ένας άνθρωπος<sup>24</sup>. Στις παλαιότερες GBD, τα YLDs (Years Lived in Disability/ Disease) υπολογίζονταν ξεχωριστά για κάθε ασθένεια χωρίς να υφίστανται προσαρμογή ως προς τη συννοσηρότητα (Mathers et al., 2006). Η GBD 2010 και οι επακόλουθες αναθεωρήσεις εφάρμοσαν προσαρμογές για την ανεξάρτητη συννοσηρότητα, έτσι ώστε τα αθροιστικά YLDs για κάθε νόσο να αντικατοπτρίζουν το άθροισμα της συνολικής απώλειας της υγείας του ατόμου. Άτομα με την ίδια λειτουργική απώλεια υγείας αντιμετωπίζονται στη συνέχεια ως ανεξάρτητα σε σχέση με το αν η

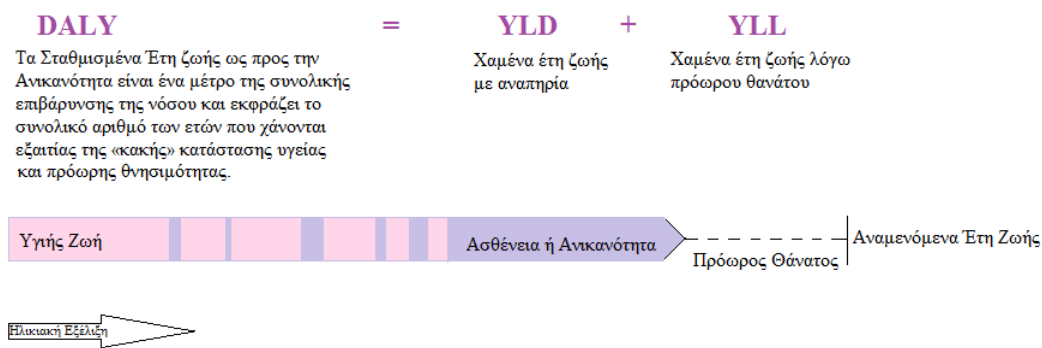
---

<sup>24</sup> Χρησιμοποιώντας τις εκτιμήσεις της GBD 2004 με μη στάθμιση ηλικίας, μη προεξοφλημένα YLDs ως ένα παράδειγμα, η προσαρμογή για ανεξάρτητη συννοσηρότητα μειώνει τα YLDs των ατόμων όλων των ηλικιών παγκόσμια κατά 6% και τα YLDs για ηλικίες 60 και άνω κατά 11%.

λειτουργική απώλεια υγείας προήλθε από μία ή περισσότερες συμβαλλόμενες νόσους (WHO, 2018b).

Τα DALYs για μία νόσο ή κατάσταση υγείας υπολογίζονται ως το άθροισμα των απολεσθέντων ετών ζωής (Years of Life Lost, YLL) λόγω πρόωρης θνησιμότητας στον πληθυσμό και των ετών ζωής που ζει κάποιος σε συνθήκες αναπηρίας ή ανικανότητας (Years Lived in Disability, YLD) (Driscoll et al., 2005, Prüss-Üstün et al., 2003, WHO, 2017, Γείτονα και συν., 2017) (Γράφημα 16):

**Γράφημα 16:** Ορισμός DALY



$$\text{DALY}(c, s, a, t) = \text{YLL}(c, s, a, t) + \text{YLD}(c, s, a, t)^{25}$$

όπου:

YLL= έτη ζωής που χάθηκαν εξαιτίας πρόωρης θνησιμότητας

YLD = χαμένα έτη ζωής με αναπηρία/ανικανότητα λόγω μιας ασθένειας

c = αιτία

s = φύλο

<sup>25</sup> c: cause, s: sex, a: age, t: time

$\alpha$  = ηλικία

$t$  = χρόνος

Τα χαμένα χρόνια ζωής ορίζονται ως «χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας από μια συγκεκριμένη αιτία θανάτου» (Steenland & Armstrong, 2006). Τα YLLs είναι το γινόμενο του αριθμού των θανάτων σε ένα πληθυσμό με το πρότυπο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία κατά την οποία επέρχεται ο θάνατος<sup>26</sup> (και μπορούν να βαθμολογηθούν σύμφωνα με τις κοινωνικές προτιμήσεις). Ο βασικός τύπος για τον υπολογισμό του YLL (χωρίς κοινωνικές προτιμήσεις) για ένα συγκεκριμένο σκοπό, ηλικία και φύλο είναι ο εξής (WHO, 2017):

$$YLL(c, s, \alpha, t) = N(c, s, \alpha, t) * L(s, \alpha, t)$$

όπου:

$N$  = αριθμός των θανάτων για συγκεκριμένη αιτία ( $c$ ) και χρόνο

$L$  = πρότυπο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία θανάτου σε χρόνια

Τα DALYs βασίζονται στην υπόθεση ότι η καλύτερη προσέγγιση για τη μέτρηση της επιβάρυνσης της νόσου είναι η χρήση της μονάδας του χρόνου. Έχοντας επιλέξει τη μονάδα του χρόνου ως μονάδα μέτρησης, η επιβάρυνση από τη νόσο μπορεί ακόμα να υπολογιστεί χρησιμοποιώντας μέτρα επίπτωσης ή επιπολασμού<sup>27</sup>. Ο χαμένος χρόνος λόγω της πρόωρης

---

<sup>26</sup> Διαφορές στα αποτελέσματα που ίσως προκύπτουν, προέρχονται από τις υποθέσεις για το προσδόκιμο ζωής σε κάθε ηλικία.

<sup>27</sup> Επίπτωση είναι το ποσοστό των νέων (ή νεοδιαγνωσθεισών) περιστατικών της νόσου. Γενικά αναφέρεται ως ο αριθμός των νέων περιστατικών που συμβαίνουν εντός μιας χρονικής περιόδου (π.χ., ανά μήνα, ανά έτος). Επιπολασμός είναι ο πραγματικός αριθμός των περιστατικών που ζουν με την ασθένεια κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Η επίπτωση αναφέρεται σε μια αλλαγή του καθεστώτος από μη-ασθένεια σε ασθένεια, έτσι ώστε να περιορίζονται σε νέα περιστατικά. Ο επιπολασμός περιλαμβάνει και τα νέα περιστατικά και εκείνους που προσβλήθηκαν από τη νόσο στο παρελθόν και εξακολουθούν να επιβιώνουν. Μία ασθένεια, η θεραπεία της οποίας διαρκεί αρκετά χρόνια, θα έχει τόσο υψηλή επίπτωση όσο και υψηλό επιπολασμό κατά το έτος. Αν αυτό συνεχίσει να συμβαίνει, τότε, θα έχει χαμηλή επίπτωση, αλλά θα εξακολουθεί να έχει υψηλό επιπολασμό (επειδή διαρκεί πολλά

θνησιμότητας είναι μία συνάρτηση του ποσοστού θανάτων και της διάρκειας της χαμένης ζωής εξαιτίας του θανάτου σε κάθε ηλικία. Επειδή τα ποσοστά θανάτου είναι τα ποσοστά επίπτωσης, δεν υπάρχει προφανής εναλλακτική λύση για τη θνησιμότητα από το να χρησιμοποιηθεί μια προοπτική επίπτωσης. Αντίθετα, για μη θανατηφόρα αποτελέσματα στην υγεία, έχουν χρησιμοποιηθεί συστηματικά και τα δύο μέτρα της επίπτωσης και του επιπολασμού. Κατά συνέπεια, είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο αριθμός των χαμένων χρόνων υγιούς ζωής εξαιτίας της νόσου, σε όρους επιπολασμού ή σε όρους επίπτωσης κατά το έτος ενδιαφέροντος.

Ο υπολογισμός του YLD για μια συγκεκριμένη αιτία σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο προκύπτει από το γινόμενο του αριθμού των περιστατικών της νόσου στον πληθυσμό (επίπτωση) σε μία περίοδο με τη μέση διάρκεια της συγκεκριμένης νόσου/αναπηρίας και ένα συντελεστή βαρύτητας (παράγοντας ανικανότητας, Disability Weight) για την ασθένεια. Ο δείκτης βαρύτητας μιας ασθένειας δείχνει ότι τα χρόνια ζωής έχουν διαφορετική αξία ανάλογα με την κατάσταση υγείας και αντανακλά τη σοβαρότητα της νόσου σε μια κλίμακα από το 0 («τέλεια» υγεία) έως το 1 (θάνατος). Ο βασικός τύπος για το YLD (χωρίς κοινωνικές προτιμήσεις) είναι ο εξής (WHO, 2017):

$$\text{YLD} = I(c, s, a, t) * D(c, s, a) * L(c, s, a, t)$$

όπου:

I = αριθμός περιστατικών της ασθένειας (επίπτωση)

D = δείκτης βαρύτητας της νόσου (0-1)

L = μέση διάρκεια της συγκεκριμένης ασθένειας μέχρι την υποχώρηση της νόσου (πλήρη ίαση) ή το θάνατο (σε χρόνια)

---

χρόνια η θεραπεία, έτσι το κλάσμα των ατόμων που επηρεάζονται παραμένει υψηλό). Αντίθετα, μια ασθένεια που έχει μια σύντομη χρονική διάρκεια μπορεί να έχει χαμηλό επιπολασμό και μεγάλη επίπτωση. Μερικές μελέτες (π.χ. GBD 1990) χρησιμοποιούν την επίπτωση και κάποιες τον επιπολασμό (π.χ. GBD 2010).

Στη GBD 2010 (IHME, 2012), χρησιμοποιήθηκε ένα αναθεωρημένο πρότυπο προσδόκιμου ζωής για τον υπολογισμό του YLL και βασίστηκε για τον υπολογισμό του YLD στον επιπολασμό και όχι στην επίπτωση (Schroeder, 2012):

$$\mathbf{YLD = P * D}$$

όπου:

P = αριθμός περιστατικών (επιπολασμός)

D = συντελεστής βαρύτητας νόσου (0-1)

Η GBD 2010 εκτιμά ότι οι συννοσηρότητες χρησιμοποιούν την υπόθεση της ανεξαρτησίας ως προς την ηλικία και το φύλο (WHO, 2018b):

$$P_{1+2} = P_1 + P_2 - P_1 * P_2 = 1 - (1 - P_1) * (1 - P_2)$$

όπου  $P_{1+2}$  είναι ο επιπολασμός των δύο συννοσηρών ασθενειών 1 και 2,  $P_1$  είναι ο επιπολασμός της ασθένειας 1 και  $P_2$  ο επιπολασμός της νόσου 2.

Το σφάλμα μεγέθους των YLDs από τη χρήση της υπόθεσης ανεξαρτησίας βρέθηκε ότι ήταν μικρό (WHO, 2018b). Η στάθμιση αναπηρίας για άτομα με πολλαπλές καταστάσεις υγείας υπολογίζεται με την πολλαπλασιαστική προσέγγιση ως εξής:

$$D_{1+2} = 1 - (1 - D_1) * (1 - D_2)$$

Δεδομένου ότι ο επιπολασμός των YLDs υπολογίζεται ως  $\mathbf{YLD = P * D}$ , η εξίσωση είναι:

$$YLD_{1+2} = 1 - (1 - YLD_1) * (1 - YLD_2)$$

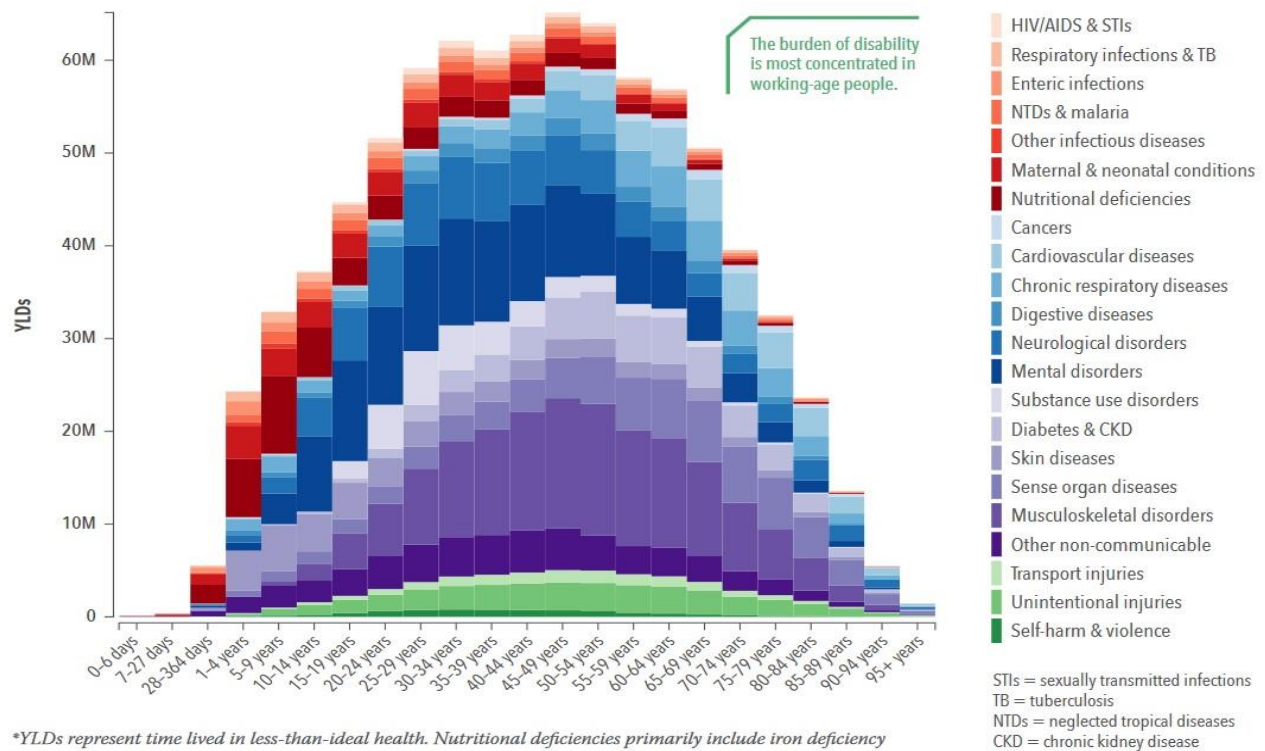
Παρά την ευρεία χρήση των DALYs από υπερεθνικούς οργανισμούς, έχουν δεχτεί αυστηρή κριτική σχετικά με τη συστηματική υποτίμηση των πραγματικών επιβαρύνσεων από τις ασθένειες και τα ατυχήματα (King & Bertino, 2008, Schulte, 2005, Grosse & Lollar, 2009, Tsuchiya et al., 2002, Reidpath, 2003).

### 3.4 Σταθμισμένα Έτη Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs) και επιπολασμός ψυχικών διαταραχών

Σύμφωνα με την Μελέτη Παγκόσμιας Επιβάρυνσης Νοσημάτων 2017 (Global Burden of Disease Study 2017), η επιβάρυνση από νόσους έχει αυξηθεί από το 1990 έως το 2017 κατά 52%. Το 80% της επιβάρυνσης από νόσους οφείλεται σε μη μεταδοτικές ασθένειες. Στο Γράφημα 17 παρουσιάζονται τα χρόνια ζωής με ανικανότητα (Years Lived with Disability, YLDs) κατά το έτος 2017 παγκοσμίως και για τα δύο φύλα ανά ηλικιακή ομάδα και νόσο, από όπου προκύπτει ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της επιβάρυνσης από νόσους.

**Γράφημα 17:** Χρόνια ζωής με ανικανότητα (YLDs) κατά το έτος 2017

Number of total YLDs, global, both sexes, by age group and cause, 2017



\*YLDs represent time lived in less-than-ideal health. Nutritional deficiencies primarily include iron deficiency anemia; mental disorders are mainly composed of anxiety and depression; musculoskeletal disorders consist largely of back pain and neck pain; and sense organ diseases mostly include hearing loss and vision loss.

Πηγή: IHME, 2018



Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νευροψυχιατρικές διαταραχές αποτελούν τις κύριες αιτίες των Disability-Adjusted Life Years (DALYs) στην Ευρώπη και παγκοσμίως. Στην Ευρώπη τρεις (3) από τις είκοσι (20) πιο συχνές ασθένειες, οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για τα DALYs για το έτος 2016 υπάγονται στις ψυχικές διαταραχές (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020). Συγκεκριμένα:

- Η νόσος Alzheimer και άλλα είδη άνοιας είναι η έβδομη κύρια αιτία των DALYs (2,5% του συνόλου των DALYs).
- Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι η δέκατη αιτία των DALYs (2,1% του συνόλου των DALYs).
- Οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ είναι η δέκατη έκτη κύρια αιτία των DALYs (1,6% του συνόλου των DALYs).

Όσον αφορά, τα χρόνια ζωής με ανικανότητα (Years lived with disability, YLDs), οι ψυχικές διαταραχές είναι από τους σημαντικότερους συμβαλλόμενους στις χρόνιες παθήσεις που πλήττουν τον πληθυσμό της Ευρώπης. Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία του Π.Ο.Υ. για το έτος 2016 (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020), οι νευροψυχιατρικές διαταραχές κατατάσσονται ως:

- Οι καταθλιπτικές διαταραχές κατέχουν το 5,8% του συνόλου των YLDs, έχοντας την τρίτη θέση στην κατάταξη των παθήσεων στην Ευρώπη.
- Οι αγχώδεις διαταραχές είναι έβδομες στην κατάταξη και υπολογίζονται στο 3,5% του συνόλου των YLDs.
- Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ κατατάσσονται στη δωδέκατη θέση στην Ευρώπη, αντιπροσωπεύοντας το 2,4% του συνόλου των YLDs.
- Η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας καταλαμβάνουν τη δέκατη τέταρτη θέση και το 2% του συνόλου των YLDs.
- Οι διαταραχές που σχετίζονται με οπιοειδή είναι δέκατες έκτες στην κατάταξη με 1,8%, η διπολική διαταραχή δέκατη ένατη με 1,4% και τέλος, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στη εικοστή θέση με 1,4% επί του συνόλου των YLDs αντίστοιχα.

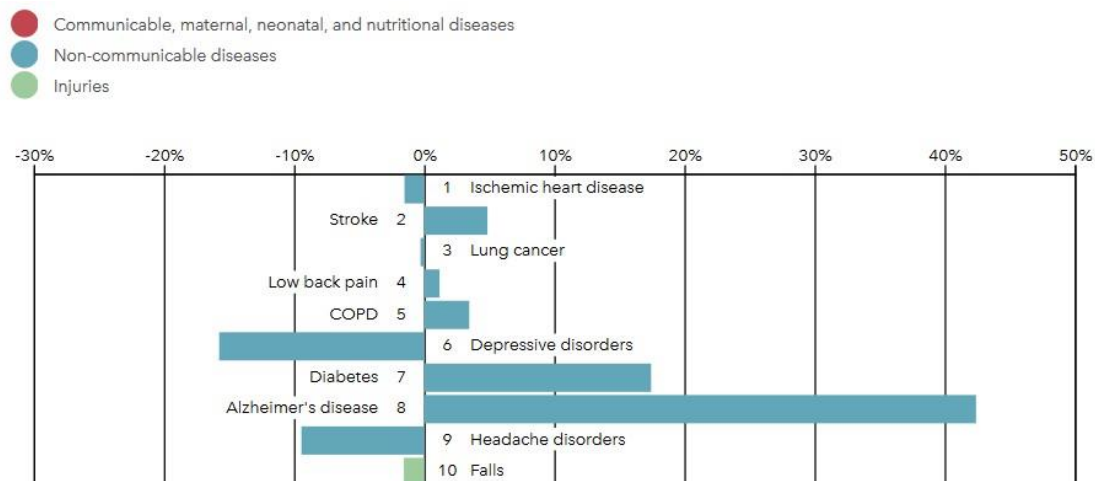
Αναφορικά, με τα χρόνια ζωής που χάθηκαν εξαιτίας πρόωρης θνησιμότητας (Years of Life Lost, YLLs) για το έτος 2016, οι ψυχικές διαταραχές κατατάσσονται ως εξής (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020):

- Η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας καταλαμβάνουν την όγδοη θέση και το 2,7% του συνόλου των YLLs.
- Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ κατατάσσονται στην εικοστή θέση στην Ευρώπη, αντιπροσωπεύοντας το 1,2% του συνόλου των YLLs.

Η εκτίμηση της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών και του αυτοτραυματισμού στην Ευρώπη για την περίοδο 2000-2015 είναι σημαντική, αντιπροσωπεύοντας το 11% των συνολικών DALYs για όλες της αιτίες, δηλαδή το 22% των YLDs και το 5% των YLLs (Years of Life Lost) (WHO, 2017). Στην πραγματικότητα, είναι πιθανό η εκτίμηση αυτή να είναι σημαντικά υποεκτιμημένη, κυρίως λόγω της παράλειψης της επίδρασης των αναπόφευκτων συννοσηροτήτων που συνδέονται με τις ψυχικές διαταραχές (Charlson et al., 2015, Patel et al., 2015, Walker et al., 2015, Ferrari et al., 2014, Vigo et al., 2016).

Σύμφωνα με στοιχεία του IHME, κατά το έτος 2019 η επιβάρυνση από τις ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα είχε αυξηθεί σημαντικά (Γράφημα 18). Ειδικότερα, οι καταθλιπτικές διαταραχές ήταν η έκτη κύρια αιτία θανάτου και ανικανότητας σε DALYs στη χώρα, ενώ η νόσος Alzheimer είναι η όγδοη κύρια αιτία επί του συνόλου των DALYs (IHME, 2019).

**Γράφημα 18:** Κυριότερες αιτίες θανάτου και ανικανότητας (DALYs) κατά το έτος 2019 και ποσοστιαία μεταβολή 2009–2019 για όλες τις ηλικίες στην Ελλάδα



Πηγή: IHME, 2019

Δεδομένου ότι οι ψυχικές διαταραχές επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό την υγεία του πληθυσμού κρίνεται απαραίτητη η αδήριτη ανάγκη της οικονομικής αξιολόγησης των ψυχικών διαταραχών μέσω του δείκτη των DALYs.



## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1 Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η οικονομική αξιολόγηση της λειτουργίας των ΚΜΨΥ ως προς την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή των Βορειοανατολικών (ΒΑ) και Δυτικών Κυκλάδων (Πάρο, Αντίπαρο, Σύρο, Τήνο, Μύκονο, Άνδρο, Κέα, Κύθνο, Σέριφο, Σίφνο, Κίμωλο και Μήλο). Ειδικότερα επιχειρείται η διερεύνηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας όσον αφορά την παρέμβαση πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ στα νησιά ευθύνης τους με βάση πραγματικά δεδομένα (Real-World Evidence, RWE). Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται αφορούν:

- i. Την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα των ΚΜΨΥ ΒΑ και Δυτικών Κυκλάδων ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών.
- ii. Τη δυνατότητα εναλλακτικών επιλογών στους χρήζοντες θεραπείας λόγω ψυχικών διαταραχών ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε δυσπρόσιτες και απομακρυσμένες περιοχές.

### **4.2 Μεθοδολογία έρευνας**

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross sectional study). Οι συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιούνται ως μια αρχική ένδειξη της σχέσης μεταξύ προσδιοριστών και ασθενειών την ίδια χρονική στιγμή στον πληθυσμό (Olsen et al., 2010).

## Σχεδιασμός της έρευνας

Τα δεδομένα της μελέτης προήλθαν από την επεξεργασία του συνόλου των καταγραφών των ατόμων, τα οποία απευθύνθηκαν για θεραπεία στις ΚΜΨΥ ΒΑ και Δυτικών Κυκλάδων το έτος 2015. Τα δεδομένα έχουν ληφθεί από δύο πηγές:

A) ένα έντυπο καταγραφής, το οποίο χορηγήθηκε κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενή στις ΚΜΨΥ και αφορά κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά δεδομένα και σχετική χρήση πόρων *πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ*,

B) τα κλινικά δεδομένα που εισάγονται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς από τον υπεύθυνο επαγγελματία ψυχικής υγείας στην αρχή και στο τέλος του θεραπευτικού κύκλου και αφορούν δεδομένα *με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ*.

Η καταγραφή, συλλογή και διάθεση των δεδομένων (RWE) πραγματοποιήθηκε από την Ε.Π.Α.Ψ.Υ. Για την επεξεργασία και αξιοποίηση των δεδομένων με σκοπό την υλοποίηση της διδακτορικής διατριβής, ελήφθη έγκριση δεοντολογίας από το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. στις 17/01/2017. Το έντυπο καταγραφής περιλάμβανε κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, τη διάγνωση και την ταξινόμηση των νόσων κατά την International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10, Version for 2016, World Health Organization)<sup>28</sup>, τον τρόπο διαχείρισης του νοσήματός τους, καθώς και τη σχετική χρήση πόρων. Τα δεδομένα του πληθυσμού είναι κωδικοποιημένα, ώστε να μη παρέχεται η δυνατότητα ταύτισής τους με φυσικά πρόσωπα. Η κωδικοποίηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των εξυπηρετούμενων. Η αμεροληψία των αποτελεσμάτων ήταν πρωτίστης σημασίας για την παρούσα έρευνα.

---

<sup>28</sup> Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, δέκατη αναθεώρηση, αποτελεί μία κωδικοποίηση των διάφορων καταστάσεων υγείας (νόσοι, τραυματισμοί, κ.λπ.) από τον Π.Ο.Υ.

## **Δείγμα έρευνας**

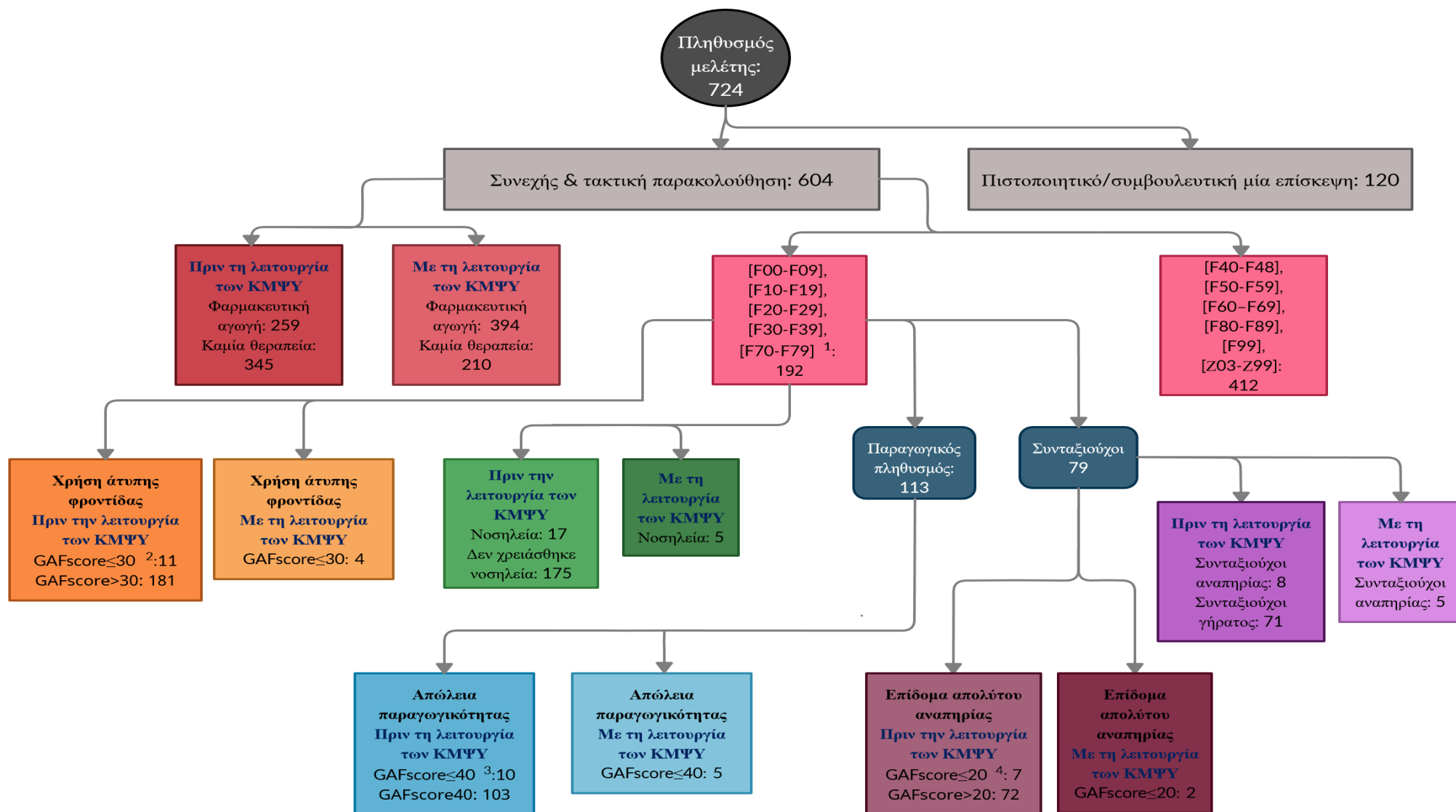
Με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ο αριθμός των ατόμων που προσήλθαν για υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις ΚΜΨΥ ΒΑ και Δυτικών Κυκλάδων κατά το έτος 2015 ήταν 724. Από τους 724 προσερχόμενους, οι 604 εξυπηρετούμενοι έλαβαν τακτική και συνεχή περίθαλψη ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια του έτους και οι 120 επισκέφτηκαν τις μονάδες με σκοπό τη λήψη πιστοποιητικού ψυχολογικής αξιολόγησης ή συμβουλευτικής σε μία (1) συνεδρία.

### *Στρωματοποίηση ανάλυσης του δείγματος*

Στο Γράφημα 19 απεικονίζεται ο διαχωρισμός των δεδομένων του δείγματος για την μετέπειτα ανάλυση.



**Γράφημα 19:** Στρωματοποίηση ανάλυσης του δείγματος



<sup>1</sup> Ο διαχωρισμός της κωδικοποίησης διάγνωσης οφείλεται στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένες κατηγορίες διαγνώσεων προκαλούσαν μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία του πληθυσμού και νοσηλείες σε ψυχικές δομές, όπως αποδεικνύεται από στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2000, 2010-2014, Jayatilleke et al., 2018, Heslin et al., 2015).

<sup>2</sup> Το σύστημα βαθμολόγησης GAFscore αξιολογεί τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητά του. Όσο μικρότερη η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη η δυσκολία του ατόμου να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα. Το άτομο της κατηγορίας GAFscore 30-21 «εμφανίζει συχνές παραληρητικές ιδέες ή παραισθήσεις ή χαρακτηρίζεται από σημαντικά μειωμένη επικοινωνία ή κρίση. Δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει σε κανέναν σχεδόν τομέα, χωρίς ουσιαστικές/κοινωνικές σχέσεις» (American Psychiatric Association, 2014). Κατ' επέκταση τα άτομα που έχουν βαθμολογηθεί με GAFscore 30 χρήζουν φροντίδας από το οικείο περιβάλλον τους.

<sup>3</sup> Τα άτομα που έχουν βαθμολογηθεί με GAFscore 40-31, «βιώνουν διαταραχές στην επικοινωνία, ψύχωση (απώλεια επαφής με την πραγματικότητα) ή και τα δύο, ή σημαντική αστάθεια στο σχολείο, στην εργασία, στην οικογενειακή ζωή, στην κρίση, στη σκέψη ή στη διάθεση» (American Psychiatric Association, 2014). Επομένως ενδέχεται να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες.

<sup>4</sup> Ένα άτομο που έχει βαθμολογηθεί με GAFscore 20-11 «κινδυνεύει να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους. Μπορεί να έχει πραγματοποιήσει απόπειρες αυτοκτονίας, να εμφανίζει συχνές βίαιες συμπεριφορές ή να έχει σημαντική διαταραχή στην επικοινωνία, όπως η ασυνέπεια στην ομιλία» (American Psychiatric Association, 2014). Συνεπώς δε δύναται να αυτοεξυπηρετηθεί και χρήζει επιδόματος αναπηρίας και συνεχούς φροντίδας.

## **Στάδια έρευνας**

Για τη διεξαγωγή της οικονομικής αξιολόγησης και πιο συγκεκριμένα της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας (CEA), τα αποτελέσματα υπολογίστηκαν με βάση δύο συγκριτές (comparators):

α) πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ (non-intervention) και

β) με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ (intervention).

Η μεθοδολογία της έρευνας βασισόμενη σε πραγματικά δεδομένα (RWE) ακολουθεί τα στάδια:

A. Επεξεργασία δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών δεδομένων.

B. Αποτίμηση του κόστους πριν και με την παρέμβαση.

Γ. Οικονομική αξιολόγηση πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ.

### **A. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

#### **A.1 Επεξεργασία κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων**

Το έντυπο καταγραφής περιλάμβανε τα ακόλουθα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά:

Ημερομηνία Γέννησης (Ηλικία), Τόπος Υποδοχής, Νησί Αναφοράς, Χώρα Καταγωγής, Φύλο, Λόγος Προσέλευσης, Οικογενειακή Κατάσταση, Αριθμός Παιδιών, Διαμονή, Εκπαίδευση, Επάγγελμα, Απασχόληση, Ασφαλιστικός Φορέας, Παραπομπή, Πηγή πληροφόρησης για την ΚΜΨΥ, Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας, Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας, Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια, Σοβαρά Προβλήματα Υγείας και Ψυχιατρικές νοσηλείες.

## A.2 Επεξεργασία κλινικών δεδομένων

Η επεξεργασία των κλινικών δεδομένων βασίστηκε στην ταξινόμηση των εξυπηρετούμενων στις διαγνωστικές κατηγορίες των νόσων κατά ICD-10 και στη μέτρηση της κλίμακας Global Assessment of Functioning (GAF) από τους ερευνητές-επαγγελματίες ψυχικής υγείας της Ε.Π.Α.Ψ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση της κλίμακας GAF αξιολογεί τη γενική λειτουργία και υπολογίζει το βαθμό στον οποίο τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του ατόμου (American Psychiatric Association, 2014). Για την υλοποίηση της έρευνας διερευνήθηκαν οι ακόλουθες διαγνωστικές κατηγορίες των Κεφαλαίων: «V: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (Mental and behavioural disorders) (F00-F99)», «VI: Νοσήματα του νευρικού συστήματος (Diseases of the nervous system) (G00-G99)» και «XXI: Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (Factors influencing health status and contact with health services) (Z00-Z99)». Οι κατηγορίες Z00-Z99 ελήφθησαν υπόψη και χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση δεδομένου ότι αναφέρονται σε περιπτώσεις που, αν και δεν εμπίπτουν σε κάποια από τις κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών, ωστόσο επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου (WHO, 2016).

Η μέτρηση των DALYs, δηλαδή υπολογισμού του χρόνου που χάνεται εξαιτίας της πρόωρης θνησιμότητας σε συνδυασμό με το χρόνο ζωής με αναπηρία, πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Βλέπε κεφάλαιο 3.3) (Driscoll et al., 2005, WHO, τελευταία πρόσβαση 23/01/2020, Prüss-Üstün et al., 2003):

$$\text{DALYs} = \text{YLLs} + \text{YLDs}$$

όπου:

$$\text{YLLs} = \text{N} * \text{L}$$

$$\text{YLDs} = \text{P} * \text{D}$$

Στον πληθυσμό υπήρχαν εξυπηρετούμενοι, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με παραπάνω από μία ψυχικές διαταραχές ή/και σωματικές ασθένειες (συννοσηρότητα). Ως εκ τούτου, για την εκτίμηση της υγείας του κάθε ατόμου ο τύπος λαμβάνει υπόψη τη συνδυαστική στάθμιση βαρύτητας και είναι:

$$YLD_{1+2} = 1 - (1 - YLD_1) * (1 - YLD_2)$$

### A.3 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων του δείγματος πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 22.0 (Statistical Package for Social Sciences). Τα δεδομένα του πληθυσμού διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες μεταβλητών, τις ποιοτικές και τις ποσοτικές. Οι ποιοτικές μεταβλητές είναι ο *Τόπος Υποδοχής*, το *Νησί Αναφοράς*, η *Χώρα Καταγωγής*, το *Φύλο*, ο *Λόγος Προσέλευσης*, η *Οικογενειακή Κατάσταση*, η *Διαμονή*, η *Εκπαίδευση*, το *Επάγγελμα*, η *Απασχόληση*, ο *Ασφαλιστικός Φορέας*, η *Παραπομπή*, η *Πηγή πληροφόρησης*, η *Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας*, η *Υπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια*, τα *Σοβαρά Προβλήματα Υγείας*, η *Χρόνια Σωματική Πάθηση*, η *Σωματική πάθηση*, οι *Ψυχιατρικές Νοσηλείες*, το *Εξατομικευμένο Σχέδιο Φροντίδας*, η *Φαρμακευτική αγωγή υποδοχής*, η *Φαρμακευτική αγωγή εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας* και η *Κωδικοποίηση Διάγνωσης*. Οι ποσοτικές μεταβλητές είναι η *Ημερομηνία Γέννησης*, ο *Αριθμός Παιδιών*, η *Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας*, το *GAFscore*, η *Στάθμιση Αναπηρίας Σωματικών Ασθενειών*, η *Στάθμιση Αναπηρίας Ψυχικών Διαταραχών*, ο *Επιπολασμός Σωματικών Ασθενειών*, ο *Επιπολασμός Ψυχικών Διαταραχών*, το *YLD Σωματικών Ασθενειών*, το *YLD Ψυχικών Διαταραχών* και το *YLD Σωματικών και Ψυχικών Ασθενειών*.

Η μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (Standard Deviation=SD), η διάμεσος (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Η απόλυτη (N) και η σχετική (%) συχνότητα χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή και γι' αυτό επιλέχθηκαν μη παραμετρικά τεστ για τη στατιστική ανάλυση. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0,05/k$  ( $k=$

αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τα YLDs των εξυπηρετούμενων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

## **B. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η μεθοδολογία αποτίμησης του κόστους πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ βασίζεται στον υπολογισμό του άμεσου και του έμμεσου κόστους, όπως αυτά καταγράφονται στα αρχεία των εξυπηρετούμενων και στα απολογιστικά στοιχεία των ΚΜΨΥ. Το άμεσο ιατρικό και το μη ιατρικό κόστος, όπως επίσης και το έμμεσο κόστος υπολογίστηκαν κατά την ανάλυση με βάση τους συγκριτές, πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Προκειμένου να διενεργηθεί η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας απαιτείται η αποτίμηση του κόστους πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Το άμεσο κόστος περιλαμβάνει:

- i. Κόστος λειτουργίας των ΚΜΨΥ.
- ii. Κόστος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιατρικών επισκέψεων.
- iii. Κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης λόγω ψυχικής διαταραχής.
- iv. Κόστος φαρμακευτικής αγωγής.
- v. Ιδιωτικές δαπάνες, μετακινήσεις και λοιπά έξοδα, όπως διαμονή και διατροφή κ.ά.

Το έμμεσο κόστος περιλαμβάνει:

- i. Κόστος άτυπης φροντίδας των φροντιστών.
- ii. Κόστος συντάξεων αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής.
- iii. Κόστος επιδομάτων απολύτου αναπηρίας λόγω επιδείνωσης της ψυχικής υγείας του ατόμου.
- iv. Κόστος απώλειας παραγωγικότητας.

Με βάση τα παραπάνω το **κόστος λειτουργίας** των ΚΜΨΥ προέκυψε από τα απολογιστικά στοιχεία/ισολογισμούς των Κινητών Μονάδων του 2015 (Παράρτημα Β.2). Οι ισολογισμοί περιλαμβάνουν τα κόστη λειτουργίας κατά κατηγορία δαπάνης, όπως λειτουργικό κόστος, μισθοδοσία, μετακίνηση και λοιπές δαπάνες.

Το **κόστος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας** (δηλαδή, ιατρικών επισκέψεων) διαμορφώθηκε ανάλογα με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων και το αντίτιμο της ιατρικής επίσκεψης. Αμφότερων των δύο συγκριτών, πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, το κόστος θεωρείται ότι είναι το ίδιο, δεδομένου ότι το κόστος επίσκεψης υπολογίζεται σύμφωνα με την τιμή που έχει ορίσει το κράτος ως κόστος επίσκεψης στις ΚΜΨΥ (Άρθρο 10, ΦΕΚ 1299/Β/29-05-2013). Συγκεκριμένα, η τιμή ανά ωφελούμενο είναι 40 €, ενώ οι υπηρεσίες παρακολούθησης φαρμακευτικής αγωγής (follow-up) προσδιορίζονται στο ένα τρίτο του κόστους της κανονικής επίσκεψης, δηλαδή σε 13,30 €.

Το **κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης** βασίστηκε στην τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) (ΦΕΚ 946/Β/27-03-2012) και στη συγκεκριμένη διάρκεια νοσηλείας και αφορά εξυπηρετούμενους που έχρηζαν νοσηλείας και έπρεπε να απευθυνθούν σε δομές ψυχικής υγείας στην Αττική λόγω μη ύπαρξης κάποιας μονάδας νοσηλείας ψυχικά ασθενών στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες. Στον Πίνακα 10 παρατέθηκε το κόστος νοσηλείας ανά ΚΕΝ.

**Πίνακας 10:** Δαπάνη ΚΕΝ

ΚΩΔΙΚ. ΚΕΝ	ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΚΕΝ
X41A	Σχιζοφρένεια	3.066
X43A	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	2.568
I21A	Δηλητηρίαση-τοξικότητα από χρήση ναρκωτικών και σύνδρομο στέρησης	1.089
N23A	Άνοια (ανοϊκή συνδρομή) και άλλες χρόνιες δυσλειτουργίες της εγκεφαλικής λειτουργίας	2.109

**Πηγή:** Υπουργείο Υγείας, <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia>

Σύμφωνα με τα στοιχεία των ιατρικών φακέλων των ασθενών πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ νοσηλεύτηκαν 17 άτομα, ενώ με τη λειτουργία νοσηλεύτηκαν σε ψυχική δομή 5 άτομα.

Το **κόστος φαρμακευτικής αγωγής** υπολογίστηκε από το γινόμενο του αριθμού των ασθενών με τη μέση τιμή των φαρμάκων ανά κατηγορία ψυχικής διαταραχής σε μηνιαία και ετήσια βάση. Η κατανάλωση φαρμάκων βασίστηκε στις αναλυτικές καταγραφές των ασθενών και των υπεύθυνων των ΚΜΨΥ ανά κατηγορία ψυχικής διαταραχής. Το κόστος υπολογίστηκε σύμφωνα με την τιμή αποζημίωσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον κατάλογο του δελτίου τιμών φαρμάκων ανθρώπινης χρήσης (θετική λίστα) το 2015. Ειδικότερα, φαρμακευτική αγωγή πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ ακολούθησαν 259 άτομα, ενώ με τη λειτουργία 394.

Στο άμεσο μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνεται η **ιδιωτική δαπάνη** των εξυπηρετούμενων στην περίπτωση πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ και σύμφωνα με τις οδηγίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα περιλαμβάνεται το κόστος μετακίνησης, διαμονής και διατροφής σε κάθε επίσκεψη διάρκειας δύο ημερών. Και για τις δύο περιπτώσεις, πριν και με την παρέμβαση στο άμεσο μη ιατρικό κόστος περιλαμβάνονται το κόστος μετακίνησης, διαμονής και διατροφής για τους εξυπηρετούμενους που χρειάζονται νοσηλεία και τους φροντιστές τους.

Το κόστος μετακίνησης υπολογίστηκε βάσει της μέσης τιμής των ακτοπλοϊκών εισιτηρίων ανάλογα με το νησί μετακίνησης του κάθε εξυπηρετούμενου και μεταφοράς



εντός Αττικής (27,60 €). Αντίστοιχα, η μέση τιμή διαμονής διαμορφώθηκε σε 71,50 € και διατροφής σε 23,90 € (Παράρτημα Β.3).

Ένα μεγάλο μέρος της επιβάρυνσης που προκαλείται από τη ψυχική διαταραχή είναι η ανεπίσημη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς από την οικογένεια και άλλους φροντιστές. Το **κόστος άτυπης φροντίδας υγείας** υπολογίστηκε από το γινόμενο του αριθμού των εξυπηρετούμενων που έχρηζαν άτυπης φροντίδας με τον κατώτατο μηνιαίο μισθό στη χώρα, το 2015, 683,76 € (Eurostat, τελευταία πρόσβαση 11/05/2020). Σύμφωνα με τα δεδομένα, ο αριθμός των χρηζόντων άτυπης φροντίδας ήταν 4 με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ και 11 πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

Το **κόστος συντάξεων αναπηρίας** λόγω ψυχικής διαταραχής υπολογίστηκε από το γινόμενο του αριθμού των δικαιούχων σύνταξης αναπηρίας εξαιτίας ψυχικής διαταραχής με το ποσό καταβολής στον δικαιούχο το 2015, 882 € (ΗΔΙΚΑ, 2015). Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των συνταξιούχων λόγω ψυχικής διαταραχής ήταν 5 με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ και 8 πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ αντίστοιχα.

Το **κόστος επιδομάτων απολύτου αναπηρίας** λόγω ψυχικής διαταραχής υπολογίστηκε από το γινόμενο του αριθμού των δικαιούχων με το μέσο όρο του επιδόματος απολύτου αναπηρίας. Δεδομένου ότι το επίδομα απολύτου αναπηρίας ανέρχεται στο 50% του ποσού της σύνταξης, το επίδομα ανέρχεται σε 441 € (ΗΔΙΚΑ, 2015). Αναλυτικότερα, επίδομα απολύτου αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής έλαβαν 2 άτομα με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ και 7 πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

Η ψυχική διαταραχή έχει αντίκτυπο στην εργασιακή ικανότητα των ασθενών και των οικείων τους, με αποτέλεσμα την απώλεια εισοδήματος τόσο για τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και για την κοινωνία. Το **κόστος απώλειας παραγωγικότητας** βασίστηκε στο γινόμενο του αριθμού των σοβαρά πασχόντων ατόμων που απώλεσαν εισόδημα από την εργασία τους με το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) του 2015, ήτοι 17.080 € (Eurostat, τελευταία πρόσβαση 10/04/2020). Από τα δεδομένα προέκυψε ότι 5 άτομα απώλεσαν την εργασία τους με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ και αντίστοιχα 10 πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο υπολογισμός του κόστους πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ κατανέμεται σε δημόσια και ιδιωτική δαπάνη. Η δημόσια εμπεριέχει το κόστος ιατρικής επίσκεψης, νοσοκομειακής περίθαλψης, φαρμακευτικής περίθαλψης, συντάξεων αναπηρίας και επιδομάτων απολύτου αναπηρίας. Αντίστοιχα, η ιδιωτική

δαπάνη περιλαμβάνει το κόστος μετακίνησης, διαμονής, διατροφής, άτυπης φροντίδας και απώλειας παραγωγικότητας.

## Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Οι εκτιμήσεις του κόστους και των αποτελεσμάτων πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή της οικονομικής αξιολόγησης μέσω της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα, επιχειρείται ο υπολογισμός του οριακού δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER). Ο ICER υπολογίζεται ως:

ICER=

**Κόστος παρέμβασης–Κόστος μη παρέμβασης**

**DALYs που αποτρέπονται λόγω παρέμβασης–DALYs που αποτρέπονται λόγω μη παρέμβασης**

Η ανάλυση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιεί την κοινωνική προοπτική με χρονικό ορίζοντα δώδεκα (12) μηνών.

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η αβεβαιότητα σχετικά με το εκτιμώμενο κόστος και να ελεγχθούν οι βασικές υποθέσεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση ευαισθησίας με τη χρήση της μη παραμετρικής μεθόδου προσομοίωσης Bootstrap. Η μέθοδος Bootstrap είναι μέθοδος δειγματοληψίας από το ίδιο δείγμα. Με αυτή τη μέθοδο έγινε εκτίμηση του οριακού κόστους θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ των δύο συγκριτών, λαμβάνοντας τυχαία δείγματα μεγέθους από το αρχικό (πραγματικό) δείγμα. Η διαδικασία πραγματοποιείται σε δείγμα 10.000 ατόμων και κάθε φορά καταχωρεί τυχαία ένα σημείο από το πραγματικό δείγμα. Η διαδικασία συμπεριέλαβε το συνολικό δείγμα με σκοπό να εξαχθεί ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση του κόστους. Με τη χρήση της προσομοίωσης bootstrap καταδεικνύεται η σταθερότητα (robustness) και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της ανάλυσης κόστους, καθώς διαπιστώνουμε εάν υπάρχει τροποποίηση των βασικών υποθέσεων ή παραμέτρων της κοστολόγησης πάνω στα συμπεράσματα της μελέτης (Μπούτσικας, 2005). Η προσομοίωση Bootstrap πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μακρο-εντολών του προγράμματος Microsoft Excel.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

#### **A.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος**

Το δείγμα αποτελείται από 724 άτομα με μέση ηλικία τα 50,1 έτη. Το 60,9% των εξυπηρετούμενων ήταν γυναίκες. Το 62,9% των εξυπηρετούμενων ήταν έγγαμοι και ο διάμεσος αριθμός παιδιών ήταν 2 (1–2 παιδιά). Το 71,0% των εξυπηρετούμενων διαμένουν με την οικογένειά τους και το 13,7% μόνοι τους. Το 30,9% ήταν απόφοιτοι λυκείου, ενώ το 1,7% δεν είχε ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση. Η συντριπτική πλειονότητα (91,6%) των εξυπηρετούμενων είχε καταγωγή από την Ελλάδα. Τα δημογραφικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 11.

**Πίνακας 11:** Δημογραφικά στοιχεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

		Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	283	39,1
	Γυναίκα	441	60,9
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>		50,1 (17,0)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος	129	18,1
	Έγγαμος	447	62,9
	Διαζευγμένος/Διάσταση	64	9,0
	Χήρος/α	52	7,3
	Συζεί/Συγκατοικεί	19	2,7
	<b>Σύνολο</b>	<b>711</b>	<b>100</b>
<b>Αριθμός Παιδιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>		1,6 (1,1)	2 (1 - 2)
<b>Διαμονή</b>	Μόνος	98	13,7
	Γονεϊκή Οικογένεια	64	9,0
	Δική του Οικογένεια	506	71,0
	Συζεί/Συγκατοικεί	39	5,5
	Ίδρυμα/Ξενώνας	5	0,7
	Άλλο	1	0,1
	<b>Σύνολο</b>	<b>713</b>	<b>100</b>
<b>Εκπαίδευση</b>	Καμία	12	1,7
	Δημοτικό	136	18,8
	Γυμνάσιο	70	9,7
	Λύκειο	224	30,9
	ΙΕΚ	72	9,9
	ΤΕΙ	62	8,6
	ΑΕΙ	148	20,4
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Χώρα Καταγωγής</b>	Ελλάδα	663	91,6
	Αλβανία	36	5,0
	Λοιπές Χώρες	25	3,4
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Στον Πίνακα 12 δίνονται τα εργασιακά στοιχεία των εξυπηρετούμενων.

**Πίνακας 12:** Εργασιακά στοιχεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

		<b>Αριθμός εξυπηρετούμενων</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Επάγγελμα</b>	Ανώτερα διοικητικά στελέχη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα	23	3,2
	Επιστήμονας, ανώτερος υπάλληλος, επιχειρηματίας	126	17,4
	Τεχνολόγοι, τεχνικοί, έμποροι, σώματα ασφαλείας	50	6,9
	Υπάλληλοι γραφείου, γραμματείς, βοηθοί λογιστών	46	6,4
	Απασχολούμενοι στη παροχή υπηρεσιών, σερβιτόροι, ξεναγοί	116	16,0
	Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς	21	2,9
	Ειδικευμένοι τεχνίτες, ξυλουργοί, μαραγκοί, ηλεκτρολόγοι, αρτοποιοί	71	9,8
	Ανειδίκευτος εργάτης, λιμενεργάτες, οδοκαθαριστές, μεταφορείς	47	6,5
	Ένοπλες δυνάμεις	1	0,1
	Μη μισθωτοί, δεν αναζητούν εργασία, οικιακά, σπουδαστές, μαθητές	174	24,0
	Άνεργοι που αναζητούν εργασία	49	6,8
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
	<b>Απασχόληση</b>	Πλήρης-Σταθερή	327
Μερική-Εποχιακή-Ανεργία		109	15
Συνταξιούχοι		128	17,7
Οικιακά		156	21,5
Σπουδαστής/Μαθητής		4	0,6
<b>Σύνολο</b>		<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Ασφαλιστικός Φορέας</b>	ΙΚΑ	398	55,0
	Δημόσιο/Δέκο	86	11,9
	ΟΓΑ	71	9,8
	ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ	77	10,6
	ΝΑΤ	25	3,5
	ΤΣΑΥ	9	1,2
	Πρόνοια	1	0,1
	Ιδιωτική	4	0,6
	Άλλη	22	3,0
	Ανασφάλιστος	31	4,3
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Το 24,0% των εξυπηρετούμενων ήταν μη μισθωτοί, δεν αναζητούσαν εργασία ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές. Το 45,2% των εξυπηρετούμενων των μονάδων εργαζόταν υπό όρους πλήρους/σταθερής απασχόλησης. Το 4,3% των εξυπηρετούμενων ήταν ανασφάλιστοι.

Στον Πίνακα 13 δίνεται ο τόπος που καταγράφηκαν οι εξυπηρετούμενοι.

**Πίνακας 13:** Τόπος καταγραφής εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

		<b>Αριθμός εξυπηρετούμενων</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Τόπος Υποδοχής</b>	Π.Π.Ι. Σίφνου/Σερίφου/Κύθνου/Κέας/Γαυρίου	72	9,9
	Κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις	19	2,6
	Άλλο	28	3,9
	Μονάδα Πάρου	155	21,4
	Κ.Υ. Πάρου/Μυκόνου/Τήνου/Άνδρου	293	40,5
	Νοσοκομείο Σύρου	46	6,4
	ΙΚΑ Σύρου	42	5,8
	Γραφεία Δήμου Μήλου	69	9,5
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Νησί Αναφοράς</b>	Μήλος	68	9,4
	Σίφνος	31	4,3
	Σέριφος	14	1,9
	Κύθνος	31	4,3
	Κέα	31	4,3
	Πάρος	155	21,4
	Σύρος	89	12,3
	Τήνος	112	15,5
	Άνδρος	69	9,5
	Μύκονος	121	16,7
	Αντίπαρος	3	0,4
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Το 40,5% των εξυπηρετούμενων προσήλθαν στα γραφεία των ΚΜΨΥ που στεγάζονταν στα Κέντρα Υγείας των νησιών για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το 21,4% των εξυπηρετούμενων καταγράφηκαν στην Πάρο, ενώ το 0,4% στην Αντίπαρο. Από το νησί της Κιμώλου δεν υπήρχε κάποιος εξυπηρετούμενος.

Στον Πίνακα 14 απεικονίζονται στοιχεία που αναφέρονται στην επικοινωνία των εξυπηρετούμενων με τις μονάδες ψυχικής υγείας.

**Πίνακας 14:** Επικοινωνία εξυπηρετούμενων με τις ΚΜΨΥ

		<b>Αριθμός εξυπηρετούμενων</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Λόγος Προσέλευσης</b>	Άγχος	138	19,1
	Κατάθλιψη	105	14,5
	Ψύχωση	24	3,3
	Άνοια	28	3,9
	Ουσίες	6	0,8
	Συνταγογράφηση-Πιστοποιητικό	79	10,9
	Προβλήματα Σχέσεων-Κοινωνικά-Άλλα	98	13,5
	Προβλήματα Συμπεριφοράς	16	2,2
	Συμβουλευτική Γονέων	230	31,8
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Παραπομπή</b>	Μόνος-Χωρίς Παραπομπή	365	50,4
	Μονάδες Π.Φ.Υ	136	18,8
	Ιδιώτης Ιατρός	43	5,9
	Κοινωνικός Φορέας –Τοπική αυτοδιόκιση	53	7,3
	Δημόσιες Αρχές (αστυνομία, σχολείο κ.ά.)	80	11,1
	Εκκλησία	10	1,4
	Άλλο (οικογενειακό, φιλικό περιβάλλον κ. ά)	37	5,1
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Πηγή Πληροφόρησης</b>	Εξυπηρετούμενος της ΚΜ	300	41,4
	Π.Φ.Υ.	137	18,9
	Κοινωνικός Φορέας	60	8,3
	Μ.Μ.Ε.	9	1,2
	Ιδιώτης Ιατρός	39	5,4
	Εκπαίδευση	110	15,2
	Δημόσιες Αρχές	22	3,1
	Οικογένεια	30	4,2
	Εκκλησία	3	0,4
	Ημερίδα/Ομιλία	12	1,7
	Έρευνα ΚΜ	1	0,1
	Άλλο	1	0,1
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Το 31,8% των εξυπηρετούμενων απευθύνθηκε στις ΚΜΨΥ αρχικά για συμβουλευτική γονέων, το 19,1% λόγω διαταραχών άγχους, ενώ το 14,5% ως αίτιο την κατάθλιψη. Οι μισοί από τους εξυπηρετούμενους (50,4%) προσέρχονταν κατά κύριο λόγο αυτοβούλως στις μονάδες. Η κυριότερη πηγή πληροφόρησης κατά 41,4% για τις ΚΜΨΥ ήταν η πελατειακή σχέση με την ΚΜ.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό υγείας των εξυπηρετούμενων.

**Πίνακας 15:** Ιστορικό εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

		<b>Αριθμός εξυπηρετούμενων</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας</b>	Ναι	244	33,7
	Όχι	480	66,3
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας, μέση τιμή (SD)</b>		44,0 (17,5)	
<b>Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια</b>	Ναι	150	20,9
	Όχι	569	79,1
	<b>Σύνολο</b>	<b>719</b>	<b>100</b>
<b>Ψυχιατρικές Νοσηλείες (προηγούμενο έτος)</b>	Όχι	707	97,6
	Ναι	17	2,4
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
<b>Σοβαρά Προβλήματα Υγείας</b>	Ναι	203	28,0
	Όχι	521	72,0
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Περίπου το ένα τρίτο των εξυπηρετούμενων είχε επισκεφτεί επαγγελματία ψυχικής υγείας στο παρελθόν, με την πρώτη επίσκεψη να πραγματοποιήθηκε σε ηλικία 44,0 ετών κατά μέσο όρο. Το 20,9% των εξυπηρετούμενων είχε περιστατικά ψυχοπαθολογίας στον οικογενειακό περίγυρο. Το 2,4% των εξυπηρετούμενων είχε νοσηλευτεί για ψυχιατρικούς λόγους. Επίσης, το 28,0% των εξυπηρετούμενων αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα υγείας.



## A.2 Κλινικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 16 δίνονται στοιχεία που αφορούν στη σωματική υγεία των εξυπηρετούμενων.

Πίνακας 16: Σωματική υγεία εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

		Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)
Χρόνια Σωματική Πάθηση	Όχι	497	68,6
	Ναι	227	31,4
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>
Κατηγορία σωματικής πάθησης (προηγούμενο έτος)	Καρδιαγγειακή	93	12,8
	Αναπνευστικού	21	2,9
	Μυοσκελετική	20	2,8
	Νεοπλασία	12	1,7
	Πεπτικού	12	1,7
	Αυτοάνοση Νόσος	9	1,2
	Νευρολογική	18	2,4
	Διαβήτης	26	3,6
	Υπό-Θυρεοειδής	28	3,9
	Υπέρ-Θυρεοειδής	12	1,7
	Δερματολογικά	5	0,7
	Άλλο	35	4,8
	Καμία σωματική πάθηση	433	59,8
	<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Κατά προσέγγιση το ένα τρίτο των εξυπηρετούμενων είχε κάποια χρόνια σωματική νόσο, ενώ το 12,8% των ασθενών με σωματική πάθηση είχαν καρδιαγγειακά νοσήματα.

Στον Πίνακα 17 δίνονται στοιχεία που αφορούν το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας των εξυπηρετούμενων.

**Πίνακας 17:** Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ

Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)
Ψυχολογικές Θεραπείες	354	48,9
Φαρμακοθεραπεία	158	21,8
Ψυχοθεραπεία & Φαρμακοθεραπεία	89	12,3
Αποκατάσταση	1	0,1
Παρέμβαση κατ' οίκον	1	0,1
Παρέμβαση Δικτύου	0	0
Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία	14	2,0
Δε χρειάζεται θεραπεία	106	14,7
Θεραπεία Οικογένειας	1	0,1
<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Το 48,9% των εξυπηρετούμενων ακολούθησε ψυχολογικές θεραπείες ως εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, στο 21,8% συστήθηκε φαρμακοθεραπεία ενώ το 12,3% είχε συνδυασμό ψυχολογικών θεραπειών και φαρμακοθεραπείας.

Στον Πίνακα 18 δίνεται το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας των εξυπηρετούμενων ανά νησί.

**Πίνακας 18:** Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας εξυπηρετούμενων ανά νησί

Νησί Αναφοράς	Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας								
	Ψυχολογικές Θεραπείες	Φαρμακοθεραπεία	Ψυχοθεραπεία & Φαρμακοθεραπεία.	Αποκατάσταση	Παρέμβαση κατ' οίκον	Παρέμβαση Δικτύου	Παραπομπή σε άλλη υπηρεσία	Δε χρειάζεται συνεχή θεραπεία	Θεραπεία Οικογένειας
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Μήλος	31 (45,6)	7 (10,3)	14 (20,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,9)	14 (20,6)	0 (0,0)
Σίφνος	9 (29,0)	7 (22,6)	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	11 (35,5)	0 (0,0)
Σέριφος	4 (28,6)	4 (28,6)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)	4 (28,6)	0 (0,0)
Κύθνος	24 (77,4)	5 (16,1)	2 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Κέα	15 (48,4)	3 (9,7)	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (32,3)	0 (0,0)
Πάρος	66 (42,6)	58 (37,4)	9 (5,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,9)	15 (9,7)	1 (0,6)
Σύρος	49 (55,1)	17 (19,1)	15 (16,9)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,9)	0 (0,0)
Τήνος	56 (50)	25 (22,3)	13 (11,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	17 (15,2)	0 (0,0)
Άνδρος	33 (47,8)	10 (14,5)	18 (26,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (11,6)	0 (0,0)
Μύκονος	67 (55,4)	20 (16,5)	12 (9,9)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	20 (16,5)	0 (0,0)
Αντίπαρος	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Σύνολο</b>	<b>354</b>	<b>158</b>	<b>89</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>106</b>	<b>1</b>

Συγκεκριμένα, ψυχολογικές θεραπείες ως εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας είχαν οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι στα νησιά Μήλο, Κύθνο, Κέα, Πάρο, Σύρο, Τήνο, Άνδρο και Μύκονο, ενώ στην Αντίπαρο οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι ακολούθησαν φαρμακοθεραπεία. Διαπιστώνεται σημαντική διαφορά στο εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας των εξυπηρετούμενων μεταξύ των διάφορων νησιών ( $p \leq 0,001$ ). Τα ποσοστά των εξυπηρετούμενων που δεν έχρηζαν συνεχούς θεραπείας ήταν υψηλότερα σε Σίφνο και Κέα, ενώ στην Κύθνο και στην Αντίπαρο όλοι χρειάζονταν θεραπεία.

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται η φαρμακευτική αγωγή των εξυπηρετούμενων πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

**Πίνακας 19:** Φαρμακευτική αγωγή εξυπηρετούμων ΚΜΨΥ

Κατηγορία φαρμάκου	Φαρμακευτική Αγωγή πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ		Φαρμακευτική Αγωγή με τη λειτουργία		Μεταβολή ποσοστού
	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)	
Αγχολυτικά	69	9,53	68	9,39	0,14
Υπναγωγά	8	1,10	13	1,80	-0,70
Αντικαταθλιπτικά	78	10,77	177	24,45	-13,68
Αντιψυχωσικά	38	5,25	62	8,56	-3,31
Σταθεροποιητικά- Αντιεπιληπτικά	8	1,10	15	2,07	-0,97
Αντιανοϊκά	10	1,38	20	2,76	-1,38
Αντιπαρκινσονικά	4	0,55	3	0,41	0,14
Άλλα	44	6,08	36	4,97	1,10
Καμία θεραπεία	465	64,23	330	45,58	18,65
<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100,00</b>	<b>724</b>	<b>100,00</b>	

Η μεγαλύτερη μεταβολή προέκυψε στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή όπου επήλθε μία αύξηση 14 ποσοστιαίων μονάδων με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Τα αγχολυτικά έμειναν σε παρόμοια επίπεδα πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Οι εξυπηρετούμενοι που δεν ελάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ μειώθηκαν κατά 19 ποσοστιαίες μονάδες.

Στον Πίνακα 20 δίνεται η διάγνωση των εξυπηρετούμενων.

**Πίνακας 20:** Διάγνωση των εξυπηρετούμενων ΚΜΨΥ

<b>Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10</b>	<b>Αριθμός εξυπηρετούμενων</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	39	5,4
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	5	0,7
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	20	2,8
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	130	18,0
Νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες διαταραχές [F40-F48]	127	17,5
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59]	5	0,7
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	12	1,7
Νοητική καθυστέρηση [F70-F79]	4	0,6
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	1	0,1
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	279	38,5
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	62	8,6
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή [F99]	40	5,5
<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>100</b>

Το 38,5% διαγνώστηκε με παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ μόνο το 0,1% με διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης.

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζεται η διάγνωση των εξυπηρετούμενων ανά νησί.

**Πίνακας 21:** Διάγνωση εξυπηρετούμενων ανά νησί

Νησί Αναφοράς	Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10											
	[F00-F09]	[F10-F19]	[F20-F29]	[F30-F39]	[F40-F48]	[F50-F59]	[F60-F69]	[F70-F79]	[F80-F89]	[Z03-Z99]	[Z00-Z02]	[F99]
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Μήλος	4 (5,9)	0 (0,0)	1 (1,5)	11 (16,2)	11 (16,2)	1 (1,5)	3 (4,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (38,2)	4 (5,9)	7 (10,3)
Σίφνος	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	5 (16,1)	1 (3,2)	1 (3,2)	1 (3,2)	1 (3,2)	0 (0,0)	7 (22,6)	10 (32,3)	3 (9,7)
Σέριφος	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	4 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)	5 (35,7)	1 (7,1)
Κύθνος	3 (9,7)	0 (0,0)	1 (3,2)	4 (12,9)	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (41,9)	0 (0,0)	7 (22,6)
Κέα	1 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	2 (6,5)	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	0 (0,0)	22 (71,0)	0 (0,0)	2 (6,5)
Πάρος	7 (4,5)	1 (0,6)	8 (5,2)	29 (18,7)	38 (24,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	56 (36,1)	14 (9)	1 (0,6)
Σύρος	2 (2,2)	2 (2,2)	0 (0,0)	19 (21,3)	13 (14,6)	2 (2,2)	2 (2,2)	1 (1,1)	0 (0,0)	40 (44,9)	0 (0,0)	8 (9)
Τήνος	11 (9,8)	1 (0,9)	3 (2,7)	28 (25)	17 (15,2)	1 (0,9)	4 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (34,8)	6 (5,4)	2 (1,8)
Άνδρος	5 (7,2)	0 (0,0)	2 (2,9)	16 (23,2)	16 (23,2)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (30,4)	8 (11,6)	0 (0,0)
Μύκονος	4 (3,3)	0 (0,0)	4 (3,3)	12 (9,9)	22 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	54 (44,6)	15 (12,4)	9 (7,4)
Αντίπαρος	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Σύνολο</b>	<b>39</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>130</b>	<b>127</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>279</b>	<b>62</b>	<b>40</b>

Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09], Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19], Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29], Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39], Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές [F40-F48], Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59], Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69], Νοητική καθυστέρηση [F70-F79], Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89], Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99], Πιστοποιητικά [Z00-Z02], Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή [F99]

Υπήρξε σημαντική διαφορά στη διάγνωση των εξυπηρετούμενων μεταξύ των διάφορων νησιών ( $p \leq 0,001$ ). Συγκεκριμένα, στη Σέριφο και στη Σίφνο η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων απευθύνθηκαν στις μονάδες για πιστοποιητικά, στην Αντίπαρο για διαταραχές της διάθεσης και στα υπόλοιπα νησιά για παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας.

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζεται η διάγνωση των εξυπηρετούμενων ανάλογα με το φύλο τους.

**Πίνακας 22:** Διάγνωση εξυπηρετούμενων ανάλογα το φύλο

Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10	Φύλο			
	Ανδρας		Γυναίκα	
	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Ποσοστό (%)
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	15	5,3	24	5,4
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	4	1,4	1	0,2
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	9	3,2	11	2,5
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	36	12,7	94	21,3
Νευρωσικές, συνδεόμενες με στρες διαταραχές [F40-F48]	48	17,0	79	17,9
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59]	1	0,4	4	0,9
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	6	2,1	6	1,4
Νοητική καθυστέρηση [F70-F79]	1	0,4	3	0,7
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	0	0,0	1	0,2
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	116	41,0	163	37,0
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	33	11,7	29	6,6
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή [F99]	14	4,9	26	5,9
<b>Σύνολο</b>	<b>283</b>	<b>100</b>	<b>441</b>	<b>100</b>

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της διάγνωσης αντρών και γυναικών ( $p=0,061$ ). Συγκεκριμένα, τόσο η πλειονότητα των αντρών (41,0%) όσο και των γυναικών (37,0%) είχαν απευθυνθεί στις μονάδες για παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας.

Στον Πίνακα 23 δίνεται η ηλικία των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τη διάγνωση τους.

**Πίνακας 23:** Ηλικία εξυπηρετούμενων ανάλογα τη διάγνωση

Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10	Ηλικία	
	Μέση τιμή	SD
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	85,8	12,1
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	39,0	5,8
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	49,6	18,8
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	57,6	19,4
Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές [F40-F48]	48,2	15,5
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59]	58,0	22,0
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	39,1	18,9
Νοητική καθυστέρηση [F70-F79]	33,5	6,4
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	68,0	
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	45,7	9,5
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	43,4	13,0
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή [F99]	43,4	11,3

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην ηλικία των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τη διάγνωση τους ( $p\leq 0,001$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι με οργανικές ψυχικές διαταραχές ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους όλων των υπολοίπων διαγνώσεων ( $p\leq 0,001$  για όλες τις συγκρίσεις). Επίσης, οι εξυπηρετούμενοι με διαταραχές της διάθεσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας συγκριτικά με τους εξυπηρετούμενους με νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές ( $p\leq 0,001$ ), εκείνους με διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς ( $p=0,001$ ), εκείνους με νοητική καθυστέρηση ( $p=0,036$ ), εκείνους με παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας ( $p\leq 0,001$ ), εκείνους που απευθύνθηκαν



για πιστοποιητικά ( $p \leq 0,001$ ) καθώς και εκείνους με μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή ( $p \leq 0,001$ ).

Στον Πίνακα 24 απεικονίζονται τα YLDs των εξυπηρετούμενων αναφορικά με τις σωματικές ασθένειες και τις ψυχικές διαταραχές.

**Πίνακας 24:** YLD εξυπηρετούμενων

	<b>Μέση τιμή (SD)</b>	<b>Διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>
<b>YLD Σωματικών Ασθενειών</b>	0,005 (0,013)	0 (0 - 0,003)
<b>YLD Ψυχικών Διαταραχών</b>	0,020 (0,031)	0,004 (0 - 0,025)
<b>YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών</b>	0,025 (0,034)	0,006 (0 - 0,032)

Η μέση τιμή των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανήλθε σε 0,020 και των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* σε 0,025.

Η εκτίμηση της επιβάρυνσης των σωματικών ασθενειών και των ψυχικών διαταραχών κατά κατηγορία διαταραχής σύμφωνα με την κατάταξη ICD-10 πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ απεικονίζεται στον Πίνακα 25.

**Πίνακας 25:** YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών ως προς την Κωδικοποίηση Διάγνωσης πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

<b>Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10</b>	<b>YLD Σωματικών Ασθενειών</b>	<b>YLD Ψυχικών Διαταραχών</b>	<b>YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών</b>
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	0,76	0,93	1,69
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	0,00	0,04	0,04
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	0,04	0,45	0,49
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	1,12	14,48	15,60
Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές [F40-F48]	0,79	10,00	10,79
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59]	0,04	0,01	0,05
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	0,07	0,07	0,13
Νοητική καθυστέρηση [F70-F79]	0,00	0,00	0,00
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	0,00	0,00	0,00
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή, Χωρίς Ψυχοπαθολογία- Άλλο [F99]	0,14	0,27	0,41
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	0,13	0,52	0,65
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	0,61	5,92	6,53
<b>Σύνολο</b>	<b>3,71</b>	<b>32,68</b>	<b>36,39</b>

Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ οι διαγνωσμένοι με διαταραχές της διάθεσης έχουν το υψηλότερο φορτίο νοσηρότητας (15,60 YLDs) και εν συνεχεία από νευρωσικές διαταραχές (10,79 YLDs).

Στον Πίνακα 26 απεικονίζεται η εκτίμηση της επιβάρυνσης των σωματικών ασθενειών και των ψυχικών διαταραχών ανά κατηγορία διαταραχής με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

**Πίνακας 26:** YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών ως προς την Κωδικοποίηση Διάγνωσης με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10	YLD Σωματικών Ασθενειών	YLD Ψυχικών Διαταραχών	YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	0,78	0,39	1,17
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	0,00	0,03	0,03
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	0,05	0,38	0,43
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	1,25	8,24	9,49
Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές [F40-F48]	0,76	3,78	4,53
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50-F59]	0,04	0,01	0,05
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	0,06	0,07	0,13
Νοητική καθυστέρηση [F70-F79]	0,00	0,00	0,00
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	0,00	0,00	0,00
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή, Χωρίς Ψυχοπαθολογία- Άλλο [F99]	0,15	0,09	0,24
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	0,15	0,00	0,15
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	0,61	1,14	1,75
<b>Σύνολο</b>	<b>3,96</b>	<b>14,13</b>	<b>17,98</b>

Οι διαγνωσμένοι με διαταραχές της διάθεσης έχουν το υψηλότερο φορτίο νοσηρότητας (9,49 YLDs) και εν συνεχεία από νευρωσικές διαταραχές (4,53 YLDs), όπως και πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Ωστόσο, αν και ο αριθμός των εξυπηρετούμενων που είχαν διαγνωστεί με οργανικές ψυχικές διαταραχές ήταν μικρός, το φορτίο νοσηρότητας αυτών είναι αρκετά υψηλό (1,17 YLDs) σε σχέση με τον

αριθμό τους. Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ παρατηρείται μείωση του φορτίου νοσηρότητας κατά 18,41 YLDs.

Όπως προαναφέρθηκε, τα DALYs αντιπροσωπεύουν το μέγεθος που συνδυάζει τη θνησιμότητα (YLL) και τη νοσηρότητα (YLD). Στην περίπτωση μη παρέμβασης των ΚΜΨΥ και δεδομένης της κλινικής κατάστασης των ασθενών δύο άτομα, τα οποία είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια απώλεσαν τη ζωή τους (YLL= 79,40). Επομένως, πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, τα DALYs εκτιμώνται σε 115,79. Στην παρέμβαση λειτουργίας των ΚΜΨΥ, οι εξυπηρετούμενοι δεν έχουν απωλέσει τη ζωή τους λόγω κάποιας νόσου είτε ψυχικής είτε σωματικής και ως αποτέλεσμα, δεν υπάρχει επιβάρυνση πρόωρης θνησιμότητας (YLL=0) για το σύνολο των εξυπηρετούμενων. Η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών οφείλεται μόνο στην ανικανότητα που συνδέεται με την ψυχική διαταραχή. Ως αποτέλεσμα, τα DALYs με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ ισούνται με 17,98 και ως εκ τούτου, ο αριθμός αυτός παρέχει μια εικόνα των συνολικών DALYs που αποτρέπονται ετησίως στα νησιά ευθύνης των ΚΜΨΥ λόγω της λειτουργίας τους (Πίνακας 27).

**Πίνακας 27:** DALYs πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
<b>YLL</b>	79,40	0,00
<b>YLD</b>	36,39	17,98
<b>DALY</b>	<b>115,79</b>	<b>17,98</b>

Από την αναλυτική επεξεργασία των κλινικών δεδομένων πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ ανάλογα με τη σωματική και ψυχική κατάσταση των εξυπηρετούμενων παρουσιάζονται τα DALYs σωματικών ασθενειών και ψυχικών διαταραχών ανά διαγνωστική κατηγορία των δύο συγκριτών στον Πίνακα 28.

**Πίνακας 28:** Εκτιμήσεις DALYs ανά διαγνωστική κατηγορία

Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ			Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ		
		YLD	YLL	DALYs	YLD	YLL	DALYs
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	39	1,69	0	1,69	1,17	0	1,17
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10-F19]	5	0,04	0	0,04	0,03	0	0,03
Σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές [F20-F29]	20	0,49	79,4	79,89	0,43	0	0,43
Διαταραχές της διάθεσης [F30- F39]	130	15,6	0	15,6	9,49	0	9,49
Νευρωσικές, συνδεδεμένες με στρες διαταραχές [F40-F48]	127	10,79	0	10,79	4,53	0	4,53
Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου [F50- F59]	5	0,05	0	0,05	0,05	0	0,05
Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60-F69]	12	0,13	0	0,13	0,13	0	0,13
Νοητική καθυστέρηση [F70- F79]	4	0	0	0	0	0	0
Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης [F80-F89]	1	0	0	0	0	0	0
Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή, Χωρίς Ψυχοπαθολογία- Άλλο [F99]	40	0,41	0	0,41	0,24	0	0,24
Πιστοποιητικά [Z00-Z02]	62	0,65	0	0,65	0,15	0	0,15
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	279	6,53	0	6,53	1,75	0	1,75
<b>Σύνολο</b>	<b>724</b>	<b>36,39</b>	<b>79,4</b>	<b>115,79</b>	<b>17,97</b>	<b>0</b>	<b>17,97</b>

Αξίζει να σημειωθεί ότι βάσει των δεδομένων του Πίνακα 28 προκύπτει ότι με τη παρέμβαση των ΚΜΨΥ προέκυψαν κατά προσέγγιση 18 DALYs, ενώ πριν τη

λειτουργία κατά προσέγγιση 116 DALYs. Η διαφοροποίηση ως προς τα DALYs μεταξύ των δύο συγκριτών έγκειται στην ύπαρξη των θανάτων και στην επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας των εξυπηρετούμενων πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Τέλος, η λειτουργία των ΚΜΨΥ απέτρεψε κατά προσέγγιση 98 έτη ζωής με ανικανότητα.

### **A.3 Συγκρίσεις κλινικών χαρακτηριστικών με στοιχεία του δείγματος**

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

**Πίνακας 29:** YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		YLD Ψυχικών Διαταραχών		P Mann- Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	0,016 (0,028)	0,004 (0 - 0,025)	<b>0,002</b>
	Γυναίκα	0,022 (0,032)	0,004 (0 - 0,028)	
<b>Χώρα Καταγωγής</b>	Ελλάδα	0,02 (0,03)	0,004 (0 - 0,025)	<b>0,001</b>
	Άλλη	0,016 (0,036)	0 (0 - 0,006)	
<b>Έγγαμοι/Σε συμβίωση</b>	Όχι	0,021 (0,032)	0,006 (0 - 0,025)	<b>0,002</b>
	Ναι	0,019 (0,03)	0,004 (0 - 0,025)	
<b>Διαμονή</b>	Μόνος	0,026 (0,034)	0,006 (0 - 0,028)	<b>0,004</b>
	Γονεϊκή Οικογένεια	0,021 (0,033)	0,006 (0,004 - 0,025)	
	Δική του Οικογένεια/Συζύγι/Συγκατοικεί	0,019 (0,03)	0,004 (0 - 0,025)	
	Ίδρυμα/Ξενώνας/Άλλο	0,014 (0,014)	0,007 (0,004 - 0,031)	
<b>Εκπαίδευση</b>	Καμία/Δημοτικό	0,025 (0,03)	0,007 (0,004 - 0,028)	<b>&lt;0,001*</b>
	Γυμνάσιο/Λύκειο/IEK	0,02 (0,032)	0,004 (0 - 0,025)	
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	0,015 (0,028)	0,002 (0 - 0,018)	
<b>Απασχόληση</b>	Πλήρης/Σταθερή	0,014 (0,029)	0,002 (0 - 0,017)	<b>&lt;0,001*</b>
	Μερική/Εποχιακή/Ανεργία	0,018 (0,03)	0,002 (0 - 0,025)	
	Οικιακά/Σπουδαστής/Μαθητής/Συνταξιούχοι	0,026 (0,032)	0,015 (0,004 - 0,028)	
<b>Ασφάλεια</b>	Όχι	0,021 (0,027)	0,006 (0,004 - 0,025)	<b>0,135</b>
	Ναι	0,019 (0,031)	0,004 (0 - 0,025)	

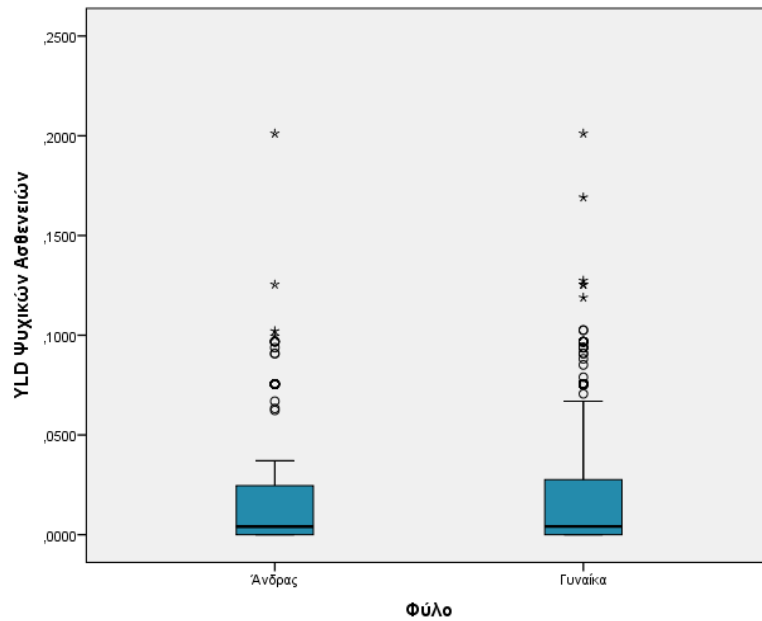
\*Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* είχαν οι γυναίκες, οι Έλληνες και οι άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι. Τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την απασχόληση των εξυπηρετούμενων. Ειδικότερα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni παρατηρήθηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι που έμεναν μαζί με τη γονεϊκή τους οικογένεια είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που διέμεναν με τη δική τους οικογένεια ( $p=0,006$ ). Ακόμα, οι εξυπηρετούμενοι που δεν είχαν κάποια εκπαίδευση ή είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* σε σύγκριση τόσο με τους εξυπηρετούμενους που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου/IEK ( $p=0,001$ ) όσο και με τους εξυπηρετούμενους που ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $p\leq 0,001$ ). Όμοια, οι εξυπηρετούμενοι που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου/IEK είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $p=0,002$ ). Οι εξυπηρετούμενοι, οι οποίοι ασχολούνταν με οικιακά, ή ήταν σπουδαστές/μαθητές, ή συνταξιούχοι είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* σε σύγκριση τόσο με τους εξυπηρετούμενους που εργάζονταν υπό όρους πλήρους και σταθερής απασχόλησης όσο και με τους εξυπηρετούμενους που εργάζονταν σε μερική/εποχιακή απασχόληση ή βρίσκονταν σε ανεργία ( $p\leq 0,001$  και για τις δύο συγκρίσεις).

Στο Γράφημα 20 παρουσιάζονται τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με το φύλο τους.

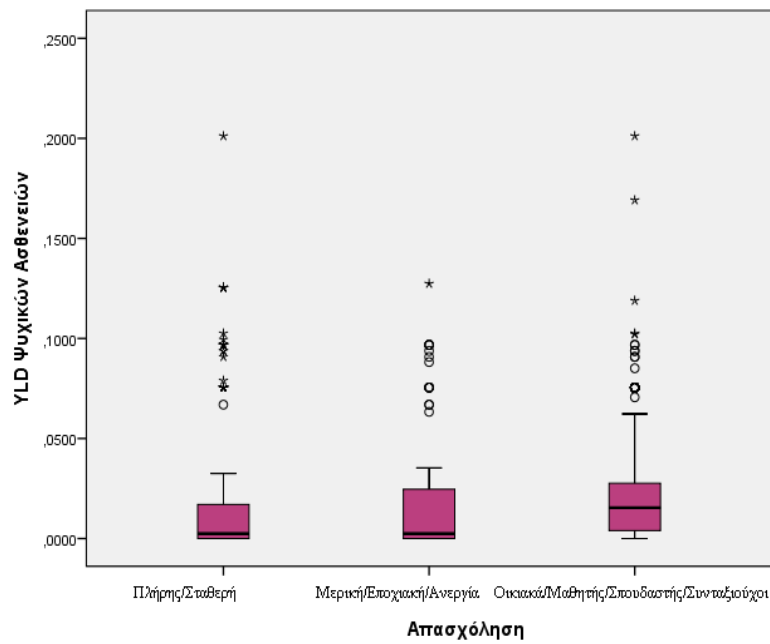


**Γράφημα 20:** YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με το φύλο



Στο Γράφημα 21 δίνονται τα YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόλησή τους.

**Γράφημα 21:** YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόληση



Στον Πίνακα 30 απεικονίζονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν την επίσκεψή τους στις μονάδες ψυχικής υγείας.

**Πίνακας 30:** *YLD Ψυχικών Διαταραχών* εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή τους στις ΚΜΨΥ

		<b>YLD Ψυχικών Διαταραχών</b>		<b>P Mann- Whitney test</b>
		<b>Μέση τιμή (SD)</b>	<b>Διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>	
<b>Νησί Αναφοράς</b>	Μήλος	0,025 (0,036)	0,004 (0 - 0,032)	<b>&lt;0,001*</b>
	Σίφνος	0,008 (0,015)	0,002 (0 - 0,006)	
	Σέριφος	0,007 (0,011)	0,003 (0 - 0,006)	
	Κύθνος	0,01 (0,014)	0,004 (0,002 - 0,012)	
	Κέα	0,005 (0,009)	0,002 (0 - 0,004)	
	Πάρος	0,023 (0,034)	0,006 (0 - 0,025)	
	Σύρος	0,023 (0,034)	0,004 (0,002 - 0,032)	
	Τήνος	0,029 (0,037)	0,006 (0 - 0,075)	
	Άνδρος	0,026 (0,033)	0,006 (0 - 0,032)	
	Μύκονος	0,008 (0,015)	0,002 (0 - 0,006)	
Αντίπαρος	0,061 (0,042)	0,075 (0,014 - 0,094)		
<b>Λόγος Προσέλευσης</b>	Άγχος	0,032 (0,031)	0,025 (0,006 - 0,028)	<b>&lt;0,001*</b>
	Κατάθλιψη	0,052 (0,033)	0,067 (0,028 - 0,075)	
	Ψύχωση	0,025 (0,025)	0,017 (0,017 - 0,023)	
	Άνοια	0,017 (0,023)	0,004 (0,004 - 0,022)	
	Ουσίες	0,005 (0,002)	0,004 (0,003 - 0,006)	
	Συνταγογράφηση-Πιστοποιητικό	0,002 (0,012)	0 (0 - 0)	
	Προβλήματα Σχέσεων-Κοινωνικά- Άλλα	0,016 (0,029)	0,004 (0,002 - 0,017)	
	Προβλήματα Συμπεριφοράς	0,014 (0,019)	0,006 (0,004 - 0,022)	
Συμβουλευτική Γονέων	0,005 (0,022)	0 (0 - 0)		
<b>Παραπομπή</b>	Όχι	0,024 (0,033)	0,006 (0 - 0,028)	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	0,015 (0,028)	0,003 (0 - 0,025)	

\*Kruskal-Wallis test

Τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το νησί και με το λόγο προσέλευσής τους. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα

*YLD Ψυχικών Διαταραχών* βρέθηκαν σε Αντίπαρο, Μήλο, Τήνο και Άνδρο και τα χαμηλότερα σε Κέα. Ακόμα, τα υψηλότερα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* βρέθηκαν στους εξυπηρετούμενους που ο λόγος προσέλευσής τους ήταν η κατάθλιψη και τα χαμηλότερα σε εκείνους που ο λόγος προσέλευσής τους ήταν η Συνταγογράφηση ή η Συμβουλευτική Γονέων ή οι ουσίες. Επίσης, τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων που απευθύνθηκαν στις μονάδες ψυχικής υγείας με παραπομπή ήταν σημαντικά χαμηλότερα.

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία από το ιστορικό τους.

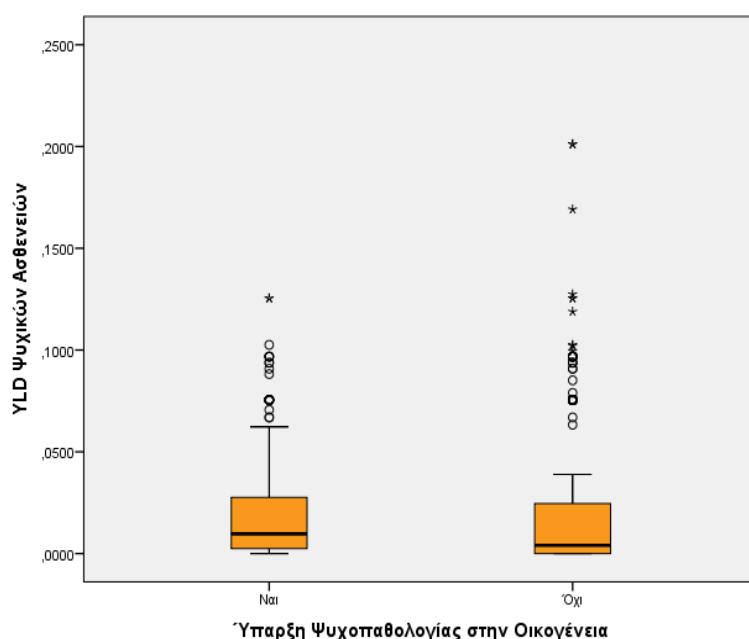
**Πίνακας 31:** *YLD Ψυχικών Διαταραχών* εξυπηρετούμενων ανάλογα με το ιστορικό τους

		YLD Ψυχικών Διαταραχών		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<b>Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας</b>	Ναι	0,024 (0,032)	0,006 (0,002 - 0,028)	<b>&lt;0,001</b>
	Όχι	0,017 (0,03)	0,004 (0 - 0,025)	
<b>Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια</b>	Ναι	0,025 (0,031)	0,01 (0,002 - 0,028)	<b>&lt;0,001</b>
	Όχι	0,018 (0,03)	0,004 (0 - 0,025)	
<b>Ψυχιατρικές Νοσηλείες</b>	Όχι	0,019 (0,031)	0,004 (0 - 0,025)	<b>0,004</b>
	Ναι	0,032 (0,034)	0,023 (0,017 - 0,023)	

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* είχαν οι εξυπηρετούμενοι που είχαν επισκεφτεί επαγγελματία ψυχικής υγείας στο παρελθόν, εκείνοι που είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας, καθώς και εκείνοι που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν λόγω ψυχικών διαταραχών.

Στο Γράφημα 22 απεικονίζονται τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένειά τους.

**Γράφημα 22:** YLD Ψυχικών Διαταραχών εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένειά



Στον Πίνακα 32 διαφαίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, την ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών.

**Πίνακας 32:** Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των YLD Ψυχικών Διαταραχών των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών

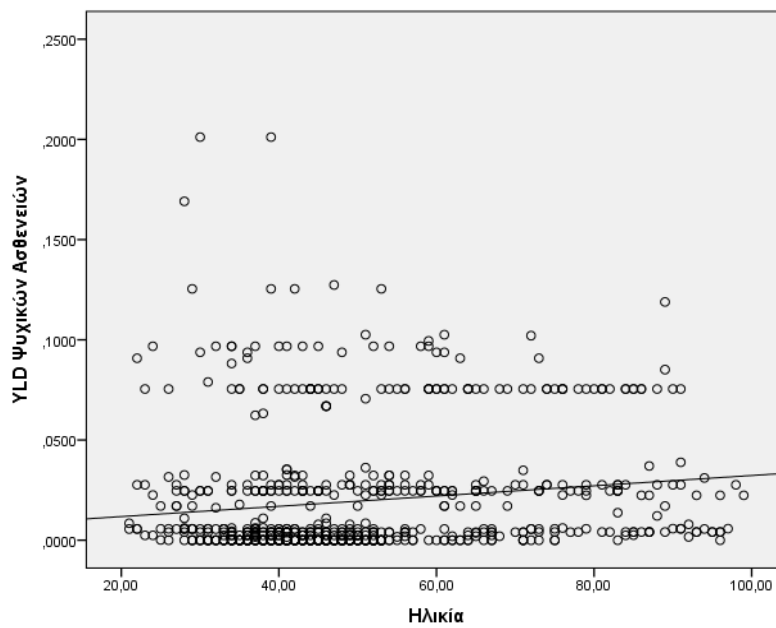
		<b>YLD Ψυχικών Διαταραχών</b>
<b>Ηλικία</b>	r	0,21
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	r	-0,09
	P	<b>0,018</b>
<b>Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας</b>	r	0,11
	P	<b>0,004</b>

Όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εξυπηρετούμενοι, όπως επίσης όσο μεγαλύτερη ηλικία είχαν κατά την πρώτη επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας

τόσο περισσότερα ήταν τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* τους. Αντίθετα, όσο περισσότερα παιδιά είχαν οι εξυπηρετούμενοι τόσο λιγότερα ήταν τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* τους.

Στο Γράφημα 23 δίνεται η συσχέτιση της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* τους.

**Γράφημα 23:** Συσχέτισης της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών*



Στον Πίνακα 33 αποτυπώνονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

**Πίνακας 33:** YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	0,022 (0,033)	0,006 (0 - 0,031)	<b>0,050</b>
	Γυναίκα	0,026 (0,035)	0,007 (0 - 0,035)	
<b>Χώρα Καταγωγής</b>	Ελλάδα	0,025 (0,034)	0,007 (0 - 0,034)	<b>0,002</b>
	Άλλη	0,02 (0,038)	0,002 (0 - 0,028)	
<b>Έγγαμοι/Σε συμβίωση</b>	Όχι	0,028 (0,035)	0,009 (0,003 - 0,035)	<b>0,001</b>
	Ναι	0,024 (0,034)	0,004 (0 - 0,032)	
<b>Διαμονή</b>	Μόνος	0,033 (0,037)	0,024 (0,003 - 0,062)	<b>0,001</b>
	Γονεϊκή Οικογένεια	0,024 (0,034)	0,008 (0,005 - 0,028)	
	Δική του Οικογένεια/ Συζεί/Συγκατοικεί	0,024 (0,034)	0,005 (0 - 0,032)	
	Ίδρυμα/Ξενώνας/Άλλο	0,044 (0,021)	0,047 (0,033 - 0,06)	
<b>Εκπαίδευση</b>	Καμία/Δημοτικό	0,038 (0,036)	0,03 (0,004 - 0,069)	<b>&lt;0,001*</b>
	Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ	0,023 (0,034)	0,006 (0 - 0,029)	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	0,018 (0,03)	0,003 (0 - 0,025)	
<b>Απασχόληση</b>	Πλήρης/Σταθερή	0,017 (0,031)	0,003 (0 - 0,025)	<b>&lt;0,001*</b>
	Μερική/Εποχιακή/ Ανεργία	0,021 (0,032)	0,004 (0 - 0,028)	
	Οικιακά/Σπουδαστής/ Μαθητής/Συνταξιούχοι	0,035 (0,036)	0,025 (0,004 - 0,062)	
<b>Ασφάλεια</b>	Όχι	0,023 (0,028)	0,011 (0,004 - 0,032)	0,353
	Ναι	0,025 (0,035)	0,006 (0 - 0,033)	

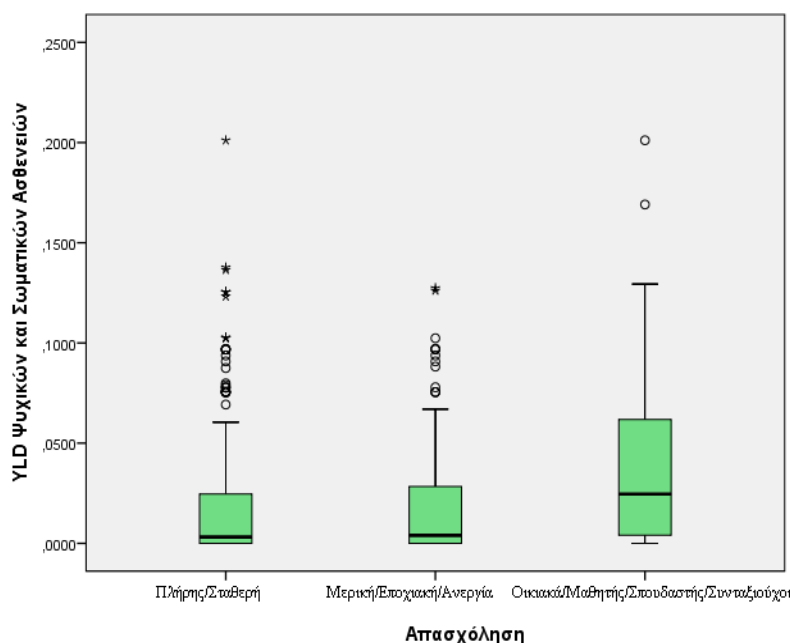
\*Kruskal-Wallis test

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* είχαν οι γυναίκες, οι Έλληνες και οι άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι. Τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την απασχόληση των εξυπηρετούμενων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι που έμεναν μόνοι τους είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που έμεναν με τη δική τους οικογένεια ( $p=0,002$ ). Ακόμα, οι εξυπηρετούμενοι που δεν είχαν κάποια εκπαίδευση ή είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών*

Ασθενειών σε σύγκριση τόσο με τους εξυπηρετούμενους που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου/IEK ( $p=0,001$ ) όσο και με τους εξυπηρετούμενους που ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $p\leq 0,001$ ). Όμοια, οι εξυπηρετούμενοι που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου/IEK είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενοι που ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $p=0,002$ ). Επιπροσθέτως, οι εξυπηρετούμενοι που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές ή συνταξιούχοι είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* σε σύγκριση τόσο με τους εξυπηρετούμενους που εργάζονταν υπό όρους πλήρους και σταθερής απασχόλησης όσο και με τους εξυπηρετούμενους που εργάζονταν σε μερική/εποχιακή απασχόληση ή και ανεργία ( $p\leq 0,001$  και για τις δύο συγκρίσεις).

Στο Γράφημα 24 απεικονίζονται τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόλησή τους.

**Γράφημα 24:** *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την απασχόλησή



Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων σύμφωνα με τα στοιχεία που αφορούν την επίσκεψή τους στις μονάδες ψυχικής υγείας.

**Πίνακας 34:** YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή στις ΚΜΨΥ

		YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<b>Νησί Αναφοράς</b>	Μήλος	0,030 (0,039)	0,007 (0 - 0,062)	<b>&lt;0,001*</b>
	Σίφνος	0,018 (0,025)	0,004 (0,001 - 0,029)	
	Σέριφος	0,018 (0,024)	0,009 (0 - 0,028)	
	Κίθνος	0,015 (0,019)	0,004 (0,002 - 0,028)	
	Κέα	0,008 (0,012)	0,004 (0 - 0,01)	
	Πάρος	0,027 (0,037)	0,011 (0 - 0,03)	
	Σύρος	0,027 (0,038)	0,006 (0,002 - 0,035)	
	Τήνος	0,036 (0,039)	0,025 (0 - 0,075)	
	Άνδρος	0,035 (0,037)	0,026 (0 - 0,06)	
	Μύκονος	0,010 (0,017)	0,003 (0 - 0,009)	
	Αντίπαρος	0,061 (0,042)	0,075 (0,014 - 0,094)	
<b>Λόγος Προσέλευσης</b>	Άγχος	0,038 (0,033)	0,025 (0,009 - 0,062)	<b>&lt;0,001*</b>
	Κατάθλιψη	0,063 (0,036)	0,075 (0,028 - 0,082)	
	Ψύχωση	0,030 (0,029)	0,017 (0,017 - 0,027)	
	Άνοια	0,030 (0,026)	0,022 (0,006 - 0,053)	
	Ουσίες	0,007 (0,004)	0,007 (0,003 - 0,011)	
	Συνταγογράφηση-Πιστοποιητικό	0,005 (0,014)	0 (0 - 0,003)	
	Προβλήματα Σχέσεων-Κοινωνικά-Άλλα	0,021 (0,031)	0,006 (0,004 - 0,028)	
	Προβλήματα Συμπεριφοράς	0,034 (0,03)	0,031 (0,007 - 0,058)	
<b>Παραπομπή</b>	Όχι	0,029 (0,036)	0,011 (0,001 - 0,051)	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	0,02 (0,032)	0,004 (0 - 0,028)	

\*Kruskal-Wallis test

Τα YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών των εξυπηρετούμενων διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το νησί και με το λόγο προσέλευσης. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών παρατηρήθηκαν σε Αντίπαρο,



Μήλο, Τήνο και Άνδρο ενώ τα χαμηλότερα σε Κέα και Μύκονο. Ακόμα, τα υψηλότερα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* εντοπίστηκαν σε εξυπηρετούμενους που ο λόγος προσέλευσής τους ήταν η κατάθλιψη και τα χαμηλότερα σε εκείνους που ο λόγος προσέλευσής τους ήταν η Συνταγογράφηση ή η Συμβουλευτική Γονέων. Επίσης, τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων που απευθύνθηκαν στις μονάδες ψυχικής υγείας με παραπομπή ήταν σημαντικά χαμηλότερα.

Στον Πίνακα 35 δίνονται οι τιμές των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τα στοιχεία από το ιστορικό τους.

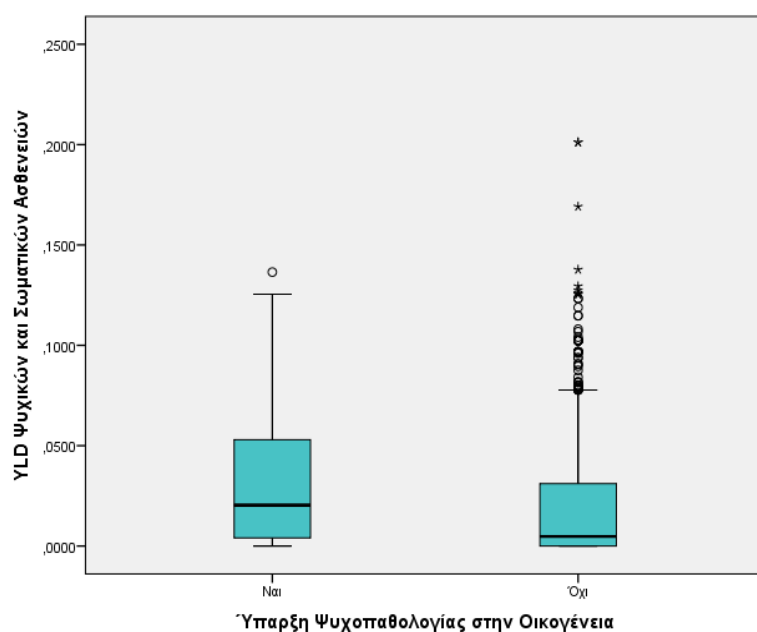
**Πίνακας 35:** *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* εξυπηρετούμενων ανάλογα με το ιστορικό

		<b>YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών</b>		<b>P Mann-Whitney test</b>
		<b>Μέση τιμή (SD)</b>	<b>Διάμεσος (Ενδ. εύρος)</b>	
<b>Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας</b>	Ναι	0,029 (0,035)	0,017 (0,004 - 0,036)	<b>&lt;0,001</b>
	Όχι	0,023 (0,034)	0,004 (0 - 0,031)	
<b>Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια</b>	Ναι	0,03 (0,034)	0,02 (0,004 - 0,053)	<b>&lt;0,001</b>
	Όχι	0,023 (0,034)	0,005 (0 - 0,031)	
<b>Ψυχιατρικές Νοσηλείες</b>	Όχι	0,025 (0,034)	0,006 (0 - 0,032)	<b>0,009</b>
	Ναι	0,039 (0,038)	0,023 (0,017 - 0,058)	

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* είχαν οι εξυπηρετούμενοι που είχαν επισκεφτεί επαγγελματία ψυχικής υγείας στο παρελθόν, εκείνοι που είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας καθώς και εκείνοι που είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν λόγω ψυχικών διαταραχών.

Στο Γράφημα 25 δίνονται τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένειά τους.

**Γράφημα 25:** YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών εξυπηρετούμενων ανάλογα με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια



Στον Πίνακα 36 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, την ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών.

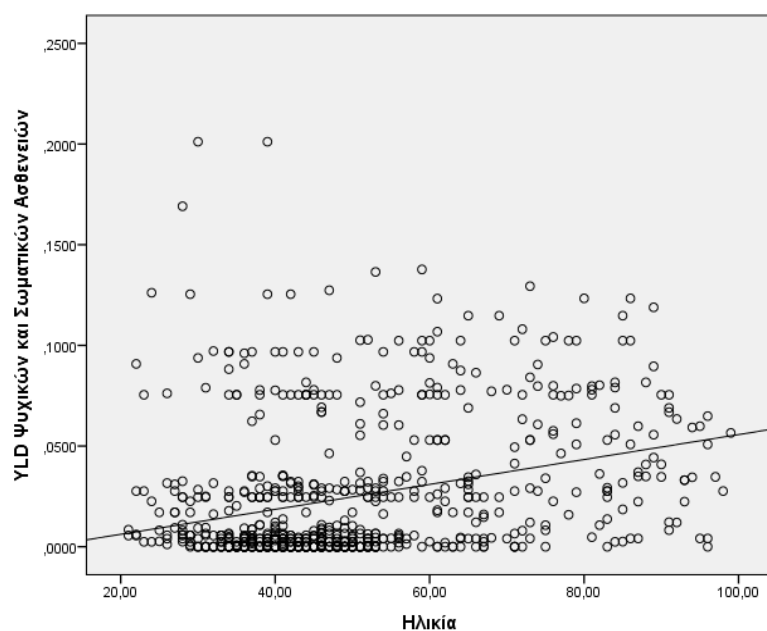
**Πίνακας 36:** Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων με την ηλικία, την ηλικία πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και τον αριθμό παιδιών

		<b>YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών</b>
<b>Ηλικία</b>	r	0,31
	P	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	r	-0,04
	P	0,274
<b>Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας</b>	r	0,20
	P	<b>&lt;0,001</b>

Όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι εξυπηρετούμενοι, όπως επίσης όσο μεγαλύτερη ηλικία είχαν κατά την πρώτη επίσκεψη σε Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας τόσο περισσότερα ήταν τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* τους.

Στο Γράφημα 26 δίνεται η συσχέτιση της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* τους.

**Γράφημα 26:** Συσχέτιση της ηλικίας των εξυπηρετούμενων με τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών*



## A.2 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των εξυπηρετούμενων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα εργασιακά τους, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή τους στις μονάδες και στο ιστορικό τους. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 37.

**Πίνακας 37:** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη *YLD ψυχικών διαταραχών*

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Ηλικία</b>		0,0003	0,0001	<b>0,001</b>
<b>Φύλο</b>	Ανδρας (αναφ.)			
	Γυναίκα	0,005	0,002	<b>0,029</b>
<b>Απασχόληση</b>	Οικιακά/Σπουδαστής/ Μαθητής/Συνταξιούχοι (αναφ.)			
	Μερική/Εποχιακή/Ανεργία	-0,004	0,004	0,308
	Πλήρης/Σταθερή	-0,006	0,003	<b>0,048</b>
<b>Παραπομπή</b>	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,006	0,002	<b>0,005</b>
<b>Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια</b>	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,006	0,003	<b>0,031</b>
<b>Αριθμός Παιδιών</b>		-0,003	0,001	<b>0,004</b>

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η ηλικία, το φύλο, η απασχόληση, η ύπαρξη παραπομπής και ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια καθώς και ο αριθμός παιδιών βρέθηκαν να σχετίζονται με τα *YLD Ψυχικών Διαταραχών* των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τον Πίνακα 37 προέκυψε ότι:

- Όταν αυξάνεται η ηλικία των εξυπηρετούμενων κατά ένα χρόνο, τότε ο λογάριθμος των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* θα αυξηθεί κατά 0,0003 μονάδες.
- Οι γυναίκες είχαν κατά 0,005 υψηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* συγκριτικά με τους άντρες.
- Οι εξυπηρετούμενοι με μερική/εποχιακή ή που δεν είχαν κάποια απασχόληση είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,004 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές ή συνταξιούχοι.
- Οι εξυπηρετούμενοι με πλήρη/σταθερή απασχόληση είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,006 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές ή συνταξιούχοι.
- Οι εξυπηρετούμενοι που παραπέμφθηκαν στις μονάδες ψυχικής υγείας είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,006 σε σύγκριση

με τους εξυπηρετούμενους που απευθύνθηκαν από μόνοι τους στις μονάδες αυτές.

- Οι εξυπηρετούμενοι με οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας είχαν υψηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,006 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας.
- Αύξηση του αριθμού των παιδιών κατά ένα, έπεται μείωση του λογαρίθμου των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,003.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των εξυπηρετούμενων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα εργασιακά τους, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην επίσκεψή τους στις μονάδες και στο ιστορικό τους. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 38.

**Πίνακας 38:** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών*

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Ηλικία</b>		0,001	0,0001	<0,001
<b>Απασχόληση</b>	Οικιακά/Σπουδαστής/ Μαθητής/Συνταξιούχοι (αναφ.)			
	Μερική/Εποχιακή/Ανεργία	-0,004	0,004	0,287
	Πλήρης/Σταθερή	-0,009	0,003	<b>0,003</b>
<b>Παραπομπή</b>	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-0,007	0,002	<b>0,006</b>
<b>Ύπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια</b>	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,007	0,003	<b>0,015</b>

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η ηλικία, η απασχόληση, η ύπαρξη παραπομπής και ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια βρέθηκαν να σχετίζονται με τα *YLD Ψυχικών και Σωματικών Ασθενειών* των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τον Πίνακα 38, προέκυψε ότι:

- Όταν αυξάνεται η ηλικία των εξυπηρετούμενων κατά ένα χρόνο, τότε ο λογάριθμος των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* θα αυξηθεί κατά 0,001 μονάδες.
- Οι εξυπηρετούμενοι με μερική/εποχιακή ή που δεν είχαν κάποια απασχόληση είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,004 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές ή συνταξιούχοι.
- Οι εξυπηρετούμενοι με πλήρη/σταθερή απασχόληση είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,009 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν σπουδαστές/μαθητές ή συνταξιούχοι.
- Οι εξυπηρετούμενοι που παραπέμφθηκαν στις μονάδες ψυχικής υγείας είχαν χαμηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,007 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που απευθύνθηκαν από μόνοι τους στις μονάδες αυτές.
- Οι εξυπηρετούμενοι με οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας είχαν υψηλότερο λογάριθμο των *YLD Ψυχικών Διαταραχών* κατά 0,007 σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους που δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας.

## **B. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Με βάση την επεξεργασία των οικονομικών στοιχείων των ΚΜΨΥ (Παράρτημα Β.2), το **κόστος λειτουργίας** των ΚΜΨΥ κατά κατηγορία δαπάνης παρουσιάζεται στον Πίνακα 39.

**Πίνακας 39:** Κόστος λειτουργίας ΚΜΨΥ σε ευρώ

Σύνθεση κόστους	ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων	ΚΜΨΥ Δυτικών Κυκλάδων	Συνολικό κόστος ΚΜΨΥ	Ποσοστό (%)
Λειτουργικό κόστος	24.551,07	394,25	24.945,32	4,6
Μισθοδοσία	236.191,16	112.215,66	348.406,82	63,8
Μετακίνηση	48.858,49	32.770,31	81.628,80	14,9
Λοιπές δαπάνες	57.732,67	33.355,68	91.088,35	16,7
<b>Συνολικό κόστος ΚΜΨΥ</b>	<b>367.333,39</b>	<b>178.735,90</b>	<b>546.069,29</b>	<b>100</b>

Τα δύο τρίτα του κόστους λειτουργίας των ΚΜΨΥ αφορά δαπάνες μισθοδοσίας.

Το κόστος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτιμάται στον πίνακα 40.

**Πίνακας 40:** Κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ σε ευρώ

Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας	Τιμή μονάδας	N	Συνολικό κόστος	Ποσοστό (%)
Ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες	40	357	171.360,00	71,61
Φαρμακευτική αγωγή	13,3	158	25.216,80	10,54
Ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και Φαρμακευτική αγωγή	40,00 ή 13,30	89	37.920,00	15,85
Πιστοποιητικό/Συμβουλευτική (Μία ιατρική επίσκεψη)	40	120	4.800,00	2,01
<b>Σύνολο</b>		<b>724</b>	<b>239.296,80</b>	<b>100,00</b>

Το κόστος των εξυπηρετούμενων που επισκέφτηκαν τις μονάδες με σκοπό τη λήψη πιστοποιητικού ψυχολογικής αξιολόγησης ή συμβουλευτικής και πραγματοποίησαν μία συνεδρία αποτελεί μικρό ποσοστό (2%) σε σχέση με το συνολικό κόστος. Το 72% του συνολικού κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.

Το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης των εξυπηρετούμενων ανά κατηγορία διάγνωσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 41.

**Πίνακας 41:** Στοιχεία ψυχιατρικών νοσηλίων εξυπηρετούμενων πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ

Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10	Κόστος ανά ΚΕΝ	Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ		Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ	
		Αριθμός Νοσηλεύομενων	Κόστος νοσηλείας	Αριθμός Νοσηλεύομενων	Κόστος νοσηλείας
Οργανικές ψυχικές διαταραχές [F00-F09]	2.109,00	1	2.109,00	0	0
Διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών [F10- F19]	1.089,00	1	1.089,00	0	0
Σχιζοφρένεια [F20]	3.066,00	7	21.462,00	3	9.198,00
Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές [F22]. Μη καθορισμένη μη οργανική ψύχωση [F29]	2.568,00	2	5.136,00	0	0
Διαταραχές της διάθεσης [F30-F39]	2.568,00	5	12.840,00	2	5.136,00
Παράγοντες επηρεάζοντες την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, Συμβουλευτική [Z03-Z99]	965	1	965	0	0
<b>Σύνολο</b>	<b>9.797,00</b>	<b>17</b>	<b>43.601,00</b>	<b>5</b>	<b>14.334,00</b>

Οι εξυπηρετούμενοι που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια τόσο πριν όσο και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ έχουν υψηλότερη δαπάνη συγκριτικά με τους άλλους ασθενείς. Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώνεται ότι πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης των εξυπηρετούμενων είναι περίπου τριπλάσιο με το αντίστοιχο της λειτουργίας των ΚΜΨΥ λόγω των ατόμων που χρήζουν νοσηλείας.

Το κόστος φαρμακευτικής αγωγής αμοτέρων των δύο συγκριτών παρουσιάζεται στον Πίνακα 42.



**Πίνακας 42:** Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κατηγορία φαρμάκου πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ

Κατηγορία φαρμάκων	Τιμή αποζημίωσης φαρμάκων	Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ		Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ	
		Αριθμός εξυπηρετούμενων	Φαρμακευτική δαπάνη	Αριθμός εξυπηρετούμενων	Φαρμακευτική δαπάνη
Αγχολυτικά	2,16	69	149,04	68	146,88
Υπναγωγά	66,07	8	528,56	13	858,91
Αντικαταθλιπτικά	10,36	78	808,08	177	1.833,72
Αντιψυχωσικά	34,33	38	1.304,54	62	2.128,46
Σταθεροποιητικά-Αντιεπιληπτικά	19,09	8	152,72	15	286,35
Αντιανοϊκά	18,07	10	180,7	20	361,4
Αντιπαρκινσονικά	27,37	4	109,48	3	82,11
Άλλα	25,35	44	1.115,40	36	912,6
Μηνιαία Δαπάνη		259	4.348,52	394	6.610,43
<b>Ετήσια Δαπάνη</b>			<b>52.182,24</b>		<b>79.325,16</b>

Το φαρμακευτικό κόστος των εξυπηρετούμενων με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι υψηλότερο εν συγκρίσει με το αντίστοιχο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Γεγονός που αναδεικνύει τη σημαντικότητα της συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των ΚΜΨΥ.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι η μέση τιμή κάθε κατηγορίας ιδιωτικής δαπάνης που επιβαρύνει τους εξυπηρετούμενους προκύπτει από ειδική επεξεργασία αναλυτικών τιμολογήσεων όπως παρουσιάζονται στο παράρτημα Β.3. Ως εκ τούτου, η ιδιωτική δαπάνη κατά κατηγορία καθώς και το συνολικό κόστος περιγράφονται με αναλυτικό τρόπο στους πίνακες 54-59 στο παράρτημα Β.3.

Εξαιτίας της απουσίας νοσηλευτικής ψυχιατρικής μονάδας στις Κυκλάδες, οι χρήζοντες νοσηλείας επιβαρύνονται τις ιδιωτικές δαπάνες μετακίνησης για νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα στην Αττική. Οι **ιδιωτικές δαπάνες** των εξυπηρετούμενων για νοσηλεία στην Αττική πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 43.

**Πίνακας 43:** Ιδιωτικές δαπάνες νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα στην Αττική πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ το 2015 σε ευρώ

	<b>Τιμή Μονάδας</b>	<b>Ιδιωτική δαπάνη νοσηλείας πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Ιδιωτική δαπάνη νοσηλείας με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
Αριθμός νοσηλευόμενων		17	5
Διαμονή	71,50	2.431,00	715,00
Διατροφή	23,90	1.218,90	358,50
Μεταφορικά	27,60	938,40	276,00
Κόστος ακτοπλοϊκών	67,47	3.226,20	1.085,70
<b>Σύνολο</b>		<b>7.814,50</b>	<b>2.435,20</b>

Η ιδιωτική δαπάνη νοσηλείας στην Αττική είναι σχεδόν τριπλάσια πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ λόγω του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν να νοσηλευθούν.

Στον Πίνακα 44 αναλύονται οι ιδιωτικές δαπάνες ιατρικής επίσκεψης κατά κατηγορία πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ.

**Πίνακας 44:** Ιδιωτική δαπάνη εξυπηρετούμενων στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ

	<b>Ιδιωτική δαπάνη</b>		
Αριθμός εξυπηρετούμενων	604	120	<b>724</b>
Διαμονή	43.186,00	8.580,00	<b>51.766,00</b>
Διατροφή	28.871,20	5.736,00	<b>34.607,20</b>
Μεταφορικά	16.670,40	3.312,00	<b>19.982,40</b>
Κόστος ακτοπλοϊκών	37.118,87	8.050,50	<b>45.169,37</b>
Μηνιαία δαπάνη	125.846,47	25.678,50	<b>151.524,97</b>
<b>Ετήσια δαπάνη</b>	<b>1.510.157,64</b>	<b>25.678,50</b>	<b>1.535.836,14</b>

Οι εξυπηρετούμενοι για εύρεση φροντίδας ψυχικής υγείας πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ επιβαρύνονταν οικονομικά από το εισόδημά τους. Η ιδιωτική δαπάνη για εύρεση παροχής υπηρεσιών υγείας πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ ανέρχεται σε 1.543.650,7 €.

Εν συνεχεία, προκύπτει το **κόστος άτυπης φροντίδας** των εξυπηρετούμενων που χρήζουν φροντίδας από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ στον Πίνακα 45.

**Πίνακας 45:** Κόστος άτυπης φροντίδας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ

	<b>Τιμή Μονάδας</b>	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
Αριθμός εξυπηρετούμενων	1	11	4
Μηνιαίο κόστος άτυπης φροντίδας	683,76	7.521,36	2.735,04
<b>Ετήσιο κόστος άτυπης φροντίδας</b>	<b>8.205,12</b>	<b>90.256,32</b>	<b>32.820,48</b>

Το κόστος των χρηζόντων άτυπης φροντίδας από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ τείνει να τριπλασιάζεται εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των ασθενών.

Δεδομένου ότι το μηνιαίο κόστος των αναπηρικών συντάξεων είναι 882 €, το **κόστος των συντάξεων αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής** αποτυπώνεται στον Πίνακα 46.

**Πίνακας 46:** Κόστος συντάξεων αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ το 2015

	<b>Τιμή Μονάδας</b>	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
Αριθμός συνταξιούχων	1	8	5
Μηνιαίο κόστος αναπηρικής σύνταξης	882	7.056,00	4.410,00
<b>Ετήσιο κόστος αναπηρικής σύνταξης</b>	<b>10.584,00</b>	<b>84.672,00</b>	<b>52.920,00</b>

Ως εκ τούτου διαπιστώνεται ότι το κόστος αναπηρικών συντάξεων λόγω ψυχικής διαταραχής αυξάνεται κατά 60% πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, ως αποτέλεσμα της αύξησης του αριθμού των συνταξιούχων.

Βάσει του Πίνακα 46 συνάγεται και το ετήσιο **κόστος επιδομάτων απολύτου αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής** πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ και παρουσιάζεται στον Πίνακα 47.

**Πίνακας 47:** Δαπάνη επιδόματος απολύτου αναπηρίας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ του 2015

	<b>Τιμή Μονάδας</b>	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
Αριθμός δικαιούχων	1	7	2
Μηνιαίο κόστος επιδόματος απολύτου αναπηρίας	441	3.087,00	882
<b>Ετήσιο κόστος επιδόματος απολύτου αναπηρίας</b>	<b>5.292,00</b>	<b>37.044,00</b>	<b>10.584,00</b>

Το κόστος επιδομάτων απολύτου αναπηρίας λόγω ψυχικής διαταραχής προκύπτει ότι είναι σχεδόν τετραπλάσιο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

Το **κόστος απώλειας παραγωγικότητας** παρουσιάζεται στον Πίνακα 48.

**Πίνακας 48:** Κόστος απώλειας παραγωγικότητας πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ σε ευρώ

	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>
Αριθμός εξυπηρετούμενων	10	5
<b>Ετήσιο Κόστος</b>	<b>170.800,00</b>	<b>85.400,00</b>

Πηγή: 17.080 € κατά κεφαλήν ΑΕΠ έτους 2015

Αναφορικά με το κόστος απώλειας παραγωγικότητας λόγω ψυχικής διαταραχής διαπιστώθηκε ότι για το έτος 2015 το κόστος πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι διπλάσιο σε σύγκριση με αυτό με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ.

### **Συνολικές δαπάνες περίθαλψης**

Βάσει της προηγηθείσας ανάλυσης του άμεσου και του έμμεσου κόστους, στον Πίνακα 49 παρουσιάζονται οι συνολικές δαπάνες πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ.

**Πίνακας 49:** Δαπάνες περίθαλψης σε ευρώ

	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Άμεσο κόστος</b>				
Λειτουργικό κόστος			546.069,29	51,36
Ιατρική επίσκεψη	239.296,80	10,58	239.296,80	22,51
Νοσοκομειακή περίθαλψη	43.601,00	1,93	14.334,00	1,35
Φαρμακευτική περίθαλψη	52.182,24	2,31	79.325,16	7,46
Ιδιωτική δαπάνη	1.543.650,70	68,26	2.435,20	0,23
<b>Σύνολο</b>	<b>1.878.730,74</b>	<b>83,07</b>	<b>881.460,45</b>	<b>82,91</b>
<b>Έμμεσο κόστος</b>				
Άτυπη φροντίδα	90.256,32	3,99	32.820,48	3,09
Σύνταξη αναπηρίας	84.672,00	3,74	52.920,00	4,98
Επίδομα απολύτου αναπηρίας	37.044,00	1,64	10.584,00	1,00
Απώλεια παραγωγικότητας	170.800,00	7,55	85.400,00	8,03
<b>Σύνολο</b>	<b>382.772,32</b>	<b>16,93</b>	<b>181.724,48</b>	<b>17,09</b>
<b>Συνολικό ετήσιο κόστος</b>	<b>2.261.503,06</b>	<b>100,00</b>	<b>1.063.184,93</b>	<b>100,00</b>

Από την ανάλυση προκύπτει ότι το συνολικό κόστος πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο στην περίπτωση λειτουργίας αυτών. Το άμεσο ιατρικό κόστος με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι το μόνο κόστος με υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτό πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ και αποτελεί το 82% του συνολικού κόστους. Οι λειτουργικές και φαρμακευτικές δαπάνες βρέθηκαν ότι αποτελούν το μεγαλύτερο συνθετικό κόστους στην κατηγορία του άμεσου ιατρικού κόστους με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ. Σε αντιδιαστολή, οι άλλες κατηγορίες κόστους, όπως το άμεσο μη ιατρικό και το έμμεσο κόστος, ήταν χαμηλότερα σε απόλυτες τιμές στην περίπτωση λειτουργίας των ΚΜΨΥ. Το έμμεσο κόστος τόσο πριν όσο και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ αντιστοιχεί στο 17% του συνολικού κόστους.

Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, το 51% του συνολικού κόστους αφορά το κόστος λειτουργίας τους. Η μόνη κατηγορία υψηλότερης οικονομικής επιβάρυνσης για το δημόσιο είναι το κόστος φαρμακευτικής περίθαλψης, το οποίο είναι υψηλότερο κατά 52%. Το άτομο καταβάλλει από το εισόδημά του 93% λιγότερο ποσό, δεδομένου ότι επωμιζόταν όλο το κόστος εύρεσης θεραπείας. Αναφορικά με την οικονομική

επιβάρυνση που οφείλεται στο έμμεσο κόστος, το δημόσιο επιβαρύνεται λιγότερο κατά 48%, ενώ οι εξυπηρετούμενοι κατά 55%.

## Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Βάσει της αναλυτικής επεξεργασίας των κλινικών και οικονομικών δεδομένων παρέχεται η δυνατότητα υπολογισμού του οριακού δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας (ICER) και παρουσιάζεται στον Πίνακα 50.

**Πίνακας 50:** Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας

	<b>Πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ</b>	<b>Οριακό κόστος και αποτελεσματικότητα</b>
<b>Κόστος (€)</b>	2.261.503,06	1.063.184,93	1.198.318,13
<b>Αποτελεσματικότητα (DALYs)</b>	115,79	17,98	97,82
<b>ICER</b>	<b>12.250,78</b>		

Η παρέμβαση των ΚΜΨΥ εκτιμάται σε **12.250,78 €** ανά DALY που αποτρέπεται, δηλαδή για κάθε 12.250,78 € που δαπανώνται για τη λειτουργία των ΚΜΨΥ αποτρέπεται η απώλεια ενός DALY.

Στον Πίνακα 51 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μέσης διαφοράς μεταξύ των δύο περιπτώσεων πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ με τη χρήση της προσομοίωσης Bootstrap για την ανάλυση βασικής περίπτωσης και δύο αναλύσεων ευαισθησίας ( $\pm 10\%$  σε μοναδιαίο κόστος) που υπολογίστηκαν μετά την προσομοίωση bootstrap.

**Πίνακας 51:** Αποτελέσματα προσομοίωσης Bootstrap

	<b>Μέση διαφορά στο κόστος μεταξύ των θεραπειών (SD)</b>	<b>95% CI</b>	<b>ICER</b>
<b>Βασικό σενάριο</b>	3.033,20 (67,04)	2.903,85 - 3.161,78	12.250,78
<b>Ανάλυση ευαισθησίας:</b>			
<b>+10% από το βασικό σενάριο</b>	3.442,06 (67,34)	3.311,45 - 3.577,32	13.475, 86
<b>-10% από το βασικό σενάριο</b>	2.816,15 (54,21)	2.711,88 - 2.924,24	11.025,70

Στον πίνακα 51, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βασικής ανάλυσης καθώς και τα αποτελέσματα της ανάλυσης ευαισθησίας με τα δύο σενάρια +/-10% στο κόστος με την προσομοίωση Bootstrap. Παρατηρείται, πως το μέσο κόστος στη βασική ανάλυση κυμαίνεται από 2.903,85 € μέχρι 3.161,78 € με οριακό ή πρόσθετο λόγο κόστους αποτελεσματικότητας 12.250,78 και στην ανάλυση ευαισθησίας (+/- 10% του κόστους) ο πρόσθετος λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας διαμορφώθηκε στις 13.475,86 και 11.025,70 αντίστοιχα. Όπως προκύπτει από την ανάλυση ευαισθησίας, παρά την αυξο-μείωση του κόστους, ο πρόσθετος λόγος κόστους-αποτελεσματικότητας παραμένει στα αρχικά επίπεδα, ώστε η χρήση της νέας τεχνολογίας να θεωρείται αποδοτική και σε όρους κόστους-αποτελεσματικότητας αποδεκτή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη στηρίχτηκε σε δεδομένα, τα οποία προήλθαν από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων. Από τα δώδεκα (12) νησιά δράσης των ΚΜΨΥ, η Πάρος εμφάνιζε το μεγαλύτερο αριθμό εξυπηρετούμενων κατά το έτος 2015. Σημαντικό ρόλο σε αυτό είχε παίξει η αποδοχή των ΚΜΨΥ από την τοπική κοινότητα από τα πρώτα στάδια δραστηριότητας τους και η άψογη συνεργασία τους με τους τοπικούς φορείς του νησιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές πιλοτικές δράσεις ξεκίνησαν από το νησί της Πάρου και αργότερα επεκτάθηκαν και στα υπόλοιπα νησιά ευθύνης των ΚΜΨΥ. Το έργο των μονάδων συνεχίστηκε αδιάκοπτα και παρά τις αντιξοότητες, εδραιώθηκε και πλέον αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής των νησιωτών.

Η συντριπτική πλειονότητα των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ καταγόταν από την Ελλάδα και ακολουθούσαν οι επισκέπτες με καταγωγή από άλλες χώρες. Οι εξυπηρετούμενοι με καταγωγή από την Αλβανία<sup>29</sup> έρχονταν δεύτεροι σε αριθμό σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους από τις άλλες χώρες. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή και την απογραφή του 2011 (2014), οι αλλοδαποί με αλβανική υπηκοότητα είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό διαμονής στην Ελλάδα. Αν και προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι ένας μικρός αριθμός προσερχομένων (25 άτομα) κατάγεται από άλλες χώρες θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι Κυκλάδες, ιδίως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, αποτελούν σημαντικούς τουριστικούς προορισμούς. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι ευθέως ανάλογη η επισκεψιμότητα στις ΚΜΨΥ, δεδομένου ότι οι τουρίστες απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας συνήθως όταν πρόκειται για περιπτώσεις, οι οποίες χρήζουν άμεσης παρακολούθησης από επαγγελματία ψυχικής υγείας.

---

<sup>29</sup> Από τα στοιχεία της απογραφής του 2011 προκύπτει ότι η πλειονότητα των εγκατασταθέντων με ξένη υπηκοότητα στην Ελλάδα κατά την τελευταία πενταετία πριν τη διεξαγωγή της απογραφής είχαν αλβανική καταγωγή με το ποσοστό τους να ανέρχεται στο 31,9% (δηλαδή 64.087 άτομα).



Η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ ήταν γυναίκες, με το ποσοστό τους να ανέρχεται στο 60,9%. Το γεγονός αυτό ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι συμφωνεί με επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν εντός και εκτός Ελλάδας (WHO, τελευταία πρόσβαση 16/01/2020, Skaripnakis et al., 2013, Drydakis, 2015, Σκαπινάκης και συν., 2007, Alonso et al., 2004, Στυλιανίδης και συν., 2005, Mavreas et al., 1986b). Σύμφωνα με τους Σκαπινάκη και συνεργάτες (2007), σε έρευνα στη γεωγραφική περιοχή του βορείου Αιγαίου, ο αριθμός των γυναικών, ο οποίος εκδήλωσε ψυχικές διαταραχές, ήταν διπλάσιος σε σχέση με τον αντίστοιχο των ανδρών. Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε από τις ΚΜΨΥ Πάρου – Αντιπάρου, τα περιστατικά νοσηρότητας κοινών ψυχικών διαταραχών στον γυναικείο πληθυσμό ήταν σημαντικά υψηλότερα (Στυλιανίδης και συν., 2010). Επιπλέον, ο γυναικείος πληθυσμός πλήττεται από υψηλά ποσοστά Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (Madianos et al., 2011). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο 2008 έως 2013, όπου τα επίπεδα ανεργίας ήταν υψηλά, οι γυναίκες παρουσίασαν συμπτώματα επιδείνωσης της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας (Drydakis, 2015). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος «ΥΔΡΙΑ<sup>30</sup>» (2014), το ποσοστό των γυναικών, το οποίο παρουσίαζε κατά τα λεγόμενά τους συμπτώματα χρόνιας κατάθλιψης, ήταν υψηλότερο σε αντιδιαστολή με αυτό των ανδρών σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες.

Οι εξυπηρετούμενοι των ΚΜΨΥ, σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, ήρθαν σε επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας για πρώτη φορά από πολύ μικρή ηλικία (5 ετών). Συγκεκριμένα, το 2,8% των εξυπηρετούμενων ήταν μεταξύ 5–18 ετών, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από μικρή ηλικία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαφαίνεται ότι οι εξυπηρετούμενοι μεταξύ 33 έως 43 ετών απευθύνονταν σε μεγαλύτερη συχνότητα για ψυχολογική βοήθεια στις ΚΜΨΥ. Αν και η ηλικιακή αυτή περίοδος θεωρείται από τις πιο παραγωγικές για το άτομο, η ανεργία και η έλλειψη εξέλιξης και προοπτικής στην εργασία εξαιτίας των οικονομικών

---

<sup>30</sup> Η διεξαγωγή του προγράμματος «ΥΔΡΙΑ: Πρόγραμμα και στοχευμένη δράση για την υγεία και τη διατροφή του ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση» πραγματοποιήθηκε σε 4.011 άτομα κατά τη χρονική περίοδο 2013 και 2014 στην Ελλάδα υπό την εποπτεία του Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας και του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

συνθηκών στην Ελλάδα έχουν δημιουργήσει δυσμενές κλίμα, με αποτέλεσμα ένα πρόσθετο ψυχολογικό φορτίο για τον εργαζόμενο (Οικονόμου και συν., 2012, Frangos et al., 2012). Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης έχουν επηρεάσει τόσο τους νέους όσο και τους μεγαλύτερους. Αυτό αποδεικνύεται και σε έρευνα του ΕΠΠΨΥ (2008-2011), όπου το 37,3% των καλούντων για βοήθεια ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-35 και το 31,9% στην ηλικιακή ομάδα 36-50 (Οικονόμου και συν., 2012). Σε άλλη έρευνα κατά το έτος 2011 για τη μελέτη της συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των περιστατικών μείζονος κατάθλιψης, οι νέοι βρέθηκαν να εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες νόσησης από κατάθλιψη εξαιτίας της ανεργίας που μαστίζει τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (Economou et al., 2013a). Στην ίδια έρευνα, η ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών παρουσίασε αυξημένο κίνδυνο διαταραχής γενικευμένου άγχους (Οικονόμου και συν., 2013).

Ο αριθμός των έγγαμων εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ ήταν σημαντικά υψηλότερος σε σχέση με αυτόν των άγαμων. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες για περιστατικά μείζονος κατάθλιψης εκτίμησαν ότι τα ποσοστά των έγγαμων ήταν υψηλότερα σε σχέση με αυτά του παρελθόντος (Economou et al., 2013a). Σε αντίστοιχες έρευνες κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2008-2009 και 2011 στην Ελλάδα, οι έγγαμοι εμφάνισαν υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών γενικευμένου άγχους και μείζονος κατάθλιψης (Madianos et al., 2011, Economou et al., 2013a, Οικονόμου και συν., 2013). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», κατά τα έτη 2007 και 2011 σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, προέκυψε στατιστικά σημαντική αύξηση για τους έγγαμους αποπειραθέντες (Σταυριανάκος και συν., 2014).

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του επιπέδου εκπαίδευσης των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ έδειξε ότι οι εξυπηρετούμενοι προέρχονταν από όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Ο αριθμός των απόφοιτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (30,9%) ήταν ο μεγαλύτερος σε σχέση με τις υπόλοιπες βαθμίδες και ακολουθούσαν οι απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (20,4%) και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (18,8%). Τα αποτελέσματα για το επίπεδο εκπαίδευσης των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ συνάδουν με εκείνα έρευνας του ΕΠΠΨΥ, σύμφωνα με την οποία το 46,7% των καλούντων για ψυχολογική υποστήριξη στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για περιστατικά κατάθλιψης (Μάιος 2008-Ιούνιος 2011) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 34,4% απόφοιτοι λυκείου και το 10,1% απόφοιτοι Δημοτικού (Οικονόμου και συν., 2012).

Το 45,2% των εξυπηρετούμενων εργάζονταν υπό όρους πλήρους και σταθερής απασχόλησης, εκ των οποίων το 92,5% ήταν επιστήμονες, ανώτεροι υπάλληλοι, επιχειρηματίες ή ανώτερα διοικητικά στελέχη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Οι θέσεις αυτές συνεπάγονται υψηλές αποδοχές και απαιτήσεις που με τη σειρά τους έχουν συσχετιστεί θετικά με υψηλότερη ψυχιατρική νοσηρότητα (Σκαπινάκης και συν., 2007). Επίσης, το ποσοστό των συνταξιούχων (17,7%) που έχουν απευθυνθεί στις ΚΜΨΥ είναι αυξημένο. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συνάδει με το αντίστοιχο του προγράμματος «ΥΔΡΙΑ» (2014) και της έρευνας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2015), σύμφωνα με τα οποία όσο αυξάνει η ηλικία του πληθυσμού αυξάνει και ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης. Δε θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι το 15% των εξυπηρετούμενων των ΚΜ ήταν άνεργοι ή εργάζονταν περιστασιακά. Η επαγγελματική αβεβαιότητα, η έλλειψη οικονομικών πόρων, η ανεργία, οι οικονομικές οφειλές και άλλες παρόμοιες καταστάσεις έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη και την αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Skaripnakis et al., 2013, Economou et al., 2011, 2012, Giotakos et al., 2012, Giotakos, 2010). Συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί αύξηση των περιστατικών ψυχικών διαταραχών, η οποία αγγίζει πάνω από το 100% την τριετία της αρχής της κρίσης (Karanikolos et al., 2013, Anagnostopoulos & Soumaki, 2013, Οικονόμου και συν., 2012) και έχουν αναφερθεί ευρήματα που συσχετίζουν αρνητικά την αύξηση των ψυχικών διαταραχών με την οικονομική κρίση (Efthimiou et al., 2013, Giotakos et al., 2011, Zavras et al., 2013).

Οι μισοί σχεδόν από τους εξυπηρετούμενους των ΚΜ απευθύνθηκαν στις ΚΜΨΥ αυτοβούλως. Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει ότι πιθανότατα οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι αναγνώρισαν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική και απευθύνθηκαν σε ειδικούς ψυχικής υγείας. Ωστόσο, ο μεγάλος αριθμός των εξυπηρετούμενων χωρίς κάποια παραπομπή μπορεί να οφείλεται στην ενημέρωσή τους, σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΚΜΨΥ, από άλλους ωφελούμενους χρήστες. Η διάχυση της πληροφορίας από ήδη υπάρχοντες εξυπηρετούμενους είναι ιδιαίτερος σημαντική, καθώς υποδεικνύει ενδεχομένως το βαθμό ικανοποίησης αυτών από την εμπειρία χρήσης των υπηρεσιών των ΚΜΨΥ. Επιπρόσθετα δε, σχετίζεται και με το βαθμό αποτελεσματικότητας των δράσεων των ΚΜ που στόχευαν στην ενημέρωση του πληθυσμού. Η επιτυχία αυτών των δράσεων είναι δυνατό να διευκόλυνε τους εν δυνάμει εξυπηρετούμενους να παρακάμψουν τις όποιες αναστολές τους και να στραφούν αυτοβούλως στις μονάδες. Το γεγονός αυτό ενισχύει το

επιχείρημα της συνέχισης, αλλά και του εμπλουτισμού των δράσεων των ΚΜ προκειμένου να ενημερωθεί και να ευαισθητοποιηθεί το σύνολο της τοπικής κοινωνίας (Στυλιανίδης & Παντελίδου, 2006).

Η συνέχεια τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής περίθαλψης είναι μία διαδικασία δύσκολα επιτεύξιμη, καθώς απαιτεί ισχυρή διασύνδεση με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Campos & Olmstead-Rose, 2012, Aung et al., 2015). Το ποσοστό παραπομπής από τις μονάδες της ΠΦΥ ήταν σχετικά μικρό, δεδομένου ότι το ποσοστό άγγιζε μόλις το 18%. Το ποσοστό αυτό, αν και είναι το δεύτερο υψηλότερο, δεν είναι το προσδοκώμενο, εξαιτίας των δυσλειτουργιών του συστήματος υγείας.

Το 66,3% των εξυπηρετούμενων των ΚΜΨΥ δεν είχε απευθυνθεί στο παρελθόν σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ΕΠΨΥ, το 31,1% των συμμετεχόντων παρακολουθούνταν από κάποιον ειδικό για το πρόβλημα ψυχικής υγείας τους, κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία με το αντίστοιχο αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας, όπου το 33,7% των εξυπηρετούμενων από τις ΚΜΨΥ είχαν ήδη αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματία ψυχικής υγείας (Οικονόμου και συν., 2012).

Στην παρούσα έρευνα το 28% του πληθυσμού υποφέρει από σοβαρής φύσεως σωματικές ασθένειες. Η ύπαρξη κάποιας σωματικής ασθένειας είναι πιθανό να επηρεάζει την ψυχική υγεία του πάσχοντα και να επιδεινώνει την ήδη ευπαθή υγεία του ατόμου με πρόσθετο ψυχολογικό φορτίο. Η επιβεβαίωση έρχεται από δύο συγχρονικές έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα κατά τα έτη 2006 και 2011, σύμφωνα με τις οποίες οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα είχαν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τους υγιείς (Mylona et al., 2014).

Ο μεγαλύτερος αριθμός εξυπηρετούμενων (31,8%) που απευθύνθηκε για συμβουλευτική στις ΚΜΨΥ ήταν γονείς, εκ των οποίων ο αριθμός των γονέων με δύο τέκνα ήταν διπλάσιος σε σχέση με τους γονείς με ένα παιδί. Η διαφορά αυτή ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η απόκτηση παιδιών αλλάζει τις ισορροπίες στη δομή της οικογένειας και επιφέρει σημαντική αλλαγή στον οικονομικό προϋπολογισμό της. Βέβαια, οι γονείς συνήθως αναζητούν βοήθεια για τη διαχείριση τυχόν προβλημάτων με τα παιδιά τους ανεξάρτητα από τις οικονομικές τους δυνατότητες και τους κοινωνικούς πόρους (Στυλιανίδης και συν., 2014). Οι γονείς συνήθως φέρουν

σημαντικό ψυχολογικό φορτίο δεδομένης της προσπάθειας να ανταπεξέλθουν στις αυξανόμενες απαιτήσεις της καθημερινότητας, τόσο εντός όσο και εκτός οικογένειας. Τα επόμενα συχνότερα αιτήματα προσέλευσης στις ΚΜ ήταν οι διαταραχές που συνδέονταν με άγχος και κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα αυτά δεν προκαλούν έκπληξη δεδομένου ότι και προηγούμενες έρευνες στον ελλαδικό χώρο καταλήγουν σε υψηλούς αριθμούς ασθενών με διαγνώσεις διαταραχών διάθεσης, νευρωσικών και άγχους (Skaripnakis et al., 2013).

Οι λόγοι που οδήγησαν τον κάθε εξυπηρετούμενο στις ΚΜΨΥ συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό με τις κατά περίπτωση διαγνώσεις. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις διαγνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η πλειονότητα (38,5%) των εξυπηρετούμενων στράφηκε στις ΚΜΨΥ για παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και για συμβουλευτική. Ο μεγάλος αριθμός των εξυπηρετούμενων (295 άτομα) με προβλήματα που σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες (Z55-Z65) και προβλήματα που σχετίζονται με δυσκολία διαχείρισης της ζωής (Z71, Z73) υποδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης ενός διαφορετικού τρόπου «βιο-ψυχο-κοινωνικής» προσέγγισης στην περίθαλψη των ατόμων μέσω του κοινωνικού συνόλου (Στυλιανίδης και συν., 2014). Εν συνεχεία, οι συχνότερες διαγνώσεις υπάγονταν στην κατηγορία των διαταραχών διάθεσης, όπου υπόκειται το 18% των εξυπηρετούμενων, και στην κατηγορία των νευρωσικών διαταραχών, οι οποίες σχετίζονται με άγχος και σωματικές διαταραχές, όπου άνηκε το 17,5%. Σε άλλη έρευνα από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, την Hellas Health III7 (2010) οι διαταραχές άγχους κατατάχτηκαν στην πέμπτη σειρά συχνότερης εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Στη συγκεκριμένη έρευνα ο αριθμός των καταθλιπτικών ασθενών διπλασίασε το ποσοστό του σε σχέση με την προηγούμενη καταμέτρηση το 2006.

Μία σημαντική επίδραση της παρουσίας των ΚΜ σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές είναι και αυτή που αφορά στην ψυχιατρική νοσηλεία. Στα νησιά των Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων δεν υπάρχει ψυχιατρική δομή που να υποστηρίζει τη νοσηλεία και οι ασθενείς θα έπρεπε να στραφούν στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η μη ύπαρξη των απαραίτητων δομών στα νησιά αυτά είχε ως αποτέλεσμα στο παρελθόν την επιδείνωση της ψυχοπαθολογίας τους και κατ' επέκταση την αναγκαστική νοσηλεία σε σοβαρά περιστατικά όταν αυτά ενδεχομένως κατέληγαν σε κρίση. Συγκεκριμένα, κατά το παρελθόν για τους ασθενείς που αρνούνταν τη νοσηλεία, ενώ έχρηζαν θεραπειάς σε νοσηλευτική δομή, ήταν απαραίτητη η εισαγγελική

παραγγελία, προκειμένου να διενεργηθεί εξέταση από ιατρό του νοσοκομείου της Σύρου και να εισαχθεί ο ασθενής σε νοσοκομείο της Αττικής. Η διαδικασία ήταν ιδιαίτερος χρονοβόρα και επίπονη για τον πάσχοντα. Με την παρουσία των ΚΜΨΥ πλέον οι ασθενείς που επιλέγουν ή χρειάζονται νοσηλεία σύμφωνα με τη διάγνωση του επαγγελματία ψυχικής υγείας που τους παρακολουθεί, δύνανται να απευθυνθούν απευθείας στις ψυχιατρικές νοσηλευτικές μονάδες της πρωτεύουσας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες των ΚΜ διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας σε άτομα που υπέφεραν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές και περιόρισαν την ανάγκη για νοσηλεία, δεδομένου ότι κάλυψαν τον υπό ανάγκη πληθυσμό.

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ότι η ηλικία, η απασχόληση, η παραπομπή και η ψυχοπαθολογία στην οικογένεια είναι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική κατάσταση του πληθυσμού. Ειδικότερα, η αύξηση της ηλικίας, η απασχόληση υπό μη σταθερούς όρους, η παραπομπή για αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης από ατομική πρωτοβουλία του εξυπηρετούμενου και τέλος, η παρουσία προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας στο οικογενειακό περιβάλλον (κληρονομικότητα) αυξάνουν τη νοσηρότητα των ατόμων. Τα ευρήματα αυτά της ανάλυσης έρχονται σε συμφωνία με αντίστοιχα από άλλες μελέτες που συγκλίνουν στο γεγονός ότι η παρουσία αυτών των χαρακτηριστικών συνάδει με την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης συμπτωματολογίας ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό (Skapinakis et al., 2013, Στυλιανίδης και συν., 2014, Latsou & Geitona, 2018, 2020, Laliotis et al., 2016, Economou et al., 2016a, Kontaxakis et al., 2013, Fountoulakis et al., 2013, Οικονόμου και συν., 2018, Xie et al., 2019).

Ήδη αναφέρθηκε ότι για την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται ο δείκτης των DALYs. Αν και τα DALYs χρησιμοποιούνται ευρέως στο εξωτερικό, στην Ελλάδα η χρήση τους είναι περιορισμένη (Knapp & Wong, 2020, Sagar et al., 2020). Η επιβάρυνση που επέρχεται λόγω της συμπτωματολογίας ψυχικών διαταραχών του πληθυσμού με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ βρέθηκε ότι είναι 17,98 DALYs, ενώ πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ είναι 115,79 DALYs. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποδεικνύουν ότι με την ύπαρξη των ΚΜΨΥ αποτρέπονται περί τα 97,82 DALYs. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στην αποτροπή της πρόωρης θνησιμότητας και τη μείωση της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας των ασθενών στην περίπτωση λειτουργίας των ΚΜΨΥ.

Οι διαγνωσμένοι από διαταραχές της διάθεσης και από νευρωσικές διαταραχές πριν και με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ έφεραν το μεγαλύτερο φορτίο νοσηρότητας (YLDs) λόγω ψυχικών διαταραχών. Αντίστοιχο εύρημα είχε προκύψει και από μελέτη στην Ελλάδα όπου οι συγκεκριμένες κατηγορίες διαταραχών έφεραν αντίστοιχα υψηλό φορτίο νοσηρότητας (Skarlinakis et al., 2013). Επίσης σε μελέτη εκτίμησης της επιβάρυνσης των ψυχικών διαταραχών στην Κορέα το 2012 βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές άγχους φέρουν σημαντικό φορτίο νοσηρότητας στη χώρα (Lim et al., 2016).

Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και ο αριθμός των εξυπηρετούμενων που είχαν διαγνωστεί με οργανικές ψυχικές διαταραχές ήταν μικρός, το φορτίο νοσηρότητας που έφερε η συγκεκριμένη κατηγορία σε σχέση με τον αριθμό των νοσούντων ήταν υψηλό τόσο πριν όσο και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Αυτό επιβεβαιώνεται και σε μελέτες όπου διαπιστώνεται ότι συνήθως οι διαγνωσμένοι με ψυχωσικές διαταραχές δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου (Περιτογιάννης & Μαυρέας, 2014, Morden et al., 2009).

Έχει ήδη αποδειχθεί ότι οι ΚΜ επιδεικνύουν αποτελέσματα εξοικονόμησης πόρων παρέχοντας οικονομικά αποδοτική περίθαλψη και ως εκ τούτου, συνίσταται η λειτουργία τους και για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Sowar et al., 2018, SAMHSA, 2014, Yu et al., 2017, Lloyd-Evans et al., 2017). Το λειτουργικό κόστος των ΚΜΨΥ βρέθηκε ότι έρχεται σε συμφωνία με την ύπαρξη ΚΜ στο Νιού Χάμσαϊρ, όπου το αντίστοιχο κόστος της ΚΜ υπολογίστηκε σε 495.858 € για το έτος 2015 (Department of Health and Human Services, 2019).

Η ύπαρξη των ΚΜΨΥ μείωσε τα κόστη σε όλες τις κατηγορίες, με εξαίρεση τη φαρμακευτική δαπάνη. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι το υψηλότερο φαρμακευτικό κόστος στην περίπτωση λειτουργίας των ΚΜΨΥ οφείλεται στην πρόσβαση και λήψη της κατάλληλης θεραπείας από τον πάσχοντα καλύπτοντας τις υπάρχουσες ανεκπλήρωτες ανάγκες που επιδεινώνουν την ψυχική υγεία. Το φαρμακευτικό κόστος με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ αγγίζει το 8% του συνολικού κόστους και έρχεται σε συμφωνία με αντίστοιχη έρευνα στον ελλαδικό χώρο για την άνοια (10%) και πρόγραμμα πρόληψης ψυχικής υγείας στη Γερμανία (2-3%) (Καϊτελίδου και συν., 2014, Müller et al., 2019).

Το κόστος νοσηλευτικής περίθαλψης αποτελεί πολύ μικρό ποσοστό επί του συνόλου και γίνεται ακόμα μικρότερο με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Δεν προκαλεί εντύπωση το χαμηλό ποσοστό δεδομένου ότι προσεγγίζει αντίστοιχο ποσοστό σε

πρόγραμμα πρόληψης ψυχικής υγείας στη Γερμανία και μελέτης κόστους της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα (Müller et al., 2019, Καϊτελίδου και συν., 2014).

Οι κατηγορίες άμεσου μη ιατρικού και έμμεσου κόστους είναι υψηλότερες πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ. Αυτό είναι απόρροια του γεγονότος ότι για εύρεση ψυχικής περίθαλψης και νοσηλείας, οι πάσχοντες θα έπρεπε να απευθυνθούν είτε σε επαγγελματία ψυχικής υγείας στη Σύρο ή σε κάποια δομή ψυχικής υγείας στην Αττική. Η μετακίνηση αυτή επιφέρει οικονομικό κόστος στον ασθενή και μείωση του διαθέσιμου εισοδήματός του. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε η κοινωνική προοπτική της οικονομικής αξιολόγησης και ελήφθησαν υπόψη τα ευρύτερα αποτελέσματα του άμεσου και έμμεσου κόστους, δεδομένου ότι η επιλογή κάποιας παρέμβασης στον τομέα της ψυχικής υγείας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα κοινωνικά αποτελέσματα/έχει κοινωνικό αντίκτυπο.

Το άμεσο μη ιατρικό κόστος, το κόστος άτυπης φροντίδας και απώλειας παραγωγικότητας επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή με αποτέλεσμα τη μείωση του εισοδήματός του. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση του άμεσου μη ιατρικού κόστους πριν την παρέμβαση των ΚΜΨΥ το συνολικό κόστος ανά ασθενή ανέρχεται σε κατά προσέγγιση 2.602 € ετησίως (περίπου 460 € για νοσηλεία και 2.142 € για φροντίδα ως εξωτερικός ασθενής) στην Αττική. Το κόστος άτυπης φροντίδας πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ φτάνει να είναι τρεις φορές υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος με την παρέμβαση των ΚΜΨΥ.

Το λειτουργικό κόστος της παρέμβασης των ΚΜΨΥ και το κόστος από τις παροχές κοινωνικής πρόνοιας του δημοσίου προσεγγίζουν το 88% της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης της παρέμβασης των ΚΜΨΥ. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες συνηγορούν και ενισχύουν τα ευρήματα αυτά. Σύμφωνα με μελέτη κόστους που σχετίζεται με τον υψηλό επιπολασμό ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, άγχους και χρήσης ουσιών) κατά το έτος 2007 στην Αυστραλία κάνοντας χρήση κοινοτικών και εθνικών δεδομένων, το 72% του συνολικού ετήσιου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης επιβαρύνει το δημόσιο τομέα υγείας (Lee, Y.C., et al., 2017). Στη Γαλλία, οι ψυχικές διαταραχές κόστιζαν το 2013 κατά προσέγγιση 109 δισεκατομμύρια ευρώ, όπου το κόστος κοινωνικής μέριμνας λόγω ψυχικών διαταραχών αντιστοιχούσε στο 80% (Chevreul et al., 2013).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας έδειξαν ότι η τιμή του οριακού δείκτη κόστους-αποτελεσματικότητας είναι 12.250,78 € ανά DALY. Δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν έχουν τεθεί κατώτατα όρια (thresholds) για τις τιμές



του δείκτη ICER, τα 12.250,78 € ανά DALY είναι σημαντικά μικρότερα από το ετήσιο κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας (17.080 € για το έτος 2015) (Eurostat, τελευταία πρόσβαση 10/04/2020). Αντίστοιχα, σε μελέτη σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας για ψυχικές διαταραχές στη Νιγηρία, βρέθηκε ότι οι επιλεγμένες παρεμβάσεις κοστίζουν λιγότερο από 320 \$ ανά DALY που αποτρέπεται, ποσό το οποίο αντιστοιχεί στο μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα της χώρας (Gureje et al., 2007). Σε άλλη μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην ΠΦΥ στην Αυστραλία από κοινωνική προοπτική βρέθηκε ότι η ομαδική παρέμβαση (group-based intervention) ήταν οικονομικά αποδοτική (ICER = 23.000 \$ ανά DALY) (Mihalopoulos et al., 2011). Αντίστοιχα, ψυχολογικές παρεμβάσεις πρόληψης στους νέους σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Αυστραλία ανέδειξαν ICER 19.550 \$ ανά DALY που αποτρέπεται (Lee, Y.Y., et al., 2017). Μελέτες της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας μιας σειράς παρεμβάσεων στην κοινότητα και στη ΠΦΥ σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση διαταραχών (Mental, Neurological and Substance use, MNS) σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Low- and Middle-Income Countries, LMICs), σε σχέση με μια κατάσταση χωρίς παρέμβαση έδειξαν κόστος από 332 \$ έως 20.465 \$ ανά DALY που αποτρέπεται για το 2012 (Levin & Chisholm, 2016). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η μεγάλη διακύμανση στο κόστος ανά DALY οφείλεται στην κατηγορία ψυχικών διαταραχών, στο κόστος εργασίας και στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Levin & Chisholm, 2016). Σε πιο πρόσφατη έρευνα του Π.Ο.Υ., η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μιας σειράς παρεμβάσεων ψυχικής υγείας κυμαίνεται διεθνώς από 100 \$ έως 50.000 \$ ανά DALY που αποτρέπεται (WHO, 2019).

Τα ευρήματα από την παρουσία των ΚΜΨΥ στα νησιά των Κυκλάδων καταδεικνύουν την αξία τόσο του οικονομικού όσο και του θεραπευτικού αποτελέσματος από την λειτουργία τους, καθώς από τη μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας διαπιστώθηκε ότι οι ΚΜΨΥ αποτελούν αποτελεσματική και αποδοτική παρέμβαση. Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στην κοινωνική προοπτική και το συγκεκριμένο εύρημα ενδυναμώνει την πρόταση επέκτασης των δραστηριοτήτων των ΚΜΨΥ και σε άλλες περιοχές της χώρας, την οποία πρέπει να λάβουν υπόψη οι λήπτες αποφάσεων. Η απόφαση υιοθέτησης μίας συγκεκριμένης παρέμβασης είναι απόρροια τόσο της αποτελεσματικότητας αυτής όσο και της

δυνατότητας του συστήματος υγείας να την αξιοποιήσει (Lubell et al., 2011, Gunda & Chimbari, 2017).

## 6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα διενεργήθηκε υπό κάποιους περιορισμούς που πρέπει να επισημανθούν. Ο πρώτος περιορισμός αφορά τον πληθυσμό της έρευνας, καθώς παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες, οι οποίες θα πρέπει να αξιολογηθούν πριν γενικευτούν τα αποτελέσματα στον πληθυσμό που έχει διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή στην Ελλάδα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν πρέπει να υποεκτιμηθούν και μπορεί να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για πληθυσμούς που διαμένουν σε απομακρυσμένες, δυσπρόσιτες και αραιοκατοικημένες περιοχές.

Ο δεύτερος μεθοδολογικός περιορισμός της μελέτης είναι η απουσία χρονολογικών δεδομένων ως προς τα οικονομικά και κλινικά δεδομένα. Προφανώς, η ύπαρξη δεδομένων χρονολογικών σειρών θα παρέχει πιο αξιόπιστα και ισχυρά αποτελέσματα. Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει ότι τα ευρήματα της έρευνας δεν θεωρούνται σημαντικά, δεδομένου ότι, εξαιτίας της απουσίας μελετών προοπτικής στη χώρα, η παρούσα έρευνα καλύπτει ένα σημαντικό κενό χρησιμοποιώντας πραγματικά στοιχεία (RWE) στις περιοχές των Κυκλάδων με αποτέλεσμα να αναδεικνύεται η σημαντικότητα του έργου των ΚΜΨΥ σε αυτές τις περιοχές.

Ο τρίτος περιορισμός αφορά την αποτίμηση του κόστους των ψυχικά πασχόντων. Παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκαν πραγματικά δεδομένα (RWE), πρέπει να αναφερθεί ότι το κόστος θεραπείας των ψυχικά ασθενών με επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό είναι πιθανό να έχει υποεκτιμηθεί, δεδομένου ότι μελετήθηκε για χρονική περίοδο ενός έτους (2015) και δεν υπολογίστηκαν υπηρεσίες που εξασφαλίζουν τη συνέχεια στη θεραπεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 7.1 Συμπεράσματα

Η οικονομική αξιολόγηση των ψυχικών διαταραχών είναι εξαιρετικά βοηθητική στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν δράσεις ψυχικής υγείας. Οι δαπάνες που αφορούν τον τομέα της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «επενδύσεις» με γνώμονα τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Όπως προέκυψε από τη διενεργηθείσα ανάλυση του κόστους-αποτελεσματικότητας, οι ΚΜΨΥ περιορίζουν τον υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο των ψυχικών διαταραχών με υψηλής ποιότητας και ευρέως φάσματος ψυχιατρικές υπηρεσίες. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό το μοντέλο φροντίδας υπήρξε επιτυχές, ιδιαίτερα κατά το διάστημα που μεσολάβησε από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη χώρα, καθώς, παρά τις περικοπές στον προϋπολογισμό της υγείας και τη γενικευμένη οικονομική ύφεση, εξυπηρέτησε αποτελεσματικά περιοχές της Ελλάδας που δεν καλύπτονταν από σχετικές ιατρικές δομές. Η πρακτική των ΚΜΨΥ αποδείχτηκε ότι αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας του ελλαδικού χώρου, ο οποίος αποτελείται από μεγάλο αριθμό δυσπρόσιτων, θαλάσσιων και αραιοκατοικημένων περιοχών.

Η οικονομική αξιολόγηση της λειτουργίας των ΚΜΨΥ σε απομακρυσμένες περιοχές στην Ελλάδα ενσωματώνοντας πραγματικά δεδομένα (RWE) και κάνοντας χρήση του δείκτη των Σταθμισμένων Ετών Ζωής ως προς την Ανικανότητα (DALYs) για την εκτίμηση της επιβάρυνσης από ψυχικές διαταραχές χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Αποτελεί μία καινοτόμα προσέγγιση για τα ελληνικά δεδομένα, η οποία ανέδειξε την αξία λήψης στοχευμένων μέτρων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ανέδειξαν όχι μόνο το υψηλό φορτίο νοσηρότητας για τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και το οικονομικό για τον ίδιο τον πάσχοντα και την κοινωνία, καταλήγοντας ότι η ψυχική υγεία θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε επίπεδο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό στον προϋπολογισμό υγείας. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η οικονομική επιβάρυνση σε επίπεδο ιδιωτικής και δημόσιας

δαπάνης, στην περίπτωση λειτουργίας των ΚΜΨΥ, ήταν χαμηλότερη σε σχέση με τη μη ύπαρξη αυτών.

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της διδακτορικής διατριβής επιβεβαίωσαν ότι οι κινητές μονάδες συμβάλλουν καθοριστικά στη θεραπευτική συνέχεια της περίθαλψης καθώς και στην αποφυγή της επιδείνωσης της ψυχικής διαταραχής και της μετατροπής της σε χρόνια νόσημα.

## 7.2 Προτάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής και την ελληνική πραγματικότητα, καταγράφεται μία σειρά προτάσεων, οι οποίες θεωρούνται επιβεβλημένες για τη διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης πολιτικής ψυχικής υγείας σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές της χώρας. Ως εκ τούτου, προτείνονται:

- Η ανάπτυξη ενός εθνικού προγράμματος/σχεδίου δράσης, το οποίο θα εστιάζει στον υποχρεωτικό ετήσιο έλεγχο για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ατόμων. Βραχυπρόθεσμα φαίνεται δαπανηρό, καθώς επαυξάνονται οι δαπάνες υγείας, αλλά μακροπρόθεσμα πιο αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό λόγω αποφυγής του σχετιζόμενου κόστους από τη νόσηση με ψυχική διαταραχή και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της.
- Το κράτος οφείλει να θεσπίσει σύστημα παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις ΚΜΨΥ. Ενδεικτικά κριτήρια αξιολόγησης θα μπορούσαν να είναι η ταύτιση των στόχων με τα αποτελέσματα, ο συντονισμός των δράσεων, η εξασφάλιση της συνέχειας στη θεραπεία κ.ά. Ταυτόχρονα, η καθιέρωση οικονομικής αξιολόγησης πρέπει να ενσωματωθεί στη λήψη αποφάσεων και στη θέσπιση προτεραιοτήτων πολιτικών ψυχικής υγείας. Η χρήση του δείκτη DALY έχει αναδειχθεί διεθνώς ένα σημαντικό εργαλείο μέτρησης της αποτελεσματικότητας σε όρους ανικανότητας/αναπηρίας και μπορεί να χρησιμοποιείται και στη χώρα.
- Η ενίσχυση των ΚΜΨΥ με τον απαραίτητο τεχνολογικό εξοπλισμό και η χρήση των δυνατοτήτων της τηλεψυχιατρικής αναμφίβολα θα συμβάλει στη

βελτίωση της φροντίδας υγείας, ενώ παράλληλα θα ενισχύσει τον συντονισμό με άλλες δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

- Η ισχυροποίηση της συνεργασίας του οικογενειακού γιατρού, των τοπικών μονάδων ΠΦΥ και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να εξασφαλίσει τη συνέχεια στη θεραπεία των ασθενών στο πλαίσιο δόμησης μίας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (integrated health care) για άτομα με προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και τη μείωση του στίγματος.
- Η διαχρονική και συστηματική καταγραφή των δεδομένων των ΚΜΨΥ κρίνεται αναγκαία για τη δημιουργία βάσεων δεδομένων, οι οποίες θα συμβάλλουν στην αξιοποίηση των επιδημιολογικών, δημογραφικών, κλινικών και οικονομικών δεδομένων με σκοπό την επέκταση της σχετικής έρευνας και τη συγκριτική αξιολόγηση του έργου των ΚΜΨΥ.
- Οι ιδιαιτερότητες/πολυπλοκότητα των περιστατικών απαιτεί υψηλό δείκτη επαγγελματισμού και ενημέρωση αναφορικά με τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις/γνώσεις από τους επαγγελματίες υγείας. Απαραίτητη θεωρείται η συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε τεκμηριωμένες κλινικές πρακτικές (evidence-based practices) και σύγχρονες ερευνητικές μεθοδολογίες.
- Η ενεργοποίηση της κοινωνίας των πολιτών αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς επίλυση του προβλήματος της κάλυψης των αναγκών υγείας των νησιών. Η δημιουργία εθελοντικών-υποστηρικτικών ομάδων, αποτελούμενων από τους νοσούντες, τις οικογένειές τους και άτομα της τοπικής κοινότητας που γνωρίζουν τόσο τις ιδιαιτερότητες του τόπου τους όσο και τα άτομα που πιθανόν χρήζουν μεγαλύτερης υποστήριξης, θα συνδράμει στην ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας και την παροχή έγκαιρης βοήθειας.

Συμπερασματικά, δεδομένου ότι οι ΚΜΨΥ συμβάλλουν στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων στη ζωή των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές, κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση πολιτικών για την επέκτασή τους. Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας διδακτορικής διατριβής, η ύπαρξη των ΚΜΨΥ συνδράμει τόσο στην αποδοτική διαχείριση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την ψυχική υγεία, όσο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά ασθενών. Η συνέχεια και επέκταση

της εφαρμογής των ΚΜΨΥ σε απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές, όπως επίσης και η προσαρμογή τους στα νέα κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα και στις τρέχουσες ανάγκες της κάθε κοινότητας/κοινωνίας κρίνονται επιβεβλημένες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abrams, Z. (2018a). New York is launching mobile units, *American Psychological Association*, 49(9):50.
- Abrams, Z. (2018b). Traveling treatments, *American Psychological Association*, 49(9):46.
- Adair, C., McDougal, G., Mitton, C., Joyce, A.S., Wild, T.C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmenny, G. & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness, *Psychiatric Services*, 56(9):1061–1069.
- Agboli, K., Alexandre, C., Henin, M. & Vernet, A. (2011). Accès aux soins en psychiatrie infanto-juvénile: répondre dans des délais raisonnables, *Revue Prescrire*, 31:308.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S.J., Haro, J.M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Lépine, J.P., Brugha, T.S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe, *British Journal of Psychiatry*, 190:299–306.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S. & Bryson, H. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum, 420:21–27.
- Alvarado, R., Rojas, G., Minoletti, A., Alvarado, F. & Domínguez, C. (2012). Depression program in primary health care: the Chilean experience, *International Journal of Mental Health*, 41(1):38–47.
- American Psychiatric Association (March 2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington, DC, USA: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

- Anagnostopoulos, D. & Soumaki, E. (2013). The State of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report, *European Child Adolescent Psychiatry*, 22:131–134.
- Anonymous (2008). What is primary care mental health?: WHO and Wonca Working Party on Mental Health, *Mental Health in Family Medicine*, 5:9–13.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates, *British Journal of Psychiatry*, 178(03):228–233.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10:CD006525.
- Aung, K., Hill, C., Bennet, J., Song, Z. & Oriol, N. (2015). The Emerging Business Models and Value Proposition of Mobile Health Clinics, *AJMC.com*, 3(4). Published December 14, 2015.
- Ayalon, L., Karkabi, K., Bleichman, I., Fleischmann, S. & Goldfracht, M. (2016). Barriers to the Treatment of Mental Illness in Primary Care Clinics in Israel, *Administration and policy in mental health*, 43(2):231–240.
- Baier, V., Favrod, J., Ferrari, P., Koch, N. & Holzer, L. (2013). Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study, *Early Intervention in Psychiatry*, 7(1):94–99.
- Balak, N. & Elmaci, I. (2007). Costs of disorders of the brain in Europe, *European journal of neurology*, 14(2):e9.
- Barbui, C., Dua, T., van Ommeren, M., Yasamy, M.T., Fleischmann, A., Clark, N., Thornicroft, G., Hill, S. & Saxena, S. (2010). Challenges in developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: the case of mental, neurological, and substance use disorders, *Public Library of Science medicine*, 7:e1000322.
- Bass, J., Neugebauer, R., Clougherty, K.F., Verdelli, H., Wickramaratne, P., Ndogoni, L., Speelman, L., Weissman, M. & Bolton, P. (2006). Group interpersonal



psychotherapy for depression in rural Uganda: 6 month outcomes: randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 188:567-573.

Bebbington, P.E. (1994). Population surveys of psychiatric disorder and the need for treatment. In J.E. Mezzich, J.R. Miguel & I.M. Salloume (Eds.), *Psychiatric epidemiology. Assessment concept and methods*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

Bener, A., Zirie, M.A., Kim, E.J., Al Buz, R., Zaza, M., Al-Nufal, M., Basha, B., Hillhouse, E.W. & Riboli, E. (2013). Measuring burden of diseases in a rapidly developing economy: state of Qatar, *Global Journal of Health Science*, 5(2):134–144.

Bertram, M.Y., Lauer, J.A., Joncheere, K.D., Tan Torres Edejer, T., Hutubessy, R., Kieny, M.P. & Hill, S. (2016). Cost-effectiveness thresholds: pros and cons, *Bulletin World Health Organization*, 94:925–930.

Bilanakis, N. (2004). *Psychiatric care and human rights in Greece*, Athens, Odysseas.

Bogner, H., Vries, H., Maulik, P. & Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore epidemiologic catchment area follow-up, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17:706-715.

Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K.F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L. & Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 289(23):3117-3124.

Bond, G., Drake, R., Mueser, K. & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients, *Disease Management and Health Outcomes*, 9:141–159.

Bonsack, C., Holzer, L., Stancu, I., Baier, V., Samitca, M., Charbon, Y. et al. (2008). Psychiatric mobile teams for the three ages of live: The Lausanne experience, *Rev Med Suisse*, 4(171):1960-1969.

Bonsack, C., Pfister, T. & Conus, P. (2006). Inersion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose, *Encéphale*, 32(5):679–685.

- Bonsack, C., Haefliger, T., Cordier, S. & Conus, P. (2004). Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique, *Revue Médicale Suisse romande*, 124(4):225–229.
- Borowsky, S.J., Rubenstein, L.V., Meredith, L.S., Camp, P., Jackson-Triche, M. & Wells, K.B. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care?, *Journal of General Internal Medicine*, 15(6):381–388.
- Bourke, L., Humphreys, J.S., Wakerman, J. & Taylor, J. (2012). Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia, *Health & Place*, 18(3):496–503.
- Bouvang, O., Bengtsson, F. & Carlborg, A. (2017). First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study, *International Journal of Mental Health*, 46(2):65-73.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J. & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression, *British Journal of Psychiatry*, 189:484–493.
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base, *British Medical Journal*, 330(7495):839.
- Bower, P., Jerrim, S. & Gask, L. (2004). Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity, *Health & social care in the community*, 12(4):336-345.
- Bower, P. & Gask, L. (2002). The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice, *General Hospital Psychiatry*, 24(2):63-70.
- Branas, C.C., Kastanaki, A.E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E.F., Theodorakis, P.N., Carr, B.G. & Wiebe, D.J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis, *British Medical Journal Open*, 5(1):e005619.

- Brundisini, F., Giacomini, M., DeJean, D., Vanstone, M., Winsor, S. & Smith, A. (2013). Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis, *Ontario Health Tech Assessment Series*, 13:1–33.
- Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment, *International Review of Psychiatry*, 22(2):130-137.
- Burns, T. (2009). Planning and providing mental health services for a community. In M. Gelder, N. Andreasen, J.J. Lopez-Ibor & J. Geddes (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, p.p. 1452–1462, 2nd ed., New York, Oxford University Press.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Clement, S., Ellis, G., Jones, I.R., Lissouba, P., McLaren, S., Rose, D. & Wykes, T. (2009). Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon, *Psychological Medicine*, 39(2):313–323.
- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams*. New York: Oxford University Press.
- Butler, M., Kane, R.L., McAlpine, D., Kathol, R.G., Fu, S.S., Hagedorn, H. & Wilt, T.J. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care, *Evidence report technology assessment*, 173:1-362.
- Buttorff, C., Hock, R.S., Weiss, H.A., Naik, S., Araya, R., Kirkwood, B.R., Chisholm, D. & Patel, V. (2012). Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India, *Bulletin of the World Health Organisation*, 90:813-821.
- Bywood, P., Brown, L. & Raven, M. (2015). *Improving the integration of mental health services in primary health care at the macro level*, Primary Health Care Research and Information Service, Adelaide, p.p. 1-34, 59-67.
- Campos, M.M. & Olmstead-Rose, L. Prepared for East and Central County Health Access Action Team (2012). *Mobile Health Clinics: Increasing Access to Care in Central and Eastern Contra Costa County*. Final report from La Piana Consulting. Published April 2012.

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Catty, J., White, S., Clement, S., Cowan, N., Geyer, C., Harvey, K., Jones, I.R., McLaren, S., Poole, Z., Rose, D., Wykes, T. & Burns, T. (2013). Continuity of care for people with psychotic illness: its relationship to clinical and social functioning, *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1):5–17.
- Charlson, F.J., Baxter, A.J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H.A. & Vos, T. (2015). Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010, *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24:121-140.
- Cheng, F., Kirkbride, J.B., Lennox, B.R., Perez, J., Masson, K., Lawrence, K. et al. (2011). Administrative incidence of psychosis assessed in an early intervention service in England: first epidemiological evidence from a diverse, rural and urban setting. *Psychol Med*, 41(5):949-58. doi:10.1017/S0033291710002461
- Chevreur, K., Prigent, A., Bourmaud, A., Leboyer, M. & Durand, Zaleski, I. (2013). The cost of mental disorders in France, *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(8):879-86. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.012. Epub 2012 Sep 5. PMID: 22959739.
- Chisholm, D., Flisher, A.J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., Thornicroft, G. & Tomlinson, M. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action, *Lancet*, 370:1241-1252.
- Chondros, P. (2015). The contribution of NGOs in the empowerment of users and family members in Greece: Actions and problems. In M. Economou, A. Javed, M. Madianos & L.E. Peppou (Eds.), *Psychosis: Patient and family. International and Greek examples of psychiatric rehabilitation*, p.p. 36–39, Athens, Hellenic Branch of the World Association for Psychiatric Rehabilitation.
- Claxton, K., Martin, S. & Soares, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold, *Health Technology Assessment*, 19(14):1-503, v-vi. doi: 10.3310/hta19140
- Coldefy, M. & Gandré C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères: une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, *Questions d'économie de la Santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 237.

- Coulon, N.D. (1999). *La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, p.p. 23–38, Ed Gaëtan, Morin, Europe.
- Council of Europe (2004). *Recommendation No. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896<sup>th</sup> meeting of the Ministers' Deputies.
- Cunningham, P.J. (2009). Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care, *Health Affairs (Millwood)*, 28(3):w490-501. doi: 10.1377/hlthaff.28.3.w490
- Cupitt, C. (2009). *Reaching Out: The Psychology of Assertive Outreach*, 46, Abingdon-on-Thames, UK, Routledge.
- Daig, I., Hinz, A., Spauschus, A., Decker, O. & Brähler, E. (2013). Are urban dwellers more depressed and anxious than the rural population? Results of a representative survey, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 63(11):445-54. doi:10.1055/s-0033-1341469
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C., Bernert, S., et al., WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *Journal of the American Medical Association*, 291(21):2581–2590.
- Department of Health and Human Services (2019). *New Hampshire 10-Year Mental Health Plan*. Published January 2019.
- Devleeschauwer, B., Maertens de Noordhout, C., Smit, G.S., Duchateau, L., Dorny, P., Stein, C., Van Oyen, H., Speybroeck, N. (2014). Quantifying burden of disease to support public health policy in Belgium: opportunities and constraints, *BMC Public Health*, 14:1196.
- Diaz-Perez, M.J., Farley, T. & Cabanis, C.M. (2006). A program to improve access to health care among Mexican immigrants in rural Colorado, *Journal of rural health*, 20:258–264. doi: 10.1111/j.1748-0361.2004.tb00037.x

- Dieterich, M., Irving, C., Park, B. & Marshall, M. (2010). Intensive case management for people with severe mental illness, *Cochrane Database of systematic reviews*, 10:CD007906.
- Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E. & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue, *Science*, 255:946–52.
- Donev, D., Zaletel-Kragelj, L., Bjegovic, V. & Burazeri, G. (2010). Measuring the burden of disease: disability adjusted life year (daly). Methods and tools in public health. In L. Zaletel-Kragelj & J. Božikov (Eds.), *A handbook for teachers, researchers and health professionals*, Lage, Hans Jacobs Publishing Company.
- Douzenis, A., Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, M., Christodoulou, C. & Lykouras, L. (2012). Involuntary admissions in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment, *International Journal of Social Psychiatry*, 58:172-177.
- Driscoll, T., Takala, J., Steenland, K., Corvalan, C. & Fingerhut, M. (2005). Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures, *American journal of industrial medicine*, 48(6):491–502. doi:10.1002/ajim.20194
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, Oxford.
- Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis, *Social Science & Medicine*, 128:43–51.
- Dua, T., Barbui, C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., van Ommeren, M., Yasamy, M.T., Ayuso-Mateos, J.L., Birbeck, G.L., Drummond, C., et al. (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations, *Public Library of Science Medicine*, 8:e1001122.

- Dubois, H. & Anderson, R. (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, p.p. 7-24, Dublin, Eurofound.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*, The Free Press, New York.
- Economou, Ch., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O. & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to health care services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population, *Social Cohesion and Development*, 9(2):99–115.
- Economou, Ch. (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7):1–180.
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., Madianos, M. & Stefanis, C. (2016a). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51:1015–1024. doi:10.1007/s00127-016-1238-z
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L., Souliotis, K. & Stefanis, C. (2016b). Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update, *World Psychiatry*, 15(1):83-84.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A. & Stefanis, C. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece, *Journal of Affective Disorders*, 145(3):308-314.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis, C., Patelakis, A. & Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis, *World Psychiatry*, 12:53–59.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis, C. & Stefanis, C. (2012). Suicidality and the economic crisis in Greece, *Lancet*, 380(9839):337.
- Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., Peppou, L.E. & Stefanis, C.N. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece, *Lancet*, 378(9801):1459.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A. & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece, *International Journal of Social Psychiatry*, 55:361-371.

- Edwards, C. (2011). Cost-effectiveness analysis in practice. In P. Hunter, J. Cameron, P. Jagals & K. Pond (Eds.), *Valuing water, valuing livelihoods*, p.p. 181–197, London, IWA Publishing.
- Efthimiou, K., Argalia, E., Kaskaba, E. & Makri, A. (2013). Economic crisis and mental health. What do we know about the current situation in Greece?, *Encephalos*, 50:22–30.
- EuroQol Group (1990). EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life, *Health Policy*, 16(3):199-208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.
- European Commission (2010). Eurobarometer 64.4. *Mental Well-being*, European Commission, 93 p. Special Eurobarometer 248.
- European Commission (2010). Eurobarometer 73.2. *Mental Health*, Part 1: Report. European Commission, 64 p. Special Eurobarometer 345.
- Fallowfield, L. (2009). What is quality of life?, *Health Economics*, Hayward Medical Communications, 2nd edition, NPR09/1104.
- Ferrari, A.J., Norman, R.E., Freedman, G., Baxter, A.J., Pirkis, J.E., Harris, M.G., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T. & Whiteford, H.A. (2014). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010, *PLOS ONE*, 9:e91936.
- Fernandez, C. (2017). Innovative mobile clinics serving children and families of Riverside County with limited access to behavioral health services, *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 11(10):10-12. doi:10.1176/appi.ajp-rj.2016.1111005
- Fils-Aimé, J.R., Grelotti, D., Thérosmé, T., Kaiser, B., Raviola, G., Alcindor, Y., Severe, J., Affricot, E., Boyd, K., Legha, R., Daimyo, S., Engel, S., Eustache, E. (2018). A Mobile Clinic Approach to the Delivery of Community-Based Mental Health Services in Rural Haiti, *PLoS ONE*, 13(6):e0199313. doi:10.1371/journal.pone.0199313
- Finnerty, M., Manuel, J., Tochtermann, A., Stellato, C., Fraser, L., Reber, C., Reddy, H. & Miracle, A. (2015). Clinicians' perceptions of challenges and strategies of



- transition from assertive community treatment to less intensive services, *Community Mental Health Journal*, 51:85–95.
- Fitzpatrick, S., Perkins, D., Handley, T., Brown, D., Luland, T. & Corvan, E. (2018). Coordinating Mental and Physical Health Care in Rural Australia: An Integrated Model for Primary Care Settings, *International Journal of Integrated Care*, 18(2):19. doi: 10.5334/ijic.3943
- Flanagan, W., McIntosh, C.N., Le Petit, C. & Berthelot, J.M. (2006). Deriving utility scores for co-morbid conditions: a test of the multiplicative model for combining individual condition scores, *Population Health Metrics*, 4:13.
- Flisher, A.J., Lund, C., Funk, M., Banda, M., Bhana, A., Doku, V., Drew, N., Kigozi, F.N., Knapp, M., Omar, M., Petersen, I. & Green, A. (2007). Mental health policy development and implementation in four African countries, *Journal of health psychology*, 12:505–516.
- Forbes, M.P. & King, D.B. (2015). The need to upskill rural general practitioners in mental health care, *Medical Journal of Australia*, 203(5):211–214.
- Fox-Rushby, J. (2002). *Disability Adjusted Life Years (DALYs) for decision making? An overview of the literature*, p.p. 9-46, 154-155, Office of Health Economics, London.
- Fox-Rushby, J. & Hanson, K. (2001). Calculating and presenting disability adjusted life years (DALYs) in cost-effectiveness analysis, *Health Policy and Planning*, 16(3):326-331. doi:10.1093/heapol/16.3.326
- Fountoulakis, K.N. & Souliotis, K. (2017). Regionalising without rationalising in the Greek mental health care system, *Lancet Psychiatry*, 4(8):e18.
- Fountoulakis, K.N., Koupidis, S.A., Grammatikopoulos, I.A. & Theodorakis, P.N. (2013). First reliable data suggest a possible increase in suicides in Greece, *BMJ*, 347, f4900. doi:10.1136/bmj.f4900
- Frangos, C.H., Frangos, C., Sotiropoulos, I., Orfanos, V., Toudas, K. & Gkika, E. (2012). *The effects of the Greek Economic Crisis on eating habits and psychological attitudes of young people: A sample survey among Greek University students*, WCE, London, U.K.

- Funk, M., Saraceno, B., Drew, N., Lund, C. & Grigg, M. (2004). Mental health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries, *International Journal of Mental Health*, 33(2):4-16.
- Gaillard, M. & Giannakopoulos, P. (2006). Une équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé, *Revue Médicale Suisse*, 2(79):2087–2091.
- Gaillard, M. & Giannakopoulos, P. (2004). La psychiatrie de l'âge avancé, un travail de réseau, *Médecine et Hygiène*, 62(2489):1414–1416.
- Gask, L., Sibbald, B. & Creed, F. (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care, *British Journal of Psychiatry*, 170(1):6-11.
- Gaylord, G., Bailey, S.K. & Haggarty, J.M. (2015). Introducing shared mental health care in Northwestern Ontario: An analysis of changing referral patterns of primary care providers, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(2):63–72.
- Geitona, M., Papanicolaou, S., Ollandezos, M., Kousoulakou, Ch. & Kyriopoulos, J. (2008a). The cost of managing patients with schizophrenia in Greece, *Journal of European Economy*, 7:108-126.
- Geitona, M., Kousoulakou, C., Ollandezos, M., Papanicolaou, S., Athanasakis, K., Tsiantou, V. & Kyriopoulos, J. (2008b). Direct Cost of treating patients with Schizophrenia in Greece: Real-world data from the electronic Schizophrenia treatment adherence registry (e-star), *Value in Health*, 11(6):345.
- Geitona, M., Papanicolaou, S., Aggelopoulos, E., Ollandezos, M., Kousoulakou, C., Aggelopoulos, E., Zaharakis, K., Kakavas, P., Karpouza, B., Kesidou, S., Bilanakis, N., Papamichael, E., Chaidemenos, A., Chamogeorgakis, T. & Kyriopoulos, J. (2007). Treatment patterns and cost assessment of schizophrenia in Greece, *Psychiatry*, 18:49-60.
- Giannakopoulos, G. & Anagnostopoulos, D. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview, *BJPsych Bulletin*, 40(6):326–328.
- Giannakopoulos, P. & Gaillard, M. (2010). *Abrégé de Psychiatrie de l'âge avancé*, p.p. 9-17, Médecine et Hygiène.

- Giotakos, O., Tsouvelas, G. & Kontaxakis, V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece: 2002–2009, *Psychiatriki*, 23:29–38.
- Giotakos, O., Karabelas, D. & Kafkas, A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece, *Psychiatriki*, 22:109–119.
- Giotakos, O. (2010). Financial crisis and mental health, *Psychiatriki*, 21:195–204.
- Glasby, J. & Lester, H. (2004). Case for change in mental health: partnership working in mental health services, *Journal of Interprofessional Care*, 18(1):7-16.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet*, 386(9995):743–800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Goodrich, D., Kilbourne, A., Nord, K. & Bauer, M. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings, *Current Psychiatry Reports*, 15(8):383.
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care, *International Journal of Integrated Care*, 16(4):1–4.
- Grammatikopoulos, I., Koupidis, S., Petelos, E. & Theodorakis, P. (2011). P01-535. Mental health policy in Greece: Implications into practice in the era of economic crisis, *European Psychiatry*, 26(S1):539.
- The Greek Ombudsman (2007). *Ex officio research by the Greek Ombudsman on involuntary hospitalization of psychiatric patients: Special report*, Athens, Greek Ombudsman.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S. & Janamian, T. (2016). Achieving research impact through co-creation in community-cased health services: Literature review and case study, *The Milbank Quarterly*, 94(2):92–429.
- Grosse, S. & Lollar, D. (2009). Disability and disability-adjusted life years: not the same, *Public Health Reports*, 124:197–202.

- Gunda, R. & Chimbari, M.J. (2017). Cost-effectiveness analysis of malaria interventions using disability adjusted life years: a systematic review, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15:10.
- Gureje, O., Chisholm, D., Kola, L., Lasebikan, V. & Saxena, S. (2007). Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria, *World Psychiatry*, 6(1):42–48. PMC1805717.
- Gustafsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., et al., on behalf of the CDBE2010 study group (2011). Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology*, 21(10):718-779. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Haagsma, J., van Beeck, E., Polinder, S., Toet, H., Panneman, M. & Bonsel, G. (2011). The effect of comorbidity on health-related quality of life for injury patients in the first year following injury: comparison of three comorbidity adjustment approaches, *Population Health Metrics*, 9:10.
- Hall, R. & Jones, C. (2007). The value of life and the rise in health spending, *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1):39–72.
- Hénin, M. (2006). Agir et savoir—De certains fonctionnements psychologiques à l'adolescence et de quelques perspectives thérapeutiques, *L'information psychiatrique*, 82:227-30.
- Heslin, K.C., Elixhauser, A. & Steiner, C.A. (2015). Hospitalizations Involving Mental and Substance Use Disorders among Adults, 2012, *HCUP Statistical Brief*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Hilderink, H., Plasmans, M., Snijders, B., Boshuizen, H., Poos, M. & van Gool, C. (2016). Accounting for multimorbidity can affect the estimation of the Burden of Disease: a comparison of approaches, *Archives of public health*, 74: 37.
- Honikman, S., van Heyningen, T., Field, S., Baron, E. & Tomlinson, M. (2012). Stepped care for maternal mental health: a case study of the perinatal mental health project in South Africa, *Public Library of Science medicine*, 9:e1001222.
- Hoyer, G. (2000). On the justification for civil commitment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(399):65-71.

- Hu, B. & Fu, A.Z. (2010). Predicting utility for joint health states: a general framework and a new nonparametric estimator, *Medical Decision Making*, 30(5):E29–39.
- Hutubessy, R., Chisholm, D. & Tan Torres Edejer, T. (2003). Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1(1):1-13.
- Hyman, S., Chisholm, D., Kessler, R., Patel, V. & Whiteford, H. (2006). Mental disorders. In D.T. Jamison, J. Breman, A. Measham, G. Alleyne, D.B. Evans (Eds.), *Disease control priorities in developing countries*, p.p. 605–625, 2nd edition, New York, Oxford University Press.
- Hyphantis, T. (2013). The “depression” of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession, *Journal of psychosomatic research*, 74:530–532.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: IHME.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2012). *Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010)*. Published December 13, 2012.
- Jacob, K.S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J.J., Sreenivas, V. & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now?, *Lancet*, 370(9592):1061–1077.
- Jayatilleke, N., Hayes, R.D., Chang, C.K. & Stewart, R. (2018). Acute general hospital admissions in people with serious mental illness, *Psychological medicine*, 48(16), 2676–2683. doi: 10.1017/S0033291718000284
- Johanesson, M. (1996). *Theory and Methods of Economic Evaluation in Health Care*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Jordans, M., Tol, W., Komproe, I., Susanty, D., Vallipuram, A., Ntamatumba, P., Lasuba, A.C. & de Jong, J.T. (2010). Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence, *International journal of mental health systems*, 4:15.
- Joy, C.B., Adams, C.E. & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Cochrane database of systematic reviews*, 4:CD001087.

- Kahn, R., Fleischhacker, W.W, Boter, H., Davidson, M., Vergouwe, Y., Keet, I.P., Gheorghe, M.D., Rybakowski, J.K., Galderisi, S., Libiger, J., Hummer, M., Dollfus, S., et al. (EUFEST study group) (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial, *Lancet*, 371(9618):1085–1097.
- Khanna, A.B. & Narula, S.A. (2016). Mobile health units: Mobilizing healthcare to reach unreachable, *International Journal of Healthcare Management*, 9:58–66.
- Karamanof v. Greece (2011). *First Section Appeal Nbr: 46372/09* (European Court of Human Rights).
- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece, *International Journal for Equity in Health*, 15:83.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. & McKee, M. (2013). Financial Crisis, austerity, and health in Europe, *Lancet*, 381:1323–1331.
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S. & Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services, *Journal of Mental Health*, 14(2):197–203.
- Kanavos, P. & Souliotis, K. (2017). Reforming health care in Greece: Balancing fiscal adjustment with health care needs. In C. Meghir, C.A. Pissarides, D. Vayanos, & N. Vettas (Eds.), *Beyond Austerity: Reforming the Greek Economy*, p.p. 359–401, MIT Press, Massachusetts.
- Kates, N., Craven, M., Crustolo, A. & Nikoloau, L. (1998). Mental health services in the family physicians office: A Canadian experiment, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35(2):104–113.
- Kent, A. & Burns, T. (1996). Setting up an assertive community treatment service, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2:143-150.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism, *Lancet*, 383(9918):748-753.
- Kentikelenis, A. & Papanicolas, I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system, *European Journal of Public Health*, 22:4–5.

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *Lancet*, 378(9801):1457-1458.
- King, Ch. & Bertino, A.M. (2008). Asymmetries of Poverty: Why Global Burden of Disease Valuations Underestimate the Burden of Neglected Tropical Diseases, *PLoS Negl Trop Dis*, 2(3): e209. doi:10.1371/journal.pntd.0000209
- Kisely, S., Smith, M., Lawrence, D., Cox, M., Campbell, L.A. & Maaten,, S. (2007). Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures, *Canadian Medical Association journal (CMAJ)*, 176(6):779–784.
- Klarman, H., Francis, J. & Rosenthal, G. (1968). Cost-effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease, *Medical Care*, 6:48-54.
- Knapp, M. & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario, *World psychiatry*, 19(1):3–14. doi:10.1002/wps.20692
- Knapp, M., Mangalore, R. & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 30(2):279–293.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness, *Acta psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 102(s407):15–18.
- Knapp, M. (1997). Costs of schizophrenia, *British journal of psychiatry*, 171(6):509–518.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5):229–240.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care, *Bulletin of the World Health Organisation*, 82(11):858–866.
- Kohn, R., Goldsmith, E. & Sedgwick, T.W. (2002). Treatment of homebound mentally ill elderly patients: the multidisciplinary psychiatric team, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4):469–475.

- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek Case, *American Journal of Public Health*, 103:973–979.
- Kontaxakis, B., Papaslanis, T., Havaki-Kontaxaki, M., Tsouvelas, G., Giotakos, O. & Papadimitriou, G. (2013). Suicide in Greece: 2001-2011, *Psychiatriki*, 24:170–174. PMID: 24185083
- Laliotis, I., Ioannidis, J. & Stavropoulou, C. (2016). Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis, *Lancet*, 1(2): e56-e65. doi:10.1016/S2468-2667(16)30018-4
- Latsou, D. & Geitona, M. (2020). Predictors of physical and mental health among unemployed people in Greece, *Journal of Health and Social Sciences*, 5, 1:115-126. doi:10.19204/2020/prdc9
- Latsou, D. & Geitona, M. (2018). The effects of unemployment and economic distress on Depression Symptoms, *Materia Sociomedica*, 30(3):180-184. doi:10.5455/msm.2018.30.180-184
- L'équipe mobile psycho-gérontologique du centre hospitalier de Thuir (2014). *Actualité et enjeux de la psychiatrie et de la santé mentale*, conference: le parcours de soins en psychiatrie et santé mentale: quid du secteur rénové?, organisée par la Fédération hospitalière de France (FHF).
- Lee, Y.C., Chatterton, M.L., Magnus, A., Mohebbi, M., Khanh-Dao Le, L. & Mihalopoulos, C. (2017). Cost of high prevalence mental disorders: Findings from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, *Aust N Z J Psychiatry*, 51(12):1198-1211. doi: 10.1177/0004867417710730.
- Lee, Y.Y., Barendregt, J.J., Stockings, E.A., Ferrari, A.J., Whiteford, H.A., Patton, G.A., et al. (2017). The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5):545–564. doi: 10.1017/s2045796016000469
- Lee, S., Guo, W.-j., Tsang, A., Mak, A.D.P., Wu, J., Ng, K.L. & Kwok, K. (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong, *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2):125–133. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.007



- Leech, A., Kim, D., Cohen, J. & Neumann, P. (2018). Use and Misuse of Cost-Effectiveness Analysis Thresholds in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Cost-per-DALY Studies, *Value in Health*, 21(7):759–761.
- Levin, C. & Chisholm, D. (2016). Cost-Effectiveness and Affordability of Interventions, Policies, and Platforms for the Prevention and Treatment of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan & M.E. Medina-Mora, (Eds.), *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities*, Third Edition (Volume 4), International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington (DC).
- Lieberman, J., Scott Stroup, T., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J. & Hsiao, J.K. (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators) (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia, *New England Journal of Medicine*, 353(12):1209–1223.
- Lim, D., Lee, W.K. & Park H. (2016). Disability-adjusted Life Years (DALYs) for Mental and Substance Use Disorders in the Korean Burden of Disease Study 2012, *J Korean Med Sci*, 31(2):S191–S199. doi:10.3346/jkms.2016.31.S2.S191
- Liu, N.H., Daumit, G.L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W. et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas, *World Psychiatry*, 16(1):30–40. doi:10.1002/wps.20384
- Llanos, A., Hertrampf, E., Cortes, F., Pardo, A., Grosse, S.D. & Uauy, R. (2007). Cost-effectiveness of a folic acid fortification program in Chile, *Health Policy*, 83:295–303.
- Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019). Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry, *World Psychiatry*, 18(1):31-32. doi:10.1002/wps.20587
- Lloyd-Evans, B., Paterson, B., Onyett, S., Brown, E., Istead, H., Gray, R., et al. (2017). National Implementation of a Mental Health Service Model: A Survey of Crisis

Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 214-226. doi:10.1111/inm.12311

Lloyd-Evans, B., Slade, M., Jagielska, D. & Johnson, S. (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review, *British journal of psychiatry*, 195(2):109-117.

Loukidou, E., Mastroiannakis, A., Power, T., Craig, T., Thornicroft, G. & Bouras, N. (2013). Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users, *Psychiatriki*, 24:37–44.

Lubell, Y., Riewpaiboon, A., Dondorp, A.M., von Seidlein, L., Mokuolu, O.A., Nansumba, M., Gesase, S., Kent, A., et al. (2011). Cost-effectiveness of parenteral artesunate for treating children with severe malaria in sub-Saharan Africa, *Bulletin of the World Health Organisation*, 89(7):504–512.

Lund, C., Docrat, S., Abdulmalik, J., Alem, A., Fekadu, A., Gureje, O., Gurung, D., Hailemariam, D., Hailemichael, Y., Hanlon, C., et al. (2019). Household economic costs associated with mental, neurological and substance use disorders: a cross-sectional survey in six low- and middle-income countries, *British journal of psychiatry open*, 5(3):e34.

Lund, C., Tomlinson, M., De Silva, M., Fekadu, A., Shidhaye, R., Jordans, M., Petersen, I., Bhana, A., Kigozi, F., Prince, M., Thornicroft, G., et al. (2012). PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries, *Public Library of Science Medicine*, 9:e1001359.

Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S.D., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M. & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low and middle-income countries, *Lancet*, 378:1502–1514.

Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review, *Social science & medicine*, 71:517–528.

Maarbjerg, K.W. (1990). Geriatric psychiatry in the regimen of community psychiatry, *Ugeskrift for laeger*, 152(5):305–308.

- Madianos, M. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the ‘psychiatric reform’ in Greece?, *Psychiatriki*, 24:13–6.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T. & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943-952. doi:10.1007/s00127-010-0265-4
- Madianos, M. & Christodoulou, G. (2007). Reform of the mental health system in Greece, 1984–2006, *International Psychiatry*, 4:16–19.
- Madianos, M. & Economou, M. (1999). The impact of a community mental health center on psychiatric hospitalizations in two Athens areas, *Community Mental Health Journal*, 35:313–323.
- Madianos, M., Zacharakis, C., Tsitsa, C. & Stefanis, C. (1999). The mental health care delivery system in Greece: Regional variation and socioeconomic correlates, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2(4):169-176.
- Maragakis, A., Siddharthan, R., RachBeisel, J. & Snipes, C. (2015). Creating a ‘reverse’ integrated primary and mental healthcare clinic for those with serious mental illness, *Primary Health Care Research & Development*, 17(5):421–427.
- Mariolis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Mariolis-Sapsakos, T., Marayiannis, K., Papatthaniou, M., Gizlis, V., Karanasios, D. & Merkouris, B. (2008). Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, *BioMed Central Health Services Research*, 8:124.
- Marseille, E., Larson, B., Kazi, D., Kahn, J. & Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost–effectiveness of interventions: Alternative approaches, *Bulletin of the World Health Organisation*, 93(2):118-124.
- Marshall, M. & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis, *Cochrane database of Systematic reviews*, 6:CD004718. doi: 10.1002/14651858.CD004718.pub3
- Mathers, C.D., Iburg, K.M. & Begg, S. (2006). Adjusting for dependent comorbidity in the calculation of healthy life expectancy, *Population Health Metrics*, 4:4.

- Mathers, C.D., Vos, T., Lopez, A.D., Salomon, J. & Ezzati, M. (2001). *National burden of disease studies: a practical guide*, Edition 2.0, Global Program on Evidence for Health Policy, World Health Organization, Geneva.
- Mavreas, V.G, Kontea, D. & Dikeos, E. (1986a). Results from the Athens centre. In T.B. Üstün & N. Sartorius (Eds.), *Mental illness in general health care*, John Wiley & Sons Ltd, New York.
- Mavreas, V.G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F. & Lyketsos, G.C. (1986b). Prevalence of psychiatric disorders in Athens: a community study, *Social Psychiatry*, 21:172-181.
- McDaid, D. & Park, Al. (2015). Counting all the costs: the economic impact of comorbidity. In N. Sartorius, R. Holt & M. Maj (Eds.), *Comorbidity of mental and physical disorders*, Karger.
- McEvoy, J.P. (2007). The costs of schizophrenia, *Journal of clinical psychiatry*, 68(14):4–7.
- McKie, J., Richarson, J., Singer, P. & Kushe, H. (1998). *The allocation of health care resources. An ethical evaluation of the QALY approach*, Alderhot-Ashgate, Dartmouth, Medico-legal series.
- Mechanic, D. (2001). The scientific foundations of community psychiatry. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, p.p. 41-52, 2nd Edition, Oxford Univeristy Press, Oxford.
- Mendez-Rubio, M., Giannakopoulos, P., Gaillard, M., Dan, L. & Budry, P. (2012). Equipes mobiles de Psychiatrie de l'Âge Avancé. Création de deux équipes mobiles dans les régions Nord et Ouest vaudoises, *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 163(02):65-69.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J. et al. (2011). Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Aust NZ J Psychiatry*, 45(1):36–44.
- Miller, B.F. & Druss, B. (2013). The role of family physicians in mental health care delivery in the United States: implications for health reform, *Journal of the*

*American Board of Family Medicine*, 26(2):111–113. doi: 10.3122/jabfm.2013.02.120346

- Miller, C.L., Druss, B., Dombrowski, E. & Rosenheck, R. (2003). Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center, *Psychiatric Services*, 54(8):1158–1160. doi: 10.1176/appi.ps.54.8.1158
- Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más*, Gobierno de Chile, Santiago, MINSAL, 2<sup>nd</sup> edition.
- Morden, N., Mistler, L., Weeks, W. & Bartels, S. (2009). Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22:187–195. doi:10.3122/jabfm.2009.02.080059
- Müller, G., Pfänder, M., Schmahl, C. et al. (2019). Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching, *BMC Public Health*, 19:1309. doi.org/10.1186/s12889-019-7585-4
- Mueller, D.H., Abeku, T.A., Okia, M., Rapuoda, B. & Cox, J. (2009). Costs of early detection systems for epidemic malaria in highland areas of Kenya and Uganda, *Malaria Journal*, 8:17. doi: 10.1186/1475-2875-8-17
- Murphy, S., Irving, C., Adams, C. & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Cochrane database of systematic reviews*, 12:CD001087.
- Murray, C.J., Ezzati, M., Flaxman, A.D., Lim, S., Lozano, R., Michaud, C., Naghavi, M., Salomon, J.A., Shibuya, K., Vos, T., Wikler, D. & Lopez, A.D. (2012a). GBD 2010: design, definitions, and metrics, *Lancet*, 380(9859):2063–2066.
- Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S., Ali, M., AlMazroa, M., Alvarado, M. & Lopez, A. (2012b). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*, 380:2197–2223.

- Murray, C.J., Salomon, J. & Mathers, C. (2002). A critical examination of summary measures of population health. In C.J. Murray, J. Salomon, C. Mathers & A. Lopez (Eds.), *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement, and applications*, p.p. 13–40, Geneva, World Health Organization.
- Murray, C.J. & Acharya, A. (1997). Understanding DALYs (disability-adjusted life years), *Journal of Health Economics*, 16(6):703-730. doi: 10.1016/s0167-6296(97)00004-0
- Murray, C.J. (1996). Rethinking DALYs. In C.J. Murray & A. Lopez (Eds.), *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability for Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, p.p. 1-98, Harvard University Press, Cambridge.
- Murray, C.J. & Lopez, A. (1996a). *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability for Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
- Murray, C.J. & Lopez, A. (1996b). *Global health statistics*, p.p. 202, 415, Cambridge: Harvard School of Public Health (Global Burden of Disease and injury Series, Vol. II).
- Murray, C.J. (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability adjusted life years. In C.J. Murray & A. Lopez (Eds.), *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures and Interventions*, p.p. 3-19, 189, World Health Organisation, Geneva.
- Mwale, C.M. (2011). Domiciliary mental health care program in community settings: Is it is feasible in Malawi?, *Malawi medical journal*, 23(3):89–90.
- Mylona, K., Tsiantou, V., Zavras, D., Pavi, E. & Kyriopoulos, J. (2014). Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis, *Public Health*, 128(8):752-754.
- Naylor, C., Das, P., Ross, S., Honeyman, M., Thompson, J. & Gilbert, H. (2016). *Bringing together physical and mental health*, The Kings Fund, London.

- Neumann, P., Thorat, T., Zhong, Y., Anderson, J., Farquhar, M., Salem, M., Sandberg, E., Saret, C., Wilkinson, C. & Cohen, J. (2016). A Systematic Review of Cost-Effectiveness Studies Reporting Cost-per-DALY Averted, *PLoS One*, 11(12):e0168512. doi:10.1371/journal.pone.0168512
- Ochalek, J.M., Lomas, J. & Claxton, K.P. (2015). *Cost per DALY averted thresholds for low- and middle-income countries: evidence from cross country data*, pp. 1-50, CHE Research Paper: 122, Centre for Health Economics, University of York, York, UK.
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/d4e9f522-en
- OECD/European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels. doi:10.1787/health\_glance\_eur-2018-en
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/health\_glance-2017-en
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/9789264228283-en
- OECD/European Union (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/health\_glance\_eur-2014-en
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/9789264124523-en
- OECD (2002). *Technical Guidance Document on the use of Socio-Economic Analysis in Chemical Risk Management Decision Making*. Published March 15, 2002. JT00122669
- Olsen, J., Christensen, K., Murray, J. & Ekblom, A. (2010). *An introduction to epidemiology for health professionals*, Springer-Verlag, New York.
- Olteanu, A., Arnberger, R., Grant, R., Davis, C., Abramson, D. & Asola, J. (2011). Persistence of mental health needs among children affected by Hurricane Katrina in New Orleans, *Prehospital and disaster medicine*, 26:3–6.

- Pallis, D., Apostolou, N., Economou, M. & Stefanis, C. (2007). Compulsory hospitalisation and optimal mental health care: A European perspective and the example of Greece, *Psychiatriki*, 18:307–314.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F.J., Degenhardt, L., Dua, T., et al. (2016). Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan & M.E. Medina-Mora (Eds.), *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, p.p. 1-27, Washington DC, The World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0426-7\_ch1
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F.J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A.J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M.E., Petersen, I., et al. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition, *Lancet*, 387(10028):1672-1285. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00390-6
- Patel, V. (2012). Global mental health: from science to action, *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1):6-12.
- Patel, V., Weiss, H.A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., De Silva, M.J., Bhat, B., Araya, R., King, M., Simon, G., Verdeli, H. & Kirkwood, B.R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial, *Lancet*, 376(9758):2086-2095.
- Patel, V., Goel, D.S. & Desai, R. (2009). Scaling up services for mental and neurological disorders in low-resource settings, *International Health*, 1(1):37-44.
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G. & van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries, *Lancet*, 370:991–1005.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries, *Bulletin World Health Organization*, 81:609–615.



- Peen, J., Shoevers, R.A., Beekman, A.T. & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural areas in psychiatric disorders, *Acta Psychiatr Scand*, 121(2):84-93. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x
- Pehlivanidis, A., Politis, A., Economou, D. & Trikkas, G. (2001). Evaluation of civilly committed patients: Comparative study of two chronological periods (1977–1997), *Psychiatriki*, 12:283–289.
- Peritogiannis, V., Manthopoulou, T., Gogou, A. & Mavreas, V. (2017). Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit, *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(4):556–561. doi:10.4103/jnrp.jnrp\_142\_17
- Peritogiannis, V., Tatsioni, A., Manthopoulou, T. & Mavreas, V. (2016). Mental healthcare for older adults in Rural Greece, *International psychogeriatrics*, 28:698–700.
- Peritogiannis, V., Tatsioni, A., Menti, N., Grammeniati, A., Fotopoulou, V. & Mavreas, V. (2013a). Treatment engagement of psychotic patients with a mobile mental health unit in rural areas in Greece: a five-year study, *Schizophrenia research and treatment*, 20136:6, Article ID: 613956.
- Peritogiannis, V., Lekka, M., Grammeniati, A., Gogou, A., Fotopoulou, V., Tatsioni, A. & Mavreas, V. (2013b). Home-based mental health care for the elderly in a rural area in Greece, *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(6):458-459.
- Peritogiannis, V., Mantas, C., Alexiou, D., Fotopoulou, V., Mouka, V. & Hyphantis, T. (2011). The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas in Greece: a 2-year follow-up, *European Psychiatry*, 26:425-427.
- Petrou, S. & Renton, A. (1993). The QALY–A guide for the public health physician, *Public Health*, 107:327-336.
- Phillips, S., Burns, B., Edgar, E., Mueser, K., Linkins, K., Rosenheck, R., Drake, R. & McDonel Herr, E. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice, *Psychiatric Services*, 52(6):771-779. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.771

- Planner, C., Gask, L. & Reilly, S. (2014). Serious mental illness and the role of primary care, *Current Psychiatry Reports*, 16(8):458.
- Ploumpidis, D. (2015). Reform of the psychiatric services in Greece and psychosocial rehabilitation: Achievements and open questions. In M. Economou, A. Javed, M. Madianos & L.E. Peppou (Eds.), *Psychosis: Patient and family. International and Greek examples of psychiatric rehabilitation*, p.p. 30–35, Athens, Hellenic Branch of the World Association for Psychiatric Rehabilitation.
- Ploumpidis, D., Garanis Papadatos, T. & Economou, M. (2008). Deinstitutionalisation in Greece, Ethical problems, *Psychiatriki*, 19:320–329.
- Prieto, L. & Sacristan, J. (2003). Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs), *HEalth Qual Life Outcomes*, 1:80.
- Prüss-Üstün, A., Mathers, C., Corvalán, C. & Woodward A. (2003). The Global Burden of Disease concept. In *Introduction and methods: assessing the environmental burden of disease at national and local levels*, p.p. 27-40, Geneva, World Health Organization (WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 1).
- Raja, S., Kippen, S., Janardhana, N.J., Prassanna, G.L., Deepika, M., et al. (2008). *Evaluating economic outcomes of the mental health and development model in Anhra Pradesh, India*, Bangalore: BasicNeeds.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C. & Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial, *Lancet*, 372:902-909.
- Rai, M. & Goyal, R. (2018). Pharmacoeconomics in Healthcare. In D. Vohora & G. Singh (Eds.), *Pharmaceutical Medicine and Translational Clinical Research*, p.p. 465-472, Academic Press.
- Raney, L.E. (2015). Integrating primary care and behavioral health: the role of the psychiatrist in the collaborative care model, *American Psychiatric Association*, 172(8):721–728.

- Razzouk, D. (2017). Burden and Indirect Costs of Mental Disorders. In D. Razzouk (Ed.), *Mental Health Economics*, p.p. 381-391, Springer, Berlin. doi:10.1007/978-3-319-55266-8\_25
- Reidpath, D.D. (2003). Measuring health in a vacuum: examining the disability weight of the DALY, *Health Policy Plan*, 18:351–356.
- Riva, M., Bambra, C., Curtis, S. & Gauvin, L. (2011). Collective resources or local social inequalities? Examining the social determinants of mental health in rural areas, *Eur J Public Health*, 21(2):197-203. doi:10.1093/eurpub/ckq064
- Robinson, L.A., Hammitt, J.K., Chang, A.Y. & Resch, S. (2017). Understanding and improving the one and three times GDP per capita cost-effectiveness thresholds, *Health Policy Plan*, 32:141–145.
- Robinson, R. (1993). Economic evaluation and health care. IV: Cost-utility analysis, *British Medical Journal*, 307:859-862.
- Roelandt, J.L. & Desmons, P. (2002). *Manuel de psychiatrie citoyenne. L'avenir d'une disillusion*, Des pensées et des actes en santé mentale, Press: Paris.
- Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., Castro, A., Fritsch, R., Moessner, M. & Bauer, S. (2018). A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas: Open-Label Trial, *Journal of Medical Internet Research*, 20(4):e158.
- Rojas, G., Araya, R. & Fritsch, R. (2000). Mental health, psychosocial problems and primary care of health, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 46(2):119–126.
- Rosen, A., Mueser, K.T. & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment-issues from scientific and clinical literature with implications for practice, *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6):813–25.
- Ross, L.E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J.D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S. & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study, *BMC Family Practice*, 16:135.

- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) (2016). *The economic cost of serious mental illness and comorbidities in Australia and New Zealand*, Australian Health Policy Collaboration, Melbourne.
- Russell, D.J., Humphreys, J.S., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M. & Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems, *Australian Journal of Rural Health*, 21(2):61–71.
- Russell, L. (2010). *Mental health care services in primary care tackling the issues in the context of health care reform*, Washington, DC, Center for American Progress.
- Sagar, R., Dandona, R., Gururaj, G., Dhaliwal, R.S., Singh, A., Ferrari, A. et al. (2020). The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017, *Lancet Psychiatry*, 7(2):148-161. doi:10.1016/S2215-0366(19)30475-4
- Salize, H.J. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, *British Journal of Psychiatry*, 184: 163-168. doi: 10.1192/bjp.184.2.163
- Salomon, J., Vos, T., Hogan, D.R., Gagnon, M., Naghavi, M., Mokdad, A., Begum, N., Shah, R., Karyana, M., Kosen, S., Farje, M.R., et al. (2012). Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*, 380(9859):2129–2143.
- Samartzis, L. & Talias, M.A. (2019). Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1):249. doi:10.3390/ijerph17010249
- Sanders, G.D., Neumann, P.J., Basu, A., Brock, D.W., Feeny, D., Krahn, M., Kuntz, K.M., Meltzer, D.O., Owens, D.K., Prosser, L.A., Salomon, J.A., Sculpher, M.J., Trikalinos, T.A., Russell, L.B., Siegel, J.E. & Ganiats, T.G. (2016). Recommendations for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-effectiveness Analyses: Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine, *Journal of the American Medical Association*, 316(10):1093–1103.

- Sartorius, N. (2018). Comorbidity of mental and physical disorders: a key problem for medicine in the 21st century, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5):369-370.
- Saraceno, B., Levav, I. & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression, *World Psychiatry*, 4:181–185.
- Sashidharan, S.P. & Saraceno, B. (2017). Is psychiatry becoming more coercive?, *British medical journal*, 357:j2904.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity and inefficiency, *Lancet*, 370:878–889.
- Schackman, B.R., Neukermans, C.P., Fontain, S.N., Nolte, C., Joseph, P., Pape, J.W. & Fitzgerald, D.W. (2007). Cost-effectiveness of rapid syphilis screening in prenatal HIV testing programs in Haiti, *PLoS Medicine*, 4:e183.
- Schley, C., Yuen, K., Fletcher, K. & Radovini, A. (2012). Does engagement with an intensive outreach service predict better treatment outcomes in ‘high-risk’ youth?, *Early Intervention in Psychiatry*, 6(2):176–184.
- Schroeder, S.A. (2012). Incidence, prevalence, and hybrid approaches to calculating disability-adjusted life years, *Population Health Metrics*, 10(1):19.
- Schulte, P. (2005). Characterizing the burden of occupational injury and disease, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (6): 607-622.
- Shillcutt, S.D., Walker, D.G., Goodman, C.A. & Mills, A.J. (2009). Cost-effectiveness in low- and middle-income countries: a review of the debates surrounding decision rules, *Pharmacoeconomics*, 27(11):903–917.
- Shim, R. & Rust, G. (2013). Primary care, behavioral health, and public health: partners in reducing mental health stigma, *American Journal of Public Health*, 103(5):774–776.
- Simning, A., Wijngaarden, E.V., Fisher, S.G., Richardson, T.M. & Conwell, Y. (2012). Mental health care need and service utilization in older adults living in public housing, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5):441–451.

- Simon, G.E., Katon, W.J., VonKorff, M., Unützer, J., Lin, E.H., Walker, E.A., Bush, T., Rutter, C. & Ludman, E. (2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression, *American Journal of Psychiatry*, 158(10):1638-1644.
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, *Health Policy*, 115(2-3):111-119. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.002
- Sinha, A., Levine, O., Knoll, M.D., Muhib, F. & Lieu, T.A. (2007). Cost-effectiveness of pneumococcal conjugate vaccination in the prevention of child mortality: an international economic analysis, *Lancet*, 369:389–396.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P.N. & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece, *BMC Psychiatry*, 13(1):163. doi:10.1186/1471-244X-13-163
- Souliotis, K., Peppou, L.E., Agapidaki, E., Tzavara, C., Debiais, D., Hasurdjiev, S. & Sarkozy, F. (2018a). Health democracy in Europe: Cancer patient organization participation in health policy, *Health expectations*, 21(2):474-484.
- Souliotis, K., Peppou, L.E., Tzavara, C., Agapidaki, E., Varvaras, D., Buonomo, O., Debiais, D., Hasurdjiev, S. & Sarkozy, F. (2018b). Cancer patients' organisation participation in health policy decision-making: a snapshot/ cluster analysis of the EU-28 countries, *BMJ Open*, 8(8):e018896.
- Souliotis, K., Agapidaki, E., Papageorgiou, M., Voudouri, N. & Contiades, X. (2017a). Access to treatment for Hepatitic C among injection drug users: results from the cross-sectional HOPE IV study, *International Journal for Equity in Health*, 16:101.
- Souliotis, K., Agapidaki, E., Peppou, L.E. & Tzavara, C. (2017b). Assessing Patient Organization Participation in Health Policy: A Comparative Study in France and Italy, *International Journal of Health Policy and Management*, 6:1-11.

- Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. & Economou, M. (2017c). Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study, *International Journal of Mental Health Systems*, 11:65.
- Souliotis, K., Alexopoulou, E., Papageorgiou, M., Politi, A., Litsa, P. & Contiades, X. (2016a). Access to Care for Multiple Sclerosis in Times of Economic Crisis in Greece—the Hope II Study, *International Journal of Health Policy Management*, 5(2):83-89.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. & Liaropoulos, L. (2016b). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last..., *European Journal of Health Economics*, 17:159-170.
- Souliotis, K., Agapidaki, E., Peppou, L.E., Tzavara, C., Samoutis, G. & Theodorou, M. (2016c). Assessing Patient Participation in Health Policy Decision-Making in Cyprus, *International Journal of Health Policy and Management*, 5(8):461-466.
- Souliotis, K. & Lionis, C. (2004). Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, *Journal of Medical Systems*, 18(6):643-652.
- Sowar, K., Thurber, D., Vanderploeg, J. & Haldane, E. (2018). Psychiatric Community Crisis Services for Youth, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 27(3):479-490. doi:10.1016/j.chc.2018.03.002
- Spyridakis, M. & Feronas, A. (2014). The impact of the economic crisis on the quality of life for residents of Attiki area. The experience from the City of Marousi, *Social Cohesion and Development*, 2014(9) 1, 5-28.
- Stancu, I., Alnawaqil, A.M., Gaillard, M., Marquis, S., Miserez, M. & Giannakopoulos, P. (2008). Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé: principes et perspectives, *Revue Médicale Suisse*, 4:957–963.
- Stanhope, V. & Matejkowski, J. (2010). Understanding the role of individual consumer–provider relationships within assertive community treatment, *Community mental health journal*, 46(4):309-318.
- Steele, M., Zayed, R., Davidson, B., Stretch, N., Nadeau, L., Fleisher, W. & St John, K. (2012). Referral patterns and training needs in psychiatry among primary care

- physicians in Canadian rural/remote areas, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2):111–123.
- Steenland, K. & Armstrong, B. (2006). An overview of methods for calculating the burden of disease due to specific risk factors, *Epidemiology*, 17:512-519.
- Stein, L. & Test, M. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives Of General Psychiatry*, 37(4):392–397. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & Mckee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, *Lancet*, 378(9786):124-125.
- Sturk, H., Kavanagh, D., Gallois, C., King, D., Turpin, M., King, R. & Bartlett, H. (2007). Should mental health issues be addressed in primary care, and can it be done? Views of rural general practitioners in Queensland, *Australasian Psychiatry*, 15(1):90–94.
- Stylianidis, S., Peppou, L.E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K. & Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: are compulsory admissions in Greece a one-way road?, *International journal of law and psychiatry*, 52:28–34. doi:10.1016/j.ijlp.2017.04.001
- Stylianidis, S., Peppou, L.E., Drakonakis, N. & Panagou, A. (2016). In S. Stylianidis, *Social and community psychiatry: Towards a critical, patient-oriented approach*, Springer International Publishing, 451-468.
- Stylianidis, S., Chondros, P. & Lavdas, M. (2014a). Critical approach of an empowerment and recovery process: A case study from Greece, In C. Soldatos, P. Ruiz, D. Dikeos & M. Riba (Eds.), *Pluralism in psychiatry: I diverse approaches and converging goals*, p.p. 229–236, Bologna, Medimond.
- Stylianidis, S., Pantelidou, S., Chondros, P., Roelandt, J. & Barbato, A. (2014b). Prevalence of mental disorders in a greek island, *Psychiatriki*, 25(1):19-26.
- Stylianidis, S. & Chondros, P. (2011). Crise économique, crise de la réforme psychiatrique en Grèce: indice de déficit démocratique en Europe ?, *L'Information psychiatrique*, 87: 625-627.



- Stylianidis, S., Pantelidou, S. & Chondros, P. (2007a). *Stigma: des Unités Mobiles de Santé Mentale dans les Cyclades: Le cas de Paros*, congrès de Nice: Stigma: Vaincre les discriminations en Santé Mentale, organisée par le CCOMS – Lille, L' Information psychiatrique, 83, 682-688.
- Stylianidis, S., Pantelidou, S. & Chondros, P. (2007b). Des unités mobiles de santé mentale dans les Cyclades: Le cas de Paros, *L' Information Psychiatrique*, 83:682–688.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). *Crisis Services: Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Funding Strategies*, HHS Publication No. (SMA)-14-4848, Rockville.
- Swenson, J.R., Aubry, T., Gillis, K., MacPhee, C., Busing, N., Kates, N., Pantin, S. & Runnels, V. (2008). Development and implementation of a collaborative mental health care program in a primary care setting: The Ottawa share program, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2):75–91.
- Tan Torres Edejer, T., Baltussen, R., Adams, T., Hutubessy, R., Acharya, A., Evans, D.B. & Murray, C. (2003). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*, Geneva, World Health Organization.
- Tansella, M. & Thornicroft, G., (2001). *Mental Health Outcome Measures*, 2nd Edition, Gaskell, Glasgow.
- Test, M. & Stein, L. (1976). Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients, *Community Mental Health Journal*, 12:72–82.
- Thomson, S., Cylus, J. & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, World Health Organization.
- Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., Pevele, R.C., Stevens, A., Ostler, K.J., Pickering, R.M., Baker, N.G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. & Campbell, M.J. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial, *Lancet*, 355(9199):185-191.

- Thornicroft, G., Deb, T. & Henderson, C. (2016). Community Mental Health Care Worldwide: Current Status and Further Developments, *World Psychiatry*, 15:276-286. doi: 10.1002/wps.20349
- Thornicroft, G. & Patel, V. (2014). Including mental health among the new sustainable development goals, *British Medical Journal*, 349:g5189.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2010). *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας, Επιμέλεια μετάφρασης: Στυλιανίδης Σ., Εκδόσεις Τόπος.*
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence, *British journal of psychiatry*, 185:283-290.
- Thornicroft, G. & Szumkler, G. (2001). What is community psychiatry? In G. Szumkler & G. Thornicroft (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2001). *Measuring mental health needs*, 2nd ed., Gaskell, Royal College of Psychiatrist, London.
- Tol, W., Komproe, I., Susanty, D., Jordans, M., Macy, R.D. & De Jong, J.T. (2008). School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial, *Journal of the American Medical Association*, 300:655–662.
- Tolley, K. (2009). *What are health utilities?*, London, Hayward Medical Communications.
- Tomlinson, M. & Lund, C. (2012). Why does mental health not get the attention it deserves? An application of the Shiffman and Smith framework, *Public Library of Science Medicine*, 9:e1001178.
- Trautmann, S., Rehm, J. & Wittchen, H.U. (2016). The economic costs of mental disorders, *EMBO Rep*, 17(9):1245-1249. doi:10.15252/embr.201642951
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis, *American Public Health Association*, 94:651–656.

- Tsuchiya, A., Ikeda, S. & Ikegami, N. (2002). Estimating an EQ-5D population value set: the case of Japan, *Health* (Irvine Calif), 353:341–353.
- United Nations (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/Res/70/1.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C., Williams, J., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R., Noël, P.H., Lin, E., Areán, P., Hegel, M., Tang, L., Belin, T., Oishi, S. & Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 288:2836-2845.
- Urban, S., Baier, V., Geiser, E., Senent, E., Dutoit, F. & Holzer, L. (2013). Equipe Mobile pour Adolescents. Une étude pilote évaluant l'efficacité et l'impact des événements de vie aversifs, *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 164(06):206-211. doi:10.4414/sanp.2013.00189
- US Department of Health and Human Services: Shortage designation (2015). *Health professional shortage areas and medically underserved areas/populations*, Washington, DC, Department of Health and Human Services.
- US Department of Health and Human Services: Office of Health Equity Status Update (2012). *Report to the Senate Budget Subcommittee*, Sacramento, Calif, California Department of Public Health.
- Van Baal, P.H., Hoeymans, N., Hoogenveen, R.T., de Wit, G.A. & Westert, G.P. (2006). Disability weights for comorbidity and their influence on health-adjusted life expectancy, *Population Health Metrics*, 4:1.
- Van Citters, A. & Bartels, S. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults, *Psychiatric Services*, 55(11):1237–1249.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F. & Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of literature, *European Journal of General Practice*, 2(2):65–70.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U.G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R., O' Donnell, O., Propper, C.,

- Puffer, F., Rodriguez, M., Sundberg, G. & Wilkelhake, O. (1997). Income-related inequalities in health: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, 16(1):93-112. doi: 10.1016/s0167-6296(96)00532-2
- Van Rijswijk, E., van Hout, H., van de Lisdonk, E., Zitman, F. & van Weel, C. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study, *BMC Family Practice*, 10:52.
- Van Veldhuizen, J.R. (2007). A Dutch version of ACT, *Community Mental Health Journal*, 43:421–423.
- Vázquez-Polo, F.J., Negrín, M., Cabasés, J.M., Sánchez, E., Haro, J.M. & Salvador-Carulla, L. (2005). An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach, *Journal of mental health policy and economics*, 8(3):153–165.
- Venios v. Greece (2011). *First Section Appeal Nbr: 33055/08* (European Court of Human Rights).
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP), *Revista médica de Chile*, 130(5):527–536.
- Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness, *Lancet*, 3:171-178. doi:10.1016/S2215-0366(15)00505-2
- Vingilis, E., Paquette-Warren, J., Kates, N., Crustolo, A., Greenslade, J. & Newman, S. (2007). Descriptive and process evaluation of a shared primary care program, *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5(4), Article 10.
- Vöhringer, P., Jimenez, M., Igor, M., Fores, G., Correa, M., Sullivan, M., Holtzman, N., Whitham, E., Barroilhet, S., Alvear, K., Logvinenko, T., Kent, D. & Ghaemi, N. (2013). Detecting mood disorder in resource-limited primary care settings: comparison of a self-administered screening tool to general practitioner assessment, *Journal of Medical Screening*, 20(3):118–124.
- Vozikis, A. & Siganou, M. (2015). Immigrants' Satisfaction from the National Health System in Greece: In the Quest of the Contributing Factor, *Health*, 7:1430-1440.

- Vozikis, A. & Sotiropoulou, E. (2013). Economic Burden of Multiple Sclerosis on patients: Research Findings from Greece, *Journal of Finance and Economics*, 1(3):36-40.
- Walker, E., McGee, R. & Druss, B. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A systematic Review and Meta-analysis, *American Journal of Psychiatry*, 72(4):334–341.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G.H., Schmitz, N. & Patten, S.B. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis, *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:598–605.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62:603–613.
- Weiss, T., Weiss, L., Teeter, D. & Geraci, J. (1999). Care provided by VA mobile clinic staff during Northridge earthquake relief, *Prehospital and disaster medicine*, 14:191–197.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*, London, Routledge.
- Wittchen, H.U., Muhlig, S. & Beesdo, K. (2003). Mental disorders in primary care, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(2):115–128.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*, 382(9904):1575–1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Woods, B., Revill, P., Sculpher, M. & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research, *Value Health*, 19:929–935.

- World Bank (2008). *Realizing Rights through Social Guarantees: An Analysis of New Approaches to Social Policy in Latin America and South Africa*, Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*, New York, Oxford University Press for the World Bank, 62.
- World Health Organization Discussion Paper (2019). *Draft menu of cost-effective interventions for mental health*. Version dated 2 September 2019.
- World Health Organization (2018a). *WHO methods and data sources for life tables 1990-2016*, Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva. Published March 2018.
- World Health Organization (2018b). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016*, Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva. Published June 2018.
- World Health Organization (2017). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015*, Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva. Published January 2017.
- World Health Organization (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision (ICD-10), Version for 2016.
- World Health Organization (2015). *2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities. Main findings*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 150974 9.
- World Health Organization (2014a). *Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE)*, Geneva.
- World Health Organization (2014b). *Choosing interventions that are cost-effective*, Geneva.
- World Health Organization (2013). *Research for universal health coverage: World health report 2013*, Geneva.
- World Health Organization (2011). *Impact of economic crises on mental health*, Regional Office for Europe, Geneva.

- World Health Organization (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*, Geneva. ISBN: 9789241564014.
- World Health Organization (2009). *Improving health systems and services for Mental Health*, Geneva.
- World Health Organization (2008a). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, Geneva.
- World Health Organization (2008b). *Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines*, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2008c). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders*, Geneva.
- World Health Organization (2007). *The Optimal Mix of Services for Mental Health*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2005). *Mental health atlas 2005*, Geneva.
- World Health Organization (2004a). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, Geneva.
- World Health Organization (2004b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report), Geneva.
- World Health Organization (2003a). *Investing in mental health*, Geneva, WHO Press.
- World Health Organization, Tan Torres Edejer, T., Baltussen, R., Adam, T., Hutubessy, R., Acharya, A., Evans, D.B. & Murray C.J.L. (2003b). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*, Geneva.
- World Health Organization, (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*, Geneva.

- World Health Organization (2001a). *Atlas: Mental health resources in the world, 2001*, Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization (2001b). *Mental health: new understanding, new hope*, Geneva, WHO Press.
- World Health Organization (2001c). *Strengthening mental health promotion*, Geneva.
- World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization (2001d). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development: executive summary*, report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. ISBN 9241545526
- World Health Organization (1996). *Investing in health research and development: report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options*, Geneva.
- World Health Organization (1981). *Health program evaluation: Guiding principles for its application in the managerial process for national health development*, Geneva, World Health Organization.
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). Patients' satisfaction with the health care system: Assessing the impact of socio-economic and health care provision factors, *BMC Health Services Research*, 16:94.
- Xie, S., Karlsson, H., Dalman, C., Widman, L., Rai, D., Gardner, R.M. et al. (2019). Family History of Mental and Neurological Disorders and Risk of Autism, *JAMA Netw Open*, 2(3):e190154, doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0154
- Yu, S., Hill, C., Ricks, M., Bennet, J. & Oriol, N. (2017). The Scope and Impact of Mobile Health Clinics in the United States: A Literature Review, *International Journal for Equity in Health*, 16, Article 178. doi:10.1186/s12939-017-0671-2
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. & Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, *European Journal of Public Health*, 23:206-210.



## Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Δ. & Σουμάκη, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων, *Ψυχιατρική*, 23(1):13-16.
- Βαρτζιώτης, Α., Καλαθάς, Χ. & Περιτογιάννης, Β. (2012). *Ανάγκες γιατρών της ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: Το παράδειγμα της κατάθλιψης*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 20–29.
- Γαρόνη, Ν., Σαραντίδης, Δ. & Κατσαδώρος, Κ. (2016). Αξιοποίηση της τεχνολογίας στο πλαίσιο της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας, *Ψυχιατρική*, 27 (4):287-295.
- Γαρόνη, Ν., Τούμπα, Π. & Κατσαδώρος, Κ. (2012). *Αξιοποίηση τεχνολογικών πόρων στο πλαίσιο της λειτουργίας της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 62–71.
- Γείτονα, Μ., Λατσού, Δ. & Χριστοδούλου, Α. (2018). Η Χρήση των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και Επικοινωνίας στην Υγεία: υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Στο Εμ. Σπυριδάκης, Η. Κουτσούκου & Α. Μαρινοπούλου (Επιμ.), *Κοινωνία του Κυβερνοχώρου*, σ. 227-251, Εκδόσεις Σιδέρης, Αθήνα.
- Γείτονα, Μ., Χατζίκου, Μ., Λαμπρέλλη, Δ. & Υφαντόπουλος, Ι. (Επιμ.) (2017). *Κόστος Υπηρεσιών Υγείας, Ποιότητα και Αποτελέσματα, Λεξικό ορών ISPOR*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Γείτονα, Μ. (2012). *Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας. Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων*, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Γείτονα, Μ., Ολλανδέζος, Μ., Κουσουλάκου, Χ., Αγγελόπουλος, Η., Ζαχαράκης, Κ., Κακαβάς, Π., Καρπούζα, Β., Κεσίδου, Σ., Μπιλανάκης, Ν., Παπαμιχαήλ, Ε., Παπανικολάου, Σ., Χαϊδεμένος, Α., Χαμογεωργάκης, Θ. & Κυριόπουλος, Γ.

- (2007). Το Κόστος Αντιμετώπισης της Σχιζοφρένειας στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 18(1):49-60.
- Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ. & Κυριόπουλος, Γ. (2004). Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Στο Μ. Γείτονα (Επιμ.), *Οικονομική αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων*, σ. 231-242, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
- Γείτονα, Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία, *Ιατρική*, 79:259–267.
- Γιατροί του Κόσμου–Ελληνική Αντιπροσωπεία (ΓτΚ) (2018). *Open Minds. Προωθώντας την Ψυχική Υγεία και την Ευεξία στην Κοινότητα*, Επισκόπηση Αποτελεσμάτων Προγράμματος 2018.
- Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ. & Κονταξάκης, Β. (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 23:29–38.
- Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας, Δ. & Καυκάς, Α. (2011). Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 22:109–119.
- Γιωτάκος, Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, *Ψυχιατρική*, 21:195-204.
- Γκόλνα, Χ., Μαλλιώρα, Μ., Τσιρώνη, Μ., Σουλιώτης, Κ. & Λιονής, Χ. (2014). Εναλλακτικά συστήματα παροχής υπηρεσιών φαρμακευτικά υποστηριζόμενης θεραπείας της εξάρτησης από οπιοειδή. Από τον αυστηρό έλεγχο στη φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κοινότητα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1): 25-34.
- Δημοπούλου, Μ., Φάντι, Ρ.Μ., Κιουρκτσή, Β., Λούβρος, Κ., Ζεννέτου, Ι., Καββαδία, Α. & Αλαμάνος, Ι. (2011). Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας, *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 8(1):44–48.
- Διανέοσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης (2016). *Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, σ. 110-138, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2019). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος Φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2018 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2017)*, Ελληνική Δημοκρατία, Πειραιάς, 21 Ιουνίου 2019.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016α). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2015*, Πειραιάς, 05 Οκτωβρίου 2016.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016β). *Δελτίο Τύπου. Αιτίες Θανάτων έτους 2014*, Πειραιάς, 15 Δεκεμβρίου 2016.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2015). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*, Πειραιάς, Ελληνική Δημοκρατία.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του Μόνιμου Πληθυσμού της Χώρας σύμφωνα με την αναθεώρηση των αποτελεσμάτων της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών 2011 στις 20/3/2014*. Πειραιάς, 12 Σεπτεμβρίου 2014.
- Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (ΕΙΥ) (2014). *ΥΔΡΙΑ: Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και αποτύπωση*.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγιεινής (ΕΠΨΥ) (2013). *Πανελλαδική μελέτη: η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού*, ΕΠΨΥ, Αθήνα.
- Ζάβρας, Δ. & Γείτονα, Μ. (2013). Κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας: μεθοδολογικά ζητήματα και τεχνικές μέτρησης. Στο Χ. Οικονόμου (Επιμ.), *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία*, σ. 185-206, Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα.
- Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης ΑΕ (ΗΔΙΚΑ) (2015). *Μηνιαία απεικόνιση συνταξιοδοτικών παροχών & προνοιακών επιδομάτων*, Έκθεση 22<sup>η</sup>, Αθήνα, Μάρτιος 2015.
- ΙΚΠΙ, Τούντας, Γ., Σουλιώτης, Κ. και συνεργάτες (2015). *Hellas Health VI, Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

- ΙΚΠΙ (2013). *Hellas Health V, Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- ΙΚΠΙ (2010). *Hellas Health III, Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- ΙΚΠΙ, Τούντας, Γ. και συνεργάτες (2008). *Hellas Health II, Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα (Δελτίο Τύπου– Σύνοψη Συμπερασμάτων).
- Καϊτελίδου, Δ., Καλογεροπούλου, Μ., Μούγιας, Α.Α., Γαλάνης, Π., Κοντοδημόπουλος, Ν., Παπαδοπούλου, Π., Πασάλογλου, Σ. & Λιαρόπουλος Λ. (2014). Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη, *Νοσηλεία και Έρευνα*, 35:72-83.
- Κατσαρός, Α. (2010). Ανάγκες διασύνδεσης της ψυχικής με τη γενική υγεία, *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6:163-167.
- Κυλούδης, Π., Τανανάκη, Μ. & Ρεκλείτη, Μ. (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4:1–8.
- Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκης, Κ. & Πάβη, Ε. (2012). *Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*, σ. 23-40, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. & Γείτονα, Μ. (2008). *Τα Οικονομικά της Υγείας. Μέθοδοι και εφαρμογές της οικονομικής αξιολόγησης*, σ. 21-64, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
- Κώττη, Σ. & Μπόλιας, Κ. (2012). *Πρόγραμμα αποκατάστασης μέσω υπολογιστή-τηλεδιάσκεψης*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 55–61.
- Λιάκος, Α. (2003). *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, σ. 55-70, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Μαδιανός, Μ. (2013). Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;, *Ψυχιατρική*, 24(1):13-16.
- Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαυρέας, Β. (2002). *Η Σημασία της Μελέτης της Ποιότητας Ζωής στην Έρευνα των Ψυχώσεων*, Εισήγηση στο 17ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Χαλκιδική.
- Μιμίκος, Σ., Ζιάννη, Α., Ραυτοπούλου, Ε. & Θεολόγος, Γ. (2012). *Κινητή μονάδα ψυχικής υγείας Κεφαλονιάς και Ιθάκης: Μοντέλο διαχείρισης περιστατικών στην κοινότητα*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 12-19.
- Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Α. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, *Εγκέφαλος*, 48:54-61.
- Μπούτσικας, Μ. (2005). *Παράγωγα χρηματοοικονομικά προϊόντα*, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Α.Ε., Διέτη, Ε. & Σουλιώτης, Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1):17-26.
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Α.Ε., Φουσκετάκη, Σ., Θελερίτης, Χ., Πατελάκης, Α., Αλεξίου, Τ., Μαδιανός, Μ. & Στεφανής, Κ. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών, *Ψυχιατρική*, 24(4):247-261.
- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Α.Ε., Λουκή, Ε., Κομπορόζος, Α., Μέλλου, Α. & Στεφανής, Κ. (2012). Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, *Ψυχιατρική*, 23(1):17-28.
- Παντελίδου, Σ., Βακαλοπούλου, Α. & Στυλιανίδης, Σ. (2012). *Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από την κινητή μονάδα ψυχικής υγείας ΒΑ. Κυκλάδων Ε.Π.Α.Ψ.Υ.*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 45-49.

- Παντελίδου, Σ. & Στυλιανίδης, Σ. (2010). Καινοτόμες δράσεις, προκλήσεις και προοπτικές Κινητής Μονάδας Υγείας ΒΑ. Κυκλάδων Ε.Π.Α.Ψ.Υ.: το παράδειγμα της Πάρου και Αντιπάρου. Στο Γ. Κουλιεράκης και συνεργάτες (Επιμ.), *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας, Έρευνα και Πρακτική*, σ. 309-323, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Παντελίδου, Σ. & Στυλιανίδης, Σ. (2009). Μοντέλα Καλής Πρακτικής στον Χώρο της Προαγωγής Ψυχικής Υγείας: η εμπειρία από τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων Ε.Π.Α.Ψ.Υ, *Νέα Υγεία*, 68(2):10-12.
- Παρασκευαΐδου, Σ. & Κατσαλιάκη, Κ. (2015). Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των δομών ψυχικής υγείας του προγράμματος «Ψυχαργός», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(4):467-474.
- Περιτογιάννης, Β. & Μαυρέας, Β. (2014). Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):71-76. ISSN 11-05-3992
- Περιτογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ. & Μαυρέας, Β. (2014). Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(6):669-677.
- Πλουμπίδης, Δ. (2009). Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, *Σύναψις*, 15(5):22-28.
- Σκαπινάκης, Π., Ζήση, Α., Σαββίδου, Μ., Τσελώνη, Μ. & Χίου, Μ. (2007). Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας του βόρειου Αιγαίου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):30–36.
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ. & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1):9-16.
- Σουλιώτης, Κ. (2014α). Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: Η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας. Στο Κ. Σουλιώτης (Επιμ.), *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή*

στη Λήψη Αποφάσεων, Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων, Σύλλογοι Ασθενών, σ. 23–51, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ. (2014β). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων: Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):7-12.

Σουλιώτης, Κ., Γκόλνα, Χ., Μαλλιώρα, Μ., Κοντιάδης, Ξ., Θηραίος, Ε. & Λιονής, Χ. (2014). Διευρύνοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες θεραπείας της εξάρτησης μέσω της ενσωμάτωσης δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από την επιταγή στην επιλογή, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):43-51.

Σουλιώτης, Κ. (2013). *Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σταυριανάκος, Κ., Κονταξάκης, Β., Μουσσάς, Γ., Παπλός, Κ., Παπασλάνης, Θ., Χαβάκη Κονταξάκη, Μ. & Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2014). Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα, *Ψυχιατρική*, 25(2):104-110.

Στουραΐτου, Σ., Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ., Σταυρογιαννόπουλος, Μ., Χονδρός, Π., Δρακωνάκης, Ν., Δρομπόνη, Φ. & Παπασάικα, Ε. (2009). Ακούσιες ψυχιατρικές νοσηλείες στο Νομό Κυκλάδων: Καταγραφή και Παρατηρήσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 107:66-79.

Στυλιανίδης, Σ. (2015). *Ενδυνάμωση και συνηγορία. Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας*, Επιμέλεια, σ. 91-106, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.

Στυλιανίδης, Σ. και συνεργάτες (2014). *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Για μια κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική*, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.

Στυλιανίδης, Σ., Σκαπινάκης, Π., Παντελίδου, Σ., Χονδρός, Π., Αυγουστάκη, Α. & Ζιακούλης, Μ. (2010). Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μία νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(4):675-683.

- Στυλιανίδης, Σ., Γκιωνάκης, Ν. & Χονδρός, Π. (2009). Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας, *Σύναψις*, 15(5):28-44.
- Στυλιανίδης, Σ. & Στυλιανούδη, Μ.Γ. (2008). *Κοινότητα και ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Η εμπειρία της Εύβοιας 1988-2008*, σ. 352-355, Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.
- Στυλιανίδης, Σ., Θεοχαράκης, Ν. & Χονδρός, Π. (2007). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα, *Αρχαιολογία και Τέχνες*, 105:45-54.
- Στυλιανίδης, Σ. & Παντελίδου, Σ. (2006). Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) σαν πολλαπλασιαστής δράσεων για τη δημόσια ψυχική υγεία, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 96:18-24.
- Στυλιανίδης, Σ., Παντελίδου, Σ. & Χονδρός, Π. (2005). Συνοπτική παρουσίαση και αποτελέσματα της έρευνας: Η ψυχική υγεία στο γενικό πληθυσμό: Εικόνες και πραγματικότητες, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90:130–133.
- Στυλιανίδης, Σ. & Χονδρός, Π. (2004). Τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 85:97–103.
- Τσιάντου, Β. & Κυριόπουλος, Γ. (2010). Η οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (2014). *Έκθεση Αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014*, ΥΥΚΑ, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (2010). *Έκθεση της Ομάδας Εργασίας για την Αναθεώρηση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Εθνικό Σχέδιο Δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020)*, ΥΥΚΑ, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (2006). *Οδηγός οργάνωσης υπηρεσιών αντιμετώπισης της κρίσης και των επειγόντων περιστατικών, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β φάση»*, ΥΥΚΑ, Αθήνα.



- Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (2019). *Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.*
- Φερόνας, Α. & Οικονόμου, Χ. (2010). Κοινωνικός Αποκλεισμός και Κοινωνική Ένταξη: Μια Κριτική Επισκόπηση της Έννοιας και της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής με Ιδιαίτερη Αναφορά στον Τομέα της Υγείας, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 6(3):45-72, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,.
- Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, Αθ. (2008). *Κινητή ψυχιατρική μονάδα νομού Φωκίδας. Πρόληψη, έγκαιρη παρέμβαση και περίθαλψη στην κοινότητα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Ψαροπούλου, Ε. (2012). *Ψυχιατρική επίσκεψη στο σπίτι. Η κατ' εξοχήν ψυχιατρική παρέμβαση που δεν διδάσκεται πουθενά*, Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 30–35.

## Ιστότοποι

Eurostat (2018). *Statistics explained: unmet health care needs statistics*, Luxembourg: European Commission. Retrieved December 10, 2019 from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics)

Eurostat (2017). *Suicide Rate in the EU member states, 2014*. Published May 17, 2017. Retrieved October 10, 2020 from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>

Eurostat Data Browser Beta (n.d). *Real GDP per capita*. Retrieved April 10, 2020 from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_08\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_10/default/table?lang=en)

Eurostat Data Browser Beta (n.d). *Monthly minimum wages - bi-annual data*. Retrieved May 11, 2020 from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn\\_mw\\_cur/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/default/table?lang=en)

Eurostat Data Browser Beta (n.d). *Death due to suicide, by sex. Standardised death rate by 100 000 inhabitants*. Retrieved May 10, 2020 from: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2019). *Country Profiles*. Retrieved May 10, 2020 from: <http://www.healthdata.org/greece>

Maine Mobile Health Program. Retrieved May 25, 2019 from: <http://www.mainemobile.org/>

World Health Organization (n.d). *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Retrieved January 23, 2020 from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

World Health Organization (n.d). *Mental health: Belgium: switching to community mental health care*. Retrieved January 10, 2020 from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/outreach\\_teams\\_belgium/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/outreach_teams_belgium/en/)

- World Health Organization (n.d). *Global Health Estimates (GHE), Health statistics and information systems*. Retrieved January 16, 2020 from: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.htm](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.htm)
- World Health Organization (n.d). *Health statistics and information systems. Health Status Statistics: Mortality. Healthy life expectancy (HALE)*. Retrieved January 20, 2020 from: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indhale/en/>
- World Health Organization, European Health Information Gateway (n.d). *Telepsychiatry programmes*. Retrieved September 13, 2020 from: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/ehealth\\_survey\\_97-telepsychiatry/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/ehealth_survey_97-telepsychiatry/)
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2000, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). *Εξελθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας*. Ανακτήθηκε 6 Φεβρουαρίου, 2019, από: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE12/>
- Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.). *Κινητές Μονάδες*. Ανακτήθηκε, 20 Δεκεμβρίου, 2016, από: <http://www.epapsy.gr>
- Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) (2019). *Κινητές Ιατρικές Μονάδες: Κινώντας Γη & Ουρανό για να Προσφέρουν Δωρεάν Ιατρική Βοήθεια*. Αρχείο Newsletter, 8 Ιανουαρίου 2019. Ανακτήθηκε 20 Ιανουαρίου, 2020, από: <https://www.snf.org/el/grafeio-typou/lista-neon/2019/01/kinites-iatrikes-monades-kinontas-gi-ourano-gia-na-prosferoun-dorean-iatriki-boitheia/>
- ΚοιΣΠΕ. *Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης*. Τομέας Ψυχικής Υγείας Δωδεκανήσου. Κοινωνικοί Στόχοι. Επιχειρηματική Στρατηγική. Ανακτήθηκε 18 Μαρτίου, 2018, από: [www.koispe.gr](http://www.koispe.gr)
- Στυλιανίδης, Σ. & Σουλιώτης, Κ. (2017). *Κρίσιμα ζητήματα πολιτικής Ψυχικής Υγείας σε συνθήκες οικονομικής κρίσης!*, HealthReport Gr. Ανακτήθηκε 1 Φεβρουαρίου, 2018, από: <http://www.healthreport.gr/%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B1-%CE%B6%CE%B7%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1->

%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CF%85/

Υπουργείο Υγείας. *Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια*. Ανακτήθηκε 15 Φεβρουαρίου, 2017, από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia>

ΨΥΧΑΡΓΩΣ. *Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*. Ανακτήθηκε 10 Ιανουαρίου, 2017, από: <http://www.psychargos.gov.gr>

## Νομοθετικό πλαίσιο

Νόμος 4074/2012: Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες (ΦΕΚ 88/Α/11-04-2012).

Νόμος 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123/15-07-1992).

Νόμος 3235/2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΦΕΚ 53/Α/18-02-2004).

Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του 2008.

Άρθρο 4: Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Νόμος 2716/1999: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 96/Α/17-05-1999).

Άρθρο 10: Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης.

Υπουργική Απόφαση με αριθμ. Υ5β/οικ 1662/21.5.2001: Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν. 2716/1999 καθώς και κάθε λεπτομέρειας εφαρμογής του ίδιου άρθρου (ΦΕΚ 691/Β/05-06-2001).

Υπουργική Απόφαση με αριθμ. Υ5β/Γ.Π.οικ. 50552/29-5-2013: Τροποποίηση της υπουργικής απόφασης με αριθμ. Υ5β/οικ 1662/21-5-2001 (ΦΕΚ 691/Β/2001) με θέμα

«Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και της στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του Ν. 2716/99 καθώς και κάθε λεπτομέρειας εφαρμογής του ιδίου άρθρου» (ΦΕΚ 1299/Β/29-05-2013).

Υπουργική Απόφαση με αριθ. Υ4α/οικ.18051: Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011), όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την αριθ. Υ4α/οικ.13740/27.3.2012 κοινή υπουργική απόφαση «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27.7.2011 κοινής υπουργικής απόφασης “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ” (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)» (ΦΕΚ 940/Β'/2012). (ΦΕΚ 946/Β/27-03-2012).

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΛΟΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ**

## **Α.1 Δελτίο Θεραπευόμενου**

### **ΔΕΛΤΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ (για ενήλικες)**

**Αριθμός Μητρώου**

**Όνοματεπώνυμο**

**Όνομα Πατέρα**

**Όνομα  
Μητέρας**

**ΑΜΚΑ**

**Ημερομηνία γέννησης:**

**Ημερομηνία υποδοχής:**

**Τόπος υποδοχής**

**Τόπος Γέννησης**

**Νησί**

**Χώρα καταγωγής**

**Διεύθυνση**

**Τηλέφωνο**

**E-mail**

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Φύλο:**

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

**Λόγος Προσέλευσης:**

1. Άγχος  2. Κατάθλιψη  3. Ψύχωση  4. Άνοια  5. Ουσίες   
6. Συνταγογράφηση/Πιστοποιητικό  7. Προβλήματα Σχέσεων-Κοινωνικά-Άλλα   
8. Προβλήματα Συμπεριφοράς  9. Συμβουλευτική Γονέων

**Οικογενειακή κατάσταση:**

1. Άγαμος  2. Έγγαμος  3. Διαζευγμένος /Διάσταση   
4. Χήρος/α  5. Συζεί/Συγκατοικεί

**Αριθμός Παιδιών**

**Διαμονή με:**

1. Μόνος  2. Γονεϊκή Οικογένεια  3. Δική του Οικογένεια   
4. Συζεί/Συγκατοικεί  5. Ίδρυμα/Ξενώνας

**Εκπαίδευση:**

1. Καμία  2. Δημοτικό  3. Γυμνάσιο  4. Λύκειο   
5. ΙΕΚ  6. ΤΕΙ  7. ΑΕΙ



**Επάγγελμα:**

1. Ανώτερα διοικητικά στελέχη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα
2. Επιστήμονας, ανώτερος υπάλληλος, επιχειρηματίας
3. Τεχνολόγοι, τεχνικοί, έμποροι, σώματα ασφαλείας
4. Υπάλληλοι γραφείου, γραμματείς, βοηθοί λογιστών
5. Απασχολούμενοι στη παροχή υπηρεσιών, σερβιτόροι, ξεναγοί
6. Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς
7. Ειδικευμένοι τεχνίτες, ξυλουργοί, μαραγκοί, ηλεκτρολόγοι, αρτοποιοί
8. Ανειδίκευτος εργάτης, λιμενεργάτες, οδοκαθαριστές, μεταφορείς
9. Ένοπλες δυνάμεις
10. Μη μισθωτοί, δεν αναζητούν εργασία, οικιακά, μαθητές
11. Άνεργοι που αναζητούν εργασία

**Απασχόληση:**

1. Πλήρης/  
Σταθερή
2. Μερική/  
Άνεργια
3. Συνταξιούχος
4. Οικιακά
5. Σπουδαστής/Μαθητής

**3\* Εάν επιλέξετε το «Συνταξιούχος» διευκρινίστε γήρατος ή αναπηρίας (λήξη)**

**Ασφαλιστικός φορέας:**

1. ΙΚΑ
2. Δημόσιο /  
ΔΕΚΟ
3. ΟΓΑ
4. ΟΑΕΕ
5. ΝΑΤ
6. ΤΣΑΥ
7. Πρόνοια
8. Ιδιωτική
9. Άλλη
10. Ανασφάλιστος

**9\* Εάν επιλέξετε το «Άλλη» διευκρινίστε**

**Παραπομπή από:**

- |                             |                          |                      |                          |                   |                          |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Μόνος-χωρίς<br>παραπομπή | <input type="checkbox"/> | 2. ΠΦΥ               | <input type="checkbox"/> | 3. Ιδιώτης Ιατρός | <input type="checkbox"/> |
| 4. Κοινωνικός Φορέας        | <input type="checkbox"/> | 5. Δημόσιες<br>Αρχές | <input type="checkbox"/> | 6. Εκκλησία       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Εκπαίδευση               | <input type="checkbox"/> | 8. Άλλο              | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

**Αναφέρατε συγκεκριμένα τον φορέα παραπομπής :**

**Στη περίπτωση παραπομπής από ιατρό συμπληρώστε ονοματεπώνυμο και ΑΜΚΑ του ιατρού :**

**Πηγή πληροφόρησης για την ΚΜΨΥ:**

- |                      |                          |                    |                          |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Πελάτης της<br>ΚΜ | <input type="checkbox"/> | 2. ΠΦΥ             | <input type="checkbox"/> | 3. Κοινωνικός Φορέας | <input type="checkbox"/> |
| 4. Μ.Μ.Ε.            | <input type="checkbox"/> | 5. Ιδιώτης Ιατρός  | <input type="checkbox"/> | 6. Εκπαίδευση        | <input type="checkbox"/> |
| 7. Δημόσιες Αρχές    | <input type="checkbox"/> | 8. Οικογένεια      | <input type="checkbox"/> | 9. Εκκλησία          | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ημερίδα/Ομιλία   | <input type="checkbox"/> | 11. Έρευνα<br>ΚΜΨΥ | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

**Προηγούμενη επίσκεψη σε επαγγελματία / υπηρεσία ψυχικής υγείας:**

1. Ναι  2. Όχι

**Ηλικία 1ης επίσκεψης σε επαγγελματία / υπηρεσία ψυχικής υγείας:**

**Υπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια:**

1. Ναι  2. Όχι

**Σοβαρά Προβλήματα Υγείας:**

1. Ναι  2. Όχι

**Χρόνια σωματική πάθηση:**

1. Ναι  2. Όχι

**Σωματική πάθηση:**

- |                       |                          |                     |                          |                   |                          |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Όχι                | <input type="checkbox"/> | 2. Καρδιαγγειακή    | <input type="checkbox"/> | 3. Αναπνευστικού  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Μυοσκελετική       | <input type="checkbox"/> | 5. Νεοπλασία        | <input type="checkbox"/> | 6. Πεπτικού       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Αυτοάνοση<br>Νόσος | <input type="checkbox"/> | 8. Νευρολογική      | <input type="checkbox"/> | 9. Διαβήτης       | <input type="checkbox"/> |
| 10. Υπο-θυρεοειδής    | <input type="checkbox"/> | 11. Υπέρ-Θυρεοειδής | <input type="checkbox"/> | 12. Δερματολογικά | <input type="checkbox"/> |
| 13. Άλλο              | <input type="checkbox"/> | 14. Καμία           | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

**Ψυχιατρικές νοσηλείες**

**(προηγούμενο έτος):**

1. Ναι  2. Όχι

**Φαρμακευτική αγωγή κατά την υποδοχή:**

- |                     |                          |                                     |                          |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. Αγχολυτικά       | <input type="checkbox"/> | 2. Υπναγωγά                         | <input type="checkbox"/> | 3. Αντικαταθλιπτικά | <input type="checkbox"/> |
| 4. Αντιψυχωσικά     | <input type="checkbox"/> | 5. Σταθεροποιητικά<br>Αντεπιληπτικά | <input type="checkbox"/> | 6. Αντιανοϊκά       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Αντιπαρκινσονικά | <input type="checkbox"/> | 8. Άλλα                             | <input type="checkbox"/> | 9. Καμία            | <input type="checkbox"/> |

**Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας:**

1. Ψυχολογικές Θεραπείες  2. Φαρμακοθεραπεία
3. Ψυχοθεραπεία και Φ. Α.  4. Αποκατάσταση  5. Παρέμβαση κατ' οίκον
6. Παρέμβαση Δικτύου  7. Παραπομπή σε άλλη Υπηρεσία
8. Δε χρειάζεται θεραπεία

**Φαρμακευτική αγωγή εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας:**

1. Αγχολυτικά  2. Υπναγωγά  3. Αντικαταθλιπτικά
4. Αντιψυχωσικά  5. Σταθεροποιητικά Αντεπιληπτικά  6. Αντιανοϊκά
7. Αντιπαρκινσονικά  8. Άλλα  9. Καμία

**ICD-10 Κωδικός:**

**GAF Score:**

## A.2 Κωδικοποίηση Διάγνωσης ICD-10

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν αντληθεί από τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, Δέκατη Αναθεώρηση, Έκδοση του 2016 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, ICD-10, Version for 2016, World Health Organization).

**Κεφάλαιο V:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (Mental and behavioural disorders)

**F00-F09:** Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει ένα εύρος ψυχικών διαταραχών που ταξινομούνται μαζί επειδή έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό μια αποδεδειγμένη αιτιολογίας εγκεφαλική νόσο, τραυματισμό του εγκεφάλου, ή άλλη προσβολή που οδηγεί σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία μπορεί να είναι πρωτοπαθής, όπως σε νοσήματα, τραυματισμούς και βλάβες που προσβάλλουν τον εγκέφαλο άμεσα και εκλεκτικά· ή δευτεροπαθής, όπως σε συστηματικές νόσους και διαταραχές που προσβάλλουν τον εγκέφαλο μόνον ως ένα από τα πολλαπλά εμπλεκόμενα όργανα ή συστήματα.

Η άνοια (F00 - F03) είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε νόσημα του εγκεφάλου, συνήθως χρόνιας ή εξελικτικής φύσης, στο οποίο υπάρχει διαταραχή πολλαπλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων της μνήμης, της σκέψης, του προσανατολισμού, της νόησης, του μαθηματικού λογισμού, της ικανότητας για μάθηση, της γλώσσας και της κρίσης. Η συνείδηση δεν επηρεάζεται. Οι βλάβες της γνωστικής λειτουργίας συνήθως συνοδεύονται, και περιστασιακά ακολουθούν, την επιδείνωση του συναισθηματικού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. Αυτό το σύνδρομο απαντάται στη νόσο Alzheimer, στα αγγειακά νοσήματα του εγκεφάλου, και σε άλλες καταστάσεις οι οποίες επηρεάζουν τον εγκέφαλο, πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς.

**F00 \*:** Άνοια στη νόσο Alzheimer (G30.- †)

**F01:** Αγγειακή άνοια

**F03:** Άνοια μη καθορισμένη

**F06:** Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο

**F06.7:** Ήπια διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών

**F07:** Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία

**F09:** Μη καθορισμένη οργανική ή συμπτωματική ψυχική διαταραχή

**F10-F19:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία διαταραχών που διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα και την κλινική μορφή αλλά μπορούν όλες να αποδοθούν στη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίες μπορεί να έχουν ή όχι συνταγογραφηθεί από γιατρό. Το τρίτο ψηφίο του κωδικού προσδιορίζει την εμπλεκόμενη ουσία, και το τέταρτο ψηφίο καθορίζει την κλινική κατάσταση. Οι κωδικοί πρέπει να χρησιμοποιούνται, όπως απαιτείται, για κάθε ουσία που προσδιορίζεται, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι δεν μπορούν να αντιστοιχηθούν όλοι οι τετραψήφιοι κωδικοί σε όλες τις ουσίες.

Η αναγνώριση της ψυχοδραστικής ουσίας πρέπει να βασίζεται σε όσο το δυνατόν περισσότερες πηγές πληροφόρησης. Αυτές περιλαμβάνουν αυτο-δηλούμενα στοιχεία, ανάλυση αίματος και άλλων υγρών του σώματος, χαρακτηριστικά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, κλινικά σημεία και συμπεριφορά, και άλλες ενδείξεις, όπως κατοχή ουσίας από τον ασθενή ή αναφορές από ενήμερες τρίτες πηγές. Πολλοί χρήστες ουσιών λαμβάνουν περισσότερους από έναν τύπους ψυχοδραστικών ουσιών. Η κύρια διάγνωση πρέπει να ταξινομηθεί, όποτε αυτό είναι δυνατό, σύμφωνα με την ουσία ή την κατηγορία των ουσιών που προκάλεσε ή συνέβαλε το περισσότερο στην εκδήλωση της παρούσας διαταραχής. Άλλες διαγνώσεις πρέπει να κωδικοποιηθούν όταν άλλες ψυχοδραστικές ουσίες έχουν ληφθεί σε τοξικές ποσότητες (κοινό τέταρτο ψηφίο το .0)

στο βαθμό που αυτές προκαλούν βλάβη (κοινό τέταρτο ψηφίο το .1), εξάρτηση (κοινό τέταρτο ψηφίο το .2) ή άλλες διαταραχές (κοινό τέταρτο ψηφίο το .3 - .9).

Μόνο σε περιπτώσεις στις οποίες η λήψη ψυχοδραστικών ουσιών είναι χαοτική και αδιάκριτη, ή σε περιπτώσεις όπου οι επιδράσεις των διαφορετικών ψυχοδραστικών ουσιών είναι αναπόφευκτα αναμεμιγμένες, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η διάγνωση διαταραχών από χρήση πολλαπλών φαρμακευτικών ουσιών (F19.-).

Εξαιρούνται: κατάχρηση ουσιών που δεν προκαλούν εξάρτηση (F55)

**F10:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οινόπνευματωδών

**F11:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες χρήσης οπιοειδών

**F12:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση κανναβινοειδών

**F20-F29:** Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές

Αυτή η ενότητα συμπεριλαμβάνει τη σχιζοφρένεια ως το πιο σημαντικό μέλος της ομάδας, τη σχιζότυπη διαταραχή, τις επίμονες παραληρητικές διαταραχές, και μια μεγαλύτερη ομάδα οξέων και παροδικών ψυχωσικών διαταραχών. Οι σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές παρέμειναν εδώ παρά την αμφιλεγόμενη φύση τους.

**F20:** Σχιζοφρένεια

**F20.0:** Παρανοειδής σχιζοφρένεια

**F22:** Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές

**F23:** Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές

**F25:** Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές

**F29:** Μη καθορισμένη μη οργανική ψύχωση

**F30-F39:** Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει καταστάσεις στις οποίες η πρωταρχική διαταραχή είναι η μεταβολή του συναισθήματος ή της διάθεσης προς την κατάθλιψη (με ή χωρίς συνοδό άγχος) ή προς την ευφορία. Η μεταβολή της διάθεσης συνήθως συνοδεύεται από μεταβολή στο συνολικό επίπεδο δραστηριότητας: τα περισσότερα από τα άλλα συμπτώματα είναι είτε δευτεροπαθή της αλλαγής της διάθεσης και της δραστηριότητας, είτε εύκολα κατανοούνται μέσα στο πλαίσιο της αλλαγής της διάθεσης και της δραστηριότητας. Οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές τείνουν να υποτροπιάζουν και η εγκατάσταση του κάθε ξεχωριστού επεισοδίου μπορεί συχνά να σχετίζεται με αγχογόνα γεγονότα ή καταστάσεις.

**F30:** Μανιακό επεισόδιο

**F31:** Διπολική συναισθηματική διαταραχή

**F31.5:** Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα

**F32:** Καταθλιπτικό επεισόδιο

**F32.2:** Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

**F33:** Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

**F34:** Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

**F34.1:** Δυσθυμία

**F39:** Μη καθορισμένη διαταραχή της διάθεσης (συναισθηματική)

**F40-F48:** Νευρωσικές διαταραχές, που συνδέονται με το άγχος και σωματόμορφες διαταραχές

**F40:** Διαταραχές φοβικού άγχους

**F40.0:** Αγοραφοβία

**F40.2:** Ειδικές (μεμονωμένες) φοβίες

**F41:** Άλλες αγχώδεις διαταραχές

**F41.0:** Διαταραχή πανικού [επεισοδιακό παροξυσμικό άγχος]



**F41.1:** Διαταραχή γενικευμένου άγχους

**F41.2:** Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή

**F42:** Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή

**F43:** Αντίδραση σε έντονο stress και διαταραχές προσαρμογής

**F43.1:** Διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία

**F43.2:** Διαταραχές προσαρμογής

**F45:** Σωματόμορφες διαταραχές

**F48:** Άλλες νευρωσικές διαταραχές

**F50-F59:** Σύνδρομα που εκδηλώνονται στη συμπεριφορά και σχετίζονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες

**F50:** Διαταραχές στη λήψη τροφής

**F51:** Μη οργανικές διαταραχές του ύπνου

**F53:** Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, που δεν ταξινομούνται αλλού

**F59:** Μη καθορισμένα σύνδρομα συμπεριφοράς συνδεδεμένα με φυσιολογικές διαταραχές και σωματικούς παράγοντες

**F60-F69:** Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ποικίλες καταστάσεις και τύπους συμπεριφοράς με κλινική σπουδαιότητα οι οποίες τείνουν να είναι επίμονες και αποτελούν συνήθως έκφραση των ατομικών χαρακτηριστικών του τρόπου ζωής του ατόμου και του είδους των σχέσεών του με τον εαυτό του και με τους άλλους. Μερικές από αυτές τις καταστάσεις και τους τύπους συμπεριφοράς εμφανίζονται νωρίς κατά την ανάπτυξη του ατόμου, ως αποτέλεσμα τόσο ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων, όσο και των κοινωνικών εμπειριών, ενώ άλλες αποκτώνται αργότερα στη ζωή. Ειδικές διαταραχές της προσωπικότητας (F60.-), μικτές και άλλες διαταραχές της προσωπικότητας (F61.-

), και παρατεταμένες μεταβολές της προσωπικότητας (F62.-) είναι βαθειά παγιωμένοι και σταθεροί τύποι συμπεριφοράς, που εκδηλώνονται ως άκαμπτες αποκρίσεις προς ένα μεγάλο φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων. Αντιπροσωπεύουν ακραίες ή σημαντικές αποκλίσεις από τον τρόπο με τον οποίο ο μέσος άνθρωπος μέσα σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό περιβάλλον αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται, και, ιδιαίτερα, αναπτύσσει σχέσεις με τους άλλους. Τέτοιοι τύποι συμπεριφοράς τείνουν να μένουν αμετάβλητοι και να περιέχουν πολλαπλούς τομείς της συμπεριφοράς και των ψυχολογικών λειτουργιών του ατόμου. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, σχετίζονται με διάφορους βαθμούς υποκειμενικής δυσφορίας και προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας.

**F60:** Ειδικές διαταραχές της προσωπικότητας

**F60.3:** Διαταραχή της προσωπικότητας του τύπου της συναισθηματικής αστάθειας

**F61:** Μεικτές και άλλες διαταραχές της προσωπικότητας

**F63:** Διαταραχές των συνηθειών και των ενορμήσεων

**F70-F79:** Νοητική καθυστέρηση

Κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αναστολή ή ατελή ανάπτυξη της νόησης, η οποία χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από διαταραχή δεξιοτήτων που εκδηλώνονται κατά την περίοδο ανάπτυξης, δεξιοτήτων που συμβάλουν στο συνολικό επίπεδο νοημοσύνης, π.χ. γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών, και κοινωνικών ικανοτήτων. Η καθυστέρηση μπορεί να εμφανιστεί με ή χωρίς κάποια άλλη ψυχική ή σωματική κατάσταση.

Ο βαθμός της νοητικής καθυστέρησης εκτιμάται συμβατικά με τη χρήση προτυποποιημένων δοκιμασιών νοημοσύνης. Αυτές μπορούν να συμπληρωθούν από κλίμακες αξιολόγησης της κοινωνικής προσαρμογής, οι οποίες και αυτές πρέπει να είναι προτυποποιημένες στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι μετρήσεις αυτές παρέχουν μια κατά προσέγγιση ένδειξη του βαθμού νοητικής καθυστέρησης. Η διάγνωση θα εξαρτηθεί επίσης από τη συνολική αξιολόγηση των νοητικών λειτουργιών από έναν έμπειρο ειδικό στη διάγνωση.

Οι νοητικές ικανότητες και η κοινωνική προσαρμογή μπορεί να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, και, όσο κακές κι αν είναι, μπορούν να βελτιωθούν μετά από

εκπαίδευση και αποκατάσταση. Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στα τρέχοντα επίπεδα λειτουργικότητας.

**F71:** Μέτρια νοητική καθυστέρηση

**F80-F89:** Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή την ενότητα έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά: (α) η έναρξή τους εντοπίζεται σταθερά κατά τη βρεφική ή παιδική ηλικία· (β) παρουσιάζεται βλάβη ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη λειτουργιών που συσχετίζονται ισχυρά με τη βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος· και (γ) εμφανίζουν σταθερή πορεία χωρίς υφέσεις και υποτροπές. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι λειτουργίες που πλήττονται περιλαμβάνουν τις γλωσσικές ικανότητες, τις οπτικο-χωρικές δεξιότητες, και τον συντονισμό των κινήσεων. Συνήθως, η καθυστέρηση ή η βλάβη έχει εμφανιστεί από τόσο νωρίς όσο μπορούσε να ανιχνευθεί αξιόπιστα και μειώνεται προοδευτικά καθώς το παιδί μεγαλώνει, αν και ήπιες υπολειμματικές καταστάσεις συχνά παραμένουν κατά την ενήλικη ζωή.

**F90-F98:** Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία

**F99-F99:** Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή

**F99:** Ψυχική διαταραχή, που δεν καθορίζεται αλλιώς

**Κεφάλαιο VI:** Νοσήματα του νευρικού συστήματος (Diseases of the nervous system) (G00-G99)

**G30-G32:** Άλλα εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος

**G30:** Νόσος του Alzheimer

**G35-G37:** Απομυελινωτικά νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος

**G35:** Πολλαπλή σκλήρυνση

**G80-G83:** Εγκεφαλική παράλυση και άλλα παραλυτικά σύνδρομα

**G80:** Εγκεφαλική παράλυση

**G81:** Ημιπληγία

**Κεφάλαιο XXI:** Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας (Factors influencing health status and contact with health services) (Z00- Z99)

Οι κατηγορίες Z00-Z99 παρέχονται για τις περιπτώσεις εκείνες όπου οι καταστάσεις καταγράφονται ως «διαγνώσεις» ή «προβλήματα» αλλά οι καταστάσεις αυτές δεν αποτελούν ένα νόσημα, έναν τραυματισμό ή μια εξωγενή αιτία που ταξινομείται στις παραγράφους A00-Y89. Αυτό μπορεί να προκύψει με δύο κύριους τρόπους:

- A. Όταν ένα άτομο το οποίο μπορεί να είναι ή να μην είναι άρρωστο απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας για κάποιο συγκεκριμένο σκοπό, όπως για να λάβει περιορισμένη φροντίδα ή υπηρεσία σχετικά με μια τρέχουσα κατάσταση, ή για να δωρήσει ένα όργανο ή ιστό, να λάβει προφυλακτικό εμβολιασμό ή να συζητήσει κάποιο πρόβλημα, το οποίο δεν αποτελεί από μόνο του νόσημα ή τραυματισμό.
- B. Όταν παρουσιάζεται κάποια κατάσταση ή πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει το επίπεδο της υγείας του ατόμου, χωρίς να αποτελεί από μόνο του νόσημα ή τραυματισμό. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια πληθυσμιακών ερευνών, όταν το άτομο μπορεί να είναι ή να μην είναι ασθενής, ή μπορεί να καταγραφεί ως ένας πρόσθετος παράγοντας ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν το άτομο δέχεται φροντίδα για κάποια ασθένεια ή τραυματισμό.

**Z00-Z13:** Άτομα που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας για εξέταση και διερεύνηση

Σημείωση: Μη ειδικά μη φυσιολογικά ευρήματα τα οποία αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια αυτών των εξετάσεων ταξινομούνται στις κατηγορίες R70-R94.

Εξαιρούνται: εξετάσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και την αναπαραγωγή (Z30-Z36, Z39.-)

**Z00:** Γενική εξέταση και διερεύνηση ατόμων χωρίς ενόχλημα και αναφερόμενη διάγνωση

**Z01:** Άλλες ειδικές εξετάσεις και διερευνήσεις ατόμων χωρίς ενοχλήματα ή αναφερόμενη διάγνωση

**Z02:** Εξέταση για διοικητικούς σκοπούς

**Z03:** Ιατρική παρακολούθηση και εκτίμηση για ύποπτα νοσήματα και καταστάσεις

**Z40-Z54:** Άτομα που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας για ειδικές ιατρικές πράξεις και ιατρική φροντίδα

Σημείωση: Οι κατηγορίες Z40-Z54 χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν το λόγο περίθαλψης. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς οι οποίοι έχουν ήδη υποβληθεί σε θεραπεία για κάποιο νόσημα ή τραυματισμό, αλλά που δέχονται επακόλουθη [follow-up] ή προφυλακτική φροντίδα, μετανοσοκομειακή φροντίδα, ή περίθαλψη για να συμπληρώσουν την θεραπεία, να αντιμετωπίσουν υπολειμματικές καταστάσεις, να επιβεβαιώσουν ότι η κατάσταση δεν έχει υποτροπιάσει, ή για πρόληψη υποτροπών.

Εξαιρούνται: επαναληπτική εξέταση [follow-up] για ιατρική παρακολούθηση μετά από τη θεραπεία (Z08-Z09)

**Z52:** Δότες οργάνων και ιστών

**Z55-Z65:** Άτομα με δυνητικούς κινδύνους για την υγεία σχετιζόμενους με κοινωνικοοικονομικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις

**Z56:** Προβλήματα που σχετίζονται με την απασχόληση και την ανεργία

**Z56.3:** Στρεσογόνο εργασιακό πρόγραμμα

**Z60:** Προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον

**Z61:** Προβλήματα που σχετίζονται με αρνητικά γεγονότα ζωής κατά την παιδική ηλικία

**Z62:** Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την ανατροφή του παιδιού

**Z63:** Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στενό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής κατάστασης

**Z63.0:** Προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ συζύγων ή συντρόφων

**Z63.1:** Προβλήματα στις σχέσεις με τους γονείς και τα πεθερικά

**Z63.2:** Ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη

**Z65:** Προβλήματα που σχετίζονται με άλλες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις

**Z65.9:** Πρόβλημα που σχετίζεται με μη καθορισμένες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις

**Z70-Z76:** Άτομα που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας σε άλλες καταστάσεις

**Z71:** Άτομα που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας για άλλη συμβουλευτική και ιατρικές συμβουλές, που δεν ταξινομούνται αλλού

**Z73:** Προβλήματα που σχετίζονται με δυσκολία διαχείρισης της ζωής

**Z80-Z99:** Άτομα με δυνητικούς κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό και ορισμένες καταστάσεις που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας

Εξαιρούνται: εξέταση παρακολούθησης [follow-up] (Z08-Z09)

παρακολούθηση [follow-up] για ιατρική φροντίδα και ανάρρωση (Z42-Z51, Z54.-)

όταν το οικογενειακό ή το ατομικό ιστορικό είναι ο λόγος για ειδικό έλεγχο διαλογής ή άλλη εξέταση ή διερεύνηση (Z00-Z13)

όταν η πιθανότητα να έχει επηρεαστεί (δυσμενώς) το έμβρυο είναι ο λόγος για παρατήρηση ή λήψη μέτρων κατά τη διάρκεια της κύησης (O35.- )

**Z81:** Οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς

**Z82:** Οικογενειακό ιστορικό ορισμένων αναπηριών και χρόνιων παθήσεων που οδηγούν σε αναπηρία

**Z85:** Ατομικό ιστορικό κακοήθους νεοπλασματος

### **A.3 Σταθμίσεις αναπηρίας εξυπηρετούμενων των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας**

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στις σταθμίσεις για τις καταστάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν στις παγκόσμιες εκτιμήσεις υγείας του Π.Ο.Υ. στη μελέτη GBD 2015 (WHO, 2018b) για τον προσδιορισμό της στάθμησης της κάθε νόσου. Στον πληθυσμό περιλαμβάνονταν και εξυπηρετούμενοι, οι οποίοι νοσούσαν και από σωματικές ασθένειες εκτός από ψυχικές διαταραχές. Οι σταθμίσεις αναπηρίας των σωματικών ασθενειών εξαρτώνται από την κατάσταση υγείας και το είδος της πάθησης του ασθενούς και παρουσιάζονται στον Πίνακα 52.



**Πίνακας 52:** Σταθμίσεις αναπηρίας σωματικών ασθενειών

<b>Σωματικές ασθένειες</b>	<b>Στάθμιση ψυχικής διαταραχής</b>	<b>Κατάσταση υγείας</b>
<b>Καρδιαγγειακές νόσους</b>	0,080	Angina pectoris: moderate
	0,224	Cardiac conduction disorders and cardiac dysrhythmias
<b>Αναπνευστικά προβλήματα</b>	0,015	Asthma: controlled
	0,225	COPD and other chronic respiratory problems, moderate
<b>Μυοσκελετικές ασθένειες</b>	0,295	Gout: acute
	0,317	Musculoskeletal problems, generalized, moderate
<b>Νεοπλασίες</b>	0,288	Cancer: diagnosis and primary therapy
<b>Πεπτικές ασθένειες</b>	0,231	Crohn's disease or ulcerative colitis
<b>Αυτοάνοση Νόσος</b>	0,049	Generic uncomplicated disease: worry and daily medication
<b>Νευρολογικές παθήσεις</b>	0,037	Headache: tension-type
	0,267	Migraine headache: moderate
<b>Διαβήτη</b>	0,133	Diabetic neuropathy
<b>Υπο-θυροειδή</b>	0,019	Hypothyroidism
<b>Υπερ-θυροειδή</b>	0,145	Hyperthyroidism
<b>Δερματολογικά προβλήματα</b>	0,058	Herpes zoster
<b>Άλλες περιπτώσεις</b>	0,049	Generic uncomplicated disease: worry and daily medication

Η *Στάθμιση των Ψυχικών Διαταραχών* για τους εξυπηρετούμενους των ΚΜΨΥ πραγματοποιήθηκε με βάση την κλίμακα Global Assessment of Functioning (GAF) και τις σταθμίσεις των καταστάσεων υγείας που χρησιμοποιούνται στη μελέτη GBD 2015. Οι σταθμίσεις αναπηρίας των ψυχικών διαταραχών απεικονίζονται στον Πίνακα 53.

**Πίνακας 53:** Σταθμίσεις αναπηρίας ψυχικών διαταραχών

<b>Κατάταξη ICD-10</b>	<b>Στάθμιση ψυχικής διαταραχής</b>	<b>Κατάσταση υγείας</b>
<b>F00*, F01, F03</b>	0,069	Dementia: mild
	0,377	Dementia: moderate
	0,449	Dementia: severe
<b>F06, F07</b>	0,094	Traumatic brain injury: long-term consequences, minor, with or without treatment
	0,231	Traumatic brain injury: long-term consequences, moderate, with or without treatment
<b>F06.7</b>	0,043	Intellectual disability/mental retardation, mild
<b>F09, F40, F40.0, F40.2, F41, F41.0, F41.1, F41.2, F42, F43, F45</b>	0,030	Anxiety disorders: mild
	0,133	Anxiety disorders: moderate
	0,523	Anxiety disorders: severe
<b>F10</b>	0,235	Alcohol use disorder: mild
	0,373	Alcohol use disorder: moderate
<b>F11</b>	0,335	Heroin and other opioid dependence
	0,697	Heroin and other opioid dependence, mild
<b>F12</b>	0,039	Cannabis dependence, mild
	0,266	Cannabis dependence
<b>F20-F29</b>	0,588	Schizophrenia: residual state
	0,778	Schizophrenia: acute state
<b>F30, F31, F31.5</b>	0,032	Bipolar disorder: residual episode
	0,492	Bipolar disorder: manic state
<b>F32, F32.2, F33, F34</b>	0,145	Major depressive disorder: mild episode
	0,396	Major depressive disorder: moderate episode
	0,658	Major depressive disorder: severe episode
<b>F34.1, F39</b>	0,030	Anxiety disorders: mild
<b>F50</b>	0,223	Bulimia nervosa
<b>F51</b>	0,523	Anxiety disorders: severe
<b>F53, F59, F60, F60.3, F61, F63</b>	0,241	Conduct disorder
<b>F71</b>	0,100	Intellectual disability / mental retardation, moderate
<b>F99</b>	0,043	Intellectual disability / mental retardation, mild

<b>G30</b>	0,069	Dementia: mild
	0,377	Dementia: moderate
	0,449	Dementia: severe
<b>G35</b>	0,183	Multiple sclerosis: mild
	0,463	Multiple sclerosis: moderate
	0,719	Multiple sclerosis: severe
<b>G80</b>	0,581	Musculoskeletal problems, generalized, severe
<b>G81</b>	0,317	Musculoskeletal problems, generalized, moderate
<b>Z00, Z01, Z02, Z03, Z52, Z71</b>	0	Δεν υφίσταται ψυχική διαταραχή
<b>Z60, Z61, Z62, Z63.1, Z81</b>	0,241	Conduct disorder
<b>Z56, Z56.3, Z63, Z63.2, Z65, Z65.9, Z73, Z82, Z85</b>	0,030	Anxiety disorders: mild
<b>Z63,0</b>	0,133	Anxiety disorders: moderate

## A.4 Ελλιπείς τιμές μεταβλητών

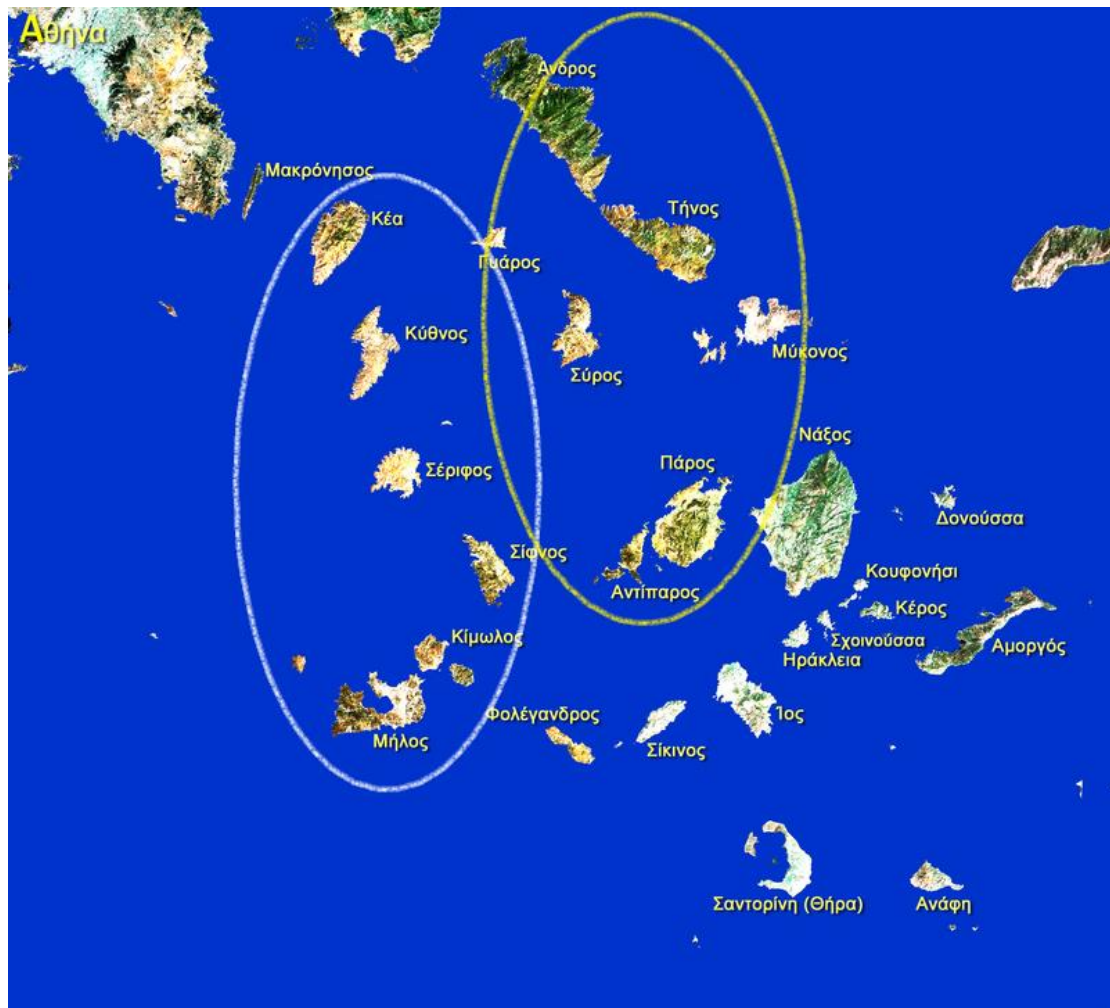
Τα δεδομένα του πληθυσμού δεν περιλάμβαναν τιμές για όλες τις μεταβλητές, δηλαδή, δεν αντιστοιχούσε σε κάθε εξυπηρετούμενο από μία τιμή για κάθε μεταβλητή. Συγκεκριμένα, οι ελλιπείς τιμές (missing values) για κάθε μεταβλητή ήταν:

- *Ημερομηνία Γέννησης*: 1 ελλιπής τιμή (0,1%)
- *Τόπος Υποδοχής*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Νησί Αναφοράς*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Χώρα Καταγωγής*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Φύλο*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Λόγος Προσέλευσης*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Οικογενειακή Κατάσταση*: 13 ελλιπείς τιμές (1,8%)
- *Αριθμός Παιδιών*: 19 ελλιπείς τιμές (2,6%)
- *Διαμονή*: 11 ελλιπείς τιμές (1,5%)
- *Εκπαίδευση*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Επάγγελμα*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Απασχόληση*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Ασφαλιστικός Φορέας*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Παραπομπή*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Πηγή Πληροφόρησης*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Προηγούμενη Επίσκεψη σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Ηλικία Πρώτης Επίσκεψης σε Επαγγελματία/Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας*: 22 ελλιπείς τιμές (3%)
- *Υπαρξη Ψυχοπαθολογίας στην Οικογένεια*: 5 ελλιπείς τιμές (0,7%)
- *Σοβαρά Προβλήματα Υγείας*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Χρόνια Σωματική Πάθηση*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Σωματική πάθηση*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Ψυχιατρικές Νοσηλείες*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Φαρμακευτική Αγωγή Υποδοχής*: 0 ελλιπείς τιμές
- *Φαρμακευτική Αγωγή εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας*: 0 ελλιπείς τιμές

- *Κωδικοποίηση Διάγνωσης*: 0 ελλιπείς τιμές
- *GAFscore*: 0 ελλιπείς τιμές

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### Β.1 Νησιά δραστηριοποίησης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας



Νησιά	Έκταση (τ.χλμ)	Πληθυσμός	Πυκνότητα πληθυσμού ανά τ.χλμ
Πάρος	196,308	13.715	69,68
Αντίπαρος	37,426	1.211	18,88
Σύρος	84,069	21.507	211,06
Τήνος	194,59	8.636	44,41
Μύκονος	86,125	10.134	96,35
Άνδρος	379,21	9.221	24,26
Κέα	131,693	2.455	16,48
Κύθνος	99,432	1.456	14,53
Σέριφος	75,207	1.420	17,09
Σίφνος	73,942	2.625	35,5
Κίμωλος	35,09	910	26,8
Μήλος	151	4.977	31,08

## B.2 Οικονομικά δεδομένα των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας έτους 2015

Αναλυτικός απολογισμός ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών και Δυτικών Κυκλάδων για το 2015 (σε €), σύμφωνα με το άρθρο 2 της Υ5α,β/Γ.Π. οικ. 39321/30.03.2011 Απόφασης ΥφΥΚ–ΦΕΚ Β΄ 453/16.04.2011

Κατηγορίες επιλέξιμων δαπανών	ΚΩΔ	ΚΜΨΥ ΒΑ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	ΚΜΨΥ ΔΥΤΙΚΩΝ ΚΥΚΛΑΔΩΝ
Δαπάνες για απόκτηση πάγιου εξοπλισμού (Λογ. 14 & 16)	26,01	1.193,88	0,00
Αμοιβές & έξοδα απασχολούμενου προσωπικού (συμβάσεις εξαρτημένης εργασίας) (Λογ. 60)	26,02	52.479,99	18.689,50
Αμοιβές και Έξοδα τρίτων (Λογ. 61)	26,03	162.656,93	93.156,91
Παροχές τρίτων (Λογ. 62)	26,04	21.054,24	369,25
1. Έξοδα Λειτουργίας (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ κ.λπ.)	26,05	9.820,56	369,25
2. Δαπάνες για μίσθωσης χώρου – Ενοίκια	26,06	10.800,00	0,00
3. Δαπάνες μακροχρόνιας μίσθωσης κινητού ή ακίνητου εξοπλισμού	26,07	0,00	0,00
4. Επισκευές και συντηρήσεις	26,08	433,68	0,00
Φόροι –Τέλη (Λογ. 63)	26,09	120,00	0,00
Διάφορα Έξοδα (Λογ. 64)	26,10	54.358,34	33.062,45
1. Έξοδα Μεταφορών – Ταξιδιών	26,11	48.858,49	32.770,31
2. Δαπάνες οργάνωσης εκδηλώσεων και έκδοσης σχετικών εντύπων	26,12	517,87	267,14
3. Δαπάνες υλικών άμεσης ανάλωσης, συνδρομές, έντυπη – γραφική ύλη	26,13	2.605,48	0,00
4. Δαπάνες διαβίωσης εξυπηρετούμενων	26,14	73,55	0,00
5. Δαπάνες ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης	26,15	45,20	0,00
6. Δαπάνες ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων	26,16	0,00	0,00
7. Λοιπές Λειτουργικές Δαπάνες	26,17	2.257,75	25,00
Δαπάνες για τόκους και συναφή έξοδα (Λογ. 65)	26,18	57,43	26,09
Έκτακτα και Ανόργανα Έξοδα (Λογ. 81)	26,19	0,00	0,00
<b>Σύνολα δαπανών</b>		<b>367.333,39</b>	<b>178.735,90</b>



### B.3 Ιδιωτικές δαπάνες

Η μέση δαπάνη για διαμονή, διατροφή και μεταφορικά παρουσιάζεται στον Πίνακα 54.

**Πίνακας 54:** Δαπάνες λοιπών εξόδων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή
Διαμονή (Δίκλινο-Μία διανυκτέρευση) <sup>31</sup>	43,00	100,00	71,50
Διατροφή (ανά άτομο ανά ημέρα) <sup>32</sup>	9,79	38,00	23,90
Μεταφορικά <sup>33</sup>	11,20	44,00	27,60

Στον Πίνακα 55 παρουσιάζεται το κόστος των ακτοπλοϊκών εισιτηρίων προς και από τα λιμάνια της Αττικής/Σύρου σε σχέση με το νησί προέλευσης του κάθε εξυπηρετούμενου.

<sup>31</sup> Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιστοτόπους εύρεσης καταλύματος, το κόστος διαμονής κυμαίνεται από 43 € έως 100 € για ένα δίκλινο δωμάτιο. Οι τιμές διαμονής ήταν αποτέλεσμα έρευνας σε ιστοτόπους βραχείας μίσθωσης, όπως Airbnb.gr, booking.com, trivago.gr κ.λπ. Η μέγιστη τιμή του κόστους διαμονής μπορεί να αυξηθεί ακόμα περισσότερο, δεδομένου ότι υπάρχει μεγάλο φάσμα επιλογών ανάλογα το εισόδημα και τις προτιμήσεις του εξυπηρετούμενου.

<sup>32</sup> Η μέση μηνιαία δαπάνη για είδη διατροφής, σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) 2015 από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016α) είναι 293,30 €, δηλαδή η ελάχιστη ημερήσια δαπάνη για διατροφή θεωρήθηκε ίση με 9,79 €. Η μέγιστη τιμή θεωρήθηκε η δαπάνη ενός μέσου νοικοκυριό για εστίαση, 38 € (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016α).

<sup>33</sup> Το κόστος για ένα εισιτήριο διάρκειας μίαςμισης ώρας με τα μέσα μαζικής μεταφοράς Αττικής κοστίζει 1,40 €. Θεωρήθηκε ότι πραγματοποιούνται κατ' ελάχιστο τρεις διαδρομές (λιμάνι-τόπος διαμονής, τόπος διαμονής-ψυχιατρικό ίδρυμα και επιστροφή). Το ελάχιστο κόστος με ταξί από το λιμάνι του Πειραιά προς το κέντρο της Αθήνας και αντίστροφα υπολογίστηκε κατά προσέγγιση στα 27 € και από το κέντρο της Αθήνας προς το ψυχιατρικό ίδρυμα και αντίστροφα υπολογίστηκε κατά προσέγγιση στα 17 € σύμφωνα με στοιχεία από τους ιστοτόπους taxiplon.gr, apostaseis.gr, mycosmos.gr κ.λπ.

**Πίνακας 55:** Κόστος ακτοπλοϊκών εισιτηρίων

<b>Κόστος ακτοπλοϊκών εισιτηρίων</b>			
<b>Νησί</b>	<b>Μέση τιμή προς λιμάνι Αττικής/Σύρου</b>	<b>Μέση τιμή από λιμάνι Αττικής/Σύρου</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Μήλος</b>	43,35	43,35	<b>86,70</b>
<b>Σίφνος</b>	46,00	46,00	<b>92,00</b>
<b>Σέριφος</b>	41,00	41,00	<b>82,00</b>
<b>Κόθνος</b>	23,31	23,32	<b>46,63</b>
<b>Κέα</b>	17,55	17,55	<b>35,10</b>
<b>Πάρος</b>	32,08	32,07	<b>64,15</b>
<b>Σύρος</b>	25,50	28,05	<b>53,55</b>
<b>Τήνος</b>	24,20	24,20	<b>48,40</b>
<b>Άνδρος</b>	17,80	14,60	<b>32,40</b>
<b>Μύκονος</b>	41,95	41,95	<b>83,90</b>
<b>Αντίπαρος</b>	35,99	38,28	<b>74,27</b>

Οι εξυπηρετούμενοι θεωρείται ότι απευθύνονται στον επαγγελματία ψυχικής υγείας μόνοι τους χωρίς την παρουσία κάποιου φροντιστή. Εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρική κλινική στην Αττική<sup>34</sup>. Στον Πίνακα 56 και στον Πίνακα 57 παρουσιάζονται οι δαπάνες νοσηλείας σε ψυχική δομή στην Αττική πριν και με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ αντίστοιχα. Τέλος, στον Πίνακα 58 αναφέρονται οι δαπάνες ιατρικής επίσκεψης των εξυπηρετούμενων που έλαβαν τακτική και συνεχή περίθαλψη ψυχικής υγείας στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ, ενώ στον Πίνακα 59 οι αντίστοιχες δαπάνες για τους εξυπηρετούμενους που πραγματοποίησαν μία συνεδρία ψυχικής υγείας.

<sup>34</sup> Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο φροντιστής πραγματοποιεί δύο ταξίδια μετ' επιστροφή από το νησί διαμονής, ένα για να συνοδεύσει τον νοσηλευόμενο στην κλινική και ένα για να τον παραλάβει και να επιστρέψουν στον τόπο διαμονής τους.

**Πίνακας 56:** Δαπάνη νοσηλείας στην Αττική πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

	Μήλος	Σίφνος	Σέριφος	Κύθνος	Κέα	Πάρος	Σύρος	Τήνος	Άνδρος	Μύκονος	Αντίπαρος	Σύνολο
Αριθμός νοσηλευόμενων	2	1	0	0	0	5	3	3	1	1	1	17
Διαμονή	286,00	143,00	0,00	0,00	0,00	715,00	429,00	429,00	143,00	143,00	143,00	2.431,00
Διατροφή	143,40	71,70	0,00	0,00	0,00	358,50	215,10	215,10	71,70	71,70	71,70	1.218,90
Μεταφορικά	110,40	55,20	0,00	0,00	0,00	276,00	165,60	165,60	55,20	55,20	55,20	938,40
Κόστος ακτοπλοϊκών	498,60	276,00	0,00	0,00	0,00	962,25	481,95	435,60	97,20	251,85	222,75	3.226,20
<b>Σύνολο</b>	<b>1.038,40</b>	<b>545,90</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.311,75</b>	<b>1.291,65</b>	<b>1.245,30</b>	<b>367,10</b>	<b>521,75</b>	<b>492,65</b>	<b>7.814,50</b>

**Πίνακας 57:** Δαπάνη νοσηλείας στην Αττική με τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

	Μήλος	Σίφνος	Σέριφος	Κύθνος	Κέα	Πάρος	Σύρος	Τήνος	Άνδρος	Μύκονος	Αντίπαρος	Σύνολο
Αριθμός νοσηλευόμενων	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	5
Διαμονή	143,00	143,00	0,00	0,00	0,00	143,00	0,00	143,00	0,00	0,00	143,00	715,00
Διατροφή	71,70	71,70	0,00	0,00	0,00	71,70	0,00	71,70	0,00	0,00	71,70	358,50
Μεταφορικά	55,20	55,20	0,00	0,00	0,00	55,20	0,00	55,20	0,00	0,00	55,20	276,00
Κόστος ακτοπλοϊκών	249,30	276,00	0,00	0,00	0,00	192,45	0,00	145,20	0,00	0,00	222,75	1.085,70
<b>Σύνολο</b>	<b>519,20</b>	<b>545,90</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>462,35</b>	<b>0,00</b>	<b>415,10</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>492,65</b>	<b>2.435,20</b>

**Πίνακας 58:** Δαπάνη ιατρικής επίσκεψης εξυπηρετούμενων που έλαβαν τακτική και συνεχή περίθαλψη ψυχικής υγείας στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

	Μήλος	Σίφνος	Σέριφος	Κύθνος	Κέα	Πάρος	Σύρος	Τήνος	Άνδρος	Μύκονος	Αντίπαρος	Σύνολο
Αριθμός εξυπηρετούμενων	52	17	9	31	21	134	82	94	61	100	3	<b>604</b>
Διαμονή	3.718,00	1.215,50	643,50	2.216,50	1.501,50	9.581,00	5.863,00	6.721,00	4.361,50	7.150,00	214,50	<b>43.186,00</b>
Διατροφή	2.485,60	812,60	430,20	1.481,80	1.003,80	6.405,20	3.919,60	4.493,20	2.915,80	4.780,00	143,40	<b>28.871,20</b>
Μεταφορικά	1.435,20	469,20	248,40	855,60	579,60	3.698,40	2.263,20	2.594,40	1.683,60	2.760,00	82,80	<b>16.670,40</b>
Κόστος ακτοπλοϊκών	4.508,40	1.564,00	738,00	1.445,38	737,10	8.596,10	4.391,10	4.549,60	1.976,40	8.390,00	222,80	<b>37.118,87</b>
Μηνιαία δαπάνη	12.147,20	4.061,30	2.060,10	5.999,28	3.822,00	28.280,70	16.436,90	18.358,20	10.937,30	23.080,00	663,50	<b>125.846,47</b>
<b>Ετήσια δαπάνη</b>	<b>145.766,40</b>	<b>48.735,60</b>	<b>24.721,20</b>	<b>71.991,30</b>	<b>45.864,00</b>	<b>339.368,40</b>	<b>197.242,80</b>	<b>220.298,40</b>	<b>131.247,60</b>	<b>276.960,00</b>	<b>7.961,94</b>	<b>1.510.157,64</b>

**Πίνακας 59:** Δαπάνη ιατρικής επίσκεψης εξυπηρετούμενων που πραγματοποίησαν μία συνεδρία ψυχικής υγείας στην Αττική/Σύρο πριν τη λειτουργία των ΚΜΨΥ

	Μήλος	Σίφνος	Σέριφος	Κύθνος	Κέα	Πάρος	Σύρος	Τήνος	Άνδρος	Μύκονος	Αντίπαρος	Σύνολο
Αριθμός εξυπηρετούμενων	16	14	5	0	10	21	7	18	8	21	0	<b>120</b>
Διαμονή	1.144,00	1.001,00	357,50	0,00	715,00	1.501,50	500,50	1.287,00	572,00	1.501,50	0,00	<b>8.580,00</b>
Διατροφή	764,80	669,20	239,00	0,00	478,00	1.003,80	334,60	860,40	382,40	1.003,80	0,00	<b>5.736,00</b>
Μεταφορικά	441,60	386,40	138,00	0,00	276,00	579,60	193,20	496,80	220,80	579,60	0,00	<b>3.312,00</b>
Κόστος ακτοπλοϊκών	1.387,20	1.288,00	410,00	0,00	351,00	1.347,15	374,85	871,20	259,20	1.761,90	0,00	<b>8.050,50</b>
<b>Συνολική δαπάνη</b>	<b>3.737,60</b>	<b>3.344,60</b>	<b>1.144,50</b>	<b>0,00</b>	<b>1.820,00</b>	<b>4.432,05</b>	<b>1.403,15</b>	<b>3.515,40</b>	<b>1.434,40</b>	<b>4.846,80</b>	<b>0,00</b>	<b>25.678,50</b>

