

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
2.1 Αρχές Οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	10
2.2 Κατηγοριοποίηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	12
2.2.1 Οι ενσωματωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας	12
2.2.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας	14
2.2.3 Οι ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας	15
2.3 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά τον Κόσμο	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	20
3.1 Ιστορική Αναδρομή	20
3.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	21
3.2.1 Η Τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	22
3.2.2 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός»	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ ΤΟΥ ΓΝ "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	32
Υλικό και Μέθοδος	33
Σκοπός της μελέτης	33
Ερευνητική Υπόθεση	34
Δείγμα	34

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης	34
Αποτελέσματα μελέτης.....	35
Στατιστική Ανάλυση	35
Δημογραφικά στοιχεία	35
Στοιχεία πρώτης επαφής με το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας»	37
Στοιχεία παραπομπών στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας».....	40
Στοιχεία σχετικά με την παροχή υπηρεσιών στο Κέντρο Ημέρας	43
Συσχετίσεις	44
Συμπεράσματα - Συζήτηση.....	49
Συμπεράσματα.....	49
Συζήτηση.....	53
Περιορισμοί της μελέτης	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Αντληθέντα δεδομένα από το αρχείο πρώτων τηλεφωνικών επαφών του Κέντρου Ημέρας "Ασκληπιείο Βούλας"	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Κωδικοποίηση της διάγνωσης σύμφωνα με το ICD10.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Άδεια εκπόνησης της μελέτης	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Συντομογραφίες	68

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος αυτού του ταξιδιού, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά:

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την εμπιστοσύνη με την οποία εξ αρχής με περιέβαλε, τις πολύτιμες συμβουλές και την εν γένει φωτισμένη καθοδήγησή του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, καθώς και τα δύο μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής.

Την Δρα Άσπα Παναγιώτου, Διδάσκουσα του ΜΠΣ του Τμήματος Νοσηλευτικής και Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Σισμανόγλειου Γενικού Νοσοκομείου, της οποίας η έμπρακτη και ουσιαστική συμβολή υπήρξε καθοριστικής σημασίας.

Τον πρώην Συντονιστή Διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» κ. Δημήτρη Βλυσίδη, για την παρότρυνσή του στην επιλογή του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και τη συνεχή στήριξή του σε όλη τη διάρκεια φοίτησής μου σε αυτό.

Την Επιστημονική Επιτροπή του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας», χωρίς την έγκριση της οποίας δεν θα είχε καταστεί εφικτή η άντληση των στοιχείων από το αρχείο του Κέντρου Ημέρας και, κατ' επέκταση, η εκπόνηση της μελέτης.

Τους φίλους, συναδέλφους και συγγενείς που με στήριξαν σ' αυτήν την προσπάθεια.

Τέλος, την οικογένεια μου για την κατανόηση που έδειξε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και την αμέριστη συμπαράσταση στην επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί κοινή παραδοχή ότι η προαγωγή της ψυχικής υγείας αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας, καθώς οι ψυχικές διαταραχές έχουν άμεση επιβάρυνση τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη λήψη μέτρων για την αντιμετώπισή τους. Για το λόγο αυτόν τα εθνικά συστήματα υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών προσδίδουν ιδιαίτερη σημασία στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Για την επαρκή κάλυψη της σχετικής αναγκαιότητας στη χώρα μας, κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, που συντελείται η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, έχει αναπτυχθεί ικανός αριθμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες έχουν οργανωθεί σε Τομείς. Για πολλούς λήπτες των υπηρεσιών αυτών, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο να απευθύνονται όχι μόνο σε μία, αλλά σε περισσότερες υπηρεσίες και όχι απαραίτητα του ίδιου Τομέα. Τούτο μπορεί να συμβαίνει είτε προς επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης που έχει τεθεί, είτε λόγω δυσκολίας παραδοχής της ψυχικής διαταραχής. Αν στην ανάγκη επιβεβαίωσης και τη δυσπιστία έναντι της αρχικής διάγνωσης, προστεθεί η κοινωνική προκατάληψη, που επικρατεί, για την ψυχική ασθένεια, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς το γιατί οι πλεονάζουσες επισκέψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας ή και σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, αποτελούν σύνθητες φαινόμενο.

Αναμφίβολα, για κάθε λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όχι μόνο, η διερεύνηση και αξιοποίηση των εναλλακτικών του επιλογών αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα. Ωστόσο, στο πλαίσιο της άσκησης του δικαιώματος αυτού, συμβαίνει οι ειδικοί κάθε υπηρεσίας να επαναλαμβάνουν τις ίδιες διαδικασίες, με συνέπεια να χάνεται πολύτιμος χρόνος για την έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική θεραπεία και, κατ' επέκταση, την καλύτερη δυνατή έκβαση της ψυχικής νόσου. Πέραν αυτού, ο χρόνος που χάνεται θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την εξυπηρέτηση άλλων ασθενών, πράγμα που θα σήμαινε επωφελέστερη αξιοποίηση του εργασιακού χρόνου των ειδικών και θα επέφερε αύξηση του συνολικού αριθμού εξυπηρετούμενων ανά ειδικό και υπηρεσία.

Στην ως άνω περιγραφόμενη κατάσταση συμβάλλει και η τρέχουσα μέχρι σήμερα διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία εξαρτάται από την καλή προαίρεση του ασθενή να γνωστοποιήσει την τυχόν προηγούμενη εξυπηρέτησή του από άλλη

ομοειδή υπηρεσία και, στην καλύτερη περίπτωση, να προσκομίσει σχετικό ενημερωτικό σημείωμα από την υπηρεσία προέλευσης. Πιθανολογείται, δε, βάσιμα ότι υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που, για δικούς τους λόγους, μπορεί να αποκρύψουν τυχόν προγενέστερη διέλευσή τους από άλλη ή άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αποστερώντας παντελώς με τον τρόπο αυτό τη δυνατότητα πληροφόρησης από τον ειδικό, ο οποίος θα τη θεωρούσε αναγκαία και χρήσιμη.

Τη διακίνηση των ασθενών από υπηρεσία σε υπηρεσία ψυχικής υγείας και την, σε πολλές περιπτώσεις, περιορισμένη ή και ανύπαρκτη σχετική πληροφόρηση των απασχολούμενων σε αυτές, η γράφουσα την παρούσα εργασία είναι σε θέση να γνωρίζει, στο πλαίσιο της επί σειρά ετών εργασίας της ως Κοινωνική Λειτουργός στο Κέντρο Ημέρας του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Αυτό αποτέλεσε και το έναυσμα για την παρούσα μελέτη, ώστε να διερευνηθούν διεξοδικά οι ανωτέρω εμπειρικές παρατηρήσεις.

Για την άρση της υφιστάμενης κατάστασης και την επωφελέστερη αξιοποίηση του διαθέσιμου χρόνου για λήπτες και ειδικούς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην εργασία που ακολουθεί διερευνάται η τρέχουσα διασύνδεση των υπηρεσιών αυτών, ώστε να αποσαφηνιστεί κατά πόσο θα βοηθούσε η οργάνωση της διασύνδεσής τους σε συστηματικότερη βάση, με σεβασμό προς τον ψυχικά πάσχοντα και τα δικαιωμάτα του, αλλά και προάγοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προς όφελος όλων των εμπλεκομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ασθένειας δεν υπάρχει σαφής οριοθέτηση με απόλυτα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και στο σύνολο των ποικίλων παραγόντων που την προσδιορίζουν, όπως γενετικοί, ψυχολογικοί, ιδιοσυστασιακοί, ατομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί (ΠΟΥ, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ψυχική υγεία ως "μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συμβάλλει στην κοινότητά του" (WHO 2012). Όπως διαφαίνεται από τον παραπάνω ορισμό, η ψυχική υγεία προσφέρει μία σειρά σημαντικών δυνατοτήτων στον άνθρωπο και τον βοηθά να είναι λειτουργικός στην καθημερινότητά του, επιτυγχάνοντας τους στόχους του, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η ψυχική υγεία τον οδηγεί στην ευημερία. Αυτό συμβαίνει γιατί κάθε άτομο, που διατηρεί την ψυχική του υγεία, ανταπεξέρχεται με επιτυχία στους καθημερινούς του ρόλους στο σχολείο, την οικογένεια, την κοινωνία και την επαγγελματική του ζωή. Η καλή ψυχική υγεία κάθε ατόμου χωριστά, οδηγεί στην καλή ψυχική υγεία και την ευημερία της κοινωνίας, μέσα στην οποία ζει.

Η σημασία της ψυχικής υγείας διαφαίνεται και από τον ορισμό της υγείας, όπως καταγράφεται στο καταστατικό του ΠΟΥ, σύμφωνα με τον οποίο *«υγεία δεν είναι απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας αλλά μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»* (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Η ψυχική ασθένεια προσβάλλει άτομα σε όλες τις χώρες του κόσμου και δεν αποτελεί αποκλειστικότητα συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Γυναίκες και άντρες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φυλής, οικονομικής κατάστασης, μπορούν να παρουσιάσουν σε κάποια φάση της ζωής τους μία ψυχική διαταραχή. Παλαιότερα, επικρατούσε η άποψη ότι ψυχικά διαταραγμένα άτομα συναντάμε κυρίως στις πιο βιομηχανοποιημένες και σχετικά πλουσιότερες χώρες του κόσμου (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004). Σήμερα, έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται και στις αγροτικές κοινωνίες, που

μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι λιγότερο επηρεασμένες από τους απαιτητικούς και γρήγορους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας Ελλάδος, 2001).

Η διεθνής βιβλιογραφία των τελευταίων δεκαετιών, αναφέρει ότι 450 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από μία συναισθηματική ή συμπεριφορική διαταραχή, ποσοστό που φτάνει το 7% του συνολικού πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά, μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτού του πληθυσμού λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία (Cockburn & Bernard, 2004; Laurant et al, 2005; Serrano-Blanco, 2010). Το συμπέρασμα, στο οποίο καταλήγουν οι μελέτες, είναι ότι το ποσοστό των ψυχικά ασθενών είναι πιθανό να έχει μία αύξηση στο μέλλον και αυτό θα συμβεί γιατί παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η οικονομική εξαθλίωση, η φτώχεια, η ανεργία, η μετακίνηση του πληθυσμού για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, ο κοινωνικός αποκλεισμός ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, η αδυναμία ελέγχου της ζωής του ατόμου κι η αβεβαιότητα για το μέλλον, συμβάλλουν αρνητικά στη ψυχολογία του κάθε ανθρώπου οδηγώντας τον σε βαθύ ψυχικό πόνο και απόγνωση (Green et al, 2004; Σκαπινάκης και συν., 2010; Γιωτάκος και συν., 2011).

Οι ψυχικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η εξάρτηση από το αλκοόλ, οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές, κατατάσσονται μέσα στις δέκα πρώτες αιτίες αναπηρίας (Watt, 2004). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε έρευνα που διεξήγαγε το 2004, σχετικά με τη διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι *«ένας στους τέσσερις ασθενείς εμφανίζει τουλάχιστον μια ψυχολογική διαταραχή, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10. Οι διαταραχές με το μεγαλύτερο επιπολασμό ήταν οι καταθλιπτικές, με ποσοστό 12,5% και ακολουθούσαν οι αγχώδεις με ποσοστό 12%»* (Ansseau et al, 2004; ΠΟΥ, 2004). Η εκτίμηση όλων των επιστημόνων, που ασχολούνται με τη ψυχική υγεία συγκλίνει στο γεγονός ότι η κατάθλιψη, έως το 2020, θα αποτελεί τη σοβαρότερη αιτία ασθένειας, στον αναπτυσσόμενο κόσμο (ΠΟΥ, 2001). Μιλάνε, δε, για τον αναπτυσσόμενο κόσμο γιατί το προηγμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που υπάρχει σε αυτές τις χώρες, δίνει τη δυνατότητα για καλύτερη αναγνώριση και διάγνωση των ψυχικών διαταραχών από τους ιατρούς (Mant et al, 2004).

Στην Ελλάδα, σχετικές έρευνες έχουν εξάγει το αποτέλεσμα ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ αποδείχθηκε ότι πιο

ευάλωτα, με υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας, ήταν τα άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, οι γυναίκες και οι χήροι (Μαδιανός, 2003).

Επίσης, τα αποτελέσματα μελέτης του 2004 έδειξαν ότι «από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περί τα 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αυξανόμενη, με τις αγχώδεις διαταραχές να εμφανίζονται ως και στο 25% του πληθυσμού» (Φωτιάδου και συν., 2004).

Τέλος, σε πρόσφατη μελέτη στο γενικό πληθυσμό, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο πολυκεντρικής μελέτης από συνεργαζόμενο κέντρο του ΠΟΥ, σε δείγμα 50.000 ατόμων, διαπιστώθηκε ότι το 29% παρουσίαζε τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή (Stylianiadis et al, 2008).

Από τα ανωτέρω δεδομένα προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι οι ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως προκαλούν μεγάλη επιβάρυνση, τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο, με την τάση, τα επόμενα χρόνια, να καταγράφεται αυξητική. Η επιστημονική κοινότητα, μέσα από συνεχείς μελέτες, επιβεβαιώνει ότι οι πολίτες με κακή ψυχική υγεία επιβαρύνονται με δαπάνες και απώλειες, τόσο για τους ίδιους όσο και για το κοινωνικό σύστημα.

Αν, ωστόσο, η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών συνεπάγεται επιβάρυνση, στην περίπτωση που μείνουν άνευ αντιμετώπισης, το κόστος που συνεπάγονται, συνυπολογίζοντας το άμεσο και έμμεσο κόστος των επιπτώσεών τους, είναι πολύ μεγαλύτερο. *«Υπολογίζεται ότι η μη αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κοστίζει το 3-4% του ΑΕΠ, κυρίως μέσω της χαμμένης παραγωγικότητας»* (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005). Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και ιδίως η πρόληψή τους, δεν έχει μόνο ηθική και ανθρωπιστική σημασία, αλλά και προφανή οικονομική διάσταση (ΠΟΥ, 2001).

Συνεπώς, για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των πολιτών κάθε χώρας, καθίσταται μείζονος σημασίας η ανάπτυξη ενός επαρκούς δικτύου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους επηρεάζει καθοριστικά την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Αρχές Οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και να συνεργάζονται με τα υπόλοιπα μέρη του. Η ψυχική ασθένεια, όπως ήδη έχει αναφερθεί, προσδιορίζεται από ποικίλους παράγοντες, γενετικούς, ψυχολογικούς, ιδιοσυστασιακούς, ατομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, για το λόγο αυτόν και η αντιμετώπισή της πρέπει να γίνεται ολιστικά και να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας πολλών ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων. Σε ένα τέτοιο σύστημα υγείας η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, συνεργάζονται αρμονικά και έχουν αλληλοσυμπληρούμενο ρόλο.

Η κάθε χώρα θα πρέπει να αναπτύξει υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού της και σύμφωνα με τις ανάγκες, που προκύπτουν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους (Σχέδιο δράσης για τη μεταρρύθμιση στον τομέα ψυχικής υγείας «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», 2001-2010).

Στην περίπτωση που η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν συνδέονται ή δεν υπάρχει η απαραίτητη κάλυψη των παραπομπών από το ένα επίπεδο στο άλλο, τότε η αποτυχία παροχής ποιοτικής ψυχιατρικής φροντίδας κρίνεται από πιθανή έως και δεδομένη. Καμιά από τις στρατηγικές για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δεν είναι από μόνη της επαρκής. Βασικούς παράγοντες επιτυχίας συνιστούν το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και η λειτουργία υπηρεσιών, που διέπονται από τις ακόλουθες αρχές (ΠΟΥ, 2003; ΕΚΤ - ΕΠ «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»):

Προσβασιμότητα: Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν όταν οι λήπτες είναι υποχρεωμένοι να καλύπτουν μεγάλες αποστάσεις, προκειμένου να απευθυνθούν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η απουσία τοπικών υπηρεσιών παρεμποδίζει την εύκολη πρόσβαση στη φροντίδα ψυχικής υγείας, ιδίως για τα άτομα, που κατοικούν σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Κατά συνέπεια, η βασική φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμη τοπικά, ώστε να αντιμετωπίζει τις ανάγκες των ασθενών, τόσο σε εξωτερική βάση όσο και σε βάση νοσηλείας, καθώς και να προσφέρει και άλλες υπηρεσίες, όπως είναι η αποκατάσταση.

Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση: Η παρεχόμενη φροντίδα σε τοπικό επίπεδο πρέπει να περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες που απαιτούνται για να αντιμετωπιστούν οι βασικές ανάγκες ψυχικής υγείας κάθε τοπικού πληθυσμού. Οι απαιτούμενες υπηρεσίες μπορεί να ποικίλλουν κατά τόπους και είναι συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων.

Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα: Για τη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πολύ σημαντικό οι παρεχόμενες υπηρεσίες να συντονίζονται και να αντιμετωπίζουν όλο το φάσμα των αναγκών τους, κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών. Κατά συνέπεια, απαιτούνται και υπηρεσίες, οι οποίες δεν έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως είναι οι κοινωνικές και προνοιακές (πχ στεγαστικές). Οι λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συχνά δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες, γεγονός που οδηγεί στην κακή έκβαση των ασθενειών τους. Επομένως, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα, ώστε να καλύπτουν το σύνολο των αναγκών και να διασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας.

Αποτελεσματικότητα: Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία, που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους. Τέτοια στοιχεία προκύπτουν από τις σχετικές μελέτες, που διεξάγονται συνεχώς και αφορούν σε πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από το αλκοόλ (World Health Organization, 2001).

Ισότιμη αντιμετώπιση: Προκειμένου να περιορίζονται οι ανισότητες και να διασφαλίζεται, κατά το δυνατόν, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θα πρέπει ο σχεδιασμός τους να γίνεται βάσει των αναγκών κάθε τύπου, ώστε η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών να παρέχει στους λήπτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε αυτές.

Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων: Οι υπηρεσίες οφείλουν να σέβονται την αυτονομία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, εφαρμόζοντας θεραπευτικές μεθόδους, που την περιορίζουν όσο γίνεται λιγότερο. Πρέπει να υποστηρίζουν και να ενισχύουν τα άτομα αυτά, ώστε να τα καθιστούν ικανά να παίρνουν αποφάσεις για την πορεία της ζωής τους.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των οποίων η λειτουργία διέπεται από τις προαναφερόμενες αρχές οργάνωσης, τείνουν να είναι προσβάσιμες σε τοπικό επίπεδο, να παρέχουν ολοκληρωμένη, συντονισμένη, συνεχή, αποτελεσματική και ισότιμη φροντίδα, με σεβασμό προς τους ψυχικά πάσχοντες. Με τον τρόπο αυτό, προάγεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, διασφαλίζοντας τα δικαιώματα των ληπτών και ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους, ώστε να επιτυγχάνουν τους στόχους που θέτουν, αξιοποιώντας το μέγιστο των δυνατοτήτων τους.

2.2 Κατηγοριοποίηση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Ανάλογα με την έμφαση που η κάθε χώρα δίνει στην οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κατατάσσοντάς τες στο Πρωτοβάθμιο, Δευτεροβάθμιο ή Τριτοβάθμιο επίπεδο του εκάστοτε συστήματος υγείας, οι υπηρεσίες κατηγοριοποιούνται και δίνουν την εικόνα, που ακολουθεί (ΠΟΥ, 2003):

2.2.1 Οι ενσωματωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται: α) οι υπηρεσίες, που ενσωματώνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και β) οι υπηρεσίες, που είναι τμήματα γενικών νοσοκομείων.

α) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας και παίρνει ολοένα και σημαντικότερη θέση στο σύστημα υγείας λόγω της αυξανόμενης σημασίας των προληπτικών παρεμβάσεων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας όλων των πολιτών.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που ανήκουν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, όπως τα κέντρα ημέρας, οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής κάθε ανθρώπου με το σύστημα υγείας κάθε χώρας, για αυτό οι επαγγελματίες, που τις στελεχώνουν, θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Κάθε ειδικότητα θα πρέπει να λαμβάνει την απαραίτητη εκπαίδευση, ώστε οι χειρισμοί της να είναι άμεσοι

και αποτελεσματικοί. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό εκτός από εκπαιδευμένο θα πρέπει να είναι και αριθμητικά ανάλογο των εξυπηρετούμενων, ώστε να εξασφαλίζεται ποιοτική και ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στους πολίτες.

Επίσης, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που ανήκουν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αποτελούν ενδεδειγμένη φροντίδα υγείας για τα άτομα με ψυχικές νόσους, γιατί η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή τους μέσα στο οικείο περιβάλλον τους, συμβάλλει στην αποφυγή άσκοπης μετακίνησης του ασθενούς και νοσηλείας του σε νοσοκομείο καθώς και στην ομαλότερη ένταξη και διαβίωσή του στο κοινωνικό σύνολο. Εύκολα γίνεται κατανοητό, ότι οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μειώνουν το κόστος υγείας τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του όσο και για το κράτος.

Τέλος, ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών αυτών, είναι η εύκολη προσβασιμότητά τους, κυρίως λόγω της αποφυγής στιγματισμού.

β) *Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία, λειτουργούν ως ψυχιατρικά τμήματα επειγόντων, τακτικών εξωτερικών ιατρείων, ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, ή ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικές κλινικές. Στο πλαίσιο των γενικών νοσοκομείων μπορεί επίσης να λειτουργούν και εξειδικευμένα ψυχιατρικά τμήματα ανάλογα με την ηλικία, όπως για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους, καθώς επίσης και ιατρεία για συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, όπως αυτισμό, εξαρτήσεις κλπ. Η ύπαρξη των συγκεκριμένων υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία καλύπτει και ένα μεγάλο στόχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αυτόν της ενσωμάτωσης της Ψυχικής με την Γενική υγεία. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων, για αυτό και η αντιμετώπισή τους απαιτεί την παρουσία και συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων.*

Όμως, η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας παρέχεται κυρίως από επαγγελματίες εξειδικευμένους στην ψυχική υγεία, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές. Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες, δουλεύοντας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις εφημερίες και τη διασυνδεδετική αντιμετώπιζον καταστάσεις που απαιτούν άμεσους και εξειδικευμένους χειρισμούς για αυτό και η εκπαίδευσή τους πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου και συνεχής.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία, αν και στερούνται του κοινωνικού στίγματος και της προκατάληψης για τη ψυχική υγεία, για το λόγο ότι αποτελούν ένα από τα πολλά τμήματα ενός νοσοκομείου, παρουσιάζουν δυσκολίες στην προσβασιμότητα των πολιτών εξαιτίας του γεγονότος, ότι τα νοσοκομεία είναι συγκεντρωμένα, συνήθως, σε μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι, κάτοικοι των αγροτικών περιοχών, ιδίως σε χώρες, που δεν έχουν αναπτυγμένο συγκοινωνιακό δίκτυο, δύσκολα φθάνουν σε αυτές. Για τα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία κοστίζουν ακριβότερα από τις αντίστοιχες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.2.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται: α) οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες, και β) οι άτυπες.

α) *Οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας*, παρέχουν υπηρεσίες σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Κύριος στόχος των υπηρεσιών είναι η ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας και αποκατάστασης με το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα. Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, ειδικά προγράμματα για ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, όπως θύματα κακοποίησης, παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι. Όλες οι κοινοτικές υπηρεσίες συνεργάζονται με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες του δήμου (δημοτικά ιατρεία, ιδιώτες ιατρούς, άλλες υπηρεσίες υγείας) καθώς επίσης και με γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου και όταν κρίνεται απαραίτητο. Τις υπηρεσίες αυτών των δομών προσφέρουν εξειδικευμένοι και άρτια εκπαιδευμένοι επαγγελματίες από όλες τις ειδικότητες της ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινοτικοί νοσηλευτές, εργοθεραπευτές). Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες, το εξειδικευμένο προσωπικό είναι δύσκολο να βρεθεί, οπότε και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ίδρυση και διαθεσιμότητα αυτών των υπηρεσιών στην κάλυψη των αναγκών ευρέως αριθμού ανθρώπων.

Βασική αρχή των θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η παροχή διαρκούς στήριξης, φροντίδας και κινητοποίησης στα άτομα με ψυχικές διαταραχές μέσα στο περιβάλλον, το οποίο ζουν, γεγονός που συμβάλλει στη μη απομόνωση των ατόμων αυτών και την πλήρη ένταξή τους στην κοινότητα. Εκτός όμως από την

ιατροφαρμακευτική κάλυψη, οι κοινοτικές υπηρεσίες αναπτύσσουν και υλοποιούν προγράμματα ευαισθητοποίησης των κατοίκων της κοινότητας, στην οποία λειτουργούν, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση του στίγματος για την ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα να τις προτιμούν περισσότερο συγκριτικά με άλλες. Καταληκτικά, θα λέγαμε, ότι οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι καλής ποιότητας υπηρεσίες, που λειτουργούν με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και καλύπτουν πολυποίκιλες κλινικές ανάγκες.

β) Οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχουν φροντίδα και στήριξη στα άτομα με ψυχικές διαταραχές με ανθρώπους των τοπικών κοινωνιών, που δεν έχουν εξειδίκευση σε θέματα της ψυχικής υγείας. Τέτοια άτομα μπορεί να είναι παροδοσιακοί θεραπευτές, θρησκευτικοί ηγέτες, εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα, γονείς ή άλλα μέλη των οικογενειών, ομάδες χρηστών των υπηρεσιών, εθελοντές που ενημερώνουν με ομιλίες τους κατοίκους της κοινότητας πάνω στα θέματα της ψυχικής υγείας και τους ευαισθητοποιούν στην πρόληψη και κατά του στίγματος των ψυχικών διαταραχών, εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτακτες συνθήκες. Όποια μορφή και αν έχουν οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συνήθως αποτελούν χρήσιμο συμπλήρωμα στις θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και όχι τον πυρήνα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χώρες, που βασίζονται στην κάλυψη των αναγκών τους μόνο σε τέτοιου είδους υπηρεσίες, αναλαμβάνουν και το σχετικό ρίσκο. Αυτό συμβαίνει, γιατί αν και η αποδοχή τους και η προσβασιμότητά τους είναι υψηλή από τον τοπικό πληθυσμό και το κόστος τους ιδιαίτερα χαμηλό (έχει σημειωθεί ότι σε αρκετές χώρες οι παραδοσιακοί θεραπευτές παίρνουν αμοιβή), υπάρχουν κάποιες ενστάσεις όσον αφορά στις μεθόδους, που χρησιμοποιούν κάποιοι παραδοσιακοί και θρησκευτικοί θεραπευτές για παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

2.2.3 Οι ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται α) οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, και β) τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

α) Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν κυρίως τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συνήθως, είναι υπηρεσίες, που παρέχονται σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, με τη μορφή μονάδων υψηλής ασφάλειας (κλειστή

νοσηλεία), μονάδων οξέων περιστατικών αλλά και εξωτερικών ιατρείων. Επίσης, παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά (ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί), για ηλικιωμένους (γηριατρικά ιατρεία) και άλλες υπηρεσίες όπως ιατροδικαστικές ψυχιατρικές μονάδες.

Εύκολα γίνεται κατανοητό, ότι οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας απαιτούν και προσωπικό με μεγάλη εξειδίκευση και δεξιότητες στο χειρισμό των ποικίλων ψυχικών διαταραχών, που αντιμετωπίζουν. Επαρκής αριθμός και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό καθώς επίσης και επαρκής χρηματοδότηση είναι οι βασικοί παράγοντες επιτυχίας αυτών των υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η χρηματοδότηση και το προσωπικό είναι ανεπαρκή, τα αποτελέσματα παροχής φροντίδας δεν είναι ικανοποιητικά. Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες, με την επαρκή χρηματοδότηση και την κατάλληλη στελέχωση που παρέχουν, η ποιότητα παροχής ψυχικής φροντίδας είναι υψηλή.

Βασικό χαρακτηριστικό των εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η αυτονομία που διαθέτουν στην παροχή της ψυχιατρικής φροντίδας. Αν και μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να συνεργάζονται με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, η βασική τους λειτουργία είναι ανεξάρτητη και μοναχική. Αυτό συνεπάγεται την απομόνωσή τους και τον κοινωνικό στιγματισμό τους και, ως εκ τούτου, η αποδοχή τους από το γενικό πληθυσμό δεν είναι η μέγιστη δυνατή. Οι λήπτες αυτών των υπηρεσιών είναι διστακτικοί απέναντί τους και μόνο στις περιπτώσεις, που δεν έχουν άλλη επιλογή, καταλήγουν να τις επισκεφθούν. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα αυτών των υπηρεσιών είναι η προσβασιμότητά τους, τόσο στις αναπτυσσόμενες χώρες όσο και στις αναπτυγμένες. Ως δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες μονάδες υγείας, χωροθετούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα, οπότε και η πρόσβαση των κατοίκων της υπαίθρου γίνεται με δυσκολία, πολύ περισσότερο στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το οδικό δίκτυο δεν είναι πάντα επαρκώς αναπτυγμένο. Έτσι, εκτός από τη δυσκολία πρόσβασης συνεπάγεται και υψηλό κόστος πρόσβασης. Αν σε αυτό το κόστος προσθέσουμε και το κόστος υποδομών, που χρειάζονται για τη λειτουργία τους καθώς και το κόστος για την στελέχωσή τους από εξειδικευμένο προσωπικό, γίνεται φανερό ότι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας έχουν πολύ πιο μεγάλο κόστος, συγκρινόμενες με αυτό άλλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μία εξαίρεση μόνο σημειώνεται σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, που λειτουργούν αυτές

τις μονάδες, χωρίς υψηλές προδιαγραφές, οπότε και το κόστος δεν είναι υψηλό. Παρ' όλα αυτά όμως, οι καλά στελεχωμένες υπηρεσίες παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα.

β) *Τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία* είναι κυρίως υπηρεσίες κλειστού τύπου και μάλιστα μακροχρόνιας διαβίωσης των ασθενών σε αυτές. Δεν είναι λίγες οι χώρες, ανά τον κόσμο, που παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας μόνο με τέτοιου είδους υπηρεσίες. Αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, γιατί τα ψυχιατρικά νοσοκομεία απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος από τους διαθέσιμους πόρους (ανθρώπινους και υλικούς) για το συγκεκριμένο τομέα υγείας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν πόροι για την ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών.

Η έννοια και η εικόνα των ψυχιατρικών νοσοκομείων έχει συνδεθεί με την εικόνα των ασύλων, όπου προσωπικό και ασθενείς έχουν ασυλοποιηθεί, με την επαγγελματική εξουθένωση των πρώτων και τη βαθμιαία φθορά των δεξιοτήτων τους και την εξαθλιωμένη μακροχρόνια παραμονή των δεύτερων, χωρίς ενδιαφέρον για τη ζωή και την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό και τα κλινικά αποτελέσματα αυτών των δομών, είναι συχνά κακής ποιότητας. Σε αυτό το αποτέλεσμα συμβάλλει και η έλλειψη αποκαταστασιακών δομών καθώς και η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ενώ η ποιότητα φροντίδας είναι χαμηλή, το κόστος είναι αντιστρόφως ανάλογο, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αξιοποίηση των ανεπαρκών πόρων της ψυχικής υγείας για τέτοιου είδους δομές, αποτελεί τη χειρότερη ίσως, επιλογή του εκάστοτε συστήματος υγείας.

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία λόγω της απομόνωσής τους από το γενικότερο σύστημα υγείας, χαρακτηρίζονται από έντονο κοινωνικό στιγματισμό. Αυτό μαζί με το γεγονός ότι χωροθετούνται σε κάποια απόσταση από μεγάλα αστικά κέντρα, μειώνουν την εύκολη προσβασιμότητα και αποδοχή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι με την παραμονή τους εκεί, απομονώνονται από τον έξω κόσμο και κυρίως από τις οικογένειές τους, με αποτέλεσμα η επανένταξή τους να γίνεται όλο και πιο δύσκολη.

2.3 Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά τον Κόσμο

Η κάθε χώρα, σε όλο τον κόσμο, έχει αναπτύξει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δίνοντας έμφαση άλλοτε στην πρωτοβάθμια και άλλοτε στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια

φροντίδα υγείας. Λίγες είναι οι χώρες, που συνδυάζουν αρμονικά και τα τρία επίπεδα περίθαλψης. Σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Αργεντινή, η Κίνα, η Ινδία και η Μποτσουάνα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν ενταχθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα, οπότε και η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητά τους καλύπτουν ευρύ αριθμό πληθυσμού (Murthy, 2000; Seloilwe, & Thupayagale-Tshweneagae, 2007; de Almeida, 2010; Phillips, 2013). Άλλες χώρες όπως η Αιθιοπία, Νεπάλ, Τανζανία, Τυνησία, εντάσσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία (WHO, 2006; Regmi, 2004; Mbatia, 2011; WHO, 2003). Αντίθετα, χώρες όπως η Καμπότζη, Τσεχία, Ισραήλ, Ρουμανία, παρουσιάζουν ένα καλό μείγμα υπηρεσιών, που αποτελείται από μη κυβερνητικές οργανώσεις, πανεπιστημιακά ιδρύματα, υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα και λήπτες των υπηρεσιών, που έχουν ως αποτέλεσμα την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών μέσα στην κοινότητα (WHO, 2011; WHO, 2001). Σε όλες τις χώρες όμως, πρέπει να τονίσουμε ότι οι περισσότερες υπηρεσίες βρίσκονται σε αστικά κέντρα ή σε επιλεγμένες αγροτικές περιοχές, οπότε και υπάρχουν προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση μεταξύ του πληθυσμού.

Στις αναπτυγμένες χώρες, τα τελευταία τριάντα χρόνια έχει ξεκινήσει η μεγάλη προσπάθεια της αποασυλοποίησης των ασθενών από τα κλειστά ψυχιατρικά νοσοκομεία, με σκοπό την όσο δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των ασθενών σε αυτά και το τελικό κλείσιμο τους. Σε ένα μεγάλο βαθμό, ο σκοπός αυτός επιτεύχθηκε. Το πρόβλημα όμως που δημιουργήθηκε, λόγω της μη παράλληλης ίδρυσης αρκετών και ίσων κατανεμημένων, χωροταξικά, κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, οδήγησε σε ένα κενό της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, ακόμα και σήμερα, δεν έχει αναπτυχθεί τόσο ώστε να καλύπτει τους βασικούς της στόχους, την πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη καθώς και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ληπτών ψυχικής υγείας (Freeman, 2000).

Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, μέσα από συνεχείς μελέτες μας διδάσκει ότι:

- *«οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν προκλήσεις τόσο για τις αναπτυσσόμενες όσο και για τις αναπτυγμένες χώρες»* (Jacobs, 2001). Ασφαλώς η φύση των προκλήσεων διαφέρει ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε χώρας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οικονομική δυσχέρεια, οδηγεί σε ελλιπή στελέχωση

των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αντίθετα στις αναπτυγμένες χώρες, δίνεται η έμφαση σε δαπανηρές δομές, χωρίς αυτό να συντελεί και στην υψηλή ποιότητα φροντίδας. Αναγκαιότητα αποτελεί ο στρατηγικός σχεδιασμός κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενταγμένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίες όμως θα είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

- «η απάντηση σ' αυτά τα προβλήματα δεν είναι η ανάπτυξη δαπανηρών, εξειδικευμένων υπηρεσιών» (Jacobs, 2001). Οι υπηρεσίες θα πρέπει να σχεδιάζονται με σκοπό την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών, ώστε να δημιουργείται το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών. Αυτό το μείγμα δεν χρειάζεται να αποτελείται από τις υπηρεσίες εκείνες με το μεγαλύτερο κόστος, αλλά η έμφαση πρέπει να δοθεί στην αποτελεσματικότητά τους και την προσβάσιμότητά τους από το μεγαλύτερο μέρος των επωφελούμενων πληθυσμών, υλοποιώντας υπηρεσίες λιγότερο δαπανηρές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Ιστορική Αναδρομή

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στη χώρα μας, αποτελούνταν από το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλλονιά. Αν εξαιρέσουμε το Αιγινήτειο, όλες οι παραπάνω δομές, είχαν τα χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ασθενείς με μακροχρόνια άθλια διαβίωση, χωρίς το απαιτούμενο ιατρικό προσωπικό και πάρα πολλούς φύλακες (Στυλιανίδης, 2006).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύεται στην Αθήνα το Δημόσιο Ψυχιατρείο και, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλειναν, στη χώρα μας, αποφασίστηκε, το 1957, τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο να μετατραπούν σε αποικία ψυχασθενών με σκοπό την απασχόλησή τους σε αγροτικές εργασίες. Έτσι δέχεται τους πρώτους 300 ασθενείς από το Λοιμοκαθατήριο Αθηνών, όπου είχαν μεταφερθεί από το Δαφνί το 1953. Βασικό κριτήριο της επιλογής των ασθενών, που μεταφέρθηκαν στη Λέρο ήταν η έλλειψη επισκέψεων από τους συγγενείς τους στα ιδρύματα, όπου νοσηλεύονταν για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Σιγά σιγά ο αριθμός των «κατοίκων» του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Λέρου γινόταν ολοένα και μεγαλύτερος αφού μεταφέρθηκαν εκεί άτομα και από άλλα ψυχιατρεία όπως της Θεσσαλονίκης, των Χανίων και της Κέρκυρας. Η πρώτη ονομασία του Ψυχιατρείου ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» (Στυλιανίδης, 2006).

Τη δεκαετία του 1970, η Ελλάδα σημειώνει σημαντικά βήματα αλλαγής και προχωρά σε πρωτοπόρες δραστηριότητες για τα μέχρι τότε δεδομένα. Το 1971, ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής στη Θεσσαλονίκη και το 1977 ιδρύεται στο Αιγινήτειο το πρώτο Νοσοκομείο Ημέρας. Οι δύο αυτές υπηρεσίες μαζί με το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα, που ιδρύθηκε το 1979, αποτελούν καινοτόμα προγράμματα στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό κάνουν προσπάθειες διατήρησης των κοινωνικών δεσμών των ασθενών από τις πρώτες κιόλας ημέρες της νοσηλείας τους. Δίνεται έμφαση στη νοσηλεία των ασθενών σε ένα πλαίσιο θεραπείας του περιβάλλοντος. Παλιές μέθοδοι θεραπείας, όπως τα κόματα ινσουλίνης και οι σπασματοθεραπείες, αμφισβητούνται και

εγκαταλείπονται και τη θέση τους παίρνουν θεραπευτικά προγράμματα ευρέου φάσματος, που έχουν και εκπαιδευτικές παραμέτρους για τα στελέχη της ψυχικής υγείας. Τα νέα αυτά προγράμματα οδηγούν στην αρνητική κριτική της παραδοσιακής ψυχιατρικής και αυτήν την περίοδο έχουμε την εμφάνιση των πρώτων ομάδων συμπαράστασης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων για τους έγκλειστους ασθενείς των ψυχιατρικών αυτών ασύλων. Αυτά τα κινήματα, που κάνουν δειλά δειλά την εμφάνισή τους στον ελλαδικό χώρο, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στη δυτική Ευρώπη πρωτοστατούν, όπως για παράδειγμα το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, Pirella στην Ιταλία και άλλων. Για το λόγο αυτό μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής στη χώρα μας σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Δαμίγος, 2003; Στυλιανίδης, 2006).

Ένα σημαντικό στόχο της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης κάλυψε η ψήφιση του Ν 1397/83 (άρθρο 21), για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο συγκεκριμένος νόμος και η ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ»), μπορούν να θεωρηθούν σταθμοί για τη μετέπειτα φάση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Μία φάση που βασικά χαρακτηριστικά της είναι η τροποποίηση, η καινοτομία, η μετατροπή και γενικά η αλλαγή. Έτσι, παρατηρείται βελτίωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με τους ασθενείς, εξατομικευμένα και ομαδικά, με σκοπό την προετοιμασία και την τελική μετάβασή τους σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργία νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης, 2006).

3.2 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Η εποχή της παγκοσμιοποίησης συνοδεύτηκε από ραγδαίες εξελίξεις στα κοινωνικά, πολιτιστικά και οικονομικά πρότυπα και σε συνδυασμό με τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας ανέδειξαν την αναγκαιότητα εκσυγχρονισμού της πολιτικής στο χώρο αυτό. Αρκετές χώρες όπως οι πρωτοπόρες Γαλλία και Ιταλία ακολούθησαν το δρόμο του εκσυγχρονισμού της ψυχικής υγείας, γνωστού ως «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση», πολύ πιο γρήγορα απ' ό,τι η Ελλάδα (Πλουμπίδης, 2005).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ξεκίνησε να υλοποιείται με τη θέσπιση του Κανονισμού 815 της Ευρωπαϊκής κοινότητας (<http://www.ygeia-pronoia.gr>). Η ψήφιση του νόμου 2716/99, που αφορά στην «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», αποτελεί ορόσημο του θεσμικού πλαισίου, στο οποίο υλοποιείται η μεταρρύθμιση. Ο συγκεκριμένος νόμος κάλυψε θεσμικά όλες τις αλλαγές, τις καινοτόμες μετατροπές και προσέδωσε στη μεταρρύθμιση μία νέα δυναμική.

Ως «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ορίζεται *«το σύνολο των παρεμβάσεων, που επιτρέπουν στο ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στην κοινότητα, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη, δίνοντάς του τη δυνατότητα να έχει μία εντελώς διαφορετική ζωή από εκείνη, που θα είχε ένας μακροχρόνια έγκλειστος στο ψυχιατρείο»* (Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα της Ψυχικής Υγείας «Ψυχαργός» <http://www.ygeia-pronoia.gr>).

Από τον ορισμό γίνεται φανερό ότι η θεμελιώδης αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ο ασθενής να μην απομακρύνεται από το περιβάλλον του, να μην απομονώνεται σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, αλλά να αντιμετωπίζεται στην κοινότητα, γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας καινοτόμου αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, αντίθετης με ό,τι συνέβαινε μέχρι τότε στη χώρα μας.

3.2.1 Η Τομεοποίηση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Σε συμφωνία προς τη θεμελιώδη αρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και προκειμένου να εξασφαλιστεί τόσο η καλύτερη οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας, όσο και το θεραπευτικό συνεχές, η χώρα διαιρέθηκε σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟ.ΨΥ) με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά (ΥΥΠ 2003: 66 • ΥΥΚΑ/ΜΥΠ, 2005: 6; Μεγαλοοικονόμου, 2000).

Πιο αναλυτικά, έχουν συσταθεί 13 Τομείς Ψυχικής Υγείας για την Αττική, 3 για τη Θεσσαλονίκη και 42 για την υπόλοιπη επικράτεια. Για δε, την Αττική και τη Θεσσαλονίκη έχουν συσταθεί και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΟ.ΨΥΠ.Ε.). Τομείς Ψυχικής Υγείας, των οποίων οι διαθέσιμες μονάδες δεν είναι επαρκείς, υπάγονται σε όμορους ή μη ΤΟ.ΨΥ της ίδιας ή και διαφορετικής Υγειονομικής

Περιφέρειας, με την επιδίωξη η απόσταση του πολίτη από τη Μονάδα Ψυχικής Υγείας να μην υπερβαίνει τα 15 λεπτά.

Η τομεοποίηση αποτελεί βασική αρχή ενός αποτελεσματικού και οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως (Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>):

- τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας,
- τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα,
- οι Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον,
- οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας,
- τα Ειδικά Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης,
- οι Ξενώνες,
- τα Οικοτροφεία,
- τα Προστατευμένα Διαμερίσματα,
- οι Ανάδοχες Οικογένειες,
- τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κοινωνικής Επανένταξης,
- τα Ψυχιατρικά νοσοκομεία,
- τα Γενικά νοσοκομεία, που διαθέτουν ψυχιατρικό τμήμα,
- τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, που έχουν ψυχιατρικές κλινικές, και
- τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπως το Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Η τομεοποιημένη παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης συμβάλλει (Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα της Ψυχικής Υγείας «Ψυχαργός». <http://www.ygeia-pronoia.gr/>):

- στην πρόληψη,
- στην άμεση παρέμβαση,
- στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης των ψυχικά πασχόντων στο οικείο περιβάλλον τους,

- στην ανάπτυξη δράσεων και προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο που στοχεύουν στη μη απομόνωση του ατόμου και στην σταδιακή κοινωνικοοικονομική επανένταξη του.

Για την εύρυθμη λειτουργία των Τομέων Ψυχικής Υγείας, καθώς και των Τομέων Παιδιών και Εφήβων, προβλέπεται η συγκρότηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ), με τις αρμοδιότητες που αναφέρονται στο Νόμο 2716/1999, άρθρο 3, παράγραφος 6.

Οι ΤΕΨΥ είναι πενταμελείς και συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και με τη σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. *«Κύριο έργο των ΤΕΨΥ είναι η προώθηση συνεργασίας μεταξύ των μονάδων ψυχικής υγείας του Τομέα ευθύνης τους, για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας του ασθενούς, σύμφωνα με τις αρχές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης»* (Νόμος 2716/1999, άρθρο 3, παράγραφος 6).

3.2.2 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός»

Στην Ελλάδα του σήμερα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, έχει ξεκινήσει, από το 1999 και υλοποιεί το Εθνικό Πρόγραμμα Δράσης «Ψυχαργός». Το πρόγραμμα πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις. Η Α΄ φάση αφορά στη διετία 2000-2001, όπου στο τέλος του 2001 έγινε και η πρώτη αναθεώρησή του, τη Β΄ φάση, που αφορά στην περίοδο 2001-2006 και την Γ΄ φάση, που αφορά στην περίοδο 2006-2015. Το «Ψυχαργός» αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας μας. Χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους και οι κύριοι στόχοι του προγράμματος είναι η ανάπτυξη δομών και υποδομών για την παροχή σύγχρονων, ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα δόθηκε έμφαση (Δομές και Δράσεις για την Υγεία, <http://www.yyka.gov.gr/>):

- Στην αποϊδρυματοποίηση, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών μετά από τη μακροχρόνια διαβίωσή τους στα ψυχιατρικά νοσοκομεία,
- Στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, όπου ψυχική και σωματική υγεία αντιμετωπίζονται

παράλληλα, με αποτέλεσμα την μη απομόνωση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού τους,

- Στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, από εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών μέσα στο οικείο περιβάλλον διαβίωσης των ασθενών.

Με κριτήριο τα παραπάνω, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα μας, υλοποίησε και συνεχίζει να υλοποιεί ενέργειες που αφορούν (Σχέδιο δράσης για τη μεταρρύθμιση στον τομέα ψυχικής υγείας «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» 2001-2010):

- Στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Στη διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δευτεροβάθμια σε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υγείας.
- Στην αποϊδρυματοποίηση και το κλείσιμο των παραδοσιακών ψυχιατρικών νοσοκομείων.
- Στην κατάλληλη προετοιμασία των ασυλοποιημένων ασθενών και τη μετάβασή τους σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως είναι οι ξενώνες, τα οικοτροφεία και τα προστατευμένα διαμερίσματα.
- Στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, με τη λειτουργία προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και εργασιακής ένταξης. Η λειτουργία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης αποτελεί σημαντικό σταθμό στον τομέα αυτό και συμβάλλει στη δημιουργία θέσεων εργασίας για τα συγκεκριμένα άτομα.
- Στην ανάπτυξη ενός τομεοποιημένου δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας με στόχο την πρόληψη και την άμεση παρέμβαση, όσον αφορά στην ψυχική φροντίδα αλλά και τη βελτιστοποίηση της εποπτείας και αξιολόγησης του έργου των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- Στην κατάρτιση επιδημιολογικού χάρτη της χώρας για παιδιά και ενήλικες, με σκοπό την καταγραφή της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών και τον καλύτερο δυνατό σχεδιασμό της αντιμετώπισής τους.

- Στην ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχων για τον εξορθολογισμό της διαχείρισης των εθνικών και κοινοτικών πόρων, που διατίθενται για τη ψυχική υγεία.

Τα μέχρι στιγμής επιτεύγματα του προγράμματος «Ψυχαργός», είναι αρκετά ενθαρρυντικά. Πέντε από τα παραδοσιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (της Λέρου, των Χανίων, της Πέτρας Ολύμπου, της Κέρκυρας και το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) έχουν αναστείλει τη λειτουργία τους. Το σύνολο των μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2000, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις (ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία παιδών και εφήβων) η αύξηση φτάνει το 77%. Οι δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα), που ιδρύθηκαν, παράλληλα με το κλείσιμο των ψυχιατρείων, για να καλύψουν τις ανάγκες που προέκυψαν, ανέρχονταν, τον Οκτώβριο του 2005, σε 452 (από 146 το 2000) (*Η εξέλιξη της Β' φάσης «Ψυχαργός», <http://www.xaraugi.gr/>*). Επίσης, ο αριθμός των ενοίκων των δομών αυτών, όσο και του απασχολούμενου σε αυτές προσωπικού παρουσιάζει κάθετη αύξηση (3.689 ένοικοι και 4.343 εργαζόμενοι το 2008 σε σχέση με μόλις 1.289 και 1.589 αντίστοιχα, έξι χρόνια νωρίτερα) (*Χάρτης Μονάδων Ψυχικής Υγείας, <http://www.mentalhealthmap.gr/>*).

Επίσης, σημαντικό επίτευγμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αποτελεί η ίδρυση και λειτουργία 15, μέχρι σήμερα Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης. Η σύσταση των συνεταιρισμών αυτών, αποτελούν ένα σημαντικό βήμα για την επαγγελματική ένταξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αν και αποτελούν προστατευμένα περιβάλλοντα εργασίας, συμβάλλουν στην ταχύτερη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και αυτό γιατί εκτός από κοινωνική ένταξη παρέχουν και κοινωνική ευημερία (*Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, <http://www.espa.gr/>*).

Παρά τα σημαντικά αποτελέσματα, που σημειώνονται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης των τελευταίων ετών, είναι γεγονός ότι παρατηρούνται και αδυναμίες, οι σημαντικότερες από τις οποίες συνοψίζονται στα ακόλουθα (Σακέλης, 2009):

- Για την υλοποίηση των προγραμμάτων απαιτούνται γραφειοκρατικές διαδικασίες, στις οποίες εμπλέκονται πολλοί φορείς που θέτουν δικά τους κριτήρια εφαρμογής,

με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στην υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών δράσεων (πρόσληψη προσωπικού, καταβολή μισθών κλπ.).

- Η ανάπτυξη των κοινοτικών δομών δεν συνοδεύτηκε από επαρκή ενημέρωση του κοινού προκειμένου να τις αποδεχτούν, με συνέπεια να προκληθούν αρνητικές αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών, ως αποτέλεσμα του στίγματος, που συνοδεύει τη ψυχική ασθένεια. Οι αντιδράσεις αυτές προκάλεσαν καθυστέρηση στη δημιουργία των δομών αυτών και στην αποασυλοποίηση των ασθενών (Karastergiou et al., 2005).
- Αν και η άτυπη μορφή φροντίδας (οικογένεια) στην Ελλάδα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην περίθαλψη των ψυχικά ασθενών και στην οικονομική στήριξή τους, ωστόσο, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δεν υποστηρίζεται επαρκώς (Ploumbidis et al., 2001).
- Η αποασυλοποίηση χωρίς την παράλληλη λήψη μέτρων για την επαρκή κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, έχει οδηγήσει, σε πολλές περιπτώσεις, απλά και μόνο στη μετεγκατάσταση και όχι στην αποϊδρυματοποίησή τους, με συνέπεια να εξακολουθούν να διαβιούν σε συνθήκες περιθωριοποίησης.
- Το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών επέφερε αυξημένη επιβάρυνση στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Η λογική και πρακτική της κλίνης, για στέγαση ή νοσηλεία, εξακολουθεί να είναι κυρίαρχη.
- Αν και η ανάγκη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους αφορά σε όλη την επικράτεια, Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων έχουν δημιουργηθεί μόνο στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη.
- Αν και η λειτουργία των ΤΕΨΥ ως όργανα επίβλεψης και σχεδιασμού, αποτέλεσε σημαντική παρέμβαση, περιορίζονται σε γνωμοδοτικό ρόλο και δεν έχουν τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, κατανομής πόρων και επιβολής κυρώσεων.
- Η απουσία ανάπτυξης μιας σταθερής χρηματοδοτικής πολιτικής, που θα διασφάλιζε τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Από την έως σήμερα πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, έχει συσσωρευτεί σημαντική εμπειρία, τόσο για τις καλές πρακτικές, όσο και για τις αβλεψίες και παραλείψεις, στο πλαίσιο της εφαρμογής της. Ως σημαντικό παράγοντα για τις όποιες αβλεψίες και παραλείψεις, η αξιολόγηση στο πλαίσιο της Β΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός», αναγνωρίζει ότι *«το σύστημα ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο και χωρίς συντονισμό. Υπάρχουν διαφορετικά υπο-συστήματα, τα οποία παρέχουν διάφορες υπηρεσίες, οι οποίες δεν εμφανίζουν ούτε οριζόντια ούτε κάθετη διασύνδεση»* (Εκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009).

Παρότι η διασύνδεση των υπηρεσιών αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας για την λειτουργία του δικτύου παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας δεν ανευρέθησαν σχετικές μελέτες στην Ευρωπαϊκή και Αμερικάνικη βιβλιογραφία. Στη Δυτική Ευρώπη και στις ΗΠΑ, όπου η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπέστη ριζική μεταρρύθμιση ήδη από τις δεκαετίες του 1960 και 1970 αντίστοιχα, η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών εξυπηρετείται από την εφαρμογή, εδώ και πολλά χρόνια, του Ηλεκτρονικού Φακέλλου στην υγεία (Ψυχαργός Γ΄Φάση, 2011-2020). Σε αυτό το γεγονός πρέπει να οφείλεται και ότι η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν αποτελεί ερευνητικό αντικείμενο σε αυτές τις χώρες.

Αντίθετα στην Ελλάδα, όπου η εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλλου περιορίζεται «επί του παρόντος» μόνο στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο συντονισμός και η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας – πόσο μάλλον της ψυχικής υγείας - εξακολουθεί να αποτελεί ζητούμενο και αντικείμενο προς διερεύνηση (Ψυχαργός Γ΄Φάση 2011-2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΗΜΕΡΑΣ ΤΟΥ ΓΝ "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"

Το Κέντρο Ημέρας αποτελεί μία μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας για ενήλικες, που ανήκει στο ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας». Λειτουργεί από το 1998, και έχει εξυπηρετήσει μέχρι σήμερα περίπου 6.500 άτομα. Κύριος σκοπός του, είναι η κάλυψη των αναγκών για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από τις πιο ήπιες μορφές άγχους, που το άτομο δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνο του, μέχρι τις πιο σοβαρές μορφές ψυχικής ασθένειας.

Έως το 2004 εξυπηρετούσε όλη την Ελλάδα, ενώ από το 2004 και μετά οπότε και ίσχυσε η τομεοποίηση στην ψυχική υγεία (ΦΕΚ 26/6/2004), εξυπηρετεί τους κατοίκους των περιοχών που ανήκουν στον 12^ο τομέα.

Συγκεκριμένα το Κέντρο Ημέρας δέχεται από Δευτέρα έως και Παρασκευή 7:30 – 15:00 και έχει ως αποκλειστική περιοχή ευθύνης τον πληθυσμό των δήμων Π. Φαλήρου (λόγω εντοπιότητας), Αργυρούπολης – Ελληνικού, Γλυφάδας, Βούλας – Βουλιαγμένης, Κερατέας, Λαγονησίου, Σουνίου, ενώ αναλαμβάνει την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση όλων όσων έχουν νοσηλευθεί σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κατοικούν στους παραπάνω δήμους.

Στο Κέντρο Ημέρας παρέχεται στήριξη και συμβουλευτική σε άτομα, ομάδες και οικογένειες, συστηματική παρακολούθηση ατόμων με ψυχική διαταραχή με σκοπό τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση τους, καθώς και ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας.

Άτομα που βρίσκονται σε εξαρτήσεις (ουσίες, αλκοόλ, τυχερά παιχνίδια), δεν γίνονται δεκτά, εκτός και αν βρίσκονται ήδη σε πρόγραμμα απεξάρτησης οπότε και η παραπομπή γίνεται από τον θεραπευτή τους με συγκεκριμένο αίτημα ψυχιατρικής εκτίμησης.

Τα αιτήματα για αυτιστικές διαταραχές, νοητικές υστερήσεις παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Η πρώτη επαφή γίνεται τηλεφωνικά ή με επίσκεψη στο Κέντρο συμπληρώνοντας την πρώτη φόρμα επαφής (intake) και κλείνεται το πρώτο ραντεβού. Γίνεται προσπάθεια να μην υπάρχουν λίστες αναμονής και η όλη διαδικασία γίνεται πάντα με σεβασμό στο

δικαίωμα του ασθενή για εχεμύθεια και τήρηση του απορρήτου, όσον αφορά στις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.

Το Κέντρο Ημέρας δέχεται παραπομπές και συνεργάζεται με υγειονομικές, κοινωνικές και άλλες αρμόδιες υπηρεσίες που έχουν σχέση με ασθενείς του τομέα ευθύνης του (δημοτικά ιατρεία, κοινωνικές υπηρεσίες δήμων).

Για την παροχή των υπηρεσιών του Κέντρου, οι εξυπηρετούμενοι καταβάλλουν, όπως σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το αντίτιμο των 5 ευρώ, με εξαίρεση τους ανασφάλιστους, και όσους έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Ημέρας είναι οι εξής:

- Ατομική – Οικογενειακή Συμβουλευτική
- Ψυχοθεραπείες
- Ομάδα ασθενών (λειτουργεί δύο φορές την εβδομάδα, στη βάση ενός θεραπευτικού προγράμματος)
- Ομάδα Γονέων (λειτουργεί δύο φορές το μήνα, με σκοπό την στήριξη των γονιών στην αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς παιδιού τους)
- Στήριξη για την πρόσβαση σε Κοινωνικά δικαιώματα και παροχές
- ✓ Γραφείο Απασχόλησης (στήριξη στην εργασιακή αποκατάσταση στην ελεύθερη αγορά εργασίας του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας).

Το Κέντρο Ημέρας στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία συνεδριάζει μία φορά την εβδομάδα και περιλαμβάνει τις παρακάτω ειδικότητες:

- 1 ψυχίατρο
- 3 ψυχολόγους
- 2 κοινωνικούς λειτουργούς
- 1 διοικητικό υπάλληλο
- 1 βοηθητικό υπάλληλο.

Βασικός στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας του συγκεκριμένου Κέντρου Ημέρας είναι η υποστήριξη των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να επιτύχουν τους στόχους, που οι ίδιοι θέτουν σύμφωνα με τα «θέλω» και «μπορώ» τους, ενισχύοντας τις κοινωνικές δεξιότητές τους, και όλους εκείνους τους μηχανισμούς προσαρμοστικότητας μέσα στο περιβάλλον που ζουν, χωρίς να χάνουν την αίσθηση της ταυτότητάς τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και Μέθοδος

Σκοπός της μελέτης

Ο χώρος της ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από απομόνωση λόγω του κοινωνικού στίγματος, που τον συνοδεύει. Ακόμα και σήμερα, τρεις δεκαετίες μετά την έναρξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δεν έχει εξαλειφθεί παντελώς το κοινωνικό στίγμα ούτε από τους λήπτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά ούτε και από τις ίδιες τις υπηρεσίες. Έχουν γίνει κάποια σημαντικά βήματα προς τον τομέα αυτόν, αλλά τα αποτελέσματα είναι ακόμα σε χαμηλά επίπεδα.

Αν στην παραπάνω προκατάληψη προσθέσουμε και την ανάγκη του κάθε ανθρώπου για δεύτερη άποψη όταν πρόκειται για θέματα υγείας, παρουσιάζεται το φαινόμενο της υπερκάλυψης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γιατί σε κάθε υπηρεσία γίνονται οι ίδιες διαδικασίες λήψης ιστορικού και όλων των απαιτούμενων ενεργειών από τους επαγγελματίες. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος, όσον αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, και κατ' επέκταση την καλύτερη έκβαση της νόσου. Η ύπαρξη αυτού του «κενού» στη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί και το σημαντικότερο κριτήριο επιλογής της συγκεκριμένης έρευνας και μελέτης.

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η οργάνωση του δικτύου επικοινωνίας (διασύνδεσης) μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσω της μελέτης:

- των τρόπων διασύνδεσης (τυπικοί ή άτυποι τρόποι διασύνδεσης),
- της συχνότητας διασύνδεσης, και
- του περιεχομένου και της έκτασης διασύνδεσης (του είδους και του αριθμού των πληροφοριών, που μοιράζονται οι υπηρεσίες μεταξύ τους)

Επιμέρους στόχο αποτελεί η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, προκειμένου να σχεδιαστούν και να προταθούν προς εφαρμογή οι κατάλληλες παρεμβάσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τον περιορισμό φαινομένων όπως αυτό της υπερκάλυψης των υπηρεσιών και της σπατάλης –ως εκ τούτου- ανθρωποωρών από τους επαγγελματίες υγείας για τον ίδιο λήπτη.

Ερευνητική Υπόθεση

Πριν την πραγματοποίηση της έρευνας, η ερευνήτρια προέβη στην υπόθεση ότι:

- Η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κυμαίνεται από περιορισμένη έως ανύπαρκτη.

Δείγμα

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι λήπτες των υπηρεσιών του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» των τριών τελευταίων ετών και πιο συγκεκριμένα των ετών 2011, 2012 και 2013, οι οποίοι ανέρχονταν σε 1.058 άτομα, έτσι ώστε:

α) τα όποια συμπεράσματα, που προκύπτουν από την ανάλυση, να εξάγονται από τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, και

β) να συμπίπτουν με τα όσα προβλέπει ο θεσμός της τομεοποίησης, ο οποίος εάν και έχει ψηφισθεί από το 2004, μόλις τα τελευταία χρόνια λειτουργεί συστηματικότερα.

Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από το αρχείο των πρώτων τηλεφωνικών επαφών (intakes) των ληπτών των υπηρεσιών του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας», τα οποία κατεγράφησαν σε συγκεκριμένη μορφή από την ίδια την ερευνήτρια (Παράρτημα 1).

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης

Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το αρχείο του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας», αφού προηγήθηκε η ειδική έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας», ύστερα από αίτηση της ερευνήτριας και ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης της (Παράρτημα 2). Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπήρξαν. Στην έρευνα εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Εξασφαλίστηκε και τηρήθηκε η ανωνυμία των ληπτών των υπηρεσιών του Κέντρου Ημέρας. Το Κέντρο Ημέρας δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά.

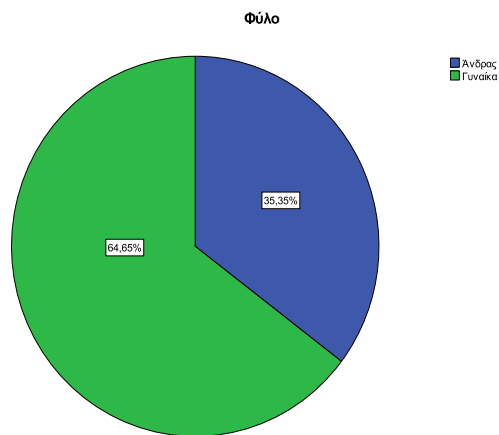
Αποτελέσματα μελέτης

Στατιστική Ανάλυση

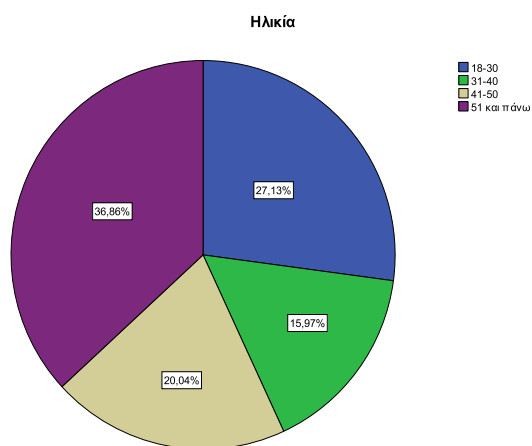
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, vers 21 έκδοση για Windows. Οι μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι όροι και εκατοστιαίες αναλογίες. Για τον έλεγχο συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

Δημογραφικά στοιχεία

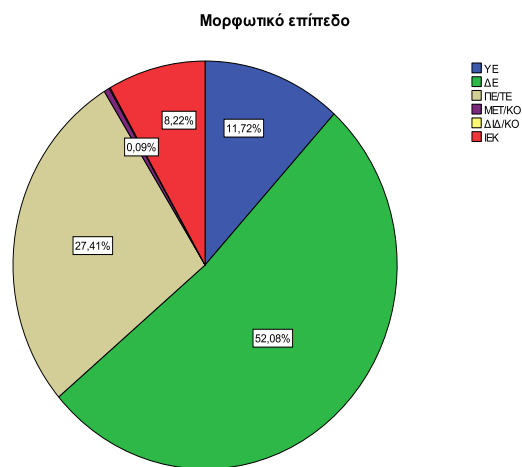
Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν τα 1.058 άτομα, που προσήλθαν στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» κατά τα έτη 2011, 2012 και 2013. Η πλειονότητα του δείγματος (64,65%) είναι γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνεται από 16 έως 93 έτη, με μέση ηλικία τα 44,11 έτη, και επικρατέστερη την ηλικιακή κλίμακα «51 ετών και πάνω». Τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στο μορφωτικό επίπεδο (52,08%) την εμφανίζει η κατηγορία «ΔΕ-Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση» και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι άγαμοι (Διάγραμμα 1-4).



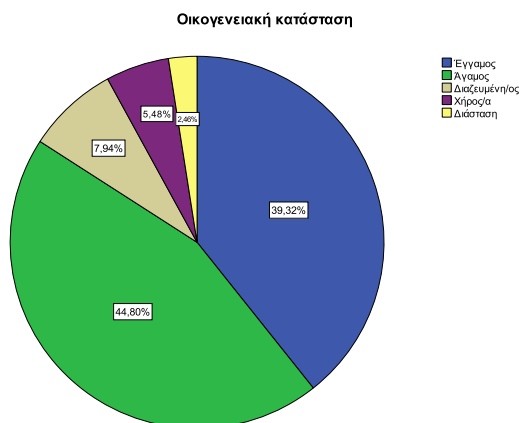
Διάγραμμα 1: Σύνθεση του δείγματος ως προς το φύλο



Διάγραμμα 2: Σύνθεση του δείγματος ως προς την Ηλικία



Διάγραμμα 3: Σύνθεση του δείγματος ως προς το Μορφωτικό Επίπεδο



Διάγραμμα 4: Σύνθεση του δείγματος ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

Στοιχεία πρώτης επαφής με το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας»

Από τα 1.058 άτομα του δείγματος τα 675 (63,7%), απάντησαν ότι ήταν η πρώτη φορά, που επισκέπτονταν επαγγελματία ψυχικής υγείας, ενώ τα 383 (36,3%) είχαν προηγούμενη επαφή με κάποιο ειδικό.

Από τα άτομα, που επισκέπτονταν επαγγελματία υγείας για πρώτη φορά το 55,1% το αποφάσισε μόνο του, το 25,3% μετά από παρακίνηση οικείων του προσώπων και το 19,6% μετά από σύσταση επαγγελματιών υγείας μη ψυχιατρικών ειδικοτήτων (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Απόφαση για πρώτη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Απόφαση για πρώτη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας μετά από	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Σύσταση από οικείους τρίτους	171	25,3	25,3
Απόφαση – ανάγκη του ιδίου	372	55,1	80,4
Σύσταση από επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων	132	19,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	675	100,0	

Προσήλθαν κυρίως για συμβουλευτική και υποστηρικτική παρέμβαση (44%) ή για ψυχιατρική εκτίμηση/διάγνωση (27,6 %), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Το αίτημα του λήπτη.

Αίτημα του λήπτη	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Διάγνωση	186	27,6	27,6
Συμβουλευτική – υποστηρικτική	297	44,0	71,6
Διαχείριση πένθους	34	5,0	76,6
Προβλήματα στις σχέσεις	124	18,4	95,0
Έκδοση πιστοποιητικού	34	5,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	675	100,0	

Πληροφορήθηκαν για το Κέντρο Ημέρας από ποικιλία πηγών κυρίως όμως από άλλους χρήστες της υπηρεσίας (33%) και από το διαδίκτυο (20,3%) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Πηγή πληροφόρησης για το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας».

Πηγή πληροφόρησης για το Κέντρο Ημέρας Π. Φαλήρου	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Από γραμμή βοήθειας	72	10,7	10,7
Από άλλον ασθενή	223	33,0	43,7
Γνώση λόγω γειτονίας	26	3,9	47,6
Από το τμήμα κοινωνικής πρόνοιας του δήμου	113	16,7	64,3
Internet	137	20,3	84,6
Άλλο	104	15,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	675	100,0	

Από τα 383 άτομα, που είχαν προηγούμενη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας, οι περισσότεροι (46,5%) είχαν επισκεφθεί ψυχιατρικό τμήμα Γενικού ή Ψυχιατρικού νοσοκομείου όμως μόνο 21 από αυτούς είχαν επισκεφτεί το ψυχιατρικό τμήμα της Βούλας, το οποίο ανήκει στον ίδιο Τομέα με το Κέντρο Ημέρας. Το 35% όσων είχαν προηγούμενη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας είχε πάει σε ιδιώτη ψυχίατρο ή ψυχολόγο και το 18,5% αλλού (Πίνακες 4 και 5).

Πίνακας 4: Άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που έχει επισκεφθεί.

Άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που έχει επισκεφθεί	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού νοσοκομείου	91	23,8	23,8
Ψυχιατρικό τμήμα Ειδικού νοσοκομείου	87	22,7	46,5
Ιδιώτη (ψυχολόγο – ψυχίατρο)	134	35,0	81,5
Άλλο	71	18,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	383	100,0	

Πίνακας 5: Προηγούμενη επαφή με το ψυχιατρικό τμήμα του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας».

Προηγούμενη επαφή με το ψυχιατρικό τμήμα της Βούλας	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΝΑΙ	21	5,5	5,5
ΟΧΙ	362	94,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	383	100,0	

Στοιχεία παραπομπών στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας»

Η παραπομπή στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» έγινε στο 36,6% των περιπτώσεων από Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) είτε Γενικού είτε Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, το 7,8 % των περιπτώσεων παραπέμφθηκε από Επείγοντα Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, ενώ το 30% προσήλθε με ίδια απόφαση, χωρίς να το παραπέμψουν από αλλού. Στην κατηγορία «Άλλο» (14,9%) αναφέρθηκαν τμήματα όπως: Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός, ΙΚΑ, ΚΔΑΥ, ΚΑΠΗ, ΕΟΠΥΥ με τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις στα ΚΑΠΗ και Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός (Πίνακας 7).

Πίνακας 6: Πηγή παραπομπής στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας».

Η παραπομπή έγινε από:	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πουθενά (ιδία απόφαση)	115	30,0	30,0
Επείγοντα ψυχιατρικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου.	21	5,5	35,5
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου	67	17,5	53,0
Επείγοντα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου	9	2,3	55,4
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία Ψυχιατρικού Νοσοκομείου	73	19,1	74,4
Ιδιώτη ψυχικής υγείας	25	6,5	80,9
Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων	16	4,2	85,1
Άλλο	57	14,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	383	100,0	

Πίνακας 7 : Πηγή παραπομπής στο Κέντρο Ημέρας (Περίπτωση: Άλλο)

Από πού έγινε η παραπομπή στο Κέντρο Ημέρας (Περίπτωση: Άλλο)	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Παιδοψυχιατρική Σχολή	1	1,8	1,8
18 ΑΝΩ	1	1,8	3,6
Δεν Αναφέρει	7	12,2	15,8
ΕΟΠΥΥ	1	1,8	17,6
ΕΠΨΥ	1	1,8	19,4
ΕΡΜΗΣ	1	1,8	21,2
ΗΛΙΟΤΡΟΠΙΟ	1	1,8	23,0
Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό	14	24,5	47,5
ΙΚΑ	1	1,8	49,3
ΚΑΠΗ	13	22,7	72,0
ΚΔΑΥ	2	3,5	75,5
ΚΕΘΕΑ	1	1,8	77,3
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	6	10,4	87,7
ΚΕΠΕΑ «Ορίζοντες»	1	1,8	89,5
Κοινωνική Υπηρεσία ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας	1	1,8	91,3
Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Αργυρούπολης	3	5,1	96,4
ΠΑΚΠ	1	1,8	98,2
ΠΙΚΠΑ	1	1,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	57	100,0	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 8, η υπηρεσία που έκανε την παραπομπή ανήκει, κυρίως, σε άλλον τομέα (79,5%).

Πίνακας 8: Τομέας που ανήκει η υπηρεσία που έκανε την παραπομπή.

Η υπηρεσία που έκανε την παραπομπή	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Από άλλον τομέα	213	79,5	79,5
Από τον ίδιο τομέα	55	20,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	268	100,0	

Ο λόγος της παραπομπής των ασθενών είναι κυρίως για «Έκδοση πιστοποιητικών – Επιδομάτων» (27,9%), ενώ μεγάλη συγκέντρωση εμφανίζει και η κατηγορία «Άλλο» (24,5%) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Λόγος παραπομπής.

Λόγος παραπομπής	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Διαγνωστική προσέγγιση	14	3,7	3,7
Παρακολούθηση μετά από νοσηλεία	26	6,8	10,4
Ψυχιατρική αντιμετώπιση	71	18,5	29,0
Ψυχολογική υποστήριξη	71	18,5	47,5
Έκδοση πιστοποιητικών – επιδομάτων	107	27,9	75,5
Άλλο	94	24,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	383	100,0	

Στην κατηγορία «Άλλο» αναφέρονται λόγοι όπως: ενηλικίωση ασθενών, οικονομικοί λόγοι, δεύτερη άποψη, τομεοποίηση, με τους δύο τελευταίους να εμφανίζουν τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, 28,5% και 54,7% αντίστοιχα (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Λόγος παραπομπής (Περίπτωση: Άλλο).

Λόγος παραπομπής (Περίπτωση: Άλλο)	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Δεύτερη Άποψη	27	28,5	28,5
Ελλειψη ψυχολόγου ΙΚΑ	1	1,0	29,5
Ενηλικίωση	7	7,4	36,9
Οικονομικοί Λόγοι	8	8,4	45,3
Τομεοποίηση	51	54,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	94	100,0	

Όσον αφορά στη διασύνδεση μεταξύ Κέντρου Ημέρας και υπηρεσίας ή ιδιώτη ψυχικής υγείας, που οι 383 εξυπηρετούμενοι είχαν προηγούμενα απευθυνθεί, προέκυψε ότι σε ποσοστό 63,2% δεν υπάρχει κανενός είδους επικοινωνία (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας με την προηγούμενη υπηρεσία / ιδιώτη ψυχικής υγείας.

Διασύνδεση Κέντρου Ημέρας με την προηγούμενη υπηρεσία / ιδιώτη ψυχικής υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΟΧΙ	242	63,2	33,2
Ενημερωτικό σημείωμα που φέρει ο ασθενής	127	33,1	66,3
Προσωπική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών	14	3,7	70,0
ΣΥΝΟΛΟ	383	100,0	

Στοιχεία σχετικά με την παροχή υπηρεσιών στο Κέντρο Ημέρας

Σχετικά με την τελική διάγνωση, όσων προσήλθαν στο Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» την περίοδο που μελετάται, παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα (71,3%) εμφανίζει ως τελική διάγνωση κυρίως «αγχώδεις διαταραχές, νευρώσεις συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές» (F40-48) (Πίνακας 12) (Παράρτημα 2).

Πίνακας 12: Τελική διάγνωση (Κωδικοποίηση σύμφωνα με το ICD10).

Τελική διάγνωση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
F20-29	69	6,5	6,5
F30-39	21	2,0	8,5
F00-09	28	2,6	11,2
F50-59	3	0,3	11,4
F40-48	754	71,3	82,7
F60-69	49	4,6	87,3
F70-79	25	2,4	89,7
F80-89	82	7,8	97,4
F90-98	27	2,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	1058	100,0	

Επίσης, στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος της μελέτης συστήθηκε αγωγή (81,5%) και από αυτούς συνεχίζεται η συνεργασία μετά την πρώτη επίσκεψη στο 61,9% των περιπτώσεων. (Πίνακας 13 και 14).

Πίνακας 13: Συστήθηκε Αγωγή.

Συστήθηκε Αγωγή	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΝΑΙ	862	81,5	81,5
ΟΧΙ	196	18,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	1058	100,0	

Πίνακας 14: Συνέχεια συνεργασίας μετά την πρώτη επίσκεψη.

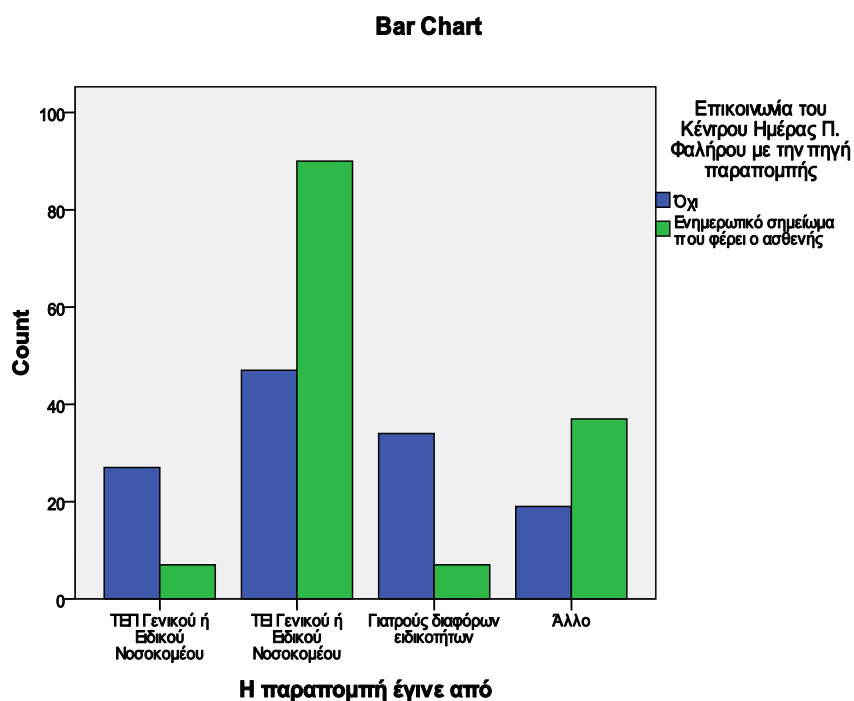
Συνέχεια συνεργασίας μετά την πρώτη επίσκεψη	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΝΑΙ	534	61,9	61,9
ΟΧΙ	328	38,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	862	100,0	

Συσχετίσεις

Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της πηγής παραπομπής και της επικοινωνίας του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του είδους της πηγής παραπομπής και της επικοινωνίας με το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» ($\chi^2=432.28$, $df=3$, $p=0,000$). Πιο συγκεκριμένα ένας στους δύο, που παραπέμπονται από Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία γενικού ή ειδικού νοσοκομείου, φέρουν μαζί τους ενημερωτικό σημείωμα.

Πίνακας 15: Συσχέτιση μεταξύ της Πηγής Παραπομπής και της ύπαρξης Επικοινωνίας με το Κέντρο Ημέρας.

N= 268		Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής		x ² /df	Τιμή p
		Καμία	Ενημερωτικό σημείωμα που φέρει ο ασθενής		
Πηγή παραπομπής	ΤΕΠ Γενικού ή Ειδικού Νοσοκομείου	27	7	x ² ₃ = 48,228	< 0,001
	ΤΕΙ Γενικού ή Ειδικού Νοσοκομείου	47	90		
	Ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων	34	7		
	Άλλο	19	37		
	Σύνολο	127	141		



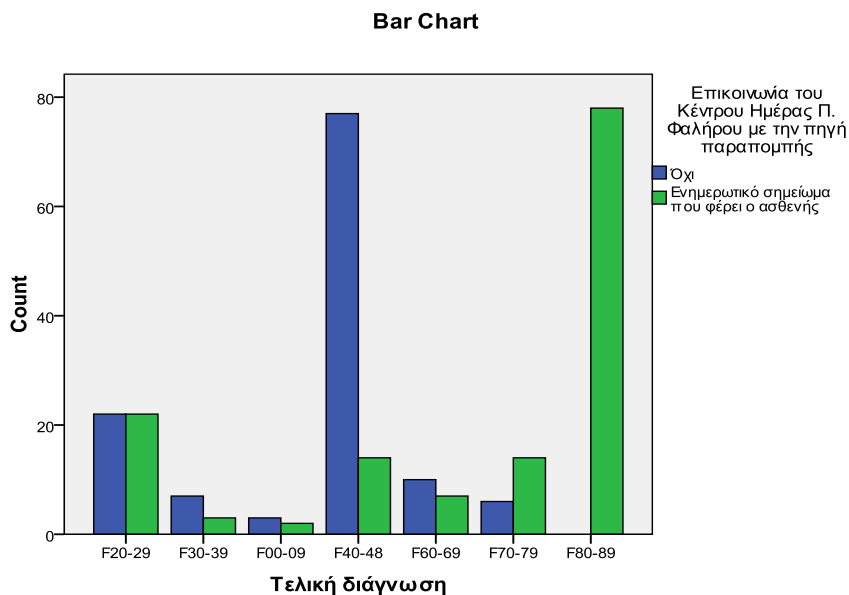
Διάγραμμα 4. Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής

Στον πίνακα 16 παρουσιάζεται η συσχέτιση της διάγνωσης και της επικοινωνίας του Κέντρου Ημέρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της διάγνωσης και της επικοινωνίας του Κέντρου Ημέρας ($\chi^2=128.601$, $df=6$, $p=0.000$). Συγκεκριμένα, στους εξυπηρετούμενους με διάγνωση F80-89 «διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης» (Κωδικοποίηση σύμφωνα με το ICD10) η διασύνδεση είναι απόλυτη, καθώς όλοι προσκόμισαν ενημερωτικό σημείωμα. Αντίθετα στη διαγνωστική κατηγορία F40-48 «αγχώδεις διαταραχές, νευρώσεις συνδεόμενες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές» μόνο ένας στους έξι φέρει ενημερωτικό σημείωμα.

Πίνακας 16: Συσχέτιση της Τελικής Διάγνωσης και της Επικοινωνίας του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» με την Πηγή Παραπομπής.

N= 268		Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» με την πηγή παραπομπής		χ^2/df	Τιμή p
		Καμία	Ενημερωτικό σημείωμα που φέρει ο ασθενής		
Τελική Διάγνωση	F20-29	22	23	$\chi^2_6=128,601$	< 0,001
	F30-39	7	3		
	F00-09	3	2		
	F40-48	79	14		
	F60-69	10	7		
	F70-79	6	14		
	F80-89	0	78		
	Σύνολο	127	141		

^aΈλεγχος χ^2 για τάση

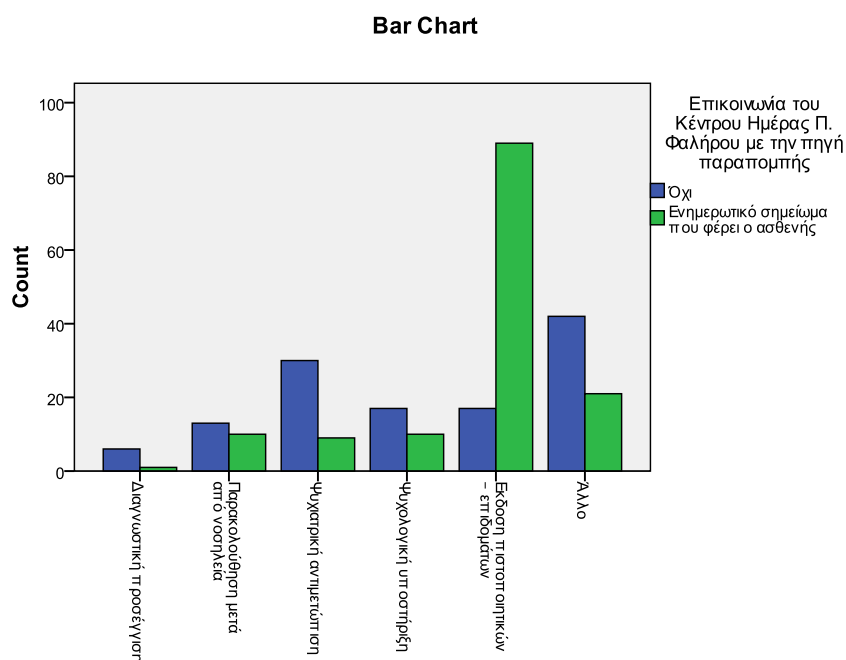


Διάγραμμα 5. Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής ανάλογα με την τελική διάγνωση

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ του λόγου παραπομπής και της επικοινωνίας της πηγής παραπομπής με το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του λόγου παραπομπής και της επικοινωνίας της πηγής παραπομπής με το Κέντρο Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» ($\chi^2=74.025$, $df=5$, $p=0.000$). Πιο συγκεκριμένα, όταν ο λόγος παραπομπής αφορούσε στην έκδοση πιστοποιητικών – επιδομάτων, η διασύνδεση του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής ήταν μεγαλύτερη με στατιστικά σημαντική διαφορά από όλους τους υπόλοιπους λόγους.

Πίνακας 17: Συσχέτιση του Λόγου Παραπομπής και της Επικοινωνίας του Κέντρου Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» με την πηγή παραπομπής

	N=268	Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής		x ² /df	Τιμή p
		Όχι	Ενημερωτικό σημείωμα που φέρει ο ασθενής		
Λόγος παραπομπής	Διαγνωστική προσέγγιση	6	1	x ² ₅ =74,025	< 0,001
	Παρακολούθηση μετά από νοσηλεία	13	10		
	Ψυχιατρική αντιμετώπιση	30	9		
	Ψυχολογική υποστήριξη	19	10		
	Εκδοση πιστοποιητικών – επιδομάτων	17	90		
	Άλλο	42	21		
	Σύνολο	127	141		



Διάγραμμα 6. Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την πηγή παραπομπής ανάλογα με το Λόγο Παραπομπής

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Συμπεράσματα

Με την παρούσα μελέτη έγινε διερεύνηση της διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η έρευνα βασίστηκε αποκλειστικά σε όσα αναφέρθηκαν από τους εξυπηρετούμενους κατά την πρώτη τους τηλεφωνική επαφή με το Κέντρο Ημέρας του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» και, ως εκ τούτου, τίθεται, εύλογα, ο περιορισμός της αυτοαναφοράς και της μνήμης των εξυπηρετούμενων.

Ο πληθυσμός της μελέτης, δηλαδή, εκείνοι που απευθύνθηκαν στο Κέντρο Ημέρας κατά το χρονικό διάστημα που ερευνήθηκε, ανήλθαν σε 1.058 εξυπηρετούμενους, από τους οποίους τα δύο τρίτα δήλωσαν ότι απευθύνονται σε υπηρεσία ψυχικής υγείας για πρώτη φορά. Για αυτούς, αξίζει να σημειωθεί ότι το ένα πέμπτο αποφάσισαν να απευθυνθούν στο Κέντρο Ημέρας ύστερα από σύσταση επαγγελματιών υγείας μη ψυχιατρικών ειδικοτήτων. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τις βιβλιογραφικές πηγές (ΠΟΥ, 2001), σύμφωνα με τις οποίες η ψυχική υγεία επηρεάζεται από μεγάλο αριθμό παραγόντων (γενετικοί, κοινωνικοί κλπ) ενώ για την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής νόσου απαιτείται η συνεργασία και η συνδρομή πολλών ιατρικών ειδικοτήτων.

Από το συνολικό, επίσης, πληθυσμό της μελέτης, περισσότεροι του ενός τρίτου δήλωσαν ότι προηγούμενα είχαν απευθυνθεί και σε άλλη υπηρεσία ή ιδιώτη επαγγελματία ψυχικής υγείας. Στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι αυτοί είχαν προηγούμενα απευθυνθεί στα επείγοντα ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Γενικού ή Ειδικού (Ψυχιατρικού) νοσοκομείου ή σε άλλη Υπηρεσία, ενώ περισσότεροι του ενός τρίτου από αυτούς προέρχονταν από ιδιώτη ψυχολόγο/ψυχίατρο. Στο σημείο αυτό, αξίζει να επισημανθεί ότι από το σύνολο εκείνων, οι οποίοι προηγούμενα είχαν απευθυνθεί και σε άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας, μόνο ένας στους δεκαοκτώ εξυπηρετούμενους προερχόταν από το ψυχιατρικό τμήμα του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας». Διαπιστώνεται, δηλαδή, ότι δύο υπηρεσίες ψυχικής υγείας που λειτουργούν, όχι μόνο στον ίδιο τομέα, αλλά και υπό την ίδια διοίκηση, έχουν πολύ μικρού βαθμού διασύνδεση μεταξύ τους και φαίνεται να λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα η μια από την άλλη.

Από εκείνους, οι οποίοι είχαν προηγούμενη εμπειρία λήψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδιαίτερης αναφοράς χρήζει ότι περισσότεροι του ενός τρίτου απευθύνθηκαν στο Κέντρο

Ημέρας «Ασκληπιείο Βούλας» προερχόμενοι από ιδιώτη ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια, κατά τα οποία εκτυλίσσεται η οικονομική κρίση, πολλοί εξυπηρετούμενοι καταφεύγουν σε δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εξαιτίας, προφανώς, της μείωσης του εισοδήματός τους ή και της ανεργίας, με συνέπεια να δυσκολεύονται ή και να αδυνατούν να καλύψουν το κόστος που συνεπάγεται η παροχή των υπηρεσιών αυτών από ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η τρέχουσα δυσμενής οικονομική συγκυρία είναι λογικό να αυξάνει την επιβάρυνση των δημοσίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίες παρέχονται με μηδαμινό ή μηδενικό κόστος για τον εξυπηρετούμενο (Γιωτάκος και συν, 2011).

Από το σύνολο, όσων προηγούμενα είχαν απευθυνθεί και σε άλλη υπηρεσία ή ιδιώτη επαγγελματία ψυχικής υγείας, βρέθηκε ότι σχεδόν το ένα τρίτο προσήλθαν στο Κέντρο Ημέρας με δική τους πρωτοβουλία. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στην ανάγκη κάθε ανθρώπου για δεύτερη άποψη, όταν πρόκειται για θέματα υγείας και, πολύ περισσότερο ίσως, όταν πρόκειται για θέματα ψυχικής υγείας. Η προκατάληψη και το στίγμα που, σε μεγάλο βαθμό, εξακολουθούν να περιβάλλουν τη ψυχική ασθένεια, συμβάλλουν στη δυσκολία ή και την άρνηση παραδοχής μίας τέτοιας διάγνωσης και ενδέχεται να οδηγούν τον άνθρωπο, που βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτή, να αναζητά επιβεβαίωση, με τους κινδύνους, που μπορεί να ενέχει η σχετική χρονική καθυστέρηση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την καλύτερη δυνατή έκβαση της ψυχικής νόσου.

Πέραν όσων απευθύνθηκαν με δική τους πρωτοβουλία, τα υπόλοιπα δύο τρίτα προσήλθαν στο Κέντρο Ημέρας κατόπιν παραπομπής από άλλη υπηρεσία. Ως προς τις πηγές παραπομπής, ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι στην πλειοψηφία τους υπάγονται σε άλλο τομέα ψυχικής υγείας, καθώς, στο πλαίσιο της τομεοποίησης, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προβλέπεται να εξυπηρετούν πλέον άτομα, που διαμένουν στον τομέα ευθύνης τους και παραπέμπουν τα υπόλοιπα, ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους. Στην εφαρμογή, ομοίως, του θεσμού της τομεοποίησης θα πρέπει να αποδοθεί και ότι περισσότεροι από το ένα τρίτο παραπέμπονται στο Κέντρο Ημέρας από τακτικά εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού τμήματος γενικού ή ειδικού νοσοκομείου.

Ως οι κυριότεροι λόγοι για την παραπομπή των ασθενών καταγράφονται κατά σειρά: η ψυχιατρική εκτίμηση για την έκδοση πιστοποιητικού ή τη χορήγηση επιδόματος, η

τομεοποίηση, η ψυχιατρική αντιμετώπιση, η ψυχολογική υποστήριξη, η δεύτερη άποψη και η παρακολούθηση μετά από νοσηλεία. Η επίκληση της τομεοποίησης ως ενός από τους σημαντικότερους λόγους παραπομπής θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα ακόμα αποδεικτικό στοιχείο της εφαρμογής της στην πράξη, με τα οφέλη, που είναι γνωστό, ότι αυτή συνεπάγεται για τον ψυχικά πάσχοντα και τις υπηρεσίες, που τον εξυπηρετούν.

Τα ευρήματα που αφορούν στην επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας με την υπηρεσία ή τον ιδιώτη ψυχικής υγείας, ίσως είναι και τα πιο σημαντικά της συγκεκριμένης μελέτης, καθώς για τα δύο τρίτα των εξυπηρετούμενων με προηγούμενη εμπειρία λήψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρατηρείται παντελής έλλειψη επικοινωνίας, επιβεβαιώνοντας την σχετική αξιολόγηση της Β΄ Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» (Εκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009). Για το υπόλοιπο ένα τρίτο, η επικοινωνία πραγματοποιήθηκε, ως επί το πλείστον, με την προσκόμιση ενημερωτικού σημειώματος.

Από την έρευνα προέκυψε ότι η υπηρεσία και ο λόγος παραπομπής, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όλοι όσοι παραπέμπονται στο Κέντρο Ημέρας, προερχόμενοι από ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς με διάγνωση «διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης» (F80-89), φέρουν απαραίτητως σχετικό ενημερωτικό σημείωμα. Αυτό συμβαίνει γιατί η διάγνωση έχει τεθεί στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, κατά την παιδική τους ηλικία, και, λόγω ενηλικίωσης, προσέρχονται σε υπηρεσία ενηλίκων για επανέκδοση του πιστοποιητικού, κυρίως, δυσλεξίας. Για το λόγο αυτό, οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί χορηγούν εγγράφως το ιστορικό καθενός από αυτούς, ενημερώνοντας για τις δοκιμασίες αξιολόγησης, στις οποίες έχουν υποβληθεί, και τεκμηριώνοντας, με τον τρόπο αυτό, τη διάγνωση που έχει τεθεί. Ο συγκεκριμένος τρόπος διασύνδεσης, είναι ίσως ο μόνος οργανωμένος και συστηματικός μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Όσο οργανωμένη και συστηματική φαίνεται να είναι η διασύνδεση μεταξύ ιατροπαιδαγωγικών σταθμών και του Κέντρου Ημέρας, τόσο περιορισμένη ή και ανύπαρκτη διαφαίνεται ότι είναι μεταξύ του εν λόγω Κέντρου και άλλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων, καθώς, από τους εξυπηρετούμενους, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στο Κέντρο Ημέρας με διάγνωση «αγχώδεις διαταραχές, νευρώσεις συνδεόμενες με το

stress και σωματόμορφες διαταραχές» (F40-48) και αποτελούν την πλειοψηφία των παραπεμπομένων, μόνο ο ένας στους επτά προσήλθε φέροντας σχετικό ενημερωτικό σημείωμα από την υπηρεσία προέλευσης. Η διασύνδεση πιθανόν να καθίστατο εφικτή, στην περίπτωση που τεθεί σε εφαρμογή ο περιώνυμος Ηλεκτρονικός Φάκελλος Υγείας και εφόσον, βέβαια, προβλέπεται να περιλαμβάνονται σε αυτόν και δεδομένα ψυχικής υγείας. Η εμπειρία από τη χρήση του Ηλεκτρονικού Φακέλλου Υγείας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Τσεχία, επιβεβαιώνει τη λειτουργία του και ως βάσης δεδομένων, παρέχοντας τη δυνατότητα άμεσης και ασφαλούς πρόσβασης σε δεδομένα που αφορούν στην υγεία (<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/area>; <http://www.medicon.cz>; Mantas, 2002).

Ένα τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό εύρημα της έρευνας, είναι ότι, ενώ στην πλειοψηφία του συνολικού πληθυσμού της μελέτης (1.058 άτομα) συστήθηκε αγωγή (περισσότεροι από οκτώ στους δέκα) και, κατ' επέκταση, συνέχιση της συνεργασίας, περισσότεροι του ενός τρίτου από αυτούς διέκοψαν τη συνεργασία, χωρίς να ενημερώσουν ή να δικαιολογήσουν την επιλογή αυτή. Πιθανές εξηγήσεις για τη στάση αυτή μπορεί να είναι ότι οι εν λόγω εξυπηρετούμενοι, είτε δεν έμειναν ικανοποιημένοι από την επαφή τους με τη συγκεκριμένη υπηρεσία, είτε θα θελήσουν να αναζητήσουν δεύτερη άποψη, είτε άλλοι λόγοι. Σε κάθε περίπτωση, εκείνο που εν προκειμένω έχει αξία είναι ότι μπορεί να απευθυνθούν και σε άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας.

Συζήτηση

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που διεξήχθη στο Κέντρο Ημέρας, προέκυψε ότι, στο πλαίσιο της λειτουργίας του, ικανός αριθμός (περίπου 1 στους 3 λήπτες) από όσους απευθύνονται σε αυτό, έχουν προηγούμενα απευθυνθεί και σε άλλη υπηρεσία ή ιδιώτη επαγγελματία ψυχικής υγείας και μάλιστα, ως επί το πλείστον, άλλου Τομέα. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν φέρουν ενημερωτικό σημείωμα που επί του παρόντος αποτελεί το μόνο θεσμικό μέσο διασύνδεσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επαναλαμβάνονται οι ίδιες διαδικασίες λήψης ιστορικού και θεραπευτικής αντιμετώπισης, με συνέπεια να χάνεται πολύτιμος χρόνος για την έγκαιρη διάγνωση, την αποτελεσματική θεραπεία και, κατ' επέκταση, την καλύτερη δυνατή έκβαση της ψυχικής νόσου. Εκτός αυτού, ο χρόνος που χάνεται θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την εξυπηρέτηση άλλων ασθενών, πράγμα που θα σήμαινε επωφελέστερη αξιοποίηση του εργασιακού χρόνου των ειδικών και θα επέφερε αύξηση του συνολικού αριθμού εξυπηρετούμενων ανά ειδικό και υπηρεσία.

Στην κατάσταση αυτή συμβάλλει και η τρέχουσα μέχρι σήμερα διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία τελικά εξαρτάται από τη βούληση του ασθενή να γνωστοποιήσει την τυχόν προηγούμενη εξυπηρέτησή του από άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας και, στην καλύτερη περίπτωση, να προσκομίσει σχετικό ενημερωτικό σημείωμα από την υπηρεσία προέλευσης.

Για την άρση της υφιστάμενης κατάστασης και την επωφελέστερη αξιοποίηση του διαθέσιμου χρόνου για λήπτες και ειδικούς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εκτιμάται ότι θα βοηθούσε η οργάνωση της διασύνδεσής τους σε συστηματικότερη βάση, με σεβασμό προς τον ψυχικά πάσχοντα και τα δικαιωμάτα του, αλλά και προάγοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας, εφόσον εξασφαλιστεί η πλήρης και αδιάληπτη λειτουργία τους και ενισχυθούν οι αρμοδιότητές τους, θα μπορούσαν να καθορίσουν τον τρόπο, τους όρους και τις προϋποθέσεις διασύνδεσης των υπηρεσιών εντός του Τομέα και μεταξύ των Τομέων Ψυχικής Υγείας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί το θεραπευτικό συνεχές. Στην κατεύθυνση αυτή, ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ψυχικής Υγείας θα βοηθούσε

σημαντικά στην παροχή πληροφοριών για τον ασθενή, την πορεία του και τις χρησιμοποιηθείσες από αυτόν υπηρεσίες.

Η συστηματικότερη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο της οποίας κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα δύναται να έχει πρόσβαση στο ιστορικό κάθε ασθενή, θα απέβαινε εξαιρετικά χρήσιμη, μεταξύ των άλλων, στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, όπου συχνά προσέρχονται ασθενείς σε κρίση, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να παράσχουν κρίσιμες σε αυτές τις περιπτώσεις πληροφορίες για την ταχεία και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Πέραν των άλλων και για λόγους συνέχειας της παρακολούθησης, αλλά και οικονομίας χρόνου, η συστηματικότερη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα επέτρεπε και την επισήμανση εκείνων των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι, ενώ δηλώνουν ότι είναι η πρώτη τους επαφή, έχουν προηγούμενα απευθυνθεί και σε άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας και, για δικούς τους λόγους, θα θελήσουν να το αποκρύψουν. Στην περίπτωση, δε, που η διασύνδεση καθίστατο εφικτό να περιλαμβάνει και τους ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γίνεται αντιληπτό ότι τα οφέλη από τη διασύνδεση θα μεγιστοποιούνταν στο έπακρο.

Τέλος, η συστηματική διασύνδεση των υπηρεσιών θα βοηθήσει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή συμβάλλοντας ουσιαστικά στη μείωση των επιπτώσεων από τη διαταραχή και συνεπώς στην καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

Καταληκτικά, ευελπιστούμε η παρούσα μελέτη να αποτελέσει ένα μικρό έναυσμα για μια περισσότερο οργανωμένη διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με τα οφέλη που αυτή μπορεί να έχει.

Περιορισμοί της μελέτης

Περιορισμοί που τέθηκαν ήταν ο γλωσσικός, κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση, με επιλογή άρθρων στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, καθώς επίσης και η φύση των στοιχείων που συλλέγονται για τη μελέτη, επειδή βασίζονται στην αυτοαναφορά των ληπτών της υπηρεσίας τη δεδομένη χρονική στιγμή. Προκύπτει δηλαδή, ο περιορισμός της μνήμης και της ακρίβειας των αναφορών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ansseau, M., Dierick, M., Buntinkx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., et al. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*, 78(1): 49-55

Cockburn, K., Bernard, P. (2004). Child and Adolescent Mental Health within Primary Care: A study of general practitioners' perceptions. *Child Adoles Ment Health*, 9(1): 21-24

Freeman, M. (2000). Using all opportunities for improving mental health examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:508-10

Green, L.A., Phillips, R.L., Fryer, G.E. (2004). The nature of primary medical care, In Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 1:3-10

Jacobs, KS. (2001). Community care for people with mental disorders in developing countries. Problems and possible solutions. *British Journal of Psychiatry*, 178:296-298

de Almeida, J. M. C., & Horvitz-Lennon, M. (2010). Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric services*, 61(3):218-221

Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S. and Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services. *Journal of Mental Health*, 14(2):197 – 203

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(2), <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD001271.pdf>

- Mantas, J., Hasman, A. (2002). Textbook in Health Informatics a Nursing Perspective, 65(3,4):252
- Mant, D., Del Mar, C., Glasziou, P., Knottnerus, A., Wallace, P., van Weel, C. (2004). The state of primary-care research. *Lancet*, 364:1004–1006
- Mbatia, J., & Jenkins, R. (2010). Development of a mental health policy and system in Tanzania: an integrated approach to achieve equity. *Psychiatric Services*, 61(10):1028-1031
- Phillips, M. R., Chen, H., Diesfeld, K., Xie, B., Cheng, H. G., Mellsop, G., & Liu, X. (2013). China's New Mental Health Law: Reframing Involuntary Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 170(6): 588-591
- Murthy, SR. (2000). Community resources for mental health care in India. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(2): 89-92
- Ploumpidis, D., Garanis-Papadatos, T., & Economou, M. (2008). Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 19(4), 320-329
- Seloilwe, E. S., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2007). Community mental health care in Botswana: approaches and opportunities. *International nursing review*, 54(2), 173-178
- Serrano-Blanco, A., Palao, D.J., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2): 201-210
- Stylianidis, S.F., Pantelidou, S.M., Chondros, P.C. (2008). Evaluation of the rehabilitation process in Greek Community Residential homes: resettlement from Greek Psychiatric Hospitals. *Inter J Psychosocial Rehabilitation*, 13(1):31-38

Regmi, S. K., Pokharel, A., Ojha, S. P., Pradhan, S. N., & Chapagain, G. (2004). Nepal mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16(1-2): 142-149

Watt, G. (2004). General practice and the epidemiology of health and disease in families. *British journal of general practice*, 54(509): 939-944

WHO 2001 Mental Health in Europe <http://www.dypethessaly.gr/docs/E76230.pdf>

Βενιζέλος, Ε. (2001). *Το Σύνταγμα της Ελλάδος του 1975/1986/2001*. Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα

Γιωτάκος, Ο., Καραμπελας, Δ., Καφλάς, Α. (2011). Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 22:109-119

Δαμίγος, Δ. (2003). *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση

World Health Organization, (2007). Mental health: Strengthening mental health promotion (Factsheet No. 220). *World Health Organization, Geneva*

Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009

Ζήση, Α., Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 41:27-35

Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη

Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2000). Σχετικά με την τομεοποίηση και τον τρόπο εφαρμογής της στην Ελλάδα, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 70:9-14

Πλατής, Α. (2004). Συνηγορία για την Ψυχική Υγεία: Πανάκεια, Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινωνικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, <http://www.panakia.org.gr/>

Πλουμπίδης, Γ. (2005). Είκοσι χρόνια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 16(2):104

ΠΟΥ ICD-10, *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες*. Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β.

Σακέλλης, Ι. (2009). *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες-Προτάσεις-Λύσεις*. Εκδόσεις: Σάκκουλας

Σκαπινάκης, Π., Μπέλλος, Σ., Μαυρέας, Β. (2010). Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Στυλιανίδης, Σ. (2006). Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα, Περιοδικό «*ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΧΝΕΣ*» τχ. 105:45-54

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2005). Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' φάση», (2005). *Με το Ψυχαργός για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*. Μ.Υ.Π.: Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2003). *Υγεία, φροντίδα υγείας και πρόνοια στην Ελλάδα*. ΥΥΠ: Αθήνα. (έκδοση στην Αγγλική)

Φωτιάδου, Α., Πρίφτης, Φ., Κυπριανός, Σ. (2004) Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος - Αρχαία Νευρολογία και Ψυχιατρικής*, <http://www.encephalos.gr/full/41-1-02g.htm>.

Ψυχαργός Γ' Φάση, (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ.

Διαδικτυακοί τόποι

- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2005), *ΠΡΑΣΙΝΟ ΒΙΒΛΙΟ Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm (5/3/2014).
- WHO, (2001), *Mental Health in Europe*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.dypethessaly.gr/docs/E76230.pdf> (5/3/2014).
- ΠΟΥ, (2001), *Παγκόσμια έκθεση για την υγεία*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.who.int/whr/2001> (8/3/2014).
- ΠΟΥ, (2003), *Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2_gre.pdf (8/3/2014).
- WHO, (2006), *Aims report on mental health system in Ethiopia*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.who.int/mental_health/evidence/ethiopia_who_aims_report.pdf (3/4/2014).
- World Health Organization Mental Health Atlas, (2011), *Department of Mental Health and Substance Abuse*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/idn_mh_profile.pdf?ua=1 (5/4/2014).
- Υπουργείο Υγείας, (n.d.), *ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.psychargos.gov.gr/ (8/4/2014).

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (n.d.), *Δομές και Δράσεις για την Υγεία*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.yyka.gov.gr/> (8/4/2014).
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2011), *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ'(2011-2020) Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.psychargos.gov.gr/ (10/4/2014).
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2011), *Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: www.psychargos.gov.gr/ (10/4/2014).
- Health and Social Care Information Centre, (n.d.), *Mental Health Minimum Data Set Online*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140305135943/http://www.hscic.gov.uk/article/1945/Mental-Health-Minimum-Data-Set-Online> (4/4/2014).
- Systems Czech Republic, (n.d.), *Data Network of Health Department*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.medicon.cz> (4/4/2014).
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (n.d.), *Σχέδιο Δράσης για την Μεταρρύθμιση στον τομέα Ψυχικής Υγείας «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» 2001-2010*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/summary_mental_plan.pdf (10/3/2014).
- Υπουργείο Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας, (n.d.), *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.espa.gr/> (8/3/2014).
- ΠΟΥ, (n.d.), *Mental health: strengthening our response*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (8/3/2014).

Νόμοι

- 1397/83 Εθνικό Σύστημα Υγείας
- 815/84 Κανονισμός Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση
- 2716/99 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Αντληθέντα δεδομένα από το αρχείο πρώτων τηλεφωνικών επαφών του Κέντρου Ημέρας "Ασκληπιείο Βούλας"

Ημερομηνία κλήσης:

Ημερομηνία ραντεβού:

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Αρχικά ονόματος:

Ηλικία: 18-30 31-40 41-50 51 και πάνω

Επάγγελμα:

Διεύθυνση (περιοχή):

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Διαζευμένη/ος Χήρος/α

Αριθμός παιδιών: κανένα 1 2 τρία τέσσερα και πάνω

Μορφωτικό επίπεδο: ΥΕ ΔΕ ΠΕ Μετ/κο Διδ/κο

Πρώτη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας : ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι:

Η απόφαση για πρώτη επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας οφείλεται:

- A. σύσταση από οικείους τρίτους
- B. απόφαση – ανάγκη του ίδιου
- C. σύσταση από επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων

Το αίτημα του λήπτη:

- A. Διάγνωση
- B. Συμβουλευτική – υποστηρικτική
- C. Διαχείριση πένθους
- D. Προβλήματα στις σχέσεις (μεταξύ συζύγων, γονέων – παιδιών)
- E. Έκδοση πιστοποιητικού

Πηγή πληροφόρησης για το Κέντρο Ημέρας Π. Φαλήρου:

- A. Από γραμμή βοήθειας
- B. Από άλλον ασθενή
- C. Γνώση λόγω γειτονίας

- D. Από το τμήμα κοινωνικής πρόνοιας του δήμου
- E. Internet

Αν όχι:

Προηγούμενη επαφή με το ψυχιατρικό τμήμα της Βούλας: ΝΑΙ ΟΧΙ

Άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που έχει επισκεφθεί:

- A. ψυχιατρικό τμήμα Γενικού νοσοκομείου
- B. ψυχιατρικό τμήμα Ειδικού νοσοκομείου
- C. ιδιώτη (ψυχολόγο – ψυχίατρο)
- D. άλλο (αναφέρατε τι)
- E. Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας:

Πηγή Παραπομπής:

- A. Πουθενά
- B. Επείγοντα ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου
- C. Τακτικά εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου
- D. Επείγοντα ψυχιατρικού τμήματος ειδικού νοσοκομείου
- E. Τακτικά εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού τμήματος ειδικού νοσοκομείου
- F. Ιδιώτη ψυχικής υγείας
- G. Ιατρούς άλλων ειδικοτήτων

Η υπηρεσία που έκανε την παραπομπή είναι:

- A. Από άλλον τομέα
- B. Από τον ίδιο τομέα

Λόγος παραπομπής:

- A. Διαγνωστική προσέγγιση
- B. Παρακολούθηση μετά από νοσηλεία
- C. Ψυχιατρική αντιμετώπιση
- D. Ψυχολογική υποστήριξη
- E. Εκδοση πιστοποιητικών – επιδομάτων
- F. Άλλο (αναφέρατε τι).....

Επικοινωνία του Κέντρου Ημέρας Π. Φαλήρου με την πηγή παραπομπής:

- A. Όχι
- B. Ενημερωτικό σημείωμα που φέρει ο ασθενής
- C. Προσωπική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών

Αναφερόμενη συμπτωματολογία:

Τελική διάγνωση:

Συστήθηκε αγωγή: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν Ναι: Συνεχίζεται η συνεργασία μετά την πρώτη επίσκεψη: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Κωδικοποίηση της διάγνωσης σύμφωνα με το ICD10

F20-29 «Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές»

F30-39 «Διαταραχές της διάθεσης»

F00-09 «Οργανικές ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανόμενων των συμπτωμάτων»

F50-59 «Σύνδρομο που εκδηλώνεται στην συμπεριφορά και σχετίζεται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες»

F40-48 «Αγχώδεις διαταραχές, νευρωσικές συνδεόμενες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές»

F60-69 «Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα»

F70-79 «Νοητική Υστέρηση»

F80-89 «Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης»

F90-98 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Άδεια εκπόνησης της μελέτης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η ΎΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

13^η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΤΕΤΑΡΤΗ 09-10-2013 ώρα 12:30 μ.μ.

Παρόντες οι κ.κ.:	Σαράφης Κυριάκος	Πρόεδρος
	Καλογήρου Θωμαΐς	»
	Μακρυγιαννάκης Γεώργιος	»
	Μακρής Αλέξανδρος	»
	Χασιώτου Θεοδώρα	»
	Κυρλιγκίτσης Γεώργιος	»
	Ασημακοπούλου Ευσταθία	»

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΑΞΗ

Θέμα 2^ο . Αίτημα της κ. Γρηγοράκου Σταυρούλας Κοινωνική λειτουργός στο Κέντρο Ημέρας του Π. Φαλήρου και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα « Διεξαγωγή μελέτης για την διερεύνηση χρησιμότητας της διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών υγείας».

Το Ε Σ μετά από συζήτηση ομόφωνα εισηγείται θετικά του αιτήματος της κ. Γρηγοράκου Σταυρούλας Κοινωνική λειτουργός στο Κέντρο Ημέρας του Π. Φαλήρου και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση

Κρίσεων» για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα « Διεξαγωγή μελέτης για την διερεύνηση χρησιμότητας της διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών υγείας».

Μετά το πέρας των συζητήσεων λύεται η συνεδρίαση .

- Σαράφης Κυριάκος Πρόεδρος
Μακρυγιαννάκης Γεώργιος »
Καλογήρου Θωμαΐς »
Μακρής Αλέξανδρος »
Χασιώτου Θεοδώρα »
Κυρλιγκίτσης Γεώργιος »
Ασημακοπούλου Ευσταθία »

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε Σ

ΤΣΙΑΚΙΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Συντομογραφίες

ΕΠΨΥ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΑΠΗ: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

ΚΕΕΠΕΑ «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»: Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»

ΚΕΔΔΥ: Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών

Κ.Ψ.Υ.: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

ΚΔΑΥ: Κέντρο Διάγνωσης Αξιολόγησης, Υποστήριξης

Π.Α.Κ.Π.: Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο Πειραιά

ΠΙΚΠΑ: Πατριωτικόν Ίδρυμα Κοινωνικής Αποκατάστασεως & Αντιλήψεως