Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 2: Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009

(*διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση*)

Στο πλαίσιο του έργου:

«Εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από το 2000 μέχρι και το 2009»

Εκπόνηση:

King's College London
University of London
Institute of Psychiatry at the Maudsley

South London and Maudsley NHS
NHS Foundation Trust

Maudsley International

Maudsley International
Box 27
Institute of Psychiatry
De Crespigny Park
London SE5 8AF
P: 00 20 7848 5421
F: 00 20 7848 5056
nick.bouras@kcl.ac.uk

Ελληνική Δημοκρατία

Ευρωπαϊκή Ένωση

Μάρτιος 2011

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

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

διευκρινήσεις, βελτιώσεις, περαιτέρω τεκμηρίωση

Εκπόνηση:

Maudsley International
Box 27
Institute of Psychiatry
De Crespigny Park
London SE5 8AF
P: 00 20 7848 5421
F: 00 20 7848 5056
nick.bouras@kcl.ac.uk

ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Graham Thornicroft, *Καθηγητής Κοινοτικής Ψυχιατρικής, Διευθυντής του Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London*

Tom Craig, *Καθηγητής Κοινοτικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Institute of Psychiatry, King's College London*

Tracey Power, *Διοικητής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, South London and Maudsley Foundation NHS Trust*

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Επικεφαλής: **Νίκανδρος Μπούρας**, *Καθηγητής Ψυχιατρικής Maudsley International, Institute of Psychiatry, King's College London*

Μέλη: **Ευαγγελία Λουκίδου,** *Δρ. Οργανωσιακής Ψυχολογίας*

Αναστάσιος Μαστρογιαννάκης, *Οικονομολόγος της Υγείας*

Ελληνική Δημοκρατία

Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΡΓΟ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ευχαριστίες

Η Ομάδα Αξιολόγησης του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ 2000-2009» θα ήθελε να ευχαριστήσει τους κάτωθι αναφερόμενους για την συμβολή τους στο έργο:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ:
Γεννημάτα Φώφη,
Πολύζος Νίκος,
Τσαγδή Δέσποινα,
Κατσικάρου Σταυρούλα,
Γιαννουλάτος Πέτρος,
Μαυρατζιώτου Πόπη,
Λύτρα Νάνσυ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ:
Δαλαβέρη Φωτεινή,
Διβάνης Σταύρος,
Μνιέστρης Νίκος,
Κανακάκη Άννα,
Βατίστας Ανδρέας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:
Αηδονόπουλος Απόστολος
Αγγελίδης Γιώργος
Αναγνωστόπουλος Δημήτρης
Ασημόπουλος Χάρης
Βαρουχάκης Χαρίλαος
Βγότζας Αλέκος
Βλάχος Γιάννης
Βορβολάκος Θεοφάνης
Βουτυράκος Παναγιώτης
Γαρμπή Κατερίνα
Γεωργιάδης Δημήτρης
Γιακράς Χρυσόστομος
Γιωτάκος Ορέστης
Γκιόλα Σοφία
Γκιωνάκης Νίκος
Γονής Τίμος
Ευθυμίου Στεφανή
Θεοδωράκης Παύλος
Θεοδωρουλάκης Μενέλαος
Ίδρυμα Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου
Καπρίνης Γιώργος
Καρύδη Βερονίκη
Καραστεργίου Τασούλα
Κατσαδώρος Κυριάκος
Κατσάνου Νεφέλη
Κολαϊτης Γεράσιμος
Κονταξάκης Βασίλης
Κουπίδης Σωτήρης
Κωτσόπουλος Σωτήρης
Λιάκος Άρης
Λειβαδίτης Μίλτος
Μαγριπλής Δημήτρης
Μαδιανός Μιχάλης
Μαλλιώρη Μένη
Μάτσα Κατερίνα
Μαυρέας Βένος
Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος
Νικολάου Πόλα
Οικονόμου Μαρίνα
Παπαδημητρίου Γιώργος
Παπαδόπουλος Γεώργιος
Πλουμπίδης Δημήτρης
Ραμπαβίλας Ανδρέας
Ρούσσου Αλεξάνδρα
Σακελλαρόπουλος Τάκης
Σαμακούρη Μαρία
Σαραντίδης Δημόκριτος
Σταυρογιαννόπουλος Μάριος
Σολδάτος Κώστας
Στεφανής Κώστας
Στυλιανίδης Στέλιος
Τομαράς Βλάσσης
Τσιάντης Ιωάννης
Τσόπελας Χρήστος
Τζαβάρας Θανάσης
Τζαβάρας Νίκος
Φαφαλιού Μαρία
Χονδρός Δημήτρης
Χριστοδούλου Γιώργος

ΧΡΗΣΤΕΣ
Ζέρβα Αθανασία (Σωματείο «Αναγέννηση»)
Χειλάκος Ιωάννης (Σωματείο «Αναγέννηση»)
Δημαρά Δέσπω (Κίνηση Αδελφών «ΚΙΝΑΨΥ»)
Μπίνιου Χριστίνα (ΣΟΨΥ Πάτρας)
Νομίδου Λένα (ΣΟΨΥ Σερρών)
Γιαννουλόπουλος Γιώργος (Σύλλογος «Αλκυονίδες»)
Σκόρδος Λεονάρδος (Σωματείο «Αυτοεκπροσώπηση)

ΕΠΙΤΟΠΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

Βαλεργάκη Ελένη
Δεληγιάννης Αναστάσιος
Ευαγγελίδου Σοφία
Ζουμαδάκη Αικατερίνη
Καβαδάτος Αλέξης
Κακογιάννη Μαρία
Καναβάκης Εμμανουήλ
Καρκανιάς Θανάσης
Κοσμαδάκης Μανόλης
Λυράκος Αντώνης
Μπέης Δημήτρης
Μουσσάς Γεώργιος
Παπαζήση Δήμητρα
Παραγιουδάκη Σταυρούλα
Πινακουλάκη Ιωάννα
Σαρρή Μαρία
Σκανδαλάκη Γεωργία
Τζανακάκη Μαρία
Τζιαφέρη Μαρία
Τρελλόπουλος Μιχάλης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 6
ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ 10
Α. ΠΛΑΙΣΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 31
Α.1. Ψυχική Υγεία: Στοιχεία-Επιδράσεις 31
Α.2. Διεθνείς Τάσεις στην Οργάνωση Συστημάτων Ψυχικής Υγείας 34
Β. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ 46
Β.1. Βασικές Μεθοδολογικές Έννοιες 46
Β.2. Συλλογή Δεδομένων 46
Γ. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 50
Γ.1. Οργάνωση & Διαχείριση Συστήματος Ψυχικής Υγείας 50
Γ.1.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας 50
Γ.1.2. Διάρθρωση Φορέων Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας 54
Γ.1.2.1. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 54
Γ.1.2.2. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας 56
Γ.1.2.3. Υγειονομικές Περιφέρειες 57
Γ.1.2.4. Φορείς που υπάγονται στο ΥΥΚΑ 58
Γ.1.2.5. Λοιπά Υπουργεία 60
Γ.1.2.6. Ανεξάρτητες Αρχές 61
Γ.1.2.7. Διοικητικές Περιφέρειες/ Οργανισμοί Αυτοδιοίκησης Α' και Β' Βαθμού 61
Γ.2. Νομοθετικό Πλαίσιο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας 65
Γ.3. Χρηματοδότηση Μονάδων Ψυχικής Υγείας 71
Δ. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ – ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» 72
Δ.1. Αρχικές Πολιτικές 72
Δ.2. Πολιτικές 2000-2010 76
Δ.2.1. Πολιτικές Α' Φάσης Ψυχαργώς (2000-2001) 77
Δ.2.2. Πολιτική Β' Φάσης Ψυχαργώς (2001-2010) 77
Δ.3. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια» 81
Ε. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 91
Ε.1. Βασικοί Πάροχοι Υπηρεσιών 93
Ε.2. Κατηγορίες Υπηρεσιών Βασικών Παρόχων 99
Ε.3. Δράσεις Ευαισθητοποίησης 113
Ε.4. Συλλογική εκπροσώπηση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας 115
Ε.5. Εκπαίδευση-Κατάρτιση 119
Ε.6.Πρότυπα Ποιότητας Λειτουργίας & Διαδικασίες Επίβλεψης Μονάδων Ψυχικής Υγείας 122
Ε.6.1. Διαδικασίες στο Υπουργείο Υγείας 122
Ε.6.2. Διαδικασίες για τα συγχρηματοδοτούμενα έργα 129
Ε.7. Οικονομικά Στοιχεία 139
ΣΤ. SWOT ANALYSIS 144
Ζ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 148
Ζ.1. Αξιολόγηση των Πολιτικών για την Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα 149
Ζ.2. Αξιολόγηση της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος Ψυχικής Υγείας και της πορείας υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 157
Ζ.3. Αξιολόγηση των επιπτώσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 167
Ζ.3.1. Αξιολόγηση των επιπτώσεων στους χρήστες/επωφελούμενους 168

Ζ.3.2. Αξιολόγηση των επιπτώσεων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο ανθρώπινο δυναμικό 177
Ζ.4. Χρηματοδότηση συστήματος 181
Ζ.5. Μηχανισμοί Ελέγχου & Παρακολούθησης του συστήματος Ψυχικής Υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης 185
Η. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 188
ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 203
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 208
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΟΥ 209
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ 222
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Μελέτες Περίπτωσης 225
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 236
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ Το.Ψ.Υ 262

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 2009 αποτέλεσε κρίσιμη χρονιά, καθώς το δεκαετές μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα «Ψυχαργώς» πάνω στο οποίο βασίστηκε και αναπτύχθηκε το παρόν σύστημα ψυχικής υγείας έφτασε στην ολοκλήρωση του. Η αποασυλοποίηση, η ανάπτυξη υποδομών και η γενική βελτίωση σε όλα τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελούν αδιαμφισβήτητα αποτελέσματα του προγράμματος.

Η λήξη της δεύτερης φάσης του Ψυχαργώς σηματοδοτεί την ανάγκη για αναθεώρηση της πολιτικής και των στόχων βάσει των οποίων σχεδιάστηκε το πρόγραμμα, των διαδικασιών βάσει των οποίων λειτουργεί το σύστημα ψυχικής υγείας και τέλος της λειτουργίας των επιμέρους υπηρεσιών, προκειμένου το σύστημα ψυχικής υγείας να μπορέσει να ακολουθήσει τις διεθνείς τάσεις και πρακτικές και να διορθώσει τις αδυναμίες του.

Η εκ των υστέρων (ex post) αξιολόγηση αποτελεί το πρωταρχικό βήμα προς αυτή τη κατεύθυνση. Στόχος της αξιολόγησης της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώς 2000-2009» είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους και της γενικότερης στρατηγικής και πολιτικής που αναπτύχθηκε για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Ειδικότερα η ex post αξιολόγηση επιδιώχθηκε να βασιστεί πάνω σε τέσσερις κεντρικές συνιστώσες:

I. *Την **αποτελεσματικότητα,** που προσδιορίζεται σε μια απλουστευμένη προσέγγιση, ως η σχέση μεταξύ επιτευγμάτων/υλοποιήσεων και επιδιωκομένων στόχων σε μια ορισμένη χρονική περίοδο.*

II. *Την **αποδοτικότητα**, που επίσης σε μια απλοποιημένη μορφή μετράται από τις υλοποιήσεις σε μεσοπρόθεσμη βάση και σε σχέση με τα χρησιμοποιηθέντα μέσα.*

III. *Την **επίπτωση,** που μετρά τα άμεσα ή έμμεσα οφέλη από την υλοποίηση της ενέργειας σε σχέση με τους στόχους, καθώς και τα απώτερα πλεονεκτήματα για τους τελικούς ωφελημένους.*

IV. *Την **εξωτερική και εσωτερική συνοχή**. Η εσωτερική συνοχή προσδιορίζει τη σχέση μεταξύ στόχων και ενεργειών καθώς και τη συνέργια μεταξύ τους, ενώ η εξωτερική συνοχή τη συμβατότητα των ενεργειών με παράλληλες πολιτικές που ασκούνται σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο..*

Για την επίτευξη των στόχων του έργου τέθηκαν μια σειρά από ερωτήματα όπως: ποια είναι τα αποτελέσματα του προγράμματος; τι είδους και πόσες δομές λειτουργούν σήμερα; που εντοπίζονται οι μεγαλύτερες αποκλίσεις; σε ποιο βαθμός έχει επιτευχθεί η στοχοθεσία του προγράμματος; πως εξασφαλίζονται οι διαδικασίες

ελέγχου, παρακολούθησης αξιολόγησης κλπ. Στην πορεία του έργου η ερευνητική ομάδα διαπίστωσε τις δυσκολίες συλλογής των απαιτούμενων στοιχείων, την ύπαρξη αντικρουόμενων δεδομένων ή και την έλλειψη τους π.χ. δεν υπάρχουν τα απαιτούμενα οικονομικά στοιχεία για το σύστημα ψυχικής υγείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα Ψυχαργώς χρηματοδοτήθηκε από κρατικά κονδύλια και από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια» και κατ' επέκταση η αξιολόγηση του αφορά τόσο την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και τον βαθμό υλοποίησης των βασικών κατευθύνσεων και στόχων, όσο και τις δράσεις/ έργα που αφορούσαν την Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και που συγχρηματοδοτήθηκαν από την Ε.Ε.

Η υλοποίηση του έργου της αξιολόγησης βασίστηκε στις εξής παραδοχές και συνθήκες:

- *η ολοκλήρωση του προγράμματος απαιτεί την εκτίμηση του ευρύτερου συστήματος ψυχικής υγείας που έχει διαμορφωθεί στη χώρα κατά την τελευταία δεκαετία. Η μεμονωμένη αξιολόγηση του επιχειρησιακού προγράμματος μέσω του οποίου πραγματοποιήθηκε μέρος του Ψυχαργώς, θα αποπροσανατόλιζε από τις πραγματικές ανάγκες του συστήματος ψυχικής υγείας.*
- *Η έλλειψη δεδομένων (όπως: επιδημιολογικά στοιχεία, στοιχεία που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες του πληθυσμού, οικονομικά στοιχεία υπηρεσιών του δημοσίου, αριθμού και κατανομής του προσωπικού, δράσεων πρόληψης και ευαισθητοποίησης κα) καθώς επίσης και μιας ενιαίας και επικαιροποιημένης βάσης δεδομένων που αφορούν, την αποτίμηση των δομών και υπηρεσιών που βρίσκονται σε λειτουργία, των δράσεων που έχουν πραγματοποιηθεί και του κόστους του συστήματος, δεν επιτρέπει συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών και κατά συνέπεια η αξιολόγηση δεν ήταν δυνατό να γίνει σε αυτή τη βάση. Ωστόσο, μέσω της χρήσης πολλαπλών μεθόδων συλλογής δεδομένων (ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, επιτόπιες επισκέψεις, βιβλιογραφία, επίσημα έγγραφα και εκθέσεις κα) καθώς και διαφορετικών πηγών άντλησης τους (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Μονάδα Διαχείρισης Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας, χρήστες κα) κατέστη δυνατό να συλλεχθούν και να διασταυρωθούν στοιχεία για κάποιες βασικές θεματικές κατηγορίες.*
- *Η ανεπάρκεια σε μηχανισμούς ελέγχου καθώς επίσης και σε συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας λειτουργίας των υπηρεσιών δεν επιτρέπει την αξιολόγηση βάσει σαφώς καθορισμένων κριτηρίων και τυποποιημένων διαδικασιών. Αντίθετα, οι εκτιμήσεις που παρουσιάζονται, βασίζονται είτε στη νομοθεσία και σε κάποιο περιορισμένο αριθμό οδηγών είτε σε διεθνείς πρακτικές.*
- *Τα στοιχεία που παρατείθενται προέρχονται από τις προαναφερθείσες πηγές μέχρι τις 30 Σεπτεμβρίου 2010.*

Το έργο πραγματοποιήθηκε από ομάδα εμπειρογνωμόνων του King's College London και του Maudsley International, η οποία αποτελούνταν από τον καθηγητή Graham Thornicroft, τον καθηγητή Tom Craig, την manager συστημάτων ψυχικής υγείας Tracey Power και τον καθηγητή οικονομικών Martin Knapp.

Επιστημονικός σύμβουλος του έργου, ήταν ο καθηγητής Νίκανδρος Μπούρας, με συνεργάτες την κα Ευαγγελία Λουκίδου και τον κο Αναστάσιο Μαστρογιαννάκη.

Για την αξιολόγηση απαραίτητη ήταν η πρότερη αντίληψη και κατανόηση του συστήματος ψυχικής υγείας, αλλά και του ευρύτερου πλαισίου στο οποίο αυτό έχει αναπτυχθεί. Κατά συνέπεια συγκεντρώθηκαν δεδομένα για διαφορετικούς φορείς προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο υποστηρίζουν (ή όχι) το σύστημα. Η έκθεση περιλαμβάνει συνολικά οχτώ Κεφάλαια, ως εξής:

Κεφάλαιο Α: *περιγράφεται το ευρύτερο πλαίσιο της ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα διεθνή στοιχεία και τάσεις αναφορικά με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών και την οργάνωση των συστημάτων υγείας.*

Κεφάλαιο Β: *παρουσιάζεται με συνοπτικό τρόπο η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων που ήταν απαραίτητα για την αξιολόγηση του προγράμματος Ψυχαργώς.*

Κεφάλαιο Γ: *στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται το σύστημα ψυχικής υγείας και οι φορείς που το διέπουν. Αρχικά γίνεται μια παρουσίαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας, με πολύ συνοπτικό τρόπο και με προσανατολισμό στην ψυχική υγεία, ενώ στην συνέχεια γίνεται αναφορά στις αρχές που εμπλέκονται στο σύστημα ψυχικής υγείας. Στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται το νομοθετικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας.*

Κεφάλαιο Δ: *στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα Ψυχαργώς. Αρχικά γίνεται αναφορά στις πολιτικές και στους στόχους του προγράμματος αλλά και σε αυτά που προϋπήρχαν αυτού και που έθεσαν τις βάσεις για την ανάπτυξη του. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με αναφορά στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» καθώς αποτέλεσε χρηματοδοτικό μέσο τμήματος του Ψυχαργώς.*

Κεφάλαιο Ε: *στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνονται τα αποτελέσματα του προγράμματος Ψυχαργώς. Οι συγκεκριμένες θεματικές κατηγορίες που παρουσιάζονται αφορούν την οργάνωση των υπηρεσιών, το είδος των υπηρεσιών/δομών που παρέχονται, τις δράσεις ευαισθητοποίησης και πρόληψης που έχουν υλοποιηθεί, την εκπαίδευση του προσωπικού, τους μηχανισμούς ελέγχου και τα πρότυπα ποιότητας και τέλος το*

κόστος υλοποίησης και λειτουργίας των υπηρεσιών που αναπτύχθηκαν μέσα από το πρόγραμμα.

Κεφάλαιο ΣΤ: *παρουσιάζεται η ανάλυση SWOT*

Κεφάλαιο Ζ: *στο κεφάλαιο γίνεται η αξιολόγηση βάσει θεματικών κατηγοριών, οι οποίες αφορούν τις πολιτικές, τις δομές και υπηρεσίες, τους χρήστες, το προσωπικό, τα οικονομικά και τέλος τους μηχανισμούς ελέγχου και παρακολούθησης των υπηρεσιών.*

Κεφάλαιο Η: *Συμπεράσματα και προτάσεις*

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Εισαγωγή

Η ανάπτυξη των συστημάτων κοινοτικής ψυχικής υγείας δεν είναι ομοιόμορφη, αλλά αντίθετα παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση τόσο μεταξύ των διαφόρων χωρών όσο και μεταξύ διαφορετικών περιοχών της ίδιας χώρας. Επιπλέον, ο βαθμός στον οποίο μπορεί να επιτευχθεί η αλλαγή από τα άσυλα στην κοινότητα καθώς και η μορφή που θα έχουν τα μοντέλα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας, εξακολουθούν να αποτελούν κύρια ερωτήματα πολιτικής.

Η έκθεση που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του ΠΟΥ-Ευρώπης, αναφορικά με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Στοιχείων Υγείας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την παροχή υπηρεσιών μόνο από τα νοσοκομεία, καθώς επίσης και ότι δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες στην κοινότητα μπορούν να παρέχουν μόνες τους ικανοποιητική και ολοκληρωμένη φροντίδα (Thornicroft & Tansella, 2003). Αντίθετα, υποστηρίχτηκε ότι είναι αναγκαίο ένα μοντέλο στο οποίο θα υπάρχει ισορροπημένη ανάπτυξη όλων των τύπων υπηρεσιών και στο οποίο οι υπηρεσίες πρώτης γραμμής θα είναι παρέχονται στην κοινότητα, ενώ θα υπάρχει η ταυτόχρονη υποστήριξη από τα νοσοκομεία, τα οποία θα παρέχουν σε περιορισμένο βαθμό υπηρεσίες νοσηλείας για οξέα περιστατικά. Σε περιπτώσεις που η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι απαραίτητη, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν συντομότερη και να παρέχεται στην κοινότητα και όχι σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές. Ωστόσο, τα στοιχεία που επιφέρουν αυτή την ισορροπία μεταξύ των διαφόρων τύπων υπηρεσιών δεν είναι εφαρμόσιμα ή κατάλληλα για κάθε χώρα. Το καθένα από αυτά θα πρέπει να διερευνηθεί ως προς τις τοπικές ανάγκες, ενώ θα πρέπει επίσης να εξαρτάται από την ευελιξία και τον συντονισμό των διαθέσιμων πόρων. Κοινά ερωτήματα που θα πρέπει να θέτονται από άποψη πολιτικής και σχεδιασμού υπηρεσιών είναι: τι είναι κλινικά αποτελεσματικό, τι επιφέρει τα μεγαλύτερα αποτελέσματα με το μικρότερο κόστος και τι είναι εφαρμόσιμο στο πλαίσιο διαφόρων περιορισμών προϋπολογισμού;

Η αξία αυτών των γενικών τάσεων είναι μεγάλη, καθώς παρέχουν τη βάση για την αξιολόγηση της ανάπτυξης, οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων ψυχικής υγείας.

Βασισμένο στη συστημική προσέγγιση, που παρουσιάστηκε εν συντομία παραπάνω, το παρόν έργο αφορά την αξιολόγηση του Ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης που έχει υποστεί την τελευταία δεκαετία. Το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με την ονομασία «Ψυχαργώς» αποτέλεσε το κύριο μηχανισμό για τον εκσυγχρονισμό ενός πεπαλαιωμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το οποίο βασιζόταν αποκλειστικά στην ασυλική φροντίδα.

Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση δομείται γύρω από έξι βασικά θέματα:

1. την οργανωσιακή δομή του συστήματος ψυχικής υγείας
2. τον τύπο και λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
3. τις πολιτικές και τη νομοθεσία που υποστηρίζουν τη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας
4. τους μηχανισμούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
5. το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
6. η αντιμετώπιση των χρηστών από το σύστημα

Για καθεμιά από τις θεματικές αυτές κατηγορίες, η ομάδα αξιολόγησης συγκέντρωσε μια πληθώρα δεδομένων μέσα από: ομάδες συζήτησης (με επαγγελματίες και χρήστες), συνεντεύξεις (με υπευθύνους φορέων, επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, συλλόγους χρηστών και οικογενειών των χρηστών), επιτόπιες επισκέψεις και ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και επίσημων εγγράφων. Επισημένεται ότι οι επιτόπιες επισκέψεις ήταν καθαρά δειγματοληπτικές καθότι τα περιορισμένα χρονικά όρια του έργου δεν επέτρεπαν την επίσκεψη όλων των υπαρχόντων υπηρεσιών.

Τα κύρια ευρήματα της διαδικασίας συλλογής δεδομένων ήταν:

- Το σύστημα είναι χωρισμένο σε τρία υπό-συστήματα (διαπιστώθηκε η ύπαρξη και άλλων υπό-συστημάτων τα οποία όμως δεν συμπεριλήφθηκαν στην αξιολόγηση, καθώς δεν έχουν άμεση σχέση με το κύριο σύστημα ψυχικής υγείας). Ο διαχωρισμός γίνεται βάσει του ποιος αποτελεί το κύριο πάροχο υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα υπό-συστήματα αυτά είναι: τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και οι μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Καθένας από αυτούς τους βασικούς παρόχους μπορεί να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες.
- Υπάρχει μεγάλο εύρος ως προς τον τύπο υπηρεσιών που παρέχονται, το οποίο καλύπτει από νοσοκομεία ως υπηρεσίες στη κοινότητα. Έμφαση δόθηκε στην ανάπτυξη κοινοτικών δομών και στην αποασυλοποίηση.
- Οι πολιτικές και η νομοθεσία που υποστηρίζουν το σύστημα ψυχικής υγείας, αναπτύχθηκαν κατά ένα μεγάλο μέρος για να υποστηρίξουν το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα. Κύρια θέματα που καλύπτουν είναι η αποασυλοποίηση, η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας βάσει της τομεοποίησης, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών κα.
- Η παρακολούθηση και αξιολόγηση του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ωστόσο, στη περίπτωση που η

ανάπτυξη των υπηρεσιών έχει χρηματοδοτηθεί από την Ευρώπη, η Ειδική Υπηρεσία του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι αρμόδια για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου των έργων για τη περίοδο που διαρκεί η ευρωπαϊκή χρηματοδότηση.

- Ο αριθμός και η ειδικότητα των επαγγελματιών που στελεχώνουν τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθορίζεται από τον νόμο. Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορα προγράμματα κατάρτισης τόσο για τους νέο-προσληφθέντες επαγγελματίες όσο και για αυτούς που στελέχωναν τις παραδοσιακές/ασυλικού τύπου υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Θέματα που άπτονται της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, της κοινωνικής και επαγγελματικής τους αποκατάστασης και της μείωσης του στίγματος που συνδέεται με την ψυχικής ασθένεια, έχουν αντιμετωπιστεί μέσω της νομοθεσίας, ειδικών επιτροπών (ειδική επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών) και ειδικών προγραμμάτων.

Πιο συγκεκριμένα το σύστημα ψυχικής υγείας της Ελλάδας:

- Βασίζεται στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1984 και πήρε την παρούσα μορφή και κατεύθυνση, το 1999, με την ανάπτυξη του προγράμματος Ψυχαργώς. Οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης ήταν:
    - Η αποιδρυματοποίηση των ασθενών
    - Το κλείσιμο των ψυχιατρείων
    - Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα, με στόχο την υποστήριξη της διαδικασίας αποασυλοποίησης, τη μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τη προαγωγή της ψυχικής υγείας.
    - Την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών
    - Την ανάπτυξη των ικανοτήτων του προσωπικού
- Είναι οργανωμένο σε 58 τομείς
- Ο κύριος στόχος κατάργησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό. Πέντε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν κλείσει τα ασυλικά τμήματα τους, ενώ τα εναπομείναντα 3 (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Δρομοκαΐτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) που εξακολουθούν να λειτουργούν ασυλικά τμήματα, έχουν μειώσει δραστικά τον αριθμό των κλινών τους, ενώ μέχρι το 2015 θα έχουν κλείσει. Τα νοσοκομεία που έχουν κλείσει τα ασυλικά τμήματα τους είναι:
    - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
    - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κερκύρας
- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- Παιδο-ψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου αποτελεί ειδική περίπτωση, λόγω: πρώτον, ενώ τα ασυλικά τμήματα έκλεισαν, οι ασθενείς μεταφέρθηκαν τόσο σε κοινοτικές δομές όσο και δομές που υπήρχαν μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Ο δεύτερος λόγος σχετίζεται με τη νομική υπόσταση του νοσοκομείου που δεν επιτρέπει το κλείσιμο του.

- Η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπήρξε μερικώς επιτυχής, Ο παρακάτω πίνακας αποτυπώνει τις υπηρεσίες που παρέχονται σε καθεμιά από τις 13 περιφέρειες της Ελλάδος.

Υπηρεσίες ΨΥ	Αττική	Αν. Μακεδονία Θράκη	Κεν. Μακεδονία	Δυτ. Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Ιόνια Νήσιά	Δυτική Ελλάδα	Στερεά Ελλάδά	Πελ/νησος	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη	Σύνολο
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	2		1											3
Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	8	3	7	1	2	2				1	1	2***	3	30
Παιδο-ψυχιατρικά τμήατα Γενικών Νοσοκομείων	5	1	3							1			1	11
Κέντρα Ψυχικής Υγείας**	9	5	5		1	2	1	1	2	3	1		4	34
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	7		2										1	10
Κινητές Μονάδες		5	1	1	1	4	2	2	1	2	2	4	2	27
Κέντρα Ημέρας	21	1	5		1	2	2		1	1	1	1	4	40
Μονάδες Ψυχο-κοινωνικής Αποκατάστασης	152	15	83	2	23	26	12	17	21	27	2	26	24	430
Ξενώνες	31	1	10	1	8	5	2	6	3	9	1	2	9	88
Οικοτροφεία	51	6	14	1	4	9	7	2	9	7			6	116
Προστατευμένα Διαμερίσματα	70	8	59		11	12	3	9	9	11	1	24	9	226
Μονάδες Κοινωνικής & Επαγγελματικής Αποκατάστασης	26	2	13		5	6	3	7				13	7	82
Κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer	3		3			1						1	1	9
Κέντρα αντιμετώπισης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών														0
Κέντρα αντιμετώπισης χρήσης αλκοόλ														0
Κοι.ΣΠΕ	7		2		1	1	2	1	1		1	1	1	18
Κέντρα Αυτισμού	2													2
Κατ' οίκον Νοσηλεία													1	1

*Περιλαμβάνει τα ψυχιατρικά νοσοκομεία σε πλήρη λειτουργία. Επιπλέον λειτουργεί το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο «Αιγινήτειον», αλλά δεν διαθέτει τμήμα χρονίων ασθενών

**Ορισμένα από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας παρέχουν και υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους

***Περιλαμβάνει το Κρατικό Θεραπευτήριο-Κέντρο Υγείας Λέρου και το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου

- Οι δράσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και για την μείωση του στίγματος που συνδέεται με τις ψυχικές ασθενείς δεν είναι κεντρικά συντονισμένες, αλλά πραγματοποιούνται ξεχωριστά από τους παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ορισμένα, ωστόσο από τα προγράμματα έχουν πραγματοποιηθεί σε εθνικό επίπεδο.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Θετικά Σημεία

Η παρούσα κατάσταση του συστήματος ψυχικής υγείας της Ελλάδας παρουσιάζει αρκετά θετικά στοιχεία και η Ομάδα Αξιολόγησης με ικανοποίηση διαπίστωσε τα εξής:

1. Μια γενική αναμόρφωση των υπηρεσιών που κατευθύνεται στην ανάπτυξη μοντέρνων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εστιάζει στην αποασυλοποίηση μέσω σημαντικής μείωσης των μακράς-διάρκειας κλινών των νοσοκομείων και του κλεισίματος ορισμένων ψυχιατρείων και στον εκσυγχρονισμό των εναπομεινάντων ψυχιατρικών νοσοκομείων, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

2. Υπάρχει μεγάλος αριθμός και εύρος κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλά μέρη της χώρας, που περιλαμβάνουν: κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, κέντρα και νοσοκομεία ημέρας, διάφορους τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης κα. Ορισμένες από τις δομές στις οποίες πραγματοποιήθηκε επίσκεψη, διαθέτουν εντυπωσιακές υποδομές, όπως το ΕΠΙΨΥ στην Αθήνα, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των Χανίων, του Ηρακλείου και της Κατερίνης, το εργαστήρι επαγγελματικής αποκατάστασης στην Κατερίνη και το Κέντρο Αντιμετώπισης Χρήσης Ουσιών στο κέντρο της Αθήνας το οποίο υπάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

3. Άξιες λόγου είναι οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται σε πολλές στεγαστικές δομές καθώς επίσης και η δουλειά που γίνεται για την κοινωνική ενσωμάτωση των ενοίκων με τις οικογένειες και τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο.

4. Οι τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά και αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

5. Υπάρχουν θετικές αλλαγές ως προς τη στάση του προσωπικού προς τους χρήστες, την υιοθέτηση μιας προσωπο-κεντρικής προσέγγισης στη παροχή φροντίδας, ενώ παρατηρήθηκαν επίσης περιπτώσεις επίδειξης εξαιρετικών ηγετικών ικανοτήτων.

6. Υπάρχουν ορισμένοι ΚΟΙΣΠΕ που λειτουργούν με τρόπο παρόμοιο με αυτό που σε άλλες χώρες αποκαλείται «προστατευμένη εργασία».

7. Υπάρχουν παραδείγματα δράσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας που στοχεύουν στο να ενημερώσουν τις τοπικές κοινωνίες και τον γενικό πληθυσμό και οι οποίες πραγματοποιούνται από κέντρα ψυχικής υγείας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις και άλλους οργανισμούς. Επιπρόσθετα υπάρχει η καμπάνια «αντι-στίγμα» η οποία σχετίζεται με παρόμοια διεθνή προγράμματα και για την οποία υπάρχουν ενδείξεις προόδου αναφορικά με τη μείωση του στίγματος.

8. Η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων έχει οδηγήσει σε σημαντική αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι σημαντικό το ότι πολλά άτομα που ζούσαν (ή που θα ζούσαν) σε άσυλα, βρίσκονται στη κοινότητα. Κατά τη διάρκεια του Ψυχαργώς έχουν συντελεστεί μεγάλες αλλαγές, έχουν τεθεί οι βάσεις για ένα ισχυρό σύστημα ψυχικής υγείας ενώ ο γενικός προσανατολισμός των αλλαγών αυτών είναι στη σωστή κατεύθυνση. Γενικά φαίνεται ότι η αλλαγή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έχει υιοθετήσει τη φιλοσοφία, τις αρχές και αξίες της σύγχρονης παροχής υπηρεσιών.

Αδύνατα Σημεία

Οι αδυναμίες που παρατηρήθηκαν περιγράφονται παρακάτω και είναι διαχωρισμένες σε γενικές και συγκεκριμένες.

Γενικές

1. Μια γενική εντύπωση αφορά την έλλειψη συντονισμού στην παροχή υπηρεσιών και την απουσία ισχυρών διαδικασιών που χρησιμοποιήθηκαν για την εφαρμογή των γενικών πολιτικών. Προκειμένου να αντισταθμιστεί η μικρή πρόοδος που σημειώθηκε κατά την πρώτη φάση του Ψυχαργώς (Α' φάση), η δεύτερη φάση έθεσε τις προϋποθέσεις, υπό μορφή αυστηρά καθορισμένων μοντέλων υπηρεσιών και χρονοδιαγραμμάτων σε διάφορες περιοχές. Φαίνεται ότι σε ορισμένες περιοχές, οι προγραμματισμένες δράσεις του Ψυχαργώς Β πραγματοποιήθηκαν με την αναδιοργάνωση ήδη υπαρχόντων υπηρεσιών και δομών (Θεσσαλονίκη/ Κατερίνη), ενώ σε άλλες περιοχές το αυστηρό χρονοδιάγραμμα για την πραγματοποίηση τους δεν άφησε περιθώρια για προσεκτικό σχεδιασμό και εφαρμογή. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην χρήση των ψυχιατρικών νοσοκομείων ως μεταβατικές δομές μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη ενός συστήματος υπηρεσιών για όλο τον πληθυσμό-ένα σύστημα που θα είναι συνεπές, συντονισμένο και θα αντανακλά μια ισορροπημένη κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτεραιότητες, σε αντίθεση με το παρόν μοντέλο παροχής υπηρεσιών το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί και ως ασυντόνιστο.

2. Υπάρχει έλλειψη επιδημιολογικών ερευνών, μελετών που να αφορούν τις ανάγκες τοπικών πληθυσμών καθώς επίσης και ασάφεια ως προς το είδος των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες για ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας σε τοπικό επίπεδο.

3. Η ανισότητα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών μεταξύ διαφόρων περιοχών της χώρας, δίνει την εντύπωση ότι πολλές από αυτές δημιουργήθηκαν με βάσει διαφορετικά κίνητρα και όχι βάσει πραγματικών αναγκών. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι ορισμένες περιοχές εξυπηρετούνται επαρκώς ενώ άλλες όχι. Κατά συνέπεια, οι χρήστες δεν μπορούν να βασιστούν σε ένα ευρύ δίκτυο τοπικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα υπάρχουν στεγαστικές δομές για άτομα με βαριές ψυχικές διαταραχές σε διάφορες περιοχές της χώρας χωρίς ωστόσο να υπάρχουν, σε όλες τις περιπτώσεις, άλλες υπηρεσίες.

4. Ένα άλλο βασικό θέμα αφορά το προσωπικό και πιο συγκεκριμένα τη σύνθεση ειδικοτήτων που παρατηρήθηκε σε διάφορες υπηρεσίες. Δεν είναι σαφές πως συνδέεται η σύνθεση του προσωπικού με το επίπεδο δραστηριοτήτων και με το κόστος της κάθε υπηρεσίας. Αν και υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με την υπηρεσία και με την γεωγραφική περιοχή, γενικά υπάρχει η εντύπωση ότι το σύστημα βασίζεται σε επαγγελματίες με υψηλές ικανότητες, ενώ υπάρχει έλλειψη σε προσωπικό που θα αναλάβει υποστηρικτικούς ρόλους. Αυτό μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι στο υφιστάμενο μοντέλο υπηρεσιών δεν έχει δοθεί η κατάλληλη προσοχή στο να υπάρχει ισορροπία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Εάν δεν έχουν καθοριστεί με σαφήνεια οι δραστηριότητες και τα καθήκοντα της κάθε υπηρεσίας, τότε είναι αναπόφευκτο το να υπάρχουν δυσκολίες στη δημιουργία ομάδων που θα έχουν τις αρμόζουσες ικανότητες και την εμπειρία να εκτελέσουν βασικούς ρόλους. Παρατηρήθηκε το γεγονός ότι ενώ σε ορισμένες δομές και σε ορισμένες περιοχές υπάρχει έλλειψη επαγγελματιών υψηλών ικανοτήτων, σε άλλες δομές, όπως σε προστατευμένα διαμερίσματα, υπάρχει υπερπληθώρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτές οι δομές προγραμματιζόταν να λειτουργήσουν σαν «κέντρα», το προσωπικό των οποίων θα παρείχε υπηρεσίες και σε άλλες δομές, οι οποίες όμως δεν αναπτύχθηκαν.

5. Σε συνδυασμό με το παραπάνω, σε ορισμένες δομές παρατηρήθηκε ότι πολλά μέλη του προσωπικού επεδείκνυαν υψηλές ηγετικές ικανότητες και ισχυρή δέσμευση στο ρόλο τους. Ωστόσο, αυτό δεν ήταν εμφανές σε ορισμένους τομείς και είναι ενδιαφέρον να εξετάσει εάν υπάρχει μια κρίσιμη μάζα των «μεταρρυθμιστών» που είναι πρόθυμοι να διαδραματίσουν βασικό ηγετικό ρόλο και να οδηγήσουν σε περαιτέρω ανάπτυξη. Προκειμένου να συνεχιστεί η μεταρρύθμιση με επιτυχία, είναι αναγκαίες τόσο η ξεκάθαρη δέσμευση από τους

επαγγελματίες/εξειδικευμένο προσωπικό όσο και οι κατάλληλες πολιτικές αποφάσεις. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη δημιουργία και την εφαρμογή, σε συνεχή βάση, ενός μοντέλου ηγεσίας και διαχείρισης για αυτή τη διαδικασία, που θα περιλαμβάνει και τον τρόπο ενσωμάτωσης των κλινικών και διαχειριστικών πρακτικών.

6. Το ισχύον σύστημα φαίνεται να ενθαρρύνει χωριστές και παράλληλες διαδικασίες σχεδιασμού για τις διάφορες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες που έχουν αναπτυχθεί για τους «χρόνιους ασθενείς» (που έχουν την εμπειρία του ιδρυματισμού) είναι ξεχωριστές από τις υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν για τα άτομα που εισέρχονται στο νέο «κοινοτικά-βασισμένο» σύστημα ψυχικής υγείας. Υποστηρίζεται ότι είναι σημαντικό να εξεταστεί πώς οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν δεχτεί πιο παραδοσιακά μοντέλα υπηρεσιών (όπως ομαδικές κατοικίες) θα μπορέσουν να υποστηριχθούν για να μεταβούν σε πιο ανεξάρτητες κοινοτικές υπηρεσίες. Θα πρέπει επίσης να εξεταστεί, πώς οι πιο παραδοσιακές υπηρεσίες μπορούν να αναπτυχθούν σταδιακά ώστε να καλύψουν τις ανάγκες νεότερων ατόμων που εισέρχονται τώρα στο σύστημα. Η διαδικασία αυτή στηρίζεται στο να εκληφθούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως μέρος ενός δικτύου το οποίο θα παρέχει μια σειρά επιλογών και το οποίο θα έχει την ευελιξία να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου.

7. Υπάρχουν σημαντικά κενά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, για ηλικιωμένους καθώς επίσης και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα στο ευρύτερο φάσμα του αυτισμού, με νοητική στέρηση, διατροφικές διαταραχές και σε υπηρεσίες δικαστικής ψυχιατρικής (forensic psychiatric services).

8. Υπάρχει ελάχιστη αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών, οι περισσότερες εκ των οποίων φαίνεται να έχουν υιοθετήσει τα δικά τους ξεχωριστά λειτουργικά κριτήρια. Για παράδειγμα, ορισμένα κέντρα ψυχικής υγείας φαίνεται να λειτουργούν σαν εξωτερικά ιατρεία ή κέντρα ψυχοθεραπείας αντί να αποτελούν σημεία αναφοράς των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η εντύπωση της ομάδας αξιολόγησης, την οποία ενστερνίζονται πολλοί επαγγελματίες και χρήστες οι οποίοι ερωτήθηκαν, είναι ότι το σύστημα είναι κατακερματισμένο, ασυνεχές και ασυντόνιστο, με έντονη ανάγκη για διορθωτικές δράσεις. Από την πλευρά των χρηστών, αυτό σημαίνει έλλειψη πληροφόρησης αναφορικά με το ποιες υπηρεσίες διατίθενται σε κάθε περιοχή και με τη «διαδρομή» από μια υπηρεσία σε μια άλλη. Τα κέντρα ψυχικής υγείας προβλεπόταν να λειτουργήσουν ως φορείς/υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, ωστόσο αυτό δεν εφαρμόστηκε με συνέπεια. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την αποτελεσματική λειτουργία διατομεακών ομάδων, σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, που να

έχουν την δικαιοδοσία, την ευθύνη και τους πόρους να εφαρμόσουν τις ισχύουσες πολιτικές.

9. Δεν υπάρχουν μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών, ούτε και συστήματα κλινικής διαχείρισης (clinical governance).

10. Υπάρχει έλλειψη σε έρευνες για τις υπηρεσίες υγείας, σε συστήματα παρακολούθησης, που περιορίζει το βαθμό στον οποίο το σύστημα υπηρεσιών μπορεί προοδευτικά να βασιστεί σε συγκεκριμένα στοιχεία αναφορικά με το τι αποδίδει καλύτερα.

Συγκεκριμένες

1. Τομείς

Η ανάπτυξη των τομέων ψυχικής υγείας, που αποτέλεσε την κύρια συνιστώσα για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, υπήρξε ελλειμματική σε τέτοιο βαθμό που στις περισσότερες περιοχές δεν λειτούργησε καθόλου με αποτέλεσμα η όλη ιδέα της τομεοποίησης να χάσει την εμπιστοσύνη τόσο των επαγγελματιών όσο και των χρηστών. Η τομεοποίηση εφαρμόστηκε μερικώς και οι περισσότερες τομεακές επιτροπές είτε δεν λειτούργησαν αποτελεσματικά είτε έπαψαν να υπάρχουν. Φαίνεται ότι με μόνο λίγες εξαιρέσεις, οι τομεακές επιτροπές δεν λειτούργησαν ποτέ. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι το σύστημα παραμένει συγκεντρωτικό. Οι τομείς είχαν σχεδιαστεί για να σχεδιάζουν, οργανώνουν και να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, ανάλογα με τις ανάγκες ψυχικής υγείας των τοπικών πληθυσμών. Στην πράξη ο ρόλος των τομεακών επιτροπών ήταν κυρίως συμβουλευτικός, με αρμοδιότητα την επίβλεψη της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χωρίς ωστόσο να διαθέτουν διοικητικές αρμοδιότητες, να μπορούν να κατανείμουν τους διαθέσιμους πόρους, να επιβλέπουν την ποιότητα των υπηρεσιών ή να έχουν την δυνατότητα να επιβάλλουν κυρώσεις.

2. Τμήματα Εισαγωγών (Admission Units)

Τα τμήματα εισαγωγών στα οποία πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις καθώς και αναφορές που έγιναν, καταδεικνύουν το πρόβλημα έλλειψης κλινών, σε σημείο που σε ορισμένα τμήματα να τοποθετούνται επιπλέον κρεβάτια (Ράντζα) στους διαδρόμους. Έγιναν αναφορές ότι λόγω της έλλειψης κλινών σε τμήματα οξέων των γενικών νοσοκομείων, υπάρχει πρόβλημα στις εισαγωγές, ιδιαίτερα για περιπτώσεις εκούσιας νοσηλείας. Συνέπεια αυτού είναι η πλασματική αύξηση στον αριθμό των ακούσιων εισαγωγών, καθώς μόνο έτσι διασφαλίζεται η εισαγωγή σε γενικό νοσοκομείο. Σε μια συγκεκριμένη περιοχή, το ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών έφτανε το 65%. Η ειδική επιτροπή για τη προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αναφερθεί στο ζήτημα σε ειδική έκθεση. Η εφαρμογή της τομεοποίησης των υπηρεσιών μαζί με την αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού για υπηρεσίες οξέων, αποτελούν δυο παράγοντες που θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Παρατηρήθηκε επίσης η απουσία τοπικών εναλλακτικών υπηρεσιών για οξέα περιστατικά (όπως μονάδες θεραπείας κατ΄οίκον ή μονάδες παρέμβασης στη κρίση- home treatment/crisis resolution teams, νοσοκομεία ημέρας για οξέα περιστατικά ή κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης- acute day hospitals or crisis houses).

Υπάρχει έλλειψη σε μονάδες οξέων, γνωστές στην Βρετανία και ως PICU (Psychiatric Intensive Care Units- Ψυχιατρικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας), ενώ οι υπάρχουσες δεν είναι κατάλληλες και δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες, δημιουργώντας έτσι αυξανόμενη πίεση στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων ή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Υπάρχει επίσης πρόβλημα στις εισαγωγές ασθενών με διπλή διάγνωση (κατάχρησης ουσιών/ αλκοόλ και ψυχική διαταραχή), καθώς πολλά ψυχιατρικά τμήματα έχουν ανάπτυξη κριτήρια «αποκλεισμού» για αυτές τις κατηγορίες ασθενών. Αναφέρθηκαν επιπλέον, σημαντικές καθυστερήσεις στην έκδοση εξιτηρίων, με αποτέλεσμα το «μπλοκάρισμα» των κλινών, ενώ σε πολλές περιπτώσεις πολλές εισαγωγές θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί αν υπήρχε ένα καλά συντονισμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ορισμένα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων (όπως στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων) δεν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές ενός τμήματος για ψυχιατρικούς ασθενείς. Ένα βασικό πρόβλημα στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων αφορά τη τοποθέτηση του προσωπικού σε άλλα ιατρικά τμήματα. Έτσι ενώ το προσωπικό έχει προσληφθεί για το ψυχιατρικό τμήμα, καλύπτει τις ανάγκες άλλων τμημάτων.

3. Υπηρεσίες/ Δομές στη Κοινότητα

Φαίνεται να υπάρχουν μεγάλες διαβαθμίσεις στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από τις στεγαστικές κοινοτικές δομές, οι οποίες διακρίνονται σε 3 κατηγορίες: ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα. Δεν φαίνεται ότι υπάρχει κανονική ροή από τις περισσότερο προς τις λιγότερο υποστηριζόμενες δομές. Στις περισσότερες δομές που επισκέφθηκε η ομάδα αξιολόγησης, η παροχή φροντίδας ήταν καλής ποιότητας, όπως για παράδειγμα στην Αθήνα, τα Χανιά, τη Θεσσαλονίκη, την Κατερίνη και την Αλεξανδρούπολη, αν και σε μερικές από αυτές υπήρχε μια ατμόσφαιρα ιδρυματισμού. Σύμφωνα με αναφορές που έγιναν προς την ομάδα αξιολόγησης, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που έγιναν από τους χρήστες των υπηρεσιών, η ποιότητα της περίθαλψης σε ορισμένες από αυτές τις δομές μειώθηκε σημαντικά, κάτι που προκαλεί έντονη ανησυχία. Όπως φαίνεται τα «εξιτήρια» που δίνονται από τις δομές αυτές είναι πολύ λίγα και εκτός αυτού, υπάρχουν καθυστερήσεις στην κάλυψη των κενών κλινών με νέες εισαγωγές. Ορισμένα θέματα που έγιναν γνωστά στην ομάδα αξιολόγησης αφορούν τα εξής: σε ορισμένες στεγαστικές δομές υπάρχουν αρκετές κενές κλίνες, επιπλέον, ενώ καινούργιες μονάδες έχουν συσταθεί, έχουν προσλάβει προσωπικό ωστόσο δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα να λειτουργούν και τέλος σε κάποιες υπηρεσίες υπάρχει το αντίθετο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού. Έχει

ήδη αναφερθεί ως γενικό ζήτημα η ανισοκατανομή του προσωπικού μεταξύ φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Υπάρχουν πάνω από 60 μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί, οι οποίοι λειτουργούν κυρίως υπηρεσίες στέγασης, ημερήσιας φροντίδας και κινητές μονάδες. Πολλές από αυτές τις ΜΚΟ είναι μικρής δυναμικότητας παρέχοντας 1-2 υπηρεσίες, είτε στέγασης είτε ημερήσιας φροντίδας. Κάτι τέτοιο θα ήταν κατανοητό αν επρόκειτο για εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται από μια ειδική οργανωσιακή δομή, ωστόσο δεν πρόκειται για τέτοιες περιπτώσεις, με λίγες ίσως εξαιρέσεις. Η ύπαρξη υπηρεσιών/ μονάδων τόσο μικρής δυναμικότητας, προκαλεί ερωτήματα αναφορικά με τα οικονομικά κλίμακας, συμπεριλαμβανομένων και θεμάτων όπως η κατάρτιση του προσωπικού και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ένα κρίσιμο ζήτημα αποτελούν οι μεγάλες καθυστερήσεις στην πληρωμή του προσωπικού, το οποίο θα πρέπει να διευθετηθεί άμεσα.

Υπάρχουν κάποιες κινητές μονάδες σε νησιά και σε μη-αστικές περιοχές. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε η ομάδα αξιολόγησης, υστέρα από την επικοινωνία που είχε με τους αρμόδιους ορισμένων από αυτές, ήταν ότι ενώ επιδεικνύουν μεγάλη αφοσίωση στο έργο τους (όπως για παράδειγμα οι κινητές μονάδες της Φωκίδας, του Έβρου, του Λασιθίου, της Νάξου και της Πάρου), ωστόσο αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα αναφορικά με τις εισαγωγές και συχνά δεν υπάρχει διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Στενή συνεργασία με τις τοπικές αρχές ανέφερε η κινητή μονάδα της Κεφαλλονιάς.

Τα κέντρα και τα νοσοκομεία ημέρας λειτουργούν σε διάφορες περιοχές της χώρας αλλά έχουν περιορισμένη αλληλεπίδραση με άλλες υπηρεσίες, ενώ η συνολική εντύπωση που δόθηκε είναι ότι θα μπορούσαν να επεκτείνουν περαιτέρω τη δράση τους.

4. Δικαιώματα Χρηστών των Υπηρεσιών

Μεγάλη ανησυχία προκάλεσαν οι αναφορές που έγιναν από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές σχετικά με το γεγονός ότι εξακολουθούν να παρατηρούνται φαινόμενα καταπάτησης των δικαιωμάτων των ασθενών όσο αφορά την ακούσια ή άτυπη νοσηλεία. Η ομάδα αξιολόγησης θεωρεί το ζήτημα αυτό υψίστης σημασίας και η διευθέτηση του θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα.

5. Εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών

Η εμπλοκή των χρηστών και η συνηγορία δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς, παρόλο που έχει υπάρξει πρόοδος και έχουν δημιουργηθεί κάποιοι σχετικοί οργανισμοί. Οι απόψεις των χρηστών και των οικογενειών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως αναπτύχθηκαν στην ομάδα συζήτησης, φαίνεται να είναι αρνητικές όσο αφορά την παρούσα κατάσταση (ενώ αντίθετα, θετικά σχόλια αναφέρθηκαν από χρήστες στεγαστικών δομών στην Κατερίνη). Η ομάδα συζήτησης των χρηστών αναγνώρισε το γεγονός ότι έχει υπάρξει βελτίωση στη γενικότερη κατάσταση, στη σχέση μεταξύ προσωπικού και χρηστών (το οποίο περιγράφτηκε ως «η φωνή μας ακούγεται πλέον») και στις αντιλήψεις του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Ωστόσο, ανέφεραν επίσης τη μεγάλη εξάρτηση που εξακολουθούν να έχουν από τις οικογένειες τους (που συχνά εξουθενώνονται), την αδυναμία τους να κατανοήσουν το σύστημα και την άγνοια τους αναφορικά με που πρέπει να απευθυνθούν για να λάβουν πληροφόρηση και βοήθεια. Σημείωσαν επίσης τις απάνθρωπες συνθήκες που επικρατούν σε ορισμένα νοσοκομεία (ασθενείς δένονται στα κρεβάτια), εξέφρασαν την καχυποψία τους αναφορικά με το αν τα χρήματα δαπανώνται σωστά, αναφέρθηκαν στην δυσκολία που έχουν πολλοί ασθενείς να εισχωρήσουν στο σύστημα (ειδικά για τις στεγαστικές δομές) και στην έλλειψη σεβασμού που αντιμετωπίζουν (έγινε ειδική αναφορά ότι οι ΚΟΙΣΠΕ χρησιμοποιούν τους ασθενείς σαν «υπηρέτες»)

Προτάσεις για τη Πολιτική και τις Υπηρεσίες

Η συνέχιση και η επίτευξη των στόχων που έθεσε το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα εξαρτώνται από δομικές αλλαγές του συστήματος προκειμένου να δημιουργηθούν βιώσιμες, κοινοτικά-προσανατολισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα βρίσκεται σε εξαιρετικά κρίσιμο σημείο, στο οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή στον τρόπο με τον οποίο οι υπάρχουσες υπηρεσίες θα συνδυαστούν για να δημιουργήσουν αποτελεσματικά δίκτυα.

Το παρόν σύστημα αφορά τουλάχιστον 4 χωριστά/ανεξάρτητα μεταξύ τους υπό-συστήματα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα οποία είναι: τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, οι Μη-Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί και ο Ιδιωτικός Τομέας. Επιπλέον, ξεχωριστά υπό-συστήματα αποτελούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από τις ένοπλες δυνάμεις (ψυχιατρικά τμήματα στρατιωτικών νοσοκομείων), τα ασφαλιστικά ταμεία, τις κατά τόπους οργανώσεις και αρχές και από την Εκκλησία. Ο ιδιωτικός τομέας έχει ισχυρή παρουσία στην χώρα, με ιδιώτες ιατρούς (κυρίως ψυχιάτρους) και αρκετά ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει αυξητική τάση στη δράση του ιδιωτικού τομέα, τόσο αριθμητικά όσο και στο ρόλο που διαδραματίζει στο ευρύτερο σύστημα της ψυχικής υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα αξιολόγηση δεν αφορά τα υπόλοιπα υπό-συστήματα, ωστόσο θα πρέπει μελλοντικά να διερευνηθεί ο ρόλος τους.

Η ύπαρξη αυτών των χωριστών υπό-συστημάτων ψυχικής υγείας αποτελεί κύρια αιτία για τον κατακερματισμό και την έλλειψη συντονισμού που παρατηρείται μεταξύ των υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει συγχώνευση/ενσωμάτωση ούτε μεταξύ των υπό-συστημάτων, ούτε μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου υπό-συστήματος. Υπάρχουν, ωστόσο, σημαντικές εξαιρέσεις, όπως το Κέντρο Ψυχικής Υγείας των Αγ. Αναργύρων Αττικής και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης που διαπίστωσε η ομάδα αξιολόγησης από τις δειγματοληπτικές επιτόπιες επισκέψεις της.

Προτάσεις

Προτείνεται η δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με σκοπό να συνδέσει οργανωτικά, διοικητικά και λειτουργικά τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τις Ψυχιατρικές Μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία και τους Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς.

Μερικές από τις υπάρχουσες επιλογές είναι:

i. Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στο σύστημα των ήδη υπαρχόντων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής είναι ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν την απαραίτητη τεχνογνωσία ώστε να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς επίσης έχουν και μερικές σημαντικές εκτάσεις με φυσικές και κτιριακές εγκαταστάσεις. Τα μειονεκτήματα είναι ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία σαν μοντέλο και φιλοσοφία είναι παρωχημένα και αυτοί που εμπλέκονται μπορεί να είναι πιο εξοικειωμένοι με παλιές πρακτικές και επομένως να αντιστέκονται περισσότερο σε αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Επίσης υπάρχει κίνδυνος οι ψυχιατρικές υπηρεσίες να παραγκωνιστούν από το υπόλοιπο του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και να στερηθούν της υποστήριξης των.

ii. Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στα Γενικά Νοσοκομεία μέσω των Ψυχιατρικών Τμημάτων. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής θα ήταν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παραμένουν εντός της ημερήσιας διάταξης του γενικού συστήματος υγείας. Τα μειονεκτήματα είναι ότι τα Γενικά Νοσοκομεία δεν έχουν την τεχνογνωσία παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το ενδιαφέρον τους για ψυχιατρικές υπηρεσίες ποικίλει και υπάρχει κίνδυνος να διοχετεύσουν τους οικονομικούς πόρους σε άλλες ιατρικές υπηρεσίες λόγω δικών τους προτεραιοτήτων και συμφερόντων διαφορετικών αυτών της ψυχικής υγείας.

iii. Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στις νέες περιφερειακές και τοπικές διοικητικές δομές των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, αλλά διατηρώντας την αυτονομία τους αναφορικά με τον σχεδιασμό των προτεραιοτήτων τους και την χρηματοδότηση τους. Η τεχνογνωσία των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων μπορεί επίσης να αξιοποιηθεί. Μερικές από τις παρούσες εγκαταστάσεις μπορούν να αναβαθμιστούν και να ανακαινιστούν και ένα μέρος τους να χρησιμοποιείται από το ευρύτερο κοινό π.χ. για ψυχαγωγικές δραστηριότητες όπως πάρκα ή αθλητικές εγκαταστάσεις. Τα πλεονεκτήματα αυτής της

επιλογής είναι η ανάπτυξη ενός ισχυρού ενοποιημένου μοντέρνου συστήματος ψυχικής υγείας που θα αποτελεί ένα νέο ξεκίνημα ενώ ταυτόχρονα θα χρησιμοποιεί όλα τα υπάρχοντα συστήματα συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των υπηρεσιών της κοινότητας. Τα μειονεκτήματα είναι ότι αυτή η προσέγγιση απαιτεί την ανάπτυξη μιας εύρωστης υποδομής και αυτό μπορεί να αποδειχθεί μια ριζοσπαστική εισήγηση που μπορεί να συνεπάγεται σημαντική οργανωτική προσπάθεια και οικονομικό κόστος.

iv. Μια εναλλακτική ευέλικτη επιλογή για τον Ενιαίο Φορέα Ψυχικής Υγείας θα μπορούσε να είναι η έμφαση στη λειτουργικότητα των υπηρεσιών παρά στη οργανωτική και διοικητική μορφή τους, ώστε να επιτρέπει τοπικές παραλλαγές βασισμένες σε ηγετικές πρωτοβουλίες των άμεσα ενδιαφερομένων.

Παρόμοια προβλήματα έχουν προκύψει και σε άλλες χώρες συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα τελευταία 15 χρόνια ο Φορέας Ψυχικής Υγείας αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από άλλους Φορείς Υγείας και έγινε γνωστός ως “Mental Health Trusts”, έχοντας την αποκλειστικά δική του χρηματοδότηση και τις δικές του οργανωτικές δομές. Ακόμα και τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων υπάγονται στα κατά τόπους “Mental Health Trusts”.

1. Αποτελεί προτεραιότητα η υλοποίηση της τομεοποίησης και η εφαρμογή του ‘τομέα’ που θα αναλάβει την ευθύνη και το συντονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Υπάρχει ανάγκη να παρθούν πρακτικά μέτρα για την διασύνδεση των τοπικών δικτύων φροντίδας ώστε να διαμορφωθούν σαφείς δίοδοι πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
2. Οι προδιαγραφές των υπηρεσιών θα πρέπει να επιθεωρούνται συστηματικά ώστε να επιβεβαιώνεται ότι αντανακλούν τις σύγχρονες μεθόδους κλινικής πρακτικής και είναι βιώσιμες οικονομικά. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο σύστημα κοινοτικών υπηρεσιών διατηρώντας ωστόσο ως υποστηρικτικό μηχανισμό τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να επανεξεταστούν οι ξεπερασμένες ασυλικού τύπου υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα: το σύστημα εφημεριών για εισαγωγές οξέων περιστατικών (αντί της τομεοποίησης), τα νοσοκομεία ημέρας (αντί για δράσεις που εμπλέκουν τους χρήστες επαγγελματικά/κοινωνικά), την υπερβολική εξάρτηση από τα μεταφορικά μέσα που διαθέτουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (αντί της

τοποθέτησης των υπηρεσιών σε κατάλληλες γεωγραφικές περιοχές). Τα κέντρα ψυχικής υγείας πρέπει να αποτελούν τον τόπο αναφοράς για τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να ενσωματωθούν πλήρως με όλες τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Παράλληλα θα πρέπει απαραιτήτως τα ΚΨΥ να παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη ψυχικής υγείας και να αναπτύξουν μεθόδους παρέμβασης, οι οποίες θα είναι τεκμηριωμένες και βασισμένες σε στοιχεία, όπως για παράδειγμα η εντατική θεραπεία στη κοινότητα και η θεραπεία κατ' οίκον.

3. Θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να δοθεί προτεραιότητα στην κάλυψη των υπαρχόντων κενών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους. Καθώς επίσης και σε υπηρεσίες για ηλικιωμένους, που αποτελούν προτεραιότητα σε άλλες χώρες. Επίσης χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με αυτιστικές διαταραχές, νοητική υστέρηση, διατροφικές διαταραχές, με διπλή διάγνωση εθισμού και ψυχικής ασθένειας και υπηρεσίες δικαστικής ψυχικής υγείας (forensic mental health services).

4. Απαραίτητη είναι επίσης η παροχή υπηρεσιών μακράς-διαμονής καθώς επίσης και εντατικής ψυχιατρικής φροντίδας.

5. Χρειάζεται απογραφή όσο αφορά τις παρούσες κενές θέσεις στις στεγαστικές δομές στη κοινότητα ώστε να συμπληρωθούν με την πρώτη ευκαιρία. Επίσης τα προσόντα που θα πρέπει να διαθέτει το προσωπικό χρειάζονται μελέτη ώστε να υπάρχει ισορροπία μεταξύ φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (κάνοντας σαφή διαχωρισμό μεταξύ των ρόλων και των δραστηριοτήτων που απαιτούν ειδική εκπαίδευση και αυτών που είναι υποστηρικτικοί και αφορούν την καθημερινή διαβίωση). Η ροή των ασθενών από στεγαστικές δομές υψηλής προστασίας/υποστήριξης σε δομές χαμηλής προστασίας, θα πρέπει να εξετάζεται βάσει κριτηρίων, όπως σαφείς προδιαγραφές των υπηρεσιών, λογοδοσίας (accountability) και διαχείρισης μέσω κριτηρίων αποδοτικότητας (performance management). Σε ορισμένες χώρες, όπως η Αγγλία, υπάρχει η δυνατότητα της μερικής κάλυψης του κόστους διαμονής σε κοινοτικές δομές από τα επιδόματα πρόνοιας που λαμβάνουν οι χρήστες. Κάτι τέτοιο ενδεχομένως θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα από τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.

6. Οι καθυστερήσεις στην καταβολή των μισθών του προσωπικού αποτελεί μείζον πρόβλημα, στο οποίο θα πρέπει να δοθεί υψηλή προτεραιότητα. Έντονη ανησυχία προκαλούν επίσης οι αναφορές για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού. Θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί λεπτομερώς η λειτουργία των κοινοτικών δομών και οι ανάγκες τους σε προσωπικό (επαγγελματική ειδικότητα και αριθμός) προκειμένου να διευκρινιστούν οι «διαδρομές» των χρηστών μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών του συστήματος.

7. Είναι αναγκαίο ένα πλαίσιο το οποίο θα καθορίζει με λεπτομέρεια και ακρίβεια το επίπεδο ευθύνης και λογοδοσίας (accountability framework) του κάθε εμπλεκόμενου φορέα στο σύστημα. Η παρούσα κατάσταση φαίνεται να είναι η εξής: υπερβολικός έλεγχος του Υπουργείου για λειτουργικά ζητήματα (πχ αντικατάσταση προσωπικού) ενώ υπάρχουν κενά στην παρακολούθηση και εφαρμογή των στρατηγικών στόχων (πχ με ποιο τρόπο οι τομείς επιβλέπουν την ανάπτυξη του συστήματος υπηρεσιών).

8. Θα ήταν χρήσιμο να δοθεί έμφαση στη λειτουργία μέσω γενικών πλαισίων απόδοσης ευθύνης (accountability structures) για την υγεία και την πρόνοια. Το πλαίσιο αυτό θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

9. Είναι αναγκαίο να υπάρξει σαφής σύνδεση μεταξύ οικονομικών πόρων και δράσεων (πλαίσιο διαχείρισης μέσω αποδοτικότητας). Απαραίτητο είναι η χορήγηση οικονομικών πόρων να ανταποκρίνεται στις επιμέρους ανάγκες και προτεραιότητες ψυχικής υγείας κάθε περιοχής. Το κόστος των υποδομών φαίνεται να είναι αρκετά υψηλό (πχ υψηλού επιπέδου κτιριακή υποδομή με συγκριτικά μέτρια επίπεδα δραστηριοτήτων, μεγάλος αριθμός μέσων μεταφοράς αποκλειστικής χρήσης κα). Θα ήταν χρήσιμο να υπολογιστεί το κόστος ανά μονάδα, το οποίο θα περιλαμβάνει τόσο τις δαπάνες για τις υποδομές όσο και τις άμεσες δαπάνες λειτουργίας και το οποίο θα είναι βασισμένο σε ένα κοινό τύπο που θα επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ υπηρεσιών.

10. Θα ήταν χρήσιμο να αναπτυχθεί μια διαδικασία και τα αντίστοιχα εργαλεία που θα μπορούν να υποστηρίξουν την αναδιοργάνωση του συστήματος. Για παράδειγμα μια εκδοχή θα μπορούσε να είναι η αποτίμηση των υπηρεσιών και των οικονομικών τους (σε συνδυασμό με την αναθεώρηση του ρόλου και της λειτουργίας των υπηρεσιών), η οποία θα ακολουθείται από μια διαδικασία ελέγχου προόδου σε σχέση με κάποια βασικά κριτήρια και συμπεριλαμβάνοντας τους κύριους εμπλεκόμενους. Αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας θα μπορούσαν να είναι: καλή πληροφόρηση για τις κατά τόπους δομές (που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως κατάλογος υπηρεσιών), ευκαιρία για benchmarking ανά τομείς/ περιφέρειες και χώρα και τέλος η αναγνώριση των προτεραιοτήτων για επόμενα σχέδια ανάπτυξης και αναδιοργάνωσης. Σε όλα αυτά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη σχέσεων και στην ενθάρρυνση των ασθενών και των οικογενειών τους στο να συμμετέχουν ενεργά στο σύστημα.

11. Θα πρέπει να αναπτυχθούν σαφείς διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας και διαχείρισης, πχ ένα πλαίσιο κανονισμών και συνεργίας όλων των υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένου του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα καθώς και των μη-κυβερνητικών οργανώσεων. Η «πιστοποίηση» των υπηρεσιών θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη,

ενώ θα πρέπει να συζητηθεί το θέμα του τρόπου με τον οποίο θα εφαρμοστεί ώστε να είναι επαρκώς ανεξάρτητη από τους φορείς/οργανισμούς που παρέχουν τις υπηρεσίες.

12. Οι προτάσεις των χρηστών των υπηρεσιών περιελάμβαναν το να δοθεί έμφαση στο ρόλο της κοινότητας και στην συγχώνευση υγείας και πρόνοιας, στην ανεξάρτητη έρευνα και αξιολόγηση, στην αποκατάσταση και επαγγελματική υποστήριξη, στην δημιουργία ξεχωριστών υπηρεσιών για παιδιά και ενήλικες, στην ανάπτυξη υπηρεσιών αντιμετώπισης της κρίσης και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και τέλος στην υποστήριξη των δομών από τα γενικά νοσοκομεία.

13. Οι δράσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας θα πρέπει να προσανατολιστούν προς την κατεύθυνση του τρόπου με τον οποίο παρέχονται παρά να είναι κάτι το επιπλέον. Αν, δηλαδή, οι υπηρεσίες παρέχονται ικανοποιητικά και δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση με την κοινότητα, αυτό θα έχει άμεσο αντίκτυπο στις τοπικές κοινωνίες και θα ελάττωνε το στίγμα με ένα τρόπο άμεσο και πρακτικό. Πιθανώς θα ήταν πιο αποτελεσματικό να υπάρχει μια κεντρική γραμμή για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, η οποία θα αφομοίωνε στοιχεία από παρόμοιες δράσεις σε άλλες χώρες.

14. Η κατάρτιση του προσωπικού αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας. Είναι απαραίτητο να υπάρξει ένα συντονισμένο πρόγραμμα το οποίο θα θέτει με σαφήνεια τις εκπαιδευτικές ανάγκες. Η έμφαση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων πρέπει να δοθεί στα εξής: στην επίλυση-προβλημάτων μέσω πρακτικής άσκησης και στην πρακτική που βασίζεται σε αποδεδειγμένα στοιχεία και τεκμηρίωση (evidence-based practice). Κάτι τέτοιο θα καθιστούσε ικανό το προσωπικό να εφαρμόζει θεραπευτικά πρωτόκολλα. Απαραίτητη είναι επίσης η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών δράσεων.

15. Οι ΚΟΙΣΠΕ έχουν ήδη πραγματοποιήσει κάποια δράση αλλά με περιορισμένη έκθεση στην αγορά και με ελάχιστες πρακτικές εμπορικής διαχείρισης. Επιπλέον, η άποψη των χρηστών των υπηρεσιών είναι ότι τείνουν να περιθωριοποιούνται στα συμβούλια των ΚΟΙΣΠΕ και να αποτελούν απλώς «φτηνό» εργατικό δυναμικό. Αυτό που φαίνεται να ισχύει από τη διεθνή εμπειρία είναι ότι οι συνεταιρισμοί αυτοί δεν είναι βιώσιμοι χωρίς την κρατική υποστήριξη. Είναι αναγκαίο προκειμένου οι ΚΟΙΣΠΕ να καταστούν εμπορικά βιώσιμοι, να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις των σύγχρονων τρόπων διαχείρισης. Θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν άλλοι τύποι εργασίας καθώς επίσης και διαφορετικά μοντέλα υποστηριζόμενης απασχόλησης. Με βάση αυτή τη προσέγγιση οι χρήστες μπορούν να αναζητούν εργασία στην ευρύτερη αγορά και να υποστηρίζονται στη σύνταξη βιογραφικού και στην εκτέλεση των καθηκόντων τους εφόσον έχουν εξασφαλίσει

κάποια θέση εργασίας. Κάτι τέτοιο ενδείκνυται σε αντίθεση με την προσέγγιση της προ-επαγγελματικής κατάρτισης ή με το μοντέλο της προστατευμένης εργασίας. Έρευνα στην Νότια Αμερική, στην Αυστραλία και σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες έχει δείξει ότι τέτοιες προσεγγίσεις είναι εφαρμόσιμες, αποδεκτές από τους χρήστες και έχουν μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης χωρίς να δρουν αρνητικά στην κλινική εικόνα. Παρόμοια προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν και στην Ελλάδα, μέσω του ΟΑΕΔ, χωρίς ωστόσο να αποκλείονται άλλες εναλλακτικές, όπως η εθελοντική εργασία, καθώς καμία προσέγγιση δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες.

16. Η προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών πρέπει να ενισχυθεί μέσω της ενίσχυσης του ρόλου αρχών όπως η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και των συλλόγων των χρηστών και των οικογενειών τους.
17. Η έλλειψη έρευνας και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να μειωθεί, με την εμπλοκή ακαδημαϊκών τμημάτων, τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη καινοτομίας, στην κατάρτιση και στην διευκόλυνση της περαιτέρω ανάπτυξης των υπηρεσιών. Και εδώ απαραίτητη είναι η συστηματική εσωτερική και ανεξάρτητη αξιολόγηση.

Συμπέρασμα

Εν κατακλείδι υπάρχουν πολλά και αξιόλογα επιτεύγματα να ειπωθούν από τις μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Θα πρέπει όμως να δοθεί έμφαση στην επικαιροποιήση της πολιτικής με την εκπόνηση ενδεχομένως ενός νέου επιχειρησιακού σχεδίου (Ψυχαργώς Γ) το οποίο θα θέτει τις προοπτικές, και θα προσδιορίζει τις μελλοντικές κατευθύνσεις του Ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Ένα τέτοιο επιχειρησιακό σχέδιο, θα μπορούσε να δράσει καταλυτικά στο υφιστάμενο καθεστώς του κατακερματισμού και έλλειψης διασύνδεσης των υπηρεσιών. Παράλληλα θα μπορούσε να συνεισφέρει στη δημιουργία μιας νέας δυναμικής η οποία θα προωθήσει περαιτέρω τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις, την αποτελεσματική οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών και εν τέλει την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών τους.

Α. ΠΛΑΙΣΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Α.1. Ψυχική Υγεία: Στοιχεία-Επιδράσεις

Οι ψυχικές διαταραχές είναι πολύ συχνές και σύμφωνα με τα δεδομένα του ΠΟΥ το 2004 η συνολική επιβάρυνση σε Σταθμισμένα Έτη Αναπηρίας (DALY'S) ανέρχεται στο 13.1% παγκοσμίως. Ενδεικτικά της συχνότητας τους είναι ότι:

Περίπου το 12-48% του παγκοσμίου πληθυσμού θα αντιμετωπίσει κάποια ψυχική ασθένεια στην ζωή του.

- Περισσότεροι από 75 εκατομμύρια άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ
- Περισσότεροι από 15 εκατομμύρια άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από κάποια ουσία
- Περίπου 121 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από κατάθλιψη

Για το 2015 η πρόβλεψη του ΠΟΥ για την συχνότητα των ψυχικών διαταραχών είναι, όπως φαίνεται στον πίνακα Α1:

Πίνακας Α1: Πρόβλεψη Συχνότητας Ψυχικών Διαταραχών (ΠΟΥ)

Αιτία	Παγκόσμιος Πληθυσμός	
	0000	%
Κατάθλιψη	74 778	5,3
Διπολική διαταραχή	14 931	1,1
Σχιζοφρένεια	17 573	1,2
Επιληψία	7 529	0,5
Αλκοολισμός	24 675	1,7
Αλτσχάιμερ- Άνοιες	13 938	1,0
Διαταραχή του Πάρκινσον	1 863	0,1
Σκλήρυνση κατά πλάκας	1 612	0,1
Εξαρτήσεις	8 943	0,6
Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	3 860	0,3
Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή	5 661	0,4
Διαταραχές Πανικού	7 439	0,5

Το μέγεθος του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα είναι συγκρήσιμο με τις άλλες χώρες όπως αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα της πρόσφατης επιδημιολιογικής έρευνας του καθηγητή Βένου Μαυρέα και των συνεργατών του της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Πίνακας Α2: Επιπολασμός (%) Ενός Μηνός Ψυχικών Διαταραχών DIS-R/ICD-10. Άνδρες

Διαταραχή	Μ. Βρετανία 2007 (18-64)	Ελλάδα 2009 (18-74)
Μεικτή αγχώδης - καταθλιπτική	7.6	2.4
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	3.6	2.6
Καταθλιπτικό επεισόδιο	2.2	2.2
Φοβίες	1.0	2.1
Μεικτή αγχώδης - καταθλιπτική	7.6	2.4
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	3.6	2.6
Καταθλιπτικό επεισόδιο	2.2	2.2

Πίνακας Α3: Επιπολασμός (%) Ενός Μηνός Ψυχικών Διαταραχών DIS-R/ICD- 10. Γυναίκες

Διαταραχή	Μ. Βρετανία 2007 (18-64)	Ελλάδα 2009 (18-74)
Μεικτή αγχώδης - καταθλιπτική	11.8	3.0
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	5.8	5.8
Καταθλιπτικό επεισόδιο	3.0	3.9
Φοβίες	2.4	3.9
Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή	1.5	2.2
Διαταραχή πανικού	1.4	2.5
Κάθε Ψυχική Διαταραχή	21.5	13.0

Οι αποκλίσεις που εμφανίζονται στη Μεικτή Αγχώδη και Καταθλιπτική Διαταραχή οφείλονται σε μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος που χρησιμοποιήθηκε στην Ελληνική έρευνα. Ανεξάρτητα από τους παραπάνω δείκτες, οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν τους πάντες, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, τόπου διαμονής, οικονομικού και κοινωνικού ή μορφωτικού επιπέδου και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν και των οικογενειών τους.

Οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών είναι πολλαπλές και έχουν επιπτώσεις (κυρίως οικονομικές) και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Τα άτομα με

ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερο να πάσχουν και από σωματικές ασθένειες και να έχουν διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Επίσης υπάρχει ισχυρή διασύνδεση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και κοινωνικού αποκλεισμού. Άτομα που ζουν σε περιοχές με υψηλούς δείκτες ανεργίας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικά προβλήματα, ενώ τα υψηλά επίπεδα στίγματος, άγνοιας και η επακόλουθη διάκριση κατά των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, περιορίζουν τις ευκαιρίες για εκπαίδευση και εργασία, που με τη σειρά τους οδηγούν στην φτώχεια. Ο κίνδυνος για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να γίνουν άστεγοι ή να εμπλακούν σε προβλήματα με το δικαστικό σύστημα είναι επίσης αυξημένος. Οι μακροχρόνιες συνέπειες στα παιδιά ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είναι επίσης σημαντικές: παραμέληση, συχνές διακοπές της σχολικής παρακολούθησης, παράγοντες που σε βάθος χρόνου περιορίζουν τις ευκαιρίες αυτών των παιδιών.

Το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα έντονο και μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ο κύκλος του στίγματος ξεκινάει από την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες. Επιπρόσθετα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποφεύγουν την επαφή με υπηρεσίες και επίσημες αρχές λόγω του φόβου του στιγματισμού. Κατά συνέπεια τα προβλήματα των ατόμων με ψυχικά προβλήματα δεν αποτελούν ποτέ προτεραιότητα στην ανάπτυξη πολιτικών. Άμεσο επακόλουθο του στίγματος των ατόμων με ψυχικά προβλήματα είναι ο αποκλεισμός τους από την κοινωνία και από τη διεκδίκηση των βασικών δικαιωμάτων τους ως πολίτες. Ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να πάρει διαφορετικές εκφάνσεις, όπως για παράδειγμα, το χαμηλό ποσοστό απασχόλησης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα ή τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά γάμων ή συμβίωσης των ατόμων με ψυχώσεις (Thornicoft et al., 2004).

Παρά το μέγεθος των προβλημάτων, η προαγωγή της ψυχικής υγείας συνεχίζει να μην αποτελεί προτεραιότητα στις περισσότερες χώρες. Αντίθετα, έμφαση δίνεται στη θεραπεία των ψυχικών προβλημάτων, χωρίς να δίνεται η πρέπουσα σημασία στις ευρύτερες κοινωνικές τους συνέπειες.

Α.2. Διεθνείς Τάσεις στην Οργάνωση Συστημάτων Ψυχικής Υγείας

Η Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του ΠΟΥ (WHO Health Report 2001) έθεσε ως αναγκαία τη συνεχή μετατόπιση από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και άσυλα στην παροχή κοινοτικής φροντίδας, υποστηρίζοντας ότι αυτό το είδος φροντίδας έχει καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με τη ποιότητα ζωής, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την οικονομική απόδοση του σε σχέση με τη φροντίδα που παρέχεται στα άσυλα. Η έκθεση αναγνώρισε τη κοινοτική φροντίδα ως την παροχή μιας ολοκληρωμένης ομάδας υπηρεσιών, η οποία παρέχεται από επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων και δημιουργεί κατάλληλους δεσμούς με άλλους τομείς, όπως η στέγαση και η απασχόληση (WHO, 2001α).

Φυσικά για το μεγαλύτερο διάστημα του τελευταίου αιώνα, τα άσυλα αποτέλεσαν το κέντρο της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ευρώπη. Ιστορικά, έδιναν μεγάλη έμφαση στον φυσικό περιορισμό των ασθενών, αλλά και περιορίζοντας τα δικαιώματα τους ενώ έδιναν ελάχιστη προσοχή στην αποκατάσταση τους. Παρόλα αυτά, τα τελευταία 30 χρόνια συντελέστηκαν σημαντικές κινήσεις προς την αποϊδρυματοποίηση, δηλαδή, προς την μείωση της χρήσης αυτών των ασύλων, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτές οι κινήσεις δεν συνοδεύονταν πάντα από την ανάπτυξη κατάλληλων κοινοτικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τα ιδιαίτερα ευάλωτα άτομα να μην λαμβάνουν πάντα επαρκή υποστήριξη. Πράγματι, η ψυχική υγεία δεν αποτέλεσε προτεραιότητα της πολιτικής, όπως φάνηκε από το ότι το κλείσιμο των δαπανηρών ασυλικών δομών εκλήφθηκε, σε ορισμένες περιπτώσεις, ως ευκαιρία μείωσης του προϋπολογισμού για την ψυχική υγεία αντί να σημαίνει μεταφορά πόρων σε επενδύσεις για την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών.

Οι προκλήσεις είναι ιδιαίτερα μεγάλες για την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, όπου οι πόροι για την ψυχική υγεία είναι συνήθως πολύ περιορισμένοι, και όπου τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι ασυλικές δομές κοινωνικής φροντίδας (internats) συνεχίζουν να είναι οι βασικοί πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το 2001, δεν παρέχονταν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε 17 Ευρωπαϊκές χώρες, εκ των οποίων οι περισσότερες βρίσκονταν στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, κυρίως στα Βαλκάνια και στις πρόσφατα ανεξάρτητες πολιτείες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (WHO, 2001b). Σε αυτές τις περιοχές ο ρυθμός της αποϊδρυματοποίησης είναι αργός, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι ιδιαίτερα έντονο, και μόλις πρόσφατα έχει γίνει αντιληπτή η ανάγκη για μια εξισορρόπηση μεταξύ του τύπου υπηρεσιών (ασυλικές-κοινοτικές).

Η ανάπτυξη κοινοτικά προσανατολισμένων συστημάτων ψυχικής υγείας παρουσιάζει ασυνέπειες, ενώ σοβαρές καταπατήσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων συνεχίζουν να υπάρχουν σε πολλά τμήματα του κόσμου. Η έννοια της ενδυνάμωσης των χρηστών των υπηρεσιών, μέσω ενημέρωσης τους, προκειμένου να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με το ποιες υπηρεσίες ικανοποιούν καλύτερα τις ανάγκες τους, δεν εφαρμόζεται ακόμα ευρέως.

Τάσεις στην αποϊδρυματοποίηση σε ολόκληρη την Ευρώπη

Ο 20ός αιώνας χαρακτηρίστηκε, αρχικά, από την άνοδο του ασύλου (περίπου από το 1880 έως το 1955), την κατασκευή δηλαδή μεγάλων ιδρυμάτων που ήταν μακριά τοποθετημένα από τους πληθυσμούς που εξυπηρετούσαν. Ακολούθησε η μετέπειτα πτώση τους ή «αποϊδρυματοποίηση» (περίπου μετά από το 1955), δηλαδή η βαθμιαία μείωση της χρήσης τους ως κύριους παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πολλά μέρη της Ευρώπης. Καθώς οι αποτυχίες του ασυλικού συστήματος άρχισαν να γίνονται πιο ξεκάθαρες και καθώς το κίνημα για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων είχε αρχίσει να κερδίζει έδαφος ήδη από τη δεκαετία του ’50, άρχισε να υπάρχει μια σταδιακή μετατόπιση της πολιτικής για την υγεία προς την αποϊδρυματοποίηση, δηλαδή προς τη μείωση της χρήσης των απομονωμένων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Το υψηλό κόστος συντήρησης των ασύλων και η διαθεσιμότητα νέων φαρμάκων αναμφισβήτητα επέδρασαν σημαντικά σε αυτήν την διαδικασία.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, κυρίως στη δυτική Ευρώπη, οι ασθενείς άρχισαν να μεταφέρονται σταδιακά σε άλλες δομές όπως στα ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, σε στεγαστικές δομές διαφόρων τύπων, ή επέστρεψαν στις οικογένειες τους. Αν και η έναρξη των μεταρρυθμίσεων, ο ρυθμός τους, το πολιτικό πλαίσιο, και οι ακριβείς στόχοι ποίκιλαν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, σχεδόν όλες οι χώρες πραγματοποίησαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στην ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα και στην αντικατάσταση της ασυλικής φροντίδας.

Το σχήμα Α1 επεξηγεί τις τάσεις στη δυτική Ευρώπη από το 1978 έως το 2002 (όταν η Ιταλία ψήφισε τον περίφημο νόμο σχετικά με την αποϊδρυματοποίηση).

Σχήμα Α1: Ψυχιατρικές Κλίνες στη Δυτική Ευρώπη 1978-2002

Όπως φαίνεται και από το σχήμα, σε όλες τις χώρες οι αριθμοί κλινών έχουν μειωθεί αισθητά. Πράγματι στην Ιταλία υπάρχουν σχετικά λίγες ψυχιατρικές κλίνες, στη Σουηδία δεν υπάρχουν πλέον καθόλου ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ οι ψυχιατρικές κλίνες παρέχονται στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Ακόμη και οι χώρες με συγκριτικά μεγάλο αριθμό ψυχιατρικών κλινών, όπως η Ιρλανδία και η Φινλανδία, έχουν μειώσει σημαντικά τον αριθμό κλινών από το τέλη δεκαετίας του '70.

Σημαντική πρόοδος έχει επιπλέον σημειωθεί στα 10 νέα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο αφορά την αποϊδρυματοποίηση και συγκεκριμένα στην Εσθονία, τη Λιθουανία και τη Κύπρο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών, ενώ σε χώρες όπως η Σλοβακία και η Σλοβενία έχει σημειωθεί μικρή αλλαγή (σχεδόν παρόμοιος αριθμό κλινών μεταξύ του 2002 και 1990). Πτωτική τάση παρατηρείται επίσης σε πολλές χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αν και η Ρωσική Ομοσπονδία έχει ακόμα τον υψηλότερο απόλυτο αριθμό

ψυχιατρικών κλινών (ενδονοσοκομειακές κλίνες) στην περιοχή, ο οποίος φτάνει τις άνω των 166,000 κλινών (Πηγή: *European health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2004).*

Η εξάρτηση των συστημάτων ψυχικής υγείας στην παραδοσιακή ασυλική φροντίδα έχει μειωθεί σε πολλές χώρες, ωστόσο πρέπει να δοθεί προσοχή στην ερμηνεία αυτών των στοιχείων. Η συλλογή ακριβών και συγκρίσιμων στοιχείων όσον αφορά τον πραγματικό αριθμό ψυχιατρικών κλινών των ψυχιατρικών νοσοκομείων, των γενικών νοσοκομείων και άλλων δομών, είναι δύσκολη, και μερικές φορές οι εκτιμήσεις ανά χώρα περιλαμβάνουν και κλίνες που δεν βρίσκονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (οι οποίες έχουν κατηγορηθεί για καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων), οι κλίνες των στεγαστικών δομών που παρέχονται από την Πρόνοια, πιθανώς να μην έχουν περιληφθεί σε αυτές τις εκτιμήσεις.

Η αποϊδρυματοποίηση μπορεί επίσης να σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικές χώρες. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, η διαδικασία αποιδρυματοποίησης έχει συμπεριλάβει τη μεταφορά ασθενών από τις ψυχιατρικές κλινικές σε νοσοκομεία αποκατάστασης από φυματίωση, ενώ στην Ελβετία, η αποϊδρυματοποίηση σήμαινε τη μείωση του αριθμού κρεβατιών στις ήδη υπάρχοντα ψυχιατρικά νοσοκομεία χωρίς οποιαδήποτε πρόθεση, σε πολιτικό επίπεδο, να περιληφθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στα Γενικά Νοσοκομεία (Haug&Rossler, 1999).

Σύγχρονες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Κάθε χώρα πρέπει να λάβει χωριστές αποφάσεις σχετικά με το μίγμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι απαραίτητο, λαμβάνοντας υπόψη μια σειρά παραγόντων, όπως των αναγκών του πληθυσμού, το επίπεδο των πόρων, της ευελιξίας και του συντονισμού των οργανωτικών δομών, καθώς επίσης και την τοπική κουλτούρα. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να είναι βασικά στοιχεία μιας εθνικής πολιτικής και ενός σχεδίου δράσης για τη ψυχική υγεία και να συνδέονται άμεσα με τις εθνικές στρατηγικές για τη δημόσια υγεία (συμπεριλαμβάνοντας την προαγωγή της ψυχικής υγείας).

Ενώ ο σχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να ποικίλει μεταξύ των χωρών, ωστόσο ένα σύνολο βασικών κατευθυντήριων αρχών για την οργάνωσή τους μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις χώρες, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα Α4 (Πηγή: *Adapted from WHO, 2003*).

Πίνακας Α4: Βασικές κατευθυντήριες αρχές για την οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- **Προστασία ανθρώπινων δικαιωμάτων**: Οι υπηρεσίες θα πρέπει να σέβονται την αυτονομία των ατόμων και να τους ενδυναμώνουν προκειμένου να λαμβάνουν αποφάσεις. Έμφαση πρέπει να δίνεται στις λιγότερο περιοριστικές θεραπείες.
- **Δυνατότητα πρόσβασης**: Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες τοπικά. Η έλλειψη τοπικών υπηρεσιών ενεργεί ως εμπόδιο στη χρήση τους, ειδικά στις αγροτικές περιοχές.
- **Περιεκτικότητα:** Οι υπηρεσίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις απαιτούμενες υποδομές και προγράμματα για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού.
- **Συντονισμός και συνεχές της περίθαλψης**: Οι υπηρεσίες θα πρέπει να λειτουργούν με συντονισμένο τρόπο ώστε να μπορούν να καλύπτουν όλο το φάσμα των κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών αναγκών.
- **Αποτελεσματικότητα**: Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στοιχεία αποτελεσματικότητας για την ανάπτυξη των υπηρεσιών.
- **Ισότητα**: Η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρέπει να μετράται βάσει των αναγκών. Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες είναι λιγότερο πιθανό να απαιτήσουν υπηρεσίες που ικανοποιούν τις ανάγκες τους.
- **Αποδοτικότητα**: Στοιχεία οικονομικής αποτελεσματικότητας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ανάπτυξη υπηρεσιών και για τη λήψη των αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων.

Προ πάντων, τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να γίνονται σεβαστά ανεξάρτητα από το εάν οι υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα ή στα νοσοκομεία. Οι θεμελιώδεις αξίες και τα ανθρώπινα δικαιώματα που καθορίζουν την επιτυχή εφαρμογή των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένα σύνολο αρχών που σχετίζονται τόσο με την αξία της κοινότητας όσο και με τη σημασία της αυτοδιάθεσης και των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ως πολίτες.

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπογραμμίζουν τη σημασία της θεραπείας και της ενίσχυσης των ανθρώπων να ζήσουν στην κοινότητα με τρόπο τέτοιο ώστε να διατηρούν τη σύνδεσή τους με τις οικογένειες, τους φίλους, την εργασία και την κοινότητά τους. Σε αυτήν την διαδικασία αναγνωρίζονται και υποστηρίζονται οι στόχοι και οι δυνατότητες του ατόμου προκειμένου να προάγει την αποκατάστασή του μέσα στην κοινότητά στην οποία ανήκει. Θεμελιώδης αρχή που υποστηρίζει αυτές τις αξίες είναι η έννοια

της ίσης πρόσβασης των ατόμων στις υπηρεσίες οι οποίες βρίσκονται στον τόπο τους και στο «λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον». Η κοινοτική ψυχιατρική, ενώ αναγνωρίζει το γεγονός ότι ορισμένα άτομα καταβάλλονται σημαντικά από την ασθένειά τους, επιδιώκει να ενθαρρύνει την αυτοδιάθεση του χρήστη και τη συμμετοχή του στις διαδικασίες που περιλαμβάνουν αποφάσεις σχετικές με την θεραπεία του. Δεδομένης της σημασίας του ρόλου των οικογενειών ως προς την υποστήριξη των ψυχικά ασθενών (πρακτική και συναισθηματική μέσω των σχέσεων που υφίστανται), η συμμετοχή τους (με την άδεια του χρήστη υπηρεσιών) στις διαδικασίες της αξιολόγησης, στον θεραπευτικό σχεδιασμό και στην παρακολούθηση της πορείας της διαταραχής, αποτελεί μια επιπλέον βασική αξία του μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας. Διάφορες συμβάσεις έχουν προσδιορίσει και στοχεύσει στην προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών ως πρόσωπα και ως πολίτες, συμπεριλαμβανομένης της πρόσφατα επικυρωμένης Συνθήκης Ηνωμένων Εθνών (Η.Ε) σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες (UNCRPD) (17) και πιο συγκεκριμένα, καταστατικοί χάρτες όπως ο χάρτης των Αρχών των Η.Ε για την Προστασία των Ατόμων με Ψυχικές Ασθένειες και ο χάρτης για τη Βελτίωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που υιοθετήθηκαν το 1991. Τα προαναφερθέντα έντυπα καθώς και άλλα διεθνή, περιφερειακά και εθνικά, διευκρινίζουν το δικαίωμα των ατόμων να θεραπεύονται χωρίς διάκριση.

Ανασκόπηση των στοιχείων

Είναι κρίσιμο σημείο για την ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών αποτελεί η χρήση στοιχείων αποτελεσματικότητας (όπου είναι διαθέσιμα), ή τουλάχιστον η εξασφάλιση διαδικασιών συνεχούς παρακολούθησης και ελέγχου. Αναφορικά με την ισότητα στην πρόσβαση, οι υπηρεσίες πρέπει να είναι διαθέσιμες σε ολόκληρη την χώρα και όχι μόνο στα αστικά κέντρα και να χρησιμοποιούνται βάσει των αναγκών και όχι βάσει της δυνατότητας πληρωμής. Εξίσου σημαντική είναι η αποδοτικότητα των υπηρεσιών, η οποία θα πρέπει να αξιολογείται όχι μόνο βάσει οικονομικών στοιχειών αλλά και ποιοτικά. Κύρια ερωτήματα για την ανάπτυξη πολιτικής για την ψυχική υγεία εξακολουθούν να αποτελούν ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες μπορούν να μετακινηθούν από τα άσυλα προς την κοινότητα και το τι συνιστά το κατάλληλό μοντέλο φροντίδας. Τα συγκεχυμένα αποτελέσματα της αποϊδρυματοποίησης που έχουν παρατηρηθεί σε ορισμένες χώρες, μπορεί να αποτρέψουν, σε επίπεδο πολιτικής, την περαιτέρω ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης να υπάρξει και ο κίνδυνος να καταργηθούν οι ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες και οι στεγαστικές δομές στη βάση μια δικαιολογημένης ανησυχίας αναφορικά με το βαθμό στον οποία προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα σε αυτές τις δομές. Μια πρόσφατη προσπάθεια αναλογισμού μερικών από αυτά τα ζητήματα είναι η συστηματική ανασκόπηση που προετοιμάστηκε για το Δίκτυο Στοιχείων Υγείας του

Περιφερειακού γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη (Thornicroft &Tansella, 2003 και 2004). Βασικές ερωτήσεις που εξετάστηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση ήταν:

1. Σε ποιο βαθμό θα πρέπει οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να παρέχονται στη κοινότητα ή στα νοσοκομεία;
2. Ποια είναι τα αναγκαία και ποια τα προαιρετικά στοιχεία που πρέπει να διαθέτουν οι υπηρεσίες;
3. Ποιοι τύποι/κατηγορίες υπηρεσιών πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα για περιοχές (χώρες και περιοχές) με χαμηλά, μέσα και υψηλά επίπεδα πόρων;
4. Ποια είναι τα διαθέσιμα στοιχεία;

Το συμπέρασμα αυτής της ανασκόπησης ήταν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την παροχή υπηρεσιών μόνο από τα νοσοκομεία, καθώς επίσης και ότι δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες στην κοινότητα μπορούν να παρέχουν μόνες τους ικανοποιητική και ολοκληρωμένη φροντίδα. Αντίθετα, υποστηρίχτηκε ότι είναι αναγκαίο ένα μοντέλο στο οποίο θα υπάρχει ισορροπημένη ανάπτυξη όλων των τύπων υπηρεσιών και στο οποίο οι υπηρεσίες πρώτης γραμμής θα είναι παρέχονται στην κοινότητα, ενώ θα υπάρχει η ταυτόχρονη υποστήριξη από τα νοσοκομεία, τα οποία θα παρέχουν σε περιορισμένο βαθμό υπηρεσίες νοσηλείας για οξέα περιστατικά. Σε περιπτώσεις που η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι απαραίτητη, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν συντομότερη και να παρέχεται στην κοινότητα και όχι σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτής της ισορροπίας μεταξύ του τύπου των υπηρεσιών δεν εφαρμόζονται σε κάθε χώρα. Ο παρακάτω πίνακας (Α5) παρουσιάζει το μείγμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας Α5: Μείγμα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας: Σκέψεις Πολιτικής

- Οι χώρες με **χαμηλούς πόρους** πρέπει να εστιάσουν στην καθιέρωση και τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας, χρησιμοποιωντας τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ως υποστηρικτούς μηχανισμούς.
- Οι χώρες με **μέσους πόρους** πρέπει, επιπλέον, να επιδιώξουν να παρέχουν πέντε βασικές κατηγορίες υπηρεσιών:

  (ι) εξωτερικά ιατρεία (outpatients clinics)

  (ii) ομάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα

  (iii) κλινικές οξέων (acute inpatients care),

  (iv) στεγαστικές δομές μακράς διαμονής στη κοινότητα

  (ν) εργοθεραπεία ή επαγγελματική αποκατάσταση (work and occupational care)

Εκτός από τα παραπάνω μέτρα, οι χώρες με υψηλό επίπεδο πόρων, θα πρέπει να παρέχουν και εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως οι κινητές μονάδες (ambulatory clinics) και ομάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη κοινότητα, υπηρεσίες εντατικής θεραπείας στη κοινότητα (assertive community treatment) σαν εναλλακτικές μορφές για την φροντίδα των οξέων περιστατικών, κοινοτικές στεγαστικές δομές μακράς διαμονής και υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης βασισμένες σε τεκμηριωμένα στοιχεία (Πηγή: Thornicroft &Tansella, 2003).

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να παρέχονται από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, που θα υποστηρίζεται από την πρόσβαση σε ειδικούς για κατάρτιση, συμβουλευτική, ενδονοσοκομειακή αξιολόγηση και εξειδικευμένη θεραπεία. Αυτή η διασύνδεση με ειδικούς είναι εξαιρετικής σημασίας, δεδομένου ότι τα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας διαπιστώνονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου ωστόσο η διάγνωση και αντιμετώπιση ήπιων ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, παραμένει περιορισμένη. Η αποτελεσματική εκπαίδευση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας απαιτεί ένα συνδυασμό στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένων της πρόσβασης στη πληροφόρηση και της διασύνδεσης με άλλους επαγγελματίες υγείας (Gilbody et al., 2004).

Επικρατούσα φροντίδα ψυχικής υγείας

Σε χώρες με μέσο ή με χαμηλό επίπεδο πόρων, οι οποίες αρχίζουν να επωφελούνται της οικονομικής ανάπτυξης, θα πρέπει να παρέχονται επιπρόσθετες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως:

- Εξωτερικά ιατρεία
- Ομάδες επαγγελματιών κοινοτικής ψυχικής υγείας
- Οξεία ενδονοσοκομειακή φροντίδα
- Στεγαστικές δομές μακράς διαμονής στη κοινότητα
- Υπηρεσίες σχετικές με την απασχόληση και την εργασία

Ο συντονισμός και η παροχή αυτών των υπηρεσιών στα πλαίσια συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών μπορεί να βοηθήσει στην προαγωγή της αρχής του συνεχούς της φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει την αναγνώριση όλων των αναγκών του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο την παρούσα κατάσταση της υγείας του, αλλά και την ικανότητα του να ζήσει και να λειτουργήσει μέσα στην κοινότητα. Η χρήση αυτών των γεωγραφικά συγκεκριμένων περιοχών μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο του να γίνουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποκομμένες η μία από την άλλη.

Επιπλέον εξειδικευμένη φροντίδα σε χώρες μεσαίου επιπέδου πόρων, όπως είναι οι περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, θα πρέπει να επικεντρώνεται στην υποστήριξη των ατόμων με σοβαρά και μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι διαταραχές που συνήθως αντιμετωπίζονται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες (όπως η κατάθλιψη) είναι περισσότερο πιθανό να υποχωρήσουν με το χρόνο χωρίς κάποια παρέμβαση.

Τα εξωτερικά ιατρεία μπορούν να αναπτυχθούν σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε κέντρα ψυχικής υγείας ή σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας παρέχουν ένα φάσμα υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών από ψυχιάτρους, νοσηλευτές κοινοτικής ψυχιατρικής, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και εργασιοθεραπευτές) και συνήθως δίνουν προτεραιότητα σε ενήλικες με σοβαρές διαταραχές. Τέτοιες υπηρεσίες έχει αποδειχτεί ότι αυξάνουν την εμπλοκή των ατόμων στο σύστημα και την ικανοποίηση τους από αυτό, βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και συνδέονται με βελτίωση στο συνεχές της φροντίδας. Σε ατομικό επίπεδο, η διαχείριση περιστατικού (case management), μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον συντονισμό ενός μεγάλου εύρους άλλων υπηρεσιών.

Είναι επίσης αναγκαίο να παρέχεται κάποιας μορφής οξείας ενδονοκομειακής φροντίδας για τα επείγοντα περιστατικά, όπως για παράδειγμα για άτομα που είναι αυτοκτονικά. Τέτοιου είδους υπηρεσίες παρέχονται συνήθως από τα

ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Εδώ εμπλέκεται και το ζήτημα του αριθμού των κλινών που θα πρέπει να διατίθενται και το οποίο εξαρτάται από τις τοπικές συνθήκες. Η εύρεση ισορροπίας είναι σημαντική και από οικονομική άποψη: το οικονομικό κόστος των μονάδων οξείας νοσηλείας είναι σημαντικό, ενώ παράλληλα μειώνει τη διάθεση πόρων σε άλλες κοινοτικές υπηρεσίες.

Εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Οι χώρες με υψηλά επίπεδα πόρων, όπως αυτές στη Δυτική Ευρώπη, μπορούν, ως μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας, να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης, όπως για παράδειγμα για άτομα με διατροφικές διαταραχές, διπλές διαγνώσεις (ψυχικές διαταραχές και προβλήματα κατάχρησης ουσιών). Οι υπηρεσίες οξείας νοσηλείας μπορούν να παρέχονται από εναλλακτικές υπηρεσίες, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία ή οι ομάδες αντιμετώπισης κρίσης. Μπορούν επίσης να παρέχονται υπηρεσίες από ομάδες πρώιμης παρέμβασης (αν και δεν έχει αποδειχτεί η αποτελεσματικότητα τους) καθώς επίσης και από ομάδες εντατικής θεραπείας στην κοινότητα. Αναφορικά με τις στεγαστικές δομές, μπορεί να υπάρχει μεγαλύτερο εύρος όσο αφορά το βαθμό προστασίας, ξεκινώντας από δομές υψηλής προστασίας και φτάνοντας σε πιο ανεξάρτητες μορφές διαμονής. Επιπλέον, μπορούν να παρέχονται υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης, όπως προστατευμένα εργαστήρια και εργασία, καθώς η δυνατότητα για εργασία έχει αποδειχτεί ότι έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στην αυτοεκτίμηση των ασθενών.

Ενώ υπάρχουν διάφοροι τύποι επαγγελματικής αποκατάστασης, μοντέλα στα οποία τα άτομα τοποθετούνται σε πραγματικά εργασιακά πλαίσια και λαμβάνουν υποστήριξη και κατάρτιση, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά στην εύρεση και διατήρηση της εργασίας από τα μοντέλα προ-επαγγελματικής κατάρτισης (Marshall et al., 2001). Από μια ευρύτερη οπτική, η αποτελεσματική επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί μεγάλο οικονομικό πλεονέκτημα, καθώς αν τα άτομα μπορούν να υποστηρίζουν τους εαυτούς τους, μπορούν να πληρώνουν τους φόρους τους και κατά συνέπεια να περιορίζονται τα επιδόματα αναπηρίας ή ανεργίας.

Συντονισμός υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας

Οι Ευρωπαϊκές χώρες διαφέρουν σημαντικά στο ρόλο που διαδραματίζουν τα τμήματα Υγείας και Πρόνοιας σχετικά με τη φροντίδα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, κάτι που μπορεί να έχει επιπτώσεις στο συντονισμό της φροντίδας σε επίπεδο μακρο και μίκρο. Σημαντικές πλευρές της φροντίδας και αποκατάστασης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται εκτός των αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών υγείας –επιδόματα, στέγαση, μεταφορά, εργασία και εκπαίδευση-και οι οποίες δεν λαμβάνονται υπόψη.

Η αλλαγή προς τη κοινοτική ψυχική υγεία ενίσχυσε την απαίτηση για απρόσκοπτο συντονισμό της φροντίδας μεταξύ κρατικών και ανεξάρτητων και εθελοντικών μη-κερδοσκοπικών οργανισμών. Κάτι τέτοιο είναι δύσκολο να επιτευχθεί σε ένα σύστημα όπως αυτό της Σουηδίας, όπου είναι ξεκάθαροι οι διαχωρισμοί ή στη Γερμανία, όπου τα συστήματα υγεία και πρόνοιας είναι αποκεντρωμένα και πολύ-επίπεδα. Σε όλη την Ευρώπη υπάρχουν διαβαθμίσεις στη παροχή φροντίδας από τον εθελοντικό μη-κερδοσκοπικό τομέα και από τους άτυπους φροντιστές, κάτι που εξηγείται από οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Επιπρόσθετο παράγοντα αποτελεί η δημογραφική δομή δεδομένης της μεταναστευτικής κίνησης που παρατηρείται μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Οι χώρες με μεγαλύτερες εθνικές διαφοροποιήσεις, τείνουν να αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στον αποτελεσματικό συντονισμό.

Οι προσπάθειες για τυποποίηση των εργασιών μεταξύ διαφορετικών αρχών, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του συνολικού κόστους της ψυχικής υγείας, ωστόσο υπάρχουν θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τη θεραπεία, τη κατάλληλη χρήση των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών και των φροντιστών.

Στη Γαλλία, τη Γερμανία και την Αγγλία, η προτεινόμενη αλλαγή για ένα σύστημα «αμοιβών βάσει αποτελεσμάτων», μπορεί να βοηθήσει στην τυποποίηση των εργασιών μεταξύ διαφορετικών αρχών και στην βελτίωση της ανάθεσης των υπηρεσιών (commissioning). Ωστόσο, υπάρχουν προβληματισμοί στην εφαρμογή ενός τέτοιου μοντέλου για την ψυχική υγεία.

Συμπερασματικά, κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες υπήρξαν σημαντικές προσπάθειες σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες για την μετατόπιση από τα ασυλικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς συστήματα που παρέχουν φροντίδα στην κοινότητα. Τα στοιχεία υποστηρίζουν ότι ένα σύστημα στο οποίο υπάρχει ισορροπία μεταξύ κοινοτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι πιο αξιόπιστο για όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από τους πόρους που διαθέτουν. Σε χώρες με χαμηλούς πόρους, η πρωτοβάθμια φροντίδα, υποστηριζόμενη από κάποιες εξειδικευμένες υπηρεσίες, θα πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Σε χώρες με μεσαίο επίπεδο πόρων, μπορεί να παρέχεται μεγαλύτερο εύρος βασικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων, ομάδων κοινοτικής ψυχικής υγείας και μονάδες οξείας νοσηλείας, ενώ σε χώρες με υψηλά επίπεδα πόρων μπορούν να αναπτυχθούν υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης, όπως ειδικές ομάδες εντατικής αντιμετώπισης, διάφοροι τύποι στεγαστικών δομών και υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης. Τα στοιχεία για την οικονομική αποτελεσματικότητα αυτών των υπηρεσιών είναι γενικά θετικά, με πολλές υπηρεσίες να φαίνεται ότι σχετίζονται αποτελεσματικά με την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής, ενώ το κόστος τους δεν ξεπερνά αυτό των υπηρεσιών που παρέχονται στα άσυλα.

Υπάρχουν όμως και ορισμένες μελέτες που έχουν δείξει ότι η αποϊδρυματοποίηση δεν πέτυχε τους στόχους της. Αυτό συνήθως αντανακλά την έλλειψη αποτελεσματικής εφαρμογής κοινοτικών υπηρεσιών. Η ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών και η παροχή επαρκών πόρων για την διατήρηση τους, είναι ιδιάζουσας σημασίας, όπως είναι και ο αποτελεσματικός συντονισμός με άλλους τομείς, όπως η πρόνοια, η απασχόληση και η στέγαση, και η συνεργασία με συλλόγους χρηστών των υπηρεσιών και οικογενειών τους.

Οι ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την προσπάθεια ισορρόπησης του τύπου των υπηρεσιών. Ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό είναι απολύτως απαραίτητο για την ποιότητα των υπηρεσιών. Η κατάρτιση δεν θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στην ανάπτυξη ικανοτήτων που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία. Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει και γνώσεις διαχείρισης, οι οποίες είναι ελλιπείς σε ορισμένες χώρες, παρεμποδίζοντας την μεταρρύθμιση και τον συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών διαφορετικών τομέων και οργανισμών.

Τέλος, είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν συστήματα που βοηθούν στο να ενισχυθεί μια τεκμηριωμένη βάση δεδομένων ως προς το τι λειτουργεί καλά και σε ποιο πλαίσιο. Ακόμα και τώρα δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα ή την σχέση μεταξύ κόστους – αποτελεσματικότητας για πολλές παρεμβάσεις και μεθόδους παροχής υπηρεσιών. Η χρήση ατομικών μητρώων (case registers) των χρηστών των υπηρεσιών θα μπορούσε να βοηθήσει στη παρακολούθηση τόσο της χρήσης των υπηρεσιών όσο και των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της.

Β. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Β.1. Βασικές Μεθοδολογικές Έννοιες

Η μεθοδολογική προσέγγιση που εφαρμόστηκε για την εκ των υστέρων αξιολόγηση του «Ψυχαργώς» ήταν άμεσα συνυφασμένη με τη φύση και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του έργου.

Η θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση του συγκεκριμένου έργου περιλαμβάνει τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό όλων των φάσεων του προγράμματος, όπως για παράδειγμα: δείκτες υλοποίησης των δράσεων του προγράμματος (το ποσοστό ολοκληρωμένων έργων, ο αριθμός από-ιδρυματοποιημένων ασθενών, το ποσοστό του προσωπικού που καταρτίστηκε σε προγράμματα σχετικά με την αποασυλοποίηση κτλ.) καθώς επίσης και ποιοτικούς δείκτες, όπως η συνάφεια σχεδιασμού/ στόχων/ πολιτικών με τις ανάγκες της χώρας ή/και με τα διεθνή πρότυπα, η ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών κτλ.

Βάσει των παραπάνω, η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε περιελάμβανε πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές δεδομένων.

Πρωτογενείς πηγές

- Ερωτηματολόγια
- Επιτόπιες επισκέψεις
- Συνεντεύξεις
- Ομαδικές συζητήσεις (focus groups)

Δευτερογενείς πηγές

- Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
- Εκθέσεις
- Επίσημα έγγραφα

Β.2. Συλλογή Δεδομένων

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν και η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την άντληση στοιχείων ήταν οι εξής:

Εναρκτήρια Συνάντηση: Στη διάρκεια του προπαρασκευαστικού σταδίου της έρευνας, μέλη της ομάδας αξιολόγησης πραγματοποίησαν μια εναρκτήρια

συνάντηση με τους βασικούς εμπλεκόμενους του έργου, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και της Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Μονάδα Δ – Οργάνωσης και Υποστήριξης). Στη συνάντηση αποφασίστηκε η αξιολόγηση δεν θα πρέπει να περιοριστεί στο πρόγραμμα Ψυχαργώς αλλά να επεκταθεί και να αφορά το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η προσέγγιση αυτή θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη καθώς σε μεγάλο βαθμό οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του δεκαετούς αυτού προγράμματος διαμόρφωσαν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στη χώρα.

Ατομικές συνεντεύξεις: επιλέχτηκε ο «ημι-δομημένος» τύπος συνεντεύξεων, κατά τον οποίο αν και προ-αποφασίζεται ένας αριθμός θεμάτων προς διερεύνηση, υπάρχει η δυνατότητα να προκύψουν και άλλα θέματα. Οι ατομικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 3 μηνών (Ιούνιος, Ιούλιος, Αύγουστος). Μέλη στις ομάδας αξιολόγησης συναντήθηκαν περίπου με 150 επαγγελματίες του χώρου στις ψυχικής υγείας. Η διάρκεια των συνεντεύξεων ποικίλε από μια (η μικρότερη) έως και τρεις ώρες. Επιπλέον, προκειμένου η Ομάδα Αξιολόγησης να αποκτήσει μια πλήρη εικόνα του συστήματος ψυχικής υγείας στις χώρας, πραγματοποιήθηκε και μικρός αριθμός συνεντεύξεων με επαγγελματίες του ιδιωτικού-κερδοσκοπικού τομέα. Πραγματοποιήθηκε μικρός αριθμός συνεντεύξεων με χρήστες κατά την διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων.

Focus groups (ομάδα συζήτησης): χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να καταγραφούν οι γενικότερες απόψεις/προβλήματα/θετικά σημεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να ανακαλυφθούν πιθανά καίρια ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Πραγματοποιήθηκαν δυο ξεχωριστές ομάδες συζήτησης: στην πρώτη συμμετείχαν περίπου 30 άτομα, εκπρόσωποι φορέων και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και οι οποίοι κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (δημόσιες υπηρεσίες, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, πανεπιστημιακές κλινικές, επιστημονικούς συλλόγους, ειδικές επιτροπές κτλ). Το πρώτο focus group διήρκεσε περίπου 5 ώρες, με την έντονη συμμετοχή όλων των παρευρισκόμενων. Η δεύτερη ομάδα αξιολόγησης ήταν μικρότερη, περίπου 15 άτομα και αποτελούνταν από χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και συλλόγους οικογενειών. Το δεύτερο focus group ήταν μικρότερης διάρκειας (περίπου 2 ώρες).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι και για τις δυο ομάδες συζήτησης δόθηκε προσοχή ώστε οι συμμετέχοντες να προέρχονται από όλη τη χώρα. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό.

Παρατήρηση (επιτόπιες επισκέψεις): επιλέχθηκε προκειμένου να διαμορφώσει η ομάδα αξιολόγησης προσωπική άποψη αναφορικά με τις δομές που δημιουργήθηκαν και κατά συνέπεια να αξιολογήσει την ποιότητα τους σε τεχνικό επίπεδο (υλικοτεχνική υποδομή) αλλά και σε επίπεδο γενικής λειτουργίας και για τη συλλογή επιπλέον δεδομένων μέσω συνεντεύξεων και

έγγραφου υλικού από τις δομές (όπου αυτό είναι διαθέσιμο). Με αυτό τον τρόπο επιτεύχθηκε η αντιπροσωπευτικότητα των συμμετεχόντων στην μελέτη, καθώς έλαβαν μέρος άτομα που κατέχουν θέσεις σε όλη την ιεραρχία του συστήματος ψυχικής υγείας (επικεφαλείς / διευθυντές κλινικών υπηρεσιών, με διευθυντές / μάνατζερ υπηρεσιών κλειδιών, επικεφαλείς / διευθυντές υπηρεσιών διοίκησης και διαχείρισης, επικεφαλείς έργων, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τελικοί χρήστες κλπ.). Οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν σε δομές που καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (στεγαστικές δομές, κέντρα ψυχικής υγείας, Κοι.ΣΠΕ, ψυχιατρικά τμήματα, ψυχιατρεία) και ήταν επιλεγμένες με τυχαίο τρόπο. Πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε 5 πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κατερίνη, Χανιά και Ηράκλειο. Επίσης σύντομη επίσκεψη στη Αλεξανδρούπολη). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρξαν δύο φορείς που ενώ είχαν συμφωνήσει στην επίσκεψη της Ομάδας Αξιολόγησης, τελικά αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη διαδικασία.

Ερωτηματολόγια: χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα στοιχεία που επρόκειτο να συλλεχθούν με άλλες μεθόδους (βιβλιογραφική έρευνα, συνεντεύξεις) καθώς επίσης και για την συλλογή πληροφοριών από ένα ευρύτερο δείγμα από αυτό που συμμετείχε στις συνεντεύξεις και στις επιτόπιες επισκέψεις. Η χορήγηση και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των Ομάδων Συζήτησης και καθ΄ όλη τη διάρκεια του Αυγούστου. Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε ηλεκτρονικά, προκειμένου να επισπευστεί η διαδικασία. Στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε δομές που καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου και μη-κερδοσκοπικού τομέα. Σε κάθε φορέα στέλνονταν ερωτηματολόγια που αντιστοιχούσαν στις δομές που λειτουργούσε ο συγκεκριμένος φορέας. Συνολικά στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 40 δομές. Το ποσοστό απαντήσεων ήταν υψηλό μόνο για τις δομές εκείνες των οποίων οι υπεύθυνοι είχαν συμμετάσχει στην προηγούμενη φάση των συνεντεύξεων και των επιτόπιων επισκέψεων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό απαντήσεων εξαρτήθηκε σε μεγάλο βαθμό από τη χρονική περίοδο που έγινε η αποστολή των ερωτηματολογίων, καθώς ο Αύγουστος είναι μήνας κατά τον οποίο πολλοί εργαζόμενοι βρίσκονται σε άδεια.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και εγγράφων: τα στοιχεία που αναζητήθηκαν από τη βιβλιογραφία αφορούσαν: την περιγραφή του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και στοιχεία που καταδείκνυαν τη μη αποτελεσματικότητα ή τα προβλήματα του πριν την έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργώς», δηλαδή πριν το 2000, την περιγραφή του σχεδιασμού και οργάνωσης, των επιμέρους στοιχείων και στόχων καθώς και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων του προγράμματος, την εφαρμογή του προγράμματος, την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, το κόστος υλοποίησης και λειτουργίας των δομών και υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν με το «Ψυχαργώς», επιδημιολογικά στοιχεία που να καταδεικνύουν το επίπεδο ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού πριν το 2000 (έναρξη προγράμματος)

και το 2009 (λήξη προγράμματος) και την ψυχική υγεία του πληθυσμού που αποασυλοποιήθηκε (πχ δείκτες εισαγωγών σε νοσοκομεία, μέση διάρκεια παραμονής ασθενών σε δομές, ποσοστό υποτροπών κτλ). Πηγές αποτέλεσαν η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και η Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Μονάδα Δ – Οργάνωσης και Υποστήριξης), οι Μονάδες Υποστήριξης και Παρακολούθησης (ΕΠΙΨΥ, Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου), διεθνείς οργανισμοί (Π.Ο.Υ, Ευρωπαϊκή Ένωση) με συγκεκριμένες αναφορές στην Ελλάδα. Επιπλέον έγινε αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας στο διαδίκτυο (από ακαδημαϊκές πηγές, όπως περιοδικά, βιβλία) ενώ συλλέχθηκαν λοιπά έγγραφα, όπως εκθέσεις, αρχεία κατά τη διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων.

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων αναπροσαρμοζόταν μέχρι την παράδοση της πρώτης έκθεσης της ομάδας αξιολόγησης, καθώς: τα διαθέσιμα στοιχεία ήταν σε ορισμένες περιπτώσεις ανεπαρκή σε σχέση με τις απαιτήσεις του έργου και το αρχικό υλικό που είχε συλλεχθεί αποτέλεσε τη βάση για την ανεύρεση νέων πηγών δεδομένων.

Γ. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γ.1. Οργάνωση & Διαχείριση Συστήματος Ψυχικής Υγείας

Η πληρέστερη κατανόηση της οργάνωσης, λειτουργίας και διαχείρισης του συστήματος ψυχικής υγείας στη χώρα μας απαιτεί μια σύντομη επισκόπηση του τρόπου που είναι οργανωμένο το ευρύτερο σύστημα της υγείας καθώς και των φορέων μέσω των οποίων λειτουργεί.

Γ.1.1. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελείται από πολυάριθμες δομές, οι οποίες στην πλειοψηφία τους είναι δημόσιες και λειτουργούν βάσει αυστηρών ιεραρχικών δομών και γραφειοκρατικών κανόνων (Sotirakou & Zeppou 2005).

Η σύσταση του ΕΣΥ βρίσκεται στις αρχές του 1983, ύστερα από το ψήφισμα του Νόμου 1397/Φ. 143^{A}/7.10.83 για αναδιοργάνωση του ήδη υπάρχοντος συστήματος με στόχο την δημιουργία ενός φορέα που θα συντόνιζε την παροχή φροντίδας υγείας και θα ανέπτυσσε ένα δίκτυο υπηρεσιών για όλη τη χώρα. Κύριες αρχές του ΕΣΥ ήταν:

- Ισότητα στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών παροχής υγείας: το σύστημα θα παρείχε πλήρη κάλυψη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες του σε όλο τον πληθυσμό.
- Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Καθιέρωση της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας
- Αποκέντρωση των διαδικασιών σχεδιασμού και βελτίωση στη διαχείριση και συμμετοχή της κοινότητας
- Οι γιατροί και το λοιπό προσωπικό θα απασχολούνταν αποκλειστικά στο ΕΣΥ με σχέση μισθωτής εργασία

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ πραγματοποιείται από δημόσιες δαπάνες (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) από υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων στα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς επίσης και από ιδιωτικές πηγές. Το μέγεθος του προϋπολογισμού για το ΕΣΥ καθορίζεται από το Υπουργείο Οικονομίας

και βασίζεται σε ιστορικά δεδομένα. Οι δαπάνες για την υγεία, κατά το έτος 2005, παρουσιάζονται στον πίνακα Γ1[1].

Πίνακας Γ1: Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα για το 2005

Δείκτης	Τιμή (έτος)
Συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (*Total expenditure on health as percentage of gross domestic product*)	10.1 (2005)
Κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (*General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health*)	42.8 (2005)
Ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία (*Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health*).	57.2 (2005)
Κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό επί του συνόλου των κρατικών δαπανών (*General government expenditure on health as percentage of total government expenditure*)	11.5 (2005)
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης για την υγεία ως ποσοστό των κρατικών δαπανών για την υγεία (*Social security expenditure on health as percentage of general government expenditure on health*)	51.1 (2005)

Περίπου το 70% του προϋπολογισμού των νοσοκομείων προέρχεται από φόρους, ενώ το υπόλοιπο 30% προέρχεται από εισφορές στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ανάλογα με το επάγγελμα και κατά συνέπεια το ασφαλιστικό ταμείο, καθορίζονται και οι εισφορές στα ταμεία, καθώς επίσης και οι υπηρεσίες στις οποίες οι ασφαλιζόμενοι έχουν πρόσβαση (Cabiedes & Guillen, 2001). Ωστόσο η χρηματοδότηση από φόρους και ασφάλιστρα αποτελεί το 56.3% των συνολικών δαπανών. Το 2.3% προέρχεται από το πληρωμές σε ιδιωτική ασφάλεια υγείας, ενώ το 41.4% από ιδιωτικές πληρωμές - out-of-pocket payments (European Observatory of Health Systems and Policies, 2005). Οι εισφορές στα ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν ένα υψηλό ποσοστό των δαπανών για την υγεία (περίπου το 42% για το 2002), καθιστώντας το σύστημα υγείας της χώρας ένα από τα πιο «ιδιωτικοποιημένα» μεταξύ των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Γ2) παρουσιάζονται οι κύριοι φορείς που εμπλέκονται στη λειτουργία του Συστήματος Υγείας, Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας, με τις κύριες αρμοδιότητες τους στους τομείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

[1] Πηγή:http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=grc&indicators=nha#

Πίνακας Γ2: Εμπλεκόμενοι Φορείς στο Σύστημα Υγείας κ Πρόνοιας		
	ΦΟΡΕΙΣ	**ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ**
ΕΘΝΙΚΟ	**Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**	
	Δ/νση Ψυχικής Υγείας	Σχεδιασμός και προγραμματισμός της ανάπτυξης δομών και υποδομών σε όλη τη χώρα, που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αδειοδότηση για σύσταση και λειτουργία μονάδων, εποπτεία της λειτουργίας των μονάδων που παρέχουν τις **υπηρεσίες ψυχικής υγείας**, εκτός των μονάδων ψυχικής υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων.
	Γενική Δ/νση Πρόνοιας	Εκσυγχρονισμός των δομών των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων της Πρόνοιας, σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης, δημιουργία ευέλικτων δικτύων κοινωνικής φροντίδας, επικέντρωση στις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινωνικών ομάδων που βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό
	ΚΕΣΥ / Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας	Συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας καθώς επίσης πολιτικής και έρευνας της υγείας (Η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας έχει τις ανάλογες δραστηριότητες για τα θέματα Ψυχικής Υγείας)
	Αυτοτελής Επιτροπή Δικαιωμάτων Ασθενών	Τμήμα του ΥΥΚΑ , με τις εξής αρμοδιότητες: η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων. **Στην Υπηρεσία αυτή υπάγεται και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές**
	Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Συστήθηκε στο ΥΥΚΑ, ως ειδική υπηρεσία διαχείρισης, στρατηγικού σχεδιασμού και συντονισμού της εφαρμογής των συγχρηματοδοτούμενων πράξεων του τομέα υγείας-πρόνοιας του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του ΚΠΣ 2000-2006
	ΑΛΛΟΙ ΦΟΡΕΙΣ	
	Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Δια βίου μάθησης	Ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα άτομα με αναπηρίες
	Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης	Σε δύο βασικούς άξονες του Ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της **κοινωνικής ασφάλισης** και τον άξονα της **προώθησης της απασχόλησης**. Εποπτεύει την πλειοψηφία των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης του Δημόσιου Τομέα καθώς και τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Επίσης εποπτεύει την εφαρμογή συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων που σχετίζονται με διάφορα «κοινωνικά θέματα» κυρίως στον τομέα της επανένταξης, της απασχόλησης, της κοινωνικής προστασίας, των ίσων ευκαιριών και των ειδικών κοινωνικών ομάδων (π.χ. εποπτεύει την Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ) στην Ελλάδα και την Κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL)
	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα κοινωνικής ασφάλισης με: δίκτυο ιατρείων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξειδικευμένες υπηρεσίες (που σχετίζονται με θεραπεία ψυχοπαθολογικών προβλημάτων, υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και θεραπευτικής παιδαγωγικής), υπηρεσίες άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης (πανελλαδικά) μέσω των πέντε Νοσοκομειακών Μονάδων του.
	Ανεξάρτητες Αρχές	
	Συνήγορος του Πολίτη	Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με αρμοδιότητες σχετικά με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της λειτουργίας των αρμοδίων υπηρεσιών και των σχέσεών τους με τον πολίτη.
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ	Υγειονομικές Περιφέρειες	Υπεύθυνη για την υγεία και τη Πρόνοια της αντίστοιχης περιφέρειας. Αρμοδιότητες των ΥΠΕ είναι: προγραμματισμός, εποπτεία και έλεγχος της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, πρώην Ιατροκοινωνικά Κέντρα, Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας κλπ) στα όρια της συγκεκριμένης περιφέρειας.
	Διοικητικές Περιφέρειες	Παραχωρούνται αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συστήνεται η Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας με αρμοδιότητες: α)προστασία της δημόσιας υγείας και την οργάνωση της πρόληψης, της αγωγής και προαγωγής της υγείας στην Περιφέρεια, β) συντονισμός του έργου των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας, γ) εισήγηση μέτρων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στους κατοίκους της Περιφέρειας.

ΤΟΠΙΚΟ	Νομαρχίες	-Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας: παρακολούθηση και έλεγχος υγείας του πληθυσμού, δράσεις προαγωγής υγείας, προγράμματα προστασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, δράσεις για την καταπολέμηση των ναρκωτικών σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ, υπηρεσίες υγειονομικού ελέγχου (χορήγηση άδειας καταστημάτων, επαγγελμάτων κτλ), υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες, προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης και απεξάρτησης -Διεύθυνση Πρόνοιας: προστασία και αγωγή της οικογένειας και του παιδιού, ηλικιωμένων, ατόμων με αναπηρία, την προώθηση προγραμμάτων κοινωνικής κατοικίας, την χορήγηση άδειας λειτουργίας και εποπτεία ιδρυμάτων, επιχειρήσεων και σωματείων κοινωφελούς χαρακτήρα, την χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελμάτων του προνοιακού τομέα.
	ΟΤΑ	Δημόσια Υγεία: έλεγχος τήρησης υγειονομικών προϋποθέσεων ίδρυσης και λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, χορήγηση αδειών σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, προγράμματα προστασίας ηλικιωμένων, παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προγράμματα πρόληψης και αγωγής της υγείας μέσω των δημοτικών ιατρείων, προγράμματα στήριξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης: εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, ανάπτυξη δράσεων στα πεδία της ανοικτής και κλειστής φροντίδας και στο πεδίο της επιδοματικής στήριξης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
	ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
	Νοσοκομεία	
	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	Εποπτεύονται από το ΥΥΚΑ, παρέχουν πολλών ειδών υπηρεσίες (κλειστά τμήματα χρονίων ασθενών, βραχεία νοσηλεία σε ψυχιατρικά τμήματα, κοινοτικές υπηρεσίες (ΚΨΥ) και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
	Γενικά Νοσοκομεία	Εποπτεύονται από το ΥΥΚΑ, παρέχουν κυρίως βραχεία νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές, έχουν αναπτύξει και κάποια ΚΨΥ
	Υπουργεία	
	Υπουργείο Εθνικής Άμυνας	Ψυχιατρικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο και Ψυχιατρικές κλινικές σε Στρατιωτικά Νοσοκομεία για παροχή υπηρεσιών σε στελέχη των ενόπλων δυνάμεων και οπλίτες.
	Υπουργείο Παιδείας Θρησκευμάτων και Δια Βίου Μάθησης	Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.
	Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης	Ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσω συμβεβλημένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ιδίως ψυχιάτρους)
	Υπουργείο Δικαιοσύνης	Ψυχιατρική κλινική Φυλακών Κορυδαλλού. Παρέχει υπηρεσίες σε φυλακισμένους ψυχιατρικούς ασθενείς με εγκλεισμό.
	Άλλες Αρχές/Οργανισμοί	
	ΟΚΑΝΑ	Μονάδα εποπτευόμενη από το ΥΥΚΑ που ασχολείται με θέματα απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.
	ΚΕΘΕΑ	Μονάδα εποπτευόμενη από το ΥΥΚΑ που ασχολείται με θέματα απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.
	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης	Παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης ψυχικής υγείας στους πληθυσμούς ευθύνης μέσω διευθύνσεων τους ή δημοτικών ιατρείων, η κέντρων πρόληψης της χρήσης ουσιών.
	Ιδιωτικοί Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί	
	Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί	Εποπτεύονται από το ΥΥΚΑ. Έχουν αναπτύξει κυρίως μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία), ελάχιστες κινητές μονάδες και κάποιους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.
	Ιδιωτικοί Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί	
	Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές	Εποπτεύονται από το Υπουργείο Ανάπτυξης και τις κατά τόπους νομαρχίες. Πρόκειται για ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές με μικρό ή και μεγάλο αριθμό κλινών.
	Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας	Ιδιώτες Ψυχίατροι αλλά και Ψυχολόγοι που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Γ.1.2. Διάρθρωση Φορέων Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας

Κύριο χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας και πρόνοιας αποτελεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών και η διάρθρωση τους σε πολλαπλά επίπεδα: κεντρικό, περιφερειακό, νομαρχιακό, τοπικό. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περιφερειακοί/τοπικοί φορείς δεν αποτελούν κέντρα λήψης αποφάσεων ή ουσιαστικού ελέγχου, ενώ οι αρμοδιότητες τους είναι κυρίως διοικητικής/διαχειριστικής φύσεως. Πιο αναλυτικά, η παρούσα διάρθρωση των φορέων υγείας και πρόνοιας παρουσιάζεται ως εξής:

Γ.1.2.1. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Κύριος μοχλός του ΕΣΥ αποτελεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο αποφασίζει για θέματα πολιτικών και εθνικής στρατηγικής για την υγεία, καθώς επίσης θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το μέγεθος της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες δράσεις και παρέχει τους πόρους.

Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας: αποτελεί κεντρικό όργανο για την μεταρρύθμιση και οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία υπάγεται στη Γενική Δ/νση Υγείας του Υπουργείου. Ασκώντας τις αρμοδιότητες που αναλυτικά αναφέρονται στο Προεδρικό Διάταγμα 95/2000 και με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του συνόλου του πληθυσμού, η Δ/νση Ψυχικής Υγείας:

Α. Επικεντρώνει στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της ανάπτυξης δομών και υποδομών σε όλη τη χώρα, που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη. Ο σχεδιασμός αυτός φέρει την κωδική ονομασία «Ψυχαργώς» έχει δεκαετή χρονικό ορίζοντα, αναθεωρείται ανά πενταετία και στηρίζεται στις γενικές αρχές «*του Νόμου 2716/99 (ΦΕΚ 96/τ.Α΄/17-5-1999) σύμφωνα με τις οποίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας*».

Β. Συμμετέχει με τις συναρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου (Δ/νση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Δ/νση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) και με τις υπηρεσίες άλλων Υπουργείων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών εισηγούμενη την έκδοση ή εκδίδοντας τις αποφάσεις σύστασης διαφόρων μονάδων, των Νοσοκομείων ως και αποφάσεις ίδρυσης και τις αποφάσεις λειτουργίας των μονάδων του άρθρου 11 του Ν.2716/99.

Γ. Εποπτεύει τη λειτουργία των μονάδων που παρέχουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η εποπτεία ασκείται μέσω καθορισμού όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας αυτών των μονάδων και προσδιορισμού κριτηρίων ποιοτικής παροχής υπηρεσιών. Εκτός του τρόπου λειτουργίας η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική διαχείριση πλην των μονάδων ψυχικής υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων.

Δ. Συνεργάζεται με Εθνικά και Διεθνή Όργανα και Υπηρεσίες για:

α) τη συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων, των οικογενειών και των χρηστών των υπηρεσιών στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, προκειμένου οι υπηρεσίες να είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες και περισσότερο προσβάσιμες.

β) την εμπλοκή και άλλων τομέων εκτός της υγείας, όπως της εκπαίδευσης, εργασίας, δικαιοσύνης, ασφάλισης και κοινωνικής αλληλεγγύης καθώς και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού

γ) την ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού, ώστε να μειωθεί το στίγμα και οι προκαταλήψεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

δ) την υποστήριξη δράσεων ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής, μέσω της ενδυνάμωσης των υπηρεσιών υγείας στις χώρες της Νοτιο-ανατολικής Ευρώπης (Σύμφωνο Σταθερότητας).

Διεύθυνση Πρόνοιας: Από τον Μάρτιο του 2004 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και είναι ο κύριος φορέας της κεντρικής διοίκησης για την οργάνωση και λειτουργία του δημόσιου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το Υπουργείο και συγκεκριμένα η Διεύθυνση Πρόνοιας σχεδιάζει την υλοποίηση του «Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης» το οποίο βασίζεται, ενδεικτικά, στους εξής πυλώνες:

1. Στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης σε πλουραλιστική βάση (συμμετοχή κρατικών φορέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων, τοπικής αυτοδιοίκησης και εκπροσώπων ομάδων-στόχου) με ιδιαίτερη έμφαση στην αρχή της Ουσιαστικής Καταλληλότητας των φορέων που παρέχουν κοινωνική φροντίδα.
2. Στη δημιουργία ευέλικτων δικτύων κοινωνικής φροντίδας και διάχυση της τεχνογνωσίας και των καλών πρακτικών στα υποκείμενα του δικτύου.
3. Στην επικέντρωση και προσαρμοστικότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινωνικών ομάδων που βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό.

Η Διεύθυνση Πρόνοιας του ΥΥΚΑ έχει θεσπίσει ένα νέο σύστημα αξιολόγησης των ατόμων με αναπηρία, το ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) το οποίο βασίζεται στο επίπεδο λειτουργικότητας. Δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και μεταφράστηκε - προσαρμόστηκε στην ελληνική πραγματικότητα. Το σύστημα αυτό αφορά στην αξιολόγηση του ατόμου με αναπηρία για τον προσδιορισμό της κατηγορίας της αναπηρίας (ελαφρά, μέτρια, σοβαρή και πολύ σοβαρή), η οποία καθορίζει τις κοινωνικές παροχές και την περίοδο επαναξιολόγησης του. Οι κατηγορίες αναπηρίας που

δικαιούνται προνοιακό επίδομα είναι οι ακόλουθες: βαριά νοητική καθυστέρηση, βαριά αναπηρία (ισχύει για άτομα με αναπηρία με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω), άτομα με εγκεφαλική παράλυση από 0–18 ετών. Ως άτομα με **βαριές αναπηρίες** και κατά συνέπεια δικαιούχοι της ισόβιας κάρτας λειτουργικότητας και των επιδομάτων, **θεωρούνται οι πάσχοντες από τις παρακάτω ψυχιατρικές και νευρολογικές νόσους**

- Γενετικές και χρωμοσωμιακές διαταραχές (όπως , Νόσος Freidrich, Νόσος Huntingdon, Νόσος Charcot Marie Tooth, Σύνδρομο Down κλπ)
- Νευρομεταβολικά και εκφυλιστικά σύνδρομα (όπως μεταγχρωματική λευκοδυστροφία, νόσος κινητικού νευρώνα κλπ)
- Παθήσεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος: (όπως , τραυματικές παθήσεις εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, άνοια, εγκεφαλική παράλυση, πρωτοπαθώς και δευτεροπαθώς εξελισσόμενη μορφή της πολλαπλής σκλήρυνσης , Επιληψία , Πάρκινσον κλπ)
- Βαριά νοητική στέρηση
- Αυτισμός
- Χρόνια Βαριά Ψύχωση

Γ.1.2.2. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας συστήνεται με το Νόμο 1278 και αποτελεί συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας καθώς επίσης πολιτικής και έρευνας της υγείας. Κύριες αρμοδιότητες του ΚΕΣΥ είναι οι εξής:

- Σχεδιασμός, προγραμματισμό και προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα της υγείας και την υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας.
- Γνωμοδότηση σε κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής, αναφορικά με την υγεία που παραπέμπεται σε αυτό και εισηγήσεις μέτρων για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.
- Παρακολούθηση της διαδικασίας προγραμματισμού, έλεγχος της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και εισηγήσεις διορθωτικών μέτρων.
- Συντονισμός και έλεγχος των περιφερειακών συμβουλίων υγείας και γνωμοδότηση για την κατανομή των πιστώσεων μεταξύ των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας.

Στο ΚΕΣΥ έχει δημιουργηθεί η **Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας**.

Γ.1.2.3. Υγειονομικές Περιφέρειες

Η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας βάσει των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Ν.2889/01) μεταβάλλεται με τον Νόμο 3329/2005, σύμφωνα με τον οποίο τα ΠεΣΥ καταργούνται και αντικαθίστανται από τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών. Με τη σύσταση των ΔΥΠΕ, τα νοσοκομεία και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας έγιναν οικονομικά και διοικητικά αυτόνομα, παραμένοντας ωστόσο κάτω από την εποπτεία του Διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας. Στη συνέχεια, οι δεκαεπτά Υγειονομικές Περιφέρειες συγχωνεύθηκαν σε επτά, με το Ν. 3527/2007, και είναι οι ακόλουθες: Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, Κρήτης. Ο πληθυσμός που αντιστοιχεί στη κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, σύμφωνα με την απογραφή του 2005, παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Γ3):

Πίνακας Γ3: Κατανομή Πληθυσμού ανά ΥΠΕ

ΔΥΠΕ	ΕΜΒΑΔΟΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
1η Αττικής	1874,71	3.267.499
2η Πειραιώς και Αιγαίου	11055,27	1.225.616
3η Μακεδονίας	15174,69	711.461
4η Μακεδονίας – Θράκης	27580,62	2.105.960
5η Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας	29585,96	1.295.277
6η Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Δυτικής Ελλάδας – Ηπείρου	38350,27	1.896.035
7η Κρήτης	8335,88	601.963

Σκοποί των Υγειονομικών Περιφερειών[2] είναι :

1. Ο προγραμματισμός, συντονισμός εποπτεία και έλεγχος της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, πρώην Ιατροκοινωνικά Κέντρα, Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας κλπ) στα όρια της συγκεκριμένης περιφέρειας.
2. Η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της συγκεκριμένης περιφέρειας.
3. Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ), της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

[2] Πηγή: http://www.1ypatt.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=29

Με τον νόμο 1397/1983, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια συστήνονται τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας, προκειμένου να εφαρμοστεί η διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ. Οι αρμοδιότητες των ΠΕΣΥ είναι:

α) γνωμοδότηση σε θέματα προγραμματισμού

β) εποπτεία και έλεγχος του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και

γ) παρακολούθηση της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του Κ.Ε.Σ.Υ

δ) γνωμοδότηση και εισηγήσεις στο Κ.Ε.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα

Γ.1.2.4. Φορείς που υπάγονται στο ΥΥΚΑ

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εποπτεύει φορείς που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και που λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ[3]. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω:

Αυτοτελής Επιτροπή Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών: Η Επιτροπή λειτουργεί σε επίπεδο Τμήματος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι αρμοδιότητες της είναι ενδεικτικά οι εξής:

- εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων.
- προπαρασκευαστικές ενέργειες, για την παραπομπή των καταγγελιών για εξέταση στην Επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.
- προώθηση εισηγήσεων για τον εκσυγχρονισμό της σχετικής νομοθεσίας.

Στην Υπηρεσία αυτή υπάγεται και Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (άρθρο 2 παράγραφος 1 Ν. 2716/1999 ΦΕΚ 96 Α'). Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ` ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης. Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

[3] Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/health/epopteyomenoi-foreis/epopteyomena-nomika-prosopa/view

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανα για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια»: Συστάθηκε στο ΥΥΚΑ, ως ειδική υπηρεσία διαχείρισης, στρατηγικού σχεδιασμού και συντονισμού της εφαρμογής των πράξεων του τομέα υγείας-πρόνοιας του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» του ΚΠΣ 2000-2006.

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Και Ερευνών: Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών) είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου. Σήμερα το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε. επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο.

Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού (ΙΥΠ): Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και δημόσιας υγείας και αναπτύσσει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού. Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εποπτεύεται από αυτό και χρηματοδοτείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η Διοικούσα Επιτροπή είναι πενταμελής και ορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Στο Ινστιτούτο περιλαμβάνονται οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ): Το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νόμοι 1729/1987 και 3204/2003). Οι Υπουργικές Αποφάσεις Α2β/οικ 3983/87 και οικ 245/94 αφορούν την οργάνωση, λειτουργία και διοίκηση του ΚΕΘΕΑ. Σύμφωνα με το νόμο 3204/2003, στο Διοικητικό Συμβούλιο του συμμετέχουν και δύο μέλη που

ορίζονται από τα Διοικητικά Συμβούλια του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με στόχο τη θεσμική διασύνδεση του Οργανισμού με τους χώρους της υγείας και της εκπαίδευσης.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Κύριοι σκοποί του είναι: σχεδιασμός, προώθηση και εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων, την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Γ.1.2.5. Λοιπά Υπουργεία

Εκτός από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, παράλληλα, εντοπίζονται και σημαντικές παρεμβάσεις άλλων Υπουργείων στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας:

Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας αποτελεί τον φορέα της κεντρικής διοίκησης που ασκεί αρμοδιότητες σε δύο βασικούς άξονες του Ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της κοινωνικής ασφάλισης και τον άξονα της προώθησης της απασχόλησης. Η συμμετοχή στα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτική για όλο τον πληθυσμό. Τα ταμεία διοικούνται ως δημόσιοι φορείς και λειτουργούν κάτω από κυβερνητικό έλεγχο. Το 1995 η αρμοδιότητα περί κοινωνικής ασφάλισης μεταβιβάστηκε στο Υπουργείο Εργασίας (Π.Δ. 372/95 «Μεταφορά της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Υπουργείο Εργασίας» -ΦΕΚ Α' 95), το οποίο μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτουν, οι ειδικότητες των ιατρών στις οποίες υπάρχει πρόσβαση και τα ποσοστά των εισφορών καθορίζονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και το Υπουργείο Οικονομικών. Τα δύο κύρια ασφαλιστικά ταμεία είναι τα εξής:

α. Το ΙΚΑ αποτελεί το μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, με βασική αρμοδιότητα τη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε περίπου 55 εκατομμύρια ασφαλισμένους, κυρίως εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα.

β. Ο ΟΓΑ αποτελεί το δεύτερο μεγαλύτερο ταμείο, το οποίο καλύπτει αγρότες και τις οικογένειες τους (25% του πληθυσμού). Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ (πχ αγροτικά κέντρα υγείας).

Οι παρεμβάσεις του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας είναι συμπληρωματικές σε σχέση με τις «πρωτογενείς αρμοδιότητες» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εντοπίζονται σε δύο θεματικά επίπεδα: παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών εργασιακής ένταξης σε συγκεκριμένες ομάδες ανεξάρτητα από το εργασιακό τους

καθεστώς και παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένους και την ενίσχυση ατόμων που παραμένουν εκτός αγοράς εργασίας. Το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας δεν διαθέτει - όπως το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - αυτόνομες δομές για την άμεση παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προς εργαζόμενους ή ασφαλισμένους. Προβλέπεται, όμως, από το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο η δυνατότητα συνεργασίας εποπτευομένων φορέων του (φορείς κοινωνικής ασφάλισης) με φορείς κοινωνικής πρόνοιας που αποτελούν οργανισμούς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι, για παράδειγμα, οι ασφαλιστικοί φορείς συμβάλλονται με προνοιακούς φορείς του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την εξασφάλιση υπηρεσιών κλειστής και ανοικτής περίθαλψης σε παιδιά ασφαλισμένων που αντιμετωπίζουν σωματικά ή νοητικά προβλήματα.

Υπουργείο Παιδείας, Δια βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων: ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα άτομα με αναπηρίες.

Γ.1.2.6. Ανεξάρτητες Αρχές

Συνήγορος του Πολίτη: είναι Ανεξάρτητη Αρχή (Νόμος 2477/97) η οποία ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες οργάνων των δημόσιων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων. Ερευνά επίσης ενέργειες ή παραλείψεις της δημόσιας διοίκησης και ιδιωτών που παραβιάζουν τα δικαιώματα του παιδιού. Αποστολή του Συνηγόρου του Πολίτη είναι η διαμεσολάβηση μεταξύ των πολιτών και των δημόσιων υπηρεσιών με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη, την καταπολέμηση της κακοδιοίκησης και την τήρηση της νομιμότητας, καθώς επίσης και η προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού. Η αρχή έχει δημιουργήσει ειδική υπηρεσία για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη (Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Ν. 3293/2004). Κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων του σχετικά με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της λειτουργίας των αρμοδίων υπηρεσιών και των σχέσεών τους με τον πολίτη και ειδικά με ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως: ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες, σωματικά και ψυχικά ασθενείς, κ.ά.

Γ.1.2.7. Διοικητικές Περιφέρειες/ Οργανισμοί Αυτοδιοίκησης Α' και Β' Βαθμού

Διοικητικές Περιφέρειες: Με το Νόμο 2647/22-10-98 (ΦΕΚ 237 Α') μεταβιβάστηκαν στις Περιφέρειες οι εξής αρμοδιότητες (ενδεικτικά) από το

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: οι εγκρίσεις σκοπιμότητας για τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των εποπτευόμενων μονάδων του, βελτιώσεις εγκαταστάσεων των υφιστάμενων κτιρίων, εφόσον δεν μεταβάλλεται η λειτουργική δομή αυτών και η δαπάνη καλύπτεται από ίδια έσοδα, προϋπολογισμού ύψους μέχρι 70.000.000 δραχμές, η εντολή διενέργειας οικονομικού, διοικητικού και διαχειριστικού ελέγχου σε υπηρεσίες, οργανισμούς, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του τομέα πρόνοιας (άρθρο 2 του ν.δ.1773/1942, ΦΕΚ 238 Α'). Η αρμοδιότητα θα ασκείται παράλληλα με τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Στη Γενική Διεύθυνση Περιφέρειας υπάγεται η Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας η οποία είναι αρμόδια για την προστασία της δημοσίας υγείας και την οργάνωση της πρόληψης και της προαγωγής υγείας στην Περιφέρεια. Τα τμήματα δημόσιας υγείας και υπηρεσιών υγείας της Διεύθυνσης έχουν ως βασικές αρμοδιότητες: τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου για την υγεία, εντοπισμός ιδιαίτερων υγειονομικών προβλημάτων της περιοχής, συντονισμός του έργου όλων των φορέων υγείας της περιφέρειας, εισήγηση προτάσεων για αναμόρφωση των οργανισμών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής και για την υλοποίηση μέτρων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, την οργάνωση της πρόληψης, της αγωγής και προαγωγής της υγείας στην Περιφέρεια.

Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση

Ψυχική Υγεία: Η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση είναι αρμόδια για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων νομαρχιακού επιπέδου. Η εδαφική της περιφέρεια συμπίπτει με την περιφέρεια του νομού και έδρα της είναι η πρωτεύουσα του νομού. Από θεσμική άποψη, η θεμελίωση γενικών αρμοδιοτήτων (τοπικές υποθέσεις) συνεπάγεται τη δυνατότητα άσκησης αρμοδιοτήτων που ανήκαν στους νομάρχες και στις νομαρχιακές υπηρεσίες του προηγούμενου καθεστώτος. Με την ψήφιση του νόμου 3172/2003, σε κάθε Νομαρχία συστήνεται η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει ενδεικτικά τις ακόλουθες αρμοδιότητες και υπηρεσίες (Κυριόπουλος, 2009 «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία»):

- Υλοποίηση δράσεων που οργανώνονται από το ΥΥΚΑ ή άλλα Υπουργεία
- Δράσεις αγωγής και προαγωγής της υγείας
- Προγράμματα προστασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- Δράσεις για την καταπολέμηση των ναρκωτικών σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ
- Υπηρεσίες υγειονομικού ελέγχου (χορήγηση άδειας καταστημάτων, επαγγελμάτων κτλ)
- Υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες
- Προγράμματα ψυχοκοινωνικής στήριξης και απεξάρτησης

Πρόνοια: Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις (Ν.Α) ασκούν αρμοδιότητες στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας ως αποτέλεσμα της αυτοδίκαιης μεταβίβασης αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που κατοχυρώθηκε νομοθετικά το 1994. Οι αρμοδιότητες στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας ασκούνται κυρίως από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας που λειτουργούν σύμφωνα με τους Οργανισμούς κάθε Ν.Α. Το κύριο όργανο της άσκησης των αρμοδιοτήτων αυτών είναι το Νομαρχιακό Συμβούλιο και η αντίστοιχη Νομαρχιακή Επιτροπή. Οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας αποτελούν τους φορείς άσκησης προνοιακής πολιτικής σε επίπεδο Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και οι αρμοδιότητές τους καλύπτουν:

- την προστασία και αγωγή της οικογένειας και του παιδιού
- την προστασία των ηλικιωμένων
- την προστασία των ατόμων με αναπηρία
- την προστασία των οικονομικά αδυνάτων
- την προώθηση προγραμμάτων κοινωνικής κατοικίας
- την χορήγηση άδειας λειτουργίας και εποπτεία ιδρυμάτων, επιχειρήσεων και σωματείων κοινωφελούς χαρακτήρα
- την χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελμάτων του προνοιακού τομέα.

Εκτός από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας, κοινωνικές υπηρεσίες σε επίπεδο Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης παρέχονται και από Ιδρύματα και ΝΠΔΔ που ιδρύονται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις και τα Νομαρχιακά Διαμερίσματα.

Αυτοδιοίκηση Α' Βαθμού (Δήμοι και Κοινότητες)

Ψυχική Υγεία: Ο νόμος 3172/2003 καθόρισε τις αρμοδιότητες των Δήμων και Κοινοτήτων σχετικά με τη υγεία, όπως: την εξασφάλιση όρων υγιεινής διατροφής, ύδρευσης, αποχέτευσης και καθαριότητας, την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, τον έλεγχο τήρησης υγειονομικών προϋποθέσεων ίδρυσης και λειτουργίας καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος και τη χορήγηση αδειών σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Στις υπηρεσίες των ΟΤΑ περιλαμβάνονται τα προγράμματα στήριξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού

Πρόνοια: Σε τοπικό επίπεδο, αρμοδιότητες στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας ασκούνται από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμοι και Κοινότητες). Με βάση μάλιστα τον Ν. 2218/94 *"η διοίκηση όλων των τοπικών υποθέσεων ανήκει στην αρμοδιότητα των δήμων και των κοινοτήτων, κύρια μέριμνα των οποίων αποτελεί η προαγωγή των κοινωνικών και οικονομικών συμφερόντων, καθώς και των πολιτιστικών και πνευματικών ενδιαφερόντων των κατοίκων της".* Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο του Ν. 2218/94, οι αρμοδιότητες άσκησης πολιτικής στον προνοιακό τομέα αφορούν τις ακόλουθες ενότητες:

- ίδρυση και λειτουργία παιδικών, βρεφικών, βρεφονηπιακών σταθμών και νηπιαγωγείων, κέντρων ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, Κ.Α.Π.Η. και κέντρων υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς και μελέτη και εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων
- προστασία της ζωής και της υγείας των κατοίκων και κατάρτιση ειδικών προγραμμάτων πρόληψης, άμεσης βοήθειας και θεραπείας.

Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο, οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ καλύπτουν πλέον και τον τομέα «Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη», στον οποίο περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων και η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.

Με βάση τις νέες ρυθμίσεις, οι ΟΤΑ διαθέτουν την αρμοδιότητα ανάπτυξης δράσεων τόσο στα πεδία της ανοικτής και κλειστής φροντίδας (παρά την ρήτρα του άρθρου 3 παρ. 2 του Ν. 2646/98, που ρητώς επικεντρώνει τον ρόλο των ΟΤΑ στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας), όσο και στο πεδίο της επιδοματικής στήριξης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Γ.2. Νομοθετικό Πλαίσιο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Η εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, ξεκίνησε στην Ελλάδα βασισμένη στο νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 (Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ο οποίος έθεσε και τα θεμέλια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης). Ο νόμος του 1983 διευρύνθηκε με το Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν.2716/99 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες διατάξεις». Τα βασικά νομοθετήματα που διέπουν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αναλυτικά τα παρακάτω:

Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983): Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το άρθρο 21 του νόμου αυτού αφορά την ψυχιατρική περίθαλψη, η οποία παρέχεται από α) κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ένα από τα βασικότερα σημεία του νόμου αφορά το γεγονός ότι για πρώτη φορά αναφέρεται ο όρος «αποασυλοποίηση». Πιο συγκεκριμένα ο νόμος όριζε τα εξής:

- Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας. Σκοπός τους είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου. Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής). Οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου.
- Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται βραχεία νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειάς τους.
- Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετονομάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.
- Στο Κ.Ε.Σ.Υ. συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν.1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο Κ.Ε.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123/15-7-1992): Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με το νόμο αυτό:

- προτεραιότητα του κράτους είναι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η αποασυλοποίηση και η ευαισθητοποίηση και συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.
- Αποφασίζεται η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας σε κάθε Νομό καθώς και η συγκρότηση των Τοπικών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με αρμοδιότητες γνωμοδότησης σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και κατάρτισης προγραμμάτων, εποπτείας και συντονισμού των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και παρακολούθησης της πορείας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.
- Ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) οι οποίες είναι: τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Ειδικότερα για τη σύσταση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας απαιτείται η κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Τα ΚΨΥ και οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά υπάγονται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου της οικείας Νομαρχίας
- Καθορίζονται οι προϋποθέσεις και διαδικασίες εισαγωγής για την εκούσια και ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών

Ν.2716/99 (ΦΕΚ 96α/17-5-1999): Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Υγείας και άλλες διατάξεις.

Στόχος του νομοθετήματος ήταν η συγκρότηση συνολικού νομοθετικού πλαισίου για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με ενσωμάτωση των αρχών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, προβλέποντας και θέτοντας όρους δραστηριοποίησης για σειρά δομών , είτε μεταβατικών (αποασυλοποίησης), είτε παρεμβατικών επί σκοπό ουσιαστικής εφαρμογής της κοινοτικής ψυχιατρικής .

Βασικό λειτουργικό εγχείρημα του νομοθετήματος υπήρξε η εφαρμογή της τομεοποίησης (άρθρο 3), που θα έδινε τη δυνατότητα αναγνώρισης και κάλυψης κατά οργανωμένο τρόπο των αναγκών κατά περιοχή της χώρας και θα επέτρεπε τον εξορθολογισμό του κόστους των υπηρεσιών. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). (http://www.psycrete.gr/pages.fds?pagecode=14.02&langID=2).

Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και με τη σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα του κάθε Το.Ψ.Υ Στον ίδιο νόμο αναφέρεται ότι σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή συστήνεται ένας Το. Ψ.Υ, εκτός από περιπτώσεις όπως στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπου οι συνθήκες απαιτούν την σύσταση περισσότερων Το.Ψ.Υ. Σε περιπτώσεις που ένας Το.Ψ.Υ δεν διαθέτει επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας υπάγεται σε όμορους ή μη Το.Ψ.Υ της ίδιας ή διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας. Ο τύπος και ο αριθμός των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται σε κάθε Το.Ψ.Υ ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας ή και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού.

Ο Το.Ψ.Υ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που, σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι Μονάδες του Το.Ψ.Υ. θα πρέπει να λειτουργούν σε δίκτυο . Ο Το.Ψ.Υ. εννοείται ως δίκτυο υπηρεσιών που εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής (π.χ., ένα νομό). Οι υπηρεσίες που θα παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του Το.Ψ.Υ περιλαμβάνουν:

- πρόληψη και πρώιμη παρέμβαση
- διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών
- συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις
- ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη
- υποστήριξη των οικογενειών
- στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα
- επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση
- ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

Η λειτουργία των Μονάδων του Το.Ψ.Υ σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον σχεδιασμό / προγραμματισμό νέων μονάδων. Υπεύθυνη για αυτά είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ). Οι ΤΕΨΥ είναι πενταμελείς και συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και με τη σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ. Η θητεία των ΤΕΨΥ είναι τριετής και οι θέσεις είναι τιμητικές και άμισθες. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι ΤΕΨΥ αποτελούνται από:

- Επιστημονικούς διευθυντές ή Υπευθύνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Το.Ψ.Υ με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.
- Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοθεραπευτές, νοσηλευτές κτλ) που υπηρετούν τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Το.Ψ.Υ των νοσοκομείων
- Ψυχιάτρους ή παιδοψυχίατρους ή λοιπούς επαγγελματίες που υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανήκουν στον συγκεκριμένο τομέα

Ο ρόλος των ΤΕΨΥ περιγράφεται στο ν. 2716/99 και οι αρμοδιότητες τους είναι οι ακόλουθες:

α) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητας τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών με σκοπό σε κάθε τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των Επιστημονικών Υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητας τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των Ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας

στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την προαγωγή της Ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ορίζεται ότι όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στην κοινότητα, με έμφαση στην καθημερινή φροντίδα έτσι ώστε οι ψυχικά πάσχοντες να μπορούν να συνεχίσουν να ζουν ενταγμένοι στον κοινωνικό ιστό. Στην περίπτωση που απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αυτή γίνεται στο Γενικό Νοσοκομείο. Η λειτουργία κοινοτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις τη μείωση της διάρκειας της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε κοινοτικό επίπεδο. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες.

Για πρώτη φορά επίσης αναγνωρίζεται και επιχειρείται να οργανωθεί η συμμετοχή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας . Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα (αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης) με χορήγηση άδειας από το Υπουργείο Υγείας.

Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) δύνανται να συνάπτουν, μετά την απόκτηση της άδειας ίδρυσης, συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς, με τις οποίες μεταξύ άλλων ρυθμίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και η διαδικασία για την καταβολή των νοσηλίων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στις Μ.Ψ.Υ. Για τον διοικητικό, οικονομικό - διαχειριστικό έλεγχο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που

ανήκουν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, συνίσταται ειδική Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού - Διαχειριστικού Ελέγχου (Ε.Δ.Ο.Δ.Ε.) στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Γενική Γραμματεία Πρόνοιας.

Συνίσταται στο Υπουργείο Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές η οποία εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (βλέπε: Γ.1.2.4).

Υπουργική Απόφαση Α3α/οικ. 876 (ΦΕΚ 661Β/ 23-5-2000): Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99.

Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/ 28-11-2005): Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Το άρθρο 28 του κώδικα αναφέρεται στην φροντίδα ψυχικής υγείας και αφορά: στην αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών στη συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία, στην ενημέρωση για τη φύση της ασθένειας και τις πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις και στην προστασία της ψυχικής, συναισθηματικής και ηθικής αυτονομίας τους.

Γ.3. Χρηματοδότηση Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για την χρηματοδότηση όλων των υπηρεσιών που παρέχονται από τα νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία:

- Οι πόροι των ΜΨΥ προέρχονται από ειδικό νοσήλειο που καθορίζεται από με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας.
- Οι δαπάνες λειτουργίας των ΜΨΥ των νοσοκομείων (του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983) βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.
- Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- Οι ΜΨΥ που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους ΤΟ.Ψ.Υ δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου και των πόρων της παραγράφου α' του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την καταβολή των αμοιβών και των εξόδων του προσωπικού τους και των συνεργατών τους για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Οι ΜΨΥ των νοσοκομείων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, που έχουν αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του τομέα της ψυχικής υγείας.

Δ. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ – ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Μέχρι το 1984 οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ταυτίζονταν αποκλειστικά με τα άσυλα, βασίζονταν στο βιο-ιατρικό μοντέλο φροντίδας και χαρακτηρίζονταν ως ακατάλληλες τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό που τις στελέχωνε. Ένα από τα βασικά προβλήματα του συστήματος αφορούσε την άνιση κατανομή των υπηρεσιών, με τη συγκέντρωση των 9 μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων αλλά και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία κάλυπταν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, με αποτέλεσμα την υπερ-πληρότητα τους και την μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και την αποκοπή των ασθενών από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Το προσωπικό που στελέχωνε τα ιδρύματα αυτά ήταν σε μεγάλο βαθμό ανειδίκευτο, με συνέπεια την απουσία θεραπευτικών στόχων, παρά μόνο τον φυσικό περιορισμό των ασθενών. Συνέπεια αυτού του συστήματος ήταν η στιγματοποίηση τόσο των ψυχικά ασθενών όσο και των ίδιων των υπηρεσιών. Έτσι, η πολιτική που αναπτύχθηκε στη χώρα ήταν αποτέλεσμα της επιτακτικής ανάγκης για ολική ανασυγκρότηση του υπάρχοντος συστήματος. Το πρόγραμμα Ψυχαργώς έγινε το σύμβολο αυτής της αναδόμησης και της επιστροφή των ψυχικά πασχόντων στην κοινωνία.

Δ.1. Αρχικές Πολιτικές

Την τελευταία εικοσιπενταετία η Ελλάδα βρέθηκε σε τροχιά ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με την έννοια της εκ βάθρων αλλαγής του τρόπου παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας (Πλουμπίδης, 2009).

Οι παράγοντες που συντέλεσαν στην ανάπτυξη της πολιτικής για την ολοκληρωτική αλλαγή του συστήματος ήταν μεταξύ άλλων:

- Η ανεπάρκεια των υφιστάμενων υπηρεσιών
- Οι ριζικές αλλαγές στην ψυχιατρική περίθαλψη που είχαν συντελεστεί τη δεκαετία του 1970 σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Βρετανία, Ιταλία, Γαλλία κτλ) και η ανάγκη να ακολουθήσει η Ελλάδα το παράδειγμα τους ως νέο μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Η αντίδραση που είχε προξενήσει η δημοσιοποίηση της περίπτωσης του ψυχιατρείου της Λέρου (Μαδιανός 2002).

Βασική κατευθυντήρια γραμμή της πολιτικής ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα παρέχονταν στην κοινότητα και η ταυτόχρονη αποδυνάμωση του ρόλου των ιδρυμάτων ως

αποκλειστικούς παρόχους ψυχιατρικών υπηρεσιών. Συνοπτικά, η πολιτική της χώρας για την ψυχική υγεία ταυτίστηκε με την μεταρρύθμιση των υπηρεσιών και την εξάλειψη των αδυναμιών τους και στόχευε στα εξής:

- Δημιουργία υπηρεσιών που θα κάλυπταν γεωγραφικά όλη τη χώρα
- Αποασυλοποίηση Κοινωνική επανένταξη των χρονίων ασθενών
- Ελαχιστοποίηση της συχνότητας και διάρκειας των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέσω της ανάπτυξης κοινοτικών δομών
- Κατάρτιση προσωπικού σε νέα μοντέλα φροντίδας

Το 1984 η Ευρωπαϊκή Κοινότητα επέβαλλε τον κανονισμό 815 με τον οποίο η χώρα έμπαινε σε ένα πενταετές πρόγραμμα μεταρρυθμιστικών δράσεων και το οποίο χρηματοδοτήθηκε με 120 εκατομμύρια ECU. Ως στρατηγικοί στόχοι του προγράμματος τέθηκαν τα εξής, υπό τη μορφή δυο προγραμμάτων (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» 2000-2006, Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας):

Το πρόγραμμα Α, το οποίο συμπεριλάμβανε την υλοποίηση 108 σχεδίων για την ανέγερση/διαρρύθμιση/επέκταση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης στην ευρύτερη περιφέρεια Αθήνας. Πιο συγκεκριμένα τα σχέδια αφορούσαν:

- Στην ανέγερση και τον εξοπλισμό 10 νέων κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης.
- Στη διαρρύθμιση ή/και επέκταση και τον εξοπλισμό 16 υφιστάμενων κέντρων.
- Στην προμήθεια σύγχρονου εξοπλισμού κατάρτισης σε 11 κέντρα κατάρτισης.

Το πρόγραμμα Β, το οποίο απέβλεπε κυρίως στη μείωση του αριθμού νέων εισαγωγών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στο να μη καταστούν οι ασθενείς χρόνιοι και ιδρυματοποιημένοι και στην προώθηση της επανένταξης των μακροχρόνιων ασθενών στην κοινωνία. Οι βασικοί στόχοι του Προγράμματος Β ήταν:

- Η βαθμιαία αντικατάσταση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης ιδρυματικού χαρακτήρα από ένα **αποκεντρωμένο δίκτυο** ευέλικτων προληπτικών και θεραπευτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία.
- Η **αποϊδρυματοποίηση** και η μείωση του αριθμού των μακροχρόνιων ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μέσω της παροχής υπηρεσιών επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων κατάρτισης και στέγασης στην κοινότητα
- Η πραγματοποίηση προγραμμάτων **κατάρτισης** για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Οι δυσκολίες του ελληνικού διοικητικού συστήματος να ανταποκριθεί στο απαιτούμενο έργο που απέρρεε κυρίως από τις δυσκίνητες διαδικασίες που ίσχυαν αναφορικά με τα δημόσια έργα και, εν μέρει, ιδίως στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στη θεμελιώδη φύση της αλλαγής υπαγόρευσαν την επέκταση της χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, κατά την περίοδο υλοποίησης 1984-1989 του Προγράμματος Β, διαπιστώθηκε ότι η σχετικά περιορισμένη δράση που είχε προβλεφθεί για τη βελτίωση της απαράδεκτης κατάστασης που επικρατούσε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Λέρου δεν είχε υλοποιηθεί όπως είχε σχεδιασθεί και οι συνθήκες που επικρατούσαν εκεί εξακολουθούσαν να είναι απαράδεκτες.

Για τους λόγους αυτούς η περίοδος επεκτάθηκε για τρία περαιτέρω χρόνια έως την 31η Δεκεμβρίου 1991 με τον **Κανονισμό 4130/88** ο οποίος τροποποίησε τον Κανονισμό 815/84 και επέκτεινε το πεδίο εφαρμογής της παρέμβασης. Πιο αναλυτικά, ο Κανονισμός 4130/88:

- Παρέτεινε τη χορήγηση Κοινοτικής βοήθειας μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 1991.
- Επέκτεινε την Κοινοτική ενίσχυση σε δαπάνες που κάλυπταν την απόκτηση κτιρίων και οικοπέδων.
- Επέκτεινε την Κοινοτική ενίσχυση, στο πλαίσιο ενός ορίου 2% της συνολικής εκτιμώμενης βοήθειας και μέχρι ποσοστού 100% των σχετικών δαπανών, σε ενέργειες τεχνικής βοήθειας, αξιολόγησης και παρακολούθησης.
- Όρισε τη σύσταση Επιτροπής Παρακολούθησης από τις ελληνικές αρχές σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- Όρισε τη σύσταση ενός συστήματος παρακολούθησης από τις ελληνικές αρχές σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη συστηματική συγκέντρωση, επεξεργασία και διάδοση πληροφοριών σχετικά με την υλοποίηση των προγραμμάτων.

Για το σκοπό αυτό, υπεβλήθη από τις ελληνικές αρχές νέα δράση για τη Λέρο, με τη μορφή διετούς ειδικού προγράμματος (1991-1992) με στόχο την αποκατάσταση, την αποϊδρυματοποίηση και την αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών του ΨΝ Λέρου. Το ειδικό αυτό πρόγραμμα εγκρίθηκε από την Επιτροπή το Δεκέμβριο του 1990. Μέχρι το φθινόπωρο του 1991 υπήρχαν σαφείς ενδείξεις, επιβεβαιωμένες από μια ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνωμόνων, ότι η υλοποίηση της προβλεπόμενης δράσης στη Λέρο είχε πολύ θετικό αποτέλεσμα στην κατάσταση των ασθενών εκεί.

Από το 1991 και μετά σημειώθηκε πολύ σημαντική επιτάχυνση της υλοποίησης του Προγράμματος Β. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην πείρα που απέκτησαν οι ελληνικές αρχές κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου υλοποίησης αλλά και στη συστηματοποίηση του έργου της παρακολούθησης, αξιολόγησης και ελέγχου που οργάνωσε η Επιτροπή. Το έργο αυτό περιλάμβανε τη θέσπιση συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης το οποίο αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα προόδου.

Το Πρόγραμμα Β ολοκληρώθηκε αποτελεσματικά τον Ιούνιο 1995, με εξαίρεση τη δραστηριότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης η οποία περατώθηκε το Μάρτιο 1996. Παρά την ανάγκη παράτασης της αρχικής χρηματοδότησης για μία επιπλέον τριετία (1988-1991), **ο Κανονισμός 815/84, μαζί με τη αναθεώρηση βάσει του Κανονισμού 4130/88, συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη ενός δικτύου προληπτικών, θεραπευτικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών και δομών στην κοινότητα ή σε γενικά νοσοκομεία καθώς και στη μείωση των ασθενών μακράς παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία.**

Σε αυτό το διάστημα (1984-1996) πραγματοποιήθηκαν 161 ειδικά προγράμματα τα οποία αφορούσαν ως επί το πλείστον (65%) στην ανάπτυξη υποδομών, σε πιλοτικές δράσεις (35%) και στην κατάρτιση (Madianos, Zacharakis, Tsitsa & Stefanis 1999).

Τα αποτελέσματα των δράσεων για την περίοδο 1984-1996 ήταν τα εξής (Madianos, Zacharakis, Tsitsa & Stefanis 1999):

- **Μείωση αριθμού κλινών**: ο συνολικός αριθμός κλινών μειώθηκε στο 0.96/ 1000 κατοίκους. Οι εξωτερικές υπηρεσίες αυξήθηκαν σε όλες τις περιφέρειες της χώρας, ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλή κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη.
- **Αύξηση προσωπικού**: στο σύνολο της χώρας, το ποσοστό του προσωπικού που εργαζόταν σε υπηρεσίες κοινοτικής ψυχιατρικής, ανά 100000 κατοίκους, αυξήθηκε από 41.2 που ήταν το 1990 σε 55.0 το 1996. Αναφορικά με την γεωγραφική κατανομή του προσωπικού υπήρχαν αρκετές ανισότητες. Έτσι σε περιοχές όπως η Αττική, η κεντρική Μακεδονία και η Θεσσαλία η αναλογία προσωπικού-πληθυσμού έφτασε στα υψηλότερα επίπεδα (71.5 /100000), ενώ σε περιοχές όπως η Πελοπόννησος και τα νησιά του Αιγαίου η αναλόγια αυτή παρέμεινε χαμηλή.
- **Ενσωμάτωση με Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**: η ενσωμάτωση των ψυχιάτρων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται να είναι άνιση για την περίοδο 1984-1996. Το 1996 μόνο 40 ψυχίατροι εργάζονταν σε 55 από τα 178 αγροτικά κέντρα υγείας.
- **Αύξηση του ποσοστού εξιτηρίων**: σε περιφέρειες όπου προϋπήρχαν ψυχιατρικές υπηρεσίες (κυρίως ψυχιατρικά νοσοκομεία), τα ποσοστά εξιτηρίων ήταν μεγαλύτερα κατά την αρχική περίοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (1984-1987) σε σχέση με την περίοδο 1990-1993, όχι όμως σε σημαντικό βαθμό.

Επιπλέον κατά την περίοδο 1984-1994 (ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006»):

- Μειώθηκε ο αριθμός των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημόσιου τομέα κατά 40%
- Μειώθηκε ο αριθμός των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία του ιδιωτικού κατά 23%,

- Αυξήθηκε ο αριθμός των ψυχιάτρων κατά 84% και
- Αυξήθηκε ο αριθμός των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36%
- Μειώθηκε ο μέσος χρόνος παραμονής στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία από 207 ημέρες το 1983 σε 117 το 1994, ενώ αντίθετα παρατηρείται αύξηση στις ιδιωτικές κλινικές, από 66,1 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994).

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν στο διάστημα 1980-2000 παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Δ1) (Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας):

Πίνακας Δ1: Αποτελέσματα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1980-2000

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

Δ.2. Πολιτικές 2000-2010

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, **το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία "Ψυχαργώς"**[4]. Ο αρχικός δεκαετής προγραμματισμός πραγματοποιήθηκε το 1997 και αφορούσε δυο διαδοχικές περιόδους: 1997-2001 (Α' φάση Ψυχαργώς) και 2001-2006 (Β΄ φάση Ψυχαργώς). Οι βασικοί στόχοι του Ψυχαργώς ήταν δυο και αφορούσαν (ΥΥΚΑ «Ψυχαργώς 2001-2010», 2001):

- Την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και την επιστροφή τους στους τόπους από τους οποίους προέρχονταν
- Την δημιουργία δομών στη κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της ψυχικής υγείας. Το νέο δίκτυο υπηρεσιών θα διαμορφωνόταν σε περιφερειακή βάση και θα εξειδικευόταν σε επίπεδο νομού και τομέα.

Ο δεύτερος στόχος τροποποιήθηκε στη πορεία, λόγω των καταστροφών που προκάλεσε ο σεισμός της 7^{ης} Σεπτεμβρίου 1999. Μεγάλο ποσοστό του αρχικού

[4] http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/to-programma-psychargos/to-ethniko-programma-psychargos-1

προϋπολογισμού διατέθηκε για την αποκατάσταση των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Στο τέλος της Α' φάσης πραγματοποιήθηκε η πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος για τη περίοδο 2001-2010, ενώ η δεύτερη προβλεπόταν στο τέλος της Β' φάσης (2006) για τη περίοδο 2006-2015.

Προκειμένου για την εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος, θεσπίστηκε ο νόμος 2716/99 που αφορούσε στην τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και στη σύσταση και λειτουργία μονάδων ψυχικής υγείας (ΦΕΚ 96Α).

Δ.2.1. Πολιτικές Α' Φάσης Ψυχαργώς (2000-2001)

Η πρώτη φάση του προγράμματος υλοποιήθηκε την διετία 2000-2001 και εντάχθηκε στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα»[5]). Το πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (σε ποσοστό 80%) μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Τελική Έκθεση Grove, Henderson, Marturini 2002) και από το Ελληνικό Δημόσιο σε ποσοστό 20%. Οι εγκεκριμένες ενέργειες στην Α' φάση (έτη 2000-2001) σύνολο 15,5 δις είχαν ως εξής:

- Βελτίωση δομών (Εκπαίδευση εκπαιδευτών) 1,5 δις δρχ. .
- Βελτίωση υποδομών (Αναβάθμιση κτιρίων, εξοπλισμός δομών) 2,5 δις δρχ.
- Ανάπτυξη και βελτίωση δεξιοτήτων των χρηστών (προκατάρτιση, κατάρτιση, απασχόληση) 11,5 δις δρχ.

Στο πλαίσιο της Α' φάσης του Ψυχαργώς δημιουργήθηκε, ως πιλοτική δράση και με διάρκεια λειτουργίας δυο χρόνων, η «Μονάδα Υποστήριξης, Εμψύχωσης και Παρακολούθησης (Μ.ΥΠ.Ε.Π) των Φορέων υλοποίησης» του προγράμματος. Το έργο της σύστασης, συγκρότησης και λειτουργίας της Μονάδας ανατέθηκε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ)[6].

Δ.2.2. Πολιτική Β' Φάσης Ψυχαργώς (2001-2010)

Η πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς αφορούσε τη τετραετία 2002-2006 και περιγράφεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με αυτό, αν και κατά την πρώτη περίοδο του προγράμματος σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές και αναπτύχθηκε η τεχνογνωσία, παράλληλα

[5] http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programmapsychargos/bibliothiki/periodika/teychos-1-dekembrios-2003/view
[6] http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tinygeia/programmapsychargos/bibliothiki/periodika/teychos-1dekembrios-2003/view

αναδύθηκαν και αρκετές αδυναμίες στο σύνολο του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως:

- το γεγονός ότι η μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης είχε δημιουργήσει μία πραγματικότητα που δυσκόλευε την πορεία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.
- Η ανεπάρκεια σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας οδηγούσαν στην μη κάλυψη των αναγκών μέρους των ψυχικά ασθενών με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές.
- το γεγονός ότι οι υποδομές σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία (όπως το ΨΝ Αττικής) ήταν πεπαλαιωμένες.
- Το γεγονός ότι ο τομέας Ψυχικής Υγείας δε διέθετε ακόμα ικανό αριθμό εξειδικευμένων στελεχών για να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Με βάση τις παραπάνω αδυναμίες καθορίστηκαν οι στρατηγικοί στόχοι για την δεύτερη φάση του προγράμματος οι οποίες ομαδοποιούνταν σε **τρεις βασικές συνιστώσες:**

Αποασυλοποίηση: έξοδος μεγάλου μέρους χρόνιων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει ως στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς. Η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα.

Ανάπτυξη υποδομών στην κοινότητα: ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών ψυχιατρικών νοσοκομείων, για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της κατάργησης ορισμένων από αυτά και υποκατάστασης τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά.

Πιο συγκεκριμένα οι δομές που προβλέπονταν στο τέλος της Β' φάσης Ψυχαργώς παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα Δ2:

Πίνακας Δ2: Προβλεπόμενες Δομές για το 2010

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001	2010 (ΣΤΟΧΟΣ)
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	9	4
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	80
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	22	73
Κινητές Μονάδες	6	40
Κέντρα Ημέρας	18	42
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	196	407
Ξενώνες	95	170
Οικοτροφεία	16	130
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85	107
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	102	148
Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου		18
Κέντρα Ημέρας		23
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		18
Ξενώνες/Οικοτροφεία		34
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		17
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		15
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί-ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.		55
Ξενώνες βραχυχρόνιας παραμονής	3	55
Νοσοκομείο Ημέρας		
Κατ' οίκον Νοσηλεία		
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά		

Για την λειτουργία των νέων κοινοτικών δομών προβλέπονταν θέσεις απασχόλησης, οι οποίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα Δ3:

Πίνακας Δ3: Προβλεπόμενες Θέσεις Απασχόλησης ανά Ειδικότητα για το 2010

Ειδικότητα	Θέσεις Απασχόλησης για Στελέχωση Νέων Δομών, ως το 2010
Ψυχίατροι	886
Παιδοψυχίατροι	197
Ψυχολόγοι	922
Κοινωνικοί Λειτουργοί	635
Νοσηλευτές	4589
Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας	615
Παιδαγωγοί	175
Διοικητικό Προσωπικό	283
Λοιπό Βοηθητικό Προσωπικό	2498

Κατάρτιση: υποστήριξη του δικτύου δομών και υπηρεσιών μέσω της κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις απαιτήσεις των νεοσυσταθέντων δομών, στις απαιτήσεις της μεταρρύθμισης αλλά και γενικότερα στην διαμόρφωση μιας ανθρωποκεντρικής αντίληψης των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή. Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επέβαλλε σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευση, και τη δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας. Κατά συνέπεια στρατηγικοί στόχοι σε θέματα κατάρτισης αφορούσαν την κατάρτιση ομάδας επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, η οποία θα λειτουργήσει ως ομάδα εκπαιδευτών για την κατάρτιση του προσωπικού των νέων δομών στην κοινότητα. Την εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, καθώς και του προσωπικού που πρόκειται να στελεχώσει το σύνολο των νέων δομών Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα. Και τέλος τη διαμόρφωση εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού για την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ για την δεκαετία 2001-2010 εκτιμήθηκε στο ποσό των 250 δισεκατομμυρίων δραχμών από τις πηγές χρηματοδότησης που παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα Δ4.

Πίνακας Δ4: Προϋπολογισμός Ψυχαργώς 2001-2010

Πηγή Χρηματοδότησης	Προϋπολογισμός (σε δραχμές)
Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης	72 δις
Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων	25 δις
Τακτικός Προϋπολογισμός	108 δις
Κοινωνική Ασφάλιση	45 δις
Σύνολο	**250 δις**

Δ.3. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία- Πρόνοια»

Η στρατηγική και οι στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως αυτοί εκφράζονταν μέσα από το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», ταυτίζονταν με το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» του Γ' ΚΠΣ.

Οι βασικοί στόχοι του Ε.Π. «Υγεία - Πρόνοια» ήταν οι εξής:

- Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και βελτίωση της Υγείας και της Κοινωνικής Προστασίας του πληθυσμού.
- Αναβάθμιση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Ενίσχυση της αυτοδυναμίας των Υγειονομικών Περιφερειών, με την άρση των περιφερειακών ανισοτήτων στην κατανομή και παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στους πολίτες.
- Βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών που είναι φιλικές προς τους χρήστες και προσιτές σε όλους.

Στο πλαίσιο αυτό, οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις που προβλέπονταν στον τομέα της Υγείας και Πρόνοιας ήταν οι παρακάτω (πίνακας Δ5):

Πίνακας Δ5: Προβλεπόμενες δράσεις ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια»

ΥΓΕΙΑ	ΠΡΟΝΟΙΑ
Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας	Εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	
Εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων	Πρόληψη της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού ατόμων και ομάδων του πληθυσμού
Σχεδιασμό και ανάπτυξη νέων υπηρεσιών	
Δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (ΟΣΥ) κατά Περιφέρεια	
Εισαγωγή σύγχρονων μορφών διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης	Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού
Θέσπιση ενός σύγχρονου νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.	
Άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου στην παροχή υπηρεσιών υγείας	
Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού	

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, οι δράσεις που προβλέπονταν εντάσσονταν στους ακόλουθους άξονες προτεραιότητας:

Άξονας Προτεραιότητας 1: «Υγεία».

Άξονας Προτεραιότητας 2: «Ψυχική Υγεία».

Άξονας Προτεραιότητας 3: «Πρόνοια».

Άξονας Προτεραιότητας 4: «Ανθρώπινοι Πόροι».

Οι στρατηγικοί στόχοι του άξονα για τη ψυχική υγεία, κατευθύνθηκαν από τις δράσεις που είχαν υλοποιηθεί στα πλαίσια της πρώτης φάσης του Ψυχαργώς, από την τεχνογνωσία που είχε αναπτυχθεί, τις ελλείψεις που είχαν διαπιστωθεί (εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως μετανάστες, άτομα με αυτισμό, χρήστες ουσιών, παιδιά και ηλικιωμένους) και από έκτακτες ή ειδικές περιπτώσεις που προέκυψαν κατά τη φάση σχεδιασμού.

Για τη χρηματοδότηση των ενεργειών αυτών προϋπόθεση ήταν η κατάρτιση του εθνικού σχεδίου δράσης «Ψυχαργώς». Με βάση το διάταγμα Υ5β/οικ.975/29.3.2001 «Έγκριση από άποψη σκοπιμότητας της ένταξης μέρους του δεκαετούς Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ στο Γ' ΚΠΣ με τον τίτλο «Β' φάση ΨΥΧΑΡΓΩΣ», εντάχθηκε ο άξονας της ψυχικής υγείας στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», καθώς διαπιστώθηκε η ανάγκη ενίσχυσης και εδραίωσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, τόσο σε επίπεδο αποασυλοποίησης ασθενών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων, όσο και σε επίπεδο της πρόληψης (ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006»).

Έτσι ο Άξονας 2 του Επιχειρησιακού Προγράμματος αφορούσε την ψυχική υγεία και στόχευε, όπως αναφέρεται και στο ΕΠ «Υγεία- Πρόνοια 2000-2006» (ΥΥΚΑ, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, Νοέμβριος 2008), στα εξής:

- την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- την ανάπτυξη ειδικής δράσης που αφορά στη λειτουργική αναβάθμιση κυρίως του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών κατά την παρούσα περίοδο και την ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου τους στην κοινότητα.
- την λειτουργική αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- την ανάπτυξη κοινοτικών δομών και προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και στη διασύνδεση των υπηρεσιών σε ολοκληρωμένα δίκτυα στο πλαίσιο των τομέων ψυχικής υγείας
- την διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας για τους πληθυσμούς -στόχους στο επίπεδο της κοινότητας
- την προαγωγή της πρόληψης και φροντίδας για την ψυχική υγεία του πληθυσμού.

- την ανάπτυξη ενεργειών που προωθούν την κοινωνική αλληλεγγύη και ενισχύουν τις δράσεις ένταξης των πληθυσμών -στόχου στην αγορά εργασίας.
- την διενέργεια μελετών για την αξιολόγηση και επικαιροποίηση της πολιτικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με σκοπό την αναπροσαρμογή, όπου απαιτείται του Προγράμματος « Ψυχαργώς»
- την στοχευμένη ενίσχυση των υπηρεσιών πρόληψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των περιοχών που επλήγησαν από τις καταστροφικές πυρκαγιές του 2007. Ο στόχος αυτός δεν υπήρχε στον αρχικό προγραμματισμό, αλλά προστέθηκε στο τελικό σχέδιο ως ειδική δράση για τους πυρόπληκτους.

Σε σχέση με τους στόχους της αποασυλοποίησης χρόνια ψυχικά ασθενών, της μείωσης των κλινών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, και της κάλυψης των αναγκών του γενικού πληθυσμού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το Ε.Π Υγεία-Πρόνοια βάσει των προγραμματικών του στόχων καλείται να συμβάλει κατά τα ακόλουθα (πίνακας Δ6):

Πίνακας Δ6: Συνάφεια Ψυχαργώς Β΄ Φάση και ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια»

ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΣΤΟΧΩΝ ΨΥΧΑΡΓΩΣ ΚΑΙ ΕΠ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ		
Δείκτης	**Στόχος Ψυχαργώς Β' φάση**	**Στόχος Άξονα 2 του ΕΠ Υγεία-Πρόνοια**
Αποασυλοποίηση χρόνιων ασθενών	Αποασυλοποίηση 3.500 ασθενών	Αποασυλοποίηση του 50% των διαβιούντων σε Ψ.Ν ασθενών
Μείωση των κλινών των δημόσιων ψυχιατρικών νοσοκομείων		Μείωση κατά 50%
Αναμόρφωση των κλινών των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων που θα συνεχίσουν να λειτουργούν	100%	100%
Ίδρυση και λειτουργία κοινοτικών και εξειδικευμένων δομών	249 δομές για κάλυψη των αναγκών του γενικού πληθυσμού	Κάλυψη του 20% γενικού πληθυσμού

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μεταξύ των δυο προγραμματικών σχεδιασμών – 2001 και 2008- παρατηρούνται διαφορές στην ποσοτικοποίηση των στόχων. Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Δ7) παρατίθενται οι στόχοι του άξονα 2, όπως παρουσιάζονται στα δυο Προγράμματα:

Πίνακας Δ7: Αρχικοί και Αναθεωρημένοι Στόχοι του Άξονα 2 (2001-2008)

ΕΠ Υγεία- Πρόνοια (αρχική έκδοση 2001)	ΕΠ Υγεία- Πρόνοια (αναθεώρηση 2008)
Προώθηση της αποασυλοποίησης των ασθενών (αποασυλοποίηση του 50% των χρόνιων ασθενών - μείωση των κλινών των ψυχιατρικών νοσοκομείων κατά 50% περίπου **– αύξηση των ψυχιατρικών τμημάτων των γενικών νοσοκομείων τουλάχιστον κατά 10 τμήματα και δημιουργία τμημάτων παρέμβασης στην κρίση – δημιουργία εργαστηρίων επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης δυναμικότητας περίπου 600 ατόμων).**	Αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών: αποασυλοποίηση του 50% των ασθενών
Αναμόρφωση της υποδομής των ψυχιατρικών νοσοκομείων που θα απομείνει μετά το πρόγραμμα αποασυλοποίησης. (**αναβάθμιση του 100% των εναπομεινασών κλινών)** και την **έναρξη των διαδικασιών κατάργησης ψυχιατρικών νοσοκομείων της χώρας** από το 2005 και μετά, με την υποκατάστασή τους από τα ολοκληρωμένα δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας των αντίστοιχων τομέων που εξυπηρετεί καθένα από αυτά.	Μείωση ασυλικών κλινών δημοσίων ψυχιατρικών νοσοκομείων με μετασχηματισμό και πλήρη **κατάργηση των ασυλικών κλινών 5 εξ αυτών** (αύξηση των ψυχιατρικών τμημάτων των γενικών νοσοκομείων και δημιουργία τμημάτων παρέμβασης στην κρίση – δημιουργία εργαστηρίων (επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης).
Δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών Ψυχικής Υγείας (κάλυψη **άνω του 20%** του γενικού πληθυσμού).	Δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών πρόληψης Ψυχικής Υγείας : κάλυψη 20% του πληθυσμού
Δημιουργία **3000 περίπου ενδιάμεσων θέσεων εργασίας** κατά τη διάρκεια του προγράμματος και **τουλάχιστον 2000 μονίμων θέσεων εργασίας** για επαγγελματίες του τομέα της ψυχικής υγείας.	**Δημιουργία 2.000 μονίμων θέσεων** εργασίας επαγγελματιών ψυχικής υγείας
Κατάρτιση του συνόλου του προσωπικού το οποίο θα απασχοληθεί στις νέες δομές (κατάρτιση υπάρχοντος προσωπικού και του 100% του νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού).	Κατάρτιση του συνόλου του προσωπικού (υπάρχοντος και νεοπροσλαμβανόμενου) των νέων δομών : 100%

Οι στρατηγικοί στόχοι του Άξονα Ψυχικής Υγείας αντανακλώνται και υλοποιούνται μέσα από τέσσερις κατηγορίες μέτρων:

Μέτρο 2.1 «Αποασυλοποίηση και κοινωνικο -οικονομική (επαν)ένταξη ψυχικά ασθενών»: **Στόχοι** του Μέτρου ήταν: Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και στους αντίστοιχους Τομείς ψυχικής υγείας στο σύνολο της χώρας. Επιδιώκεται η έξοδος μεγάλου μέρους χρονίων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει ως στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς, η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου, και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα

Μέτρο 2.2 «Ανάπτυξη/συμπλήρωση/ επέκταση δομών στην κοινότητα, για την ολοκληρωμένη εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης»: **Στόχοι** του Μέτρου ήταν: Η ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών των ψυχιατρικών νοσοκομείων, για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της κατάργησης ορισμένων από αυτά και υποκατάστασής τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά.

Μέτρο 2.3 «Ενέργειες πρόληψης, ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης»: Βασικοί **στόχοι** του Μέτρου ήταν: Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων πρόληψης, η μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής, η υιοθέτηση συνδυασμένων δράσεων για την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων και την κοινωνική και εργασιακή (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών.

- Την ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των αποασυλοποιούμενων ψυχικά ασθενών
- Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, διαμέσου κατάλληλων πολιτικών/ μέτρων κοινωνικής πολιτικής, πολιτικών εκπαίδευσης/ κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση και πέραν των ορίων του συστήματος ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο των πολιτικών αυτών, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς τόσο στις σχετικές πολιτικές όσο και στην παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς
- Την ανάπτυξη νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας. Θα προωθηθεί η δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (π.χ. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης - Κοι.ΣΠΕ), καθώς και ενέργειες στήριξης της σχετικής δραστηριότητας, π.χ. χρηματοδότησης, δίκτυα διάθεσης των παραγόμενων προϊόντων, αλλά και η δημιουργία επαγγελματικών εργαστηρίων. Η υλοποίηση ορισμένων από τις ενέργειες αυτές είναι δυνατόν να αναληφθεί από ενδιάμεσους φορείς.
- Την προώθηση ενεργειών ενίσχυσης του εθελοντισμού, των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) και των οργανώσεων που ασχολούνται με άτομα και ομάδες που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό

Μέτρο 2.4 «Κατάρτιση του προσωπικού για τη στήριξη της αποασυλοποίησης, της κοινωνικοοικονομικής επανένταξης και της συνεχούς υποστήριξης των ψυχικά ασθενών»: **Στόχοι** του Μέτρου ήταν: Η λειτουργική ανάπτυξη των δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων που προβλέπονται για την εμπέδωση και

ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η εξασφάλιση του ποιοτικού και αποτελεσματικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων.

Η επίτευξη των στόχων που έθεταν τα τέσσερα Μέτρα, αντανακλώνταν στις παρακάτω δράσεις, όπως αυτές προγραμματίστηκαν κατά τον αρχικό και τελικό σχεδιασμό.

Πίνακας Δ8: Αρχικοί και Τελικοί Στόχοι ανά Μέτρο του Άξονα 2

Μέτρο	2001	2008
2.1	Εφαρμογή σύγχρονου λειτουργικού προτύπου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, με στόχο την εγκατάλειψη του «προστατευτισμού» και τη διευκόλυνση των διαδικασιών κοινωνικής επανένταξης των ασθενών.	Εφαρμογή σύγχρονου λειτουργικού προτύπου στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, με στόχο την εγκατάλειψη του «προστατευτισμού» και τη διευκόλυνση των διαδικασιών κοινωνικής επανένταξης των ασθενών.
	Υλοποίηση της ειδικής δράσης για το Ψ.Ν.Α. και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα, εφόσον επαρκούν οι πόροι του Ε.Π. και βάσει κριτηρίων που θα ορισθούν στο Συμπλήρωμα Προγραμματισμού	
	Εγκατάσταση των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές – ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, επαγγελματικά εργαστήρια (επέκταση υπάρχοντος δικτύου) - και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης.	Εγκατάσταση των ασθενών σε εξωνοσοκομειακές δομές – ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα - και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης.
	Ενέργειες υποστήριξης της Αρχής Εφαρμογής και των δικαιούχων φορέων οι οποίοι θα υλοποιήσουν το σύνολο των δράσεων αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής (επαν)ένταξης των ασθενών. Προβλέπονται μηχανισμοί υποστήριξης της πορείας υλοποίησης των παρεμβάσεων, καθώς και οργανωτικής και επιστημονικής παρακολούθησης και αξιολόγησης αυτών.	Ενέργειες υποστήριξης του Φορέα Προγραμματισμού και των δικαιούχων φορέων ,οι οποίοι θα υλοποιήσουν το σύνολο των δράσεων αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής (επαν)ένταξης των ασθενών. Προβλέπεται η δημιουργία μηχανισμού υποστήριξης της πορείας υλοποίησης των παρεμβάσεων, καθώς και οργανωτικής και επιστημονικής παρακολούθησης και αξιολόγησης αυτών.
		Επιπλέον προβλέπεται η διενέργεια μελετών για την αξιολόγηση και επικαιροποίηση της πολιτικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση με σκοπό την αναπροσαρμογή όπου απαιτείται του Προγράμματος «Ψυχαργώς».
2.2	Συμπλήρωση υπαρχουσών δομών και υποδομών (κτίριο και εξοπλισμός) και δημιουργία νέων για την κάλυψη αναγκών στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, με παράλληλη ανάπτυξη κατάλληλων κατά περίπτωση δομών στην κοινότητα για ψυχικά ασθενείς, άτομα με αυτισμό και εξαρτημένους από ουσίες	Συμπλήρωση ή/και βελτίωση υπαρχουσών δομών και υποδομών (κτίριο και εξοπλισμός) και δημιουργία νέων για την κάλυψη αναγκών στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, με παράλληλη ανάπτυξη κατάλληλων κατά περίπτωση δομών στην κοινότητα για ψυχικά ασθενείς, άτομα με αυτισμό και εξαρτημένους από ουσίες.
	Εκσυγχρονισμός της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στην κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και της λειτουργικής υποστήριξης δράσεων του προγράμματος αποασυλοποίησης	Εκσυγχρονισμός της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στην κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και της λειτουργικής υποστήριξης δράσεων των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και αποϊδρυματοποίησης
	Εξοπλισμός των δημιουργούμενων δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, επαγγελματικά εργαστήρια) για την εγκατάσταση των ασθενών και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης	**Δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμός των δημιουργούμενων δομών** (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα, ημιαυτόνομη διαβίωση, επαγγελματικά εργαστήρια) για την εγκατάσταση των ασθενών και την ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων κοινωνικοοικονομικής (επαν)ένταξης

	Δημιουργία της κατάλληλης υποδομής στα Κέντρα Υγείας για την παροχή προληπτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων κατά προτεραιότητα στα μεγάλα αστικά κέντρα	Δημιουργία της κατάλληλης υποδομής στα Κέντρα Υγείας για την παροχή προληπτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και δημιουργία νέας κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων κατά προτεραιότητα στα μεγάλα αστικά κέντρα
2.3	Την ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των αποασυλοποιούμενων ψυχικά ασθενών	Την ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, συμβουλευτικών υπηρεσιών, υπηρεσιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη των αποασυλοποιούμενων ψυχικά ασθενών.
		Την ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα μετά από δραματικές και απότομες μεταβολές στις συνθήκες διαβίωσης στο φυσικό και ανθρωπογενές περιβάλλον περιοχών που πλήττονται από μεγάλες φυσικές καταστροφές
	Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, διαμέσου κατάλληλων πολιτικών/ μέτρων κοινωνικής πολιτικής, πολιτικών εκπαίδευσης/ κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση και πέραν των ορίων του συστήματος ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο των πολιτικών αυτών, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς τόσο στις σχετικές πολιτικές όσο και στην παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς	Την ανάπτυξη μιας δυναμικής διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων και ευκαιριών για εργασιακή και κοινωνική ένταξη, διαμέσου κατάλληλων πολιτικών/ μέτρων κοινωνικής πολιτικής, πολιτικών εκπαίδευσης/ κατάρτισης και ενεργητικών πολιτικών για την απασχόληση και πέραν των ορίων του συστήματος ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο των πολιτικών αυτών, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η ενσωμάτωση της διάστασης της ισότητας των ευκαιριών για τους ψυχικά ασθενείς τόσο στις σχετικές πολιτικές όσο και στην παροχή υπηρεσιών από τους αρμόδιους φορείς
	Την ανάπτυξη νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας. Θα προωθηθεί η δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (π.χ. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης - Κοι.ΣΠΕ), καθώς και ενέργειες στήριξης της σχετικής δραστηριότητας, π.χ. μηχανισμός εγγυοδοσίας, χρηματοδότησης, δίκτυα διάθεσης των παραγόμενων προϊόντων. Η υλοποίηση ορισμένων από τις ενέργειες αυτές είναι δυνατόν να αναληφθεί από ενδιάμεσους φορείς	Την ανάπτυξη νέων πηγών απασχόλησης, κυρίως μέσω των δυνατοτήτων που προσφέρει ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας. Θα προωθηθεί η δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων και συνεταιρισμών (π.χ. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης - Κοι.ΣΠΕ), καθώς και ενέργειες στήριξης της σχετικής δραστηριότητας, π.χ. χρηματοδότησης, δίκτυα διάθεσης των παραγόμενων προϊόντων, αλλά και η δημιουργία επαγγελματικών εργαστηρίων. Η υλοποίηση ορισμένων από τις ενέργειες αυτές είναι δυνατόν να αναληφθεί από ενδιάμεσους φορείς
	Την προώθηση ενεργειών ενίσχυσης του εθελοντισμού, των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) και των **οργανώσεων που ασχολούνται με άτομα και ομάδες που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό**	Την προώθηση της συνέργιας των εθελοντικών **οργανώσεων με τους φορείς και υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα σε περιόδους αντιμετώπισης επιπτώσεων μαζικών καταστροφών**
2.4	Την κατάρτιση του υπηρετούντος προσωπικού που θα ενταχθεί στις διαδικασίες αποασυλοποίησης	Την κατάρτιση του προσωπικού που έχει επιλεγεί να ενταχθεί στις διαδικασίες αποασυλοποίησης
	Την κατάρτιση του νέου προσωπικού που θα χρησιμοποιηθεί στις υπάρχουσες και δημιουργούμενες δομές	Την κατάρτιση του νέου προσωπικού που θα χρησιμοποιηθεί στις υπάρχουσες και δημιουργούμενες δομές
	Την ανάπτυξη ενεργειών εξειδικευμένης κατάρτισης και διακρατικών συνεργασιών στελεχών του Υπουργείου και των φορέων, καθώς και διακρατικών συνεργασιών με στόχο τη μεταφορά «καλών πρακτικών» για τη στήριξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.	Την ανάπτυξη ενεργειών εξειδικευμένης κατάρτισης και διακρατικών συνεργασιών στελεχών του Υπουργείου και των φορέων, καθώς και διακρατικών συνεργασιών με στόχο τη μεταφορά «καλών πρακτικών» για τη στήριξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης
		Την ανάπτυξη ενεργειών απόκτησης εργασιακής εμπειρίας νοσηλευτών/τριών και άλλων ειδικοτήτων για την κάλυψη των αναγκών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης (Μ.Υ.Π, 2004) δημιούργησε έναν εκτενή οδηγό που στον οποίο περιγράφονταν αναλυτικά οι ομάδες-στόχοι, οι συγκεκριμένες δράσεις που θα αναλάμβαναν να ολοκληρώσουν οι φορείς ψυχικής υγείας και προτεινόμενα μέσα υλοποίησης τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι δράσεις αυτές περιελάμβαναν τρεις ομάδες-στόχους:

1. Το προσωπικό των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων που πιθανώς να αντιδρούσαν στη μετεξέλιξη του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών και στη μεταφορά της φροντίδας των ασθενών από το άσυλο στην κοινότητα.
2. Τους νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και που θα στελέχωναν τις νέου τύπου ψυχιατρικές δομές.
3. Την κοινότητα.

Επιπλέον, η Μ.Υ.Π θα πραγματοποιούσε συγκεκριμένες δράσεις για την υποστήριξη των φορέων στη διαδικασία ευαισθητοποίησης και καταπολέμησης του στίγματος:

Α) Επιτόπιες επισκέψεις τοπικών συνεργατών της Μ.Υ.Π στον κάθε Φορέα

Β) Σεμινάρια – Εργαστήρια (workshop)

Γ) Τεχνικές συσκέψεις σε επίπεδο Το.Ψ.Υ και Περιφέρειας

Δ) Εκπόνηση μεθοδολογικών οδηγών

Ε) Εκπόνηση ειδικών ενημερωτικών οδηγών

ΣΤ) Έντυπη και on line υποστήριξη

Ζ) Σύνδεση με ευρύτερους Φορείς

Ως υπεύθυνος φορέας για την υλοποίηση του μέτρου ήταν το Υπουργείο Υγείας, ενώ ο προϋπολογισμός για την υλοποίηση του ανέρχονταν στα 146,560 εκ Ευρώ και καλύπτονταν κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο. Ο προϋπολογισμός για τον Άξονα 2, απέσπασε το μεγαλύτερο τμήμα του συνολικού προϋπολογισμού του Επιχειρησιακού Προγράμματος, καταδεικνύοντας την σπουδαιότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τη δέσμευση του Υπουργείου ως προς την αποασυλοποίηση και την δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σχήμα Δ1: Προϋπολογισμός Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια»

Ενδεικτικά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Δ9) τα χρηματοοικονομικά στοιχεία που προβλέπονταν ανά μέτρο, κατά τον αρχικό και τελικό σχεδιασμό του Επιχειρησιακού Προγράμματος.

Πίνακας Δ9: Αρχικά (2001) και Τελικά (2008) Χρηματοοικονομικά Στοιχεία ανά Μέτρο

	ΑΞΟΝΑΣ 2		ΜΕΤΡΟ 2.1		ΜΕΤΡΟ 2.2		ΜΕΤΡΟ 2.3		ΜΕΤΡΟ 2.4	
	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)
Συνολικό Κόστος	218,64	216,225	172,56	100,739	13,33	23,74	17,86	60,59	14,88	31,14
Δημόσια Δαπάνη	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Συμμετοχή ΕΤΠΑ	4,9%	8,79 %	0%	0%	75%	80%	0%	0%	0%	0%
Συμμετοχή ΕΚΤ	70,1%	71,21%	75 %	80 %	0 %	0 %	75 %	80 %	75 %	80 %
Χρηματική Βαρύτητα ως προς το Ε.Π.	42,59%	43,35 %	33,62%	20,20%	2,6 %	4,76 %	3,5 %	12,15 %	2,9 %	6,24 %
Χρηματική Βαρύτητα ως προς τον άξονα προτεραιότητας	-	-	78,92%	46,59 %	6,1 %	10,98 %	8,17 %	28,02%	6,81 %	14,40 %

Ε. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αποτύπωση του συστήματος ψυχικής υγείας, των δράσεων και των προγραμμάτων που έχουν υλοποιηθεί καθώς και των δομών και υπηρεσιών που αναπτύχθηκαν βασίστηκε σε διαφορετικές πηγές, καθώς δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα καταχώρησης τους. Αναφορικά με τις δομές και υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο του Ψυχαργώς χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που διατέθηκαν από προσωπική επικοινωνία της Ομάδας Αξιολόγησης με «επαγγελματίες-κλειδιά» του χώρου. Για τις δράσεις εκπαίδευσης, πρόληψης, συλλέχθηκαν στοιχεία από τη Διαχειριστική Αρχή του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» στο οποίο εντάχτηκε μέρος του Ψυχαργώς. Για ορισμένες θεματικές κατηγορίες, όπως το προσωπικό, οι επιπτώσεις του προγράμματος στους χρήστες των υπηρεσιών, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από άλλες πηγές (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Ακαδημαϊκά άρθρα).

Μια από τις βασικές διαπιστώσεις αφορά το γεγονός ότι το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» διαμόρφωσε το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τρεις βασικούς παρόχους: τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων και τέλος τους Μη-Κυβερνητικούς Οργανισμούς. Τη γενική εποπτεία όλων των υπηρεσιών και των παροχών τους έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο καθορίζει τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά τον τρόπο λειτουργίας τους. Για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από νοσοκομεία ή από φορείς που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το δημόσιο, η εποπτεία επεκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση.

Σχηματικά το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρουσιάζει την παρακάτω δομή. Επίσης υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα, τα ασφαλιστικά ταμεία, την τοπική αυτοδιοίκηση και την Εκκλησία.

Σχήμα Ε1: Σύστημα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Ε.1. Βασικοί Πάροχοι Υπηρεσιών

Το σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηρίζεται από τρία επιμέρους «υπο-συστήματα» τα οποία διακρίνονται με βάση τον κύριο οργανισμό/ φορέα που παρέχει τις υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα οι κύριοι μοχλοί του συστήματος και οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι εξής:

Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είναι ειδικά νοσοκομεία, τα οποία είναι εξειδικευμένα στην περίθαλψη ατόμων με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Διαθέτουν μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα Διαμερίσματα) και μονάδες ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας) καθώς επίσης και εξειδικευμένα κέντρα (Κέντρα Ημέρας, Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια, κλπ). Αν και το κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρικών νοσοκομείων και η συρρίκνωση των κλινών στα εναπομείναντα, αποτέλεσε ένα επίτευγμα του προγράμματος Ψυγαργώς, ωστόσο, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία εξακολουθούν και σήμερα να αποτελούν βασικό μοχλό του συστήματος, καθώς διαθέτουν τον πληρέστερο αριθμό και τύπο υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα έχουν αναπτύξει εξειδικευμένη τεχνογνωσία τόσο σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας όσο και σε θέματα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι εδώ ανήκουν και οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων.

Πίνακας Ε1: Ψυχιατρεία σε πλήρη λειτουργία

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΥΠΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ
1	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δρομοκαΐτειο	2	Αττικής	140 που καλύπτουν 5 Τομείς Ψυχικής Υγείας
2	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής – Δαφνί	2	Αττικής	240 που καλύπτουν 8 Τομείς Ψυχικής Υγείας
3	Αιγινήτειο*	1	Αττικής	44 που καλύπτουν 2 Τομείς Ψυχικής Υγείας
4	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	3	Θεσσαλονίκης	

πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»
*Μόνο για οξέα περιστατικά

Τα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία εξακολουθούν να υφίστανται ως οργανισμοί και να λειτουργούν τα τμήματα οξέων ή εξωτερικών ιατρείων, ωστόσο τα ασυλικά τους τμήματα έχουν καταργηθεί (πίνακας Ε2):

Πίνακας Ε2: Ψυχιατρεία σε μερική λειτουργία

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΥΠΕ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΣΥΛΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΟΞΕΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	ΔΟΜΕΣ ΣΤΗ ΚΟΙΝΌΤΗΤΑ
1	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	3	Κεντρικής Μακεδονίας (Κατερίνη)	ΚΛΕΙΣΤΑ	ΝΑΙ	Λειτουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
2	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	6	Ιόνιων Νήσων (Κέρκυρα)	ΚΛΕΙΣΤΑ	ΝΑΙ	Λειτουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
3	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	6	Πελοποννήσου (Τρίπολη)	ΚΛΕΙΣΤΑ	ΝΑΙ	Λειτουργεί μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
4	Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου	2	Νοτίου Αιγαίου (Λέρος)		ΝΑΙ	Εξωτερικά ιατρεία & μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης
5	Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων	7	Κρήτης (Χανιά)	ΚΛΕΙΣΤΑ	ΝΑΙ	Λειτουργεί κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Πηγή: ΥΥΚΑ

Το **Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου** είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών υπηρεσιών νοσηλείας (ανάλογο κλινικών όπως η παθολογική, η χειρουργική, κλπ.) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας σε συνεργασία με τις λοιπές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ ειδική κατηγορία αποτελούν τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας τα οποία ωστόσο δεν παρέχουν ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Πιο αναλυτικά τα τμήματα αυτά χαρακτηρίζονται από τα εξής:

- Εξυπηρετούν τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου υπηρεσιών υγείας.
- Έχουν περιορισμένη δυναμικότητα κλινών.
- Δέχονται και εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες.
- Νοσηλεύονται συνήθως ασθενείς με οξέα παρά με χρόνια συμπτώματα.

- Συνεργάζονται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα.
- Έχουν στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Το.Ψ.Υ.

Στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων λειτουργούν επιπρόσθετα οι εξής μονάδες:

- Μονάδα Νοσηλείας Ενηλίκων (ΜΝΕ): Στη ΜΝΕ δεν υπάρχουν δωμάτια απομόνωσης, τα παράθυρα και οι πόρτες είναι ανοιχτά και δεν υπάρχει διαχωρισμός σε σχέση με το φύλο όπως συμβαίνει στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έχει δωμάτια ομαδικών δραστηριοτήτων, δωμάτιο σεμιναρίων, εστιατόριο, και δωμάτια συνεδριών. Οι εκούσια νοσηλευόμενοι είναι ελεύθεροι να βγουν έξω, να δεχτούν επισκέψεις και να φύγουν από το τμήμα κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των αργιών με ή χωρίς συνοδεία. Η ΜΝΕ μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με ένα μεγάλο εύρος διαταραχών όπως: ψυχώσεις, νευρώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, απόπειρες αυτοκτονίας, κ.α.. Δεν γίνονται δεκτά άτομα με προβλήματα τοξικοεξαρτήσεων και αλκοολισμού. Γίνονται δεκτές τόσο εκούσιες όσο και ακούσιες εισαγωγές (οι τελευταίες μετά το πέρας της οξείας φάσης), ενώ τέλος εκτός από τα ιατρικά κριτήρια σημαντικό ρόλο παίζει και ο τόπος διαμονής του ασθενή του που πρέπει να ανήκει στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου. Η διάρκεια νοσηλείας του κάθε ασθενούς εξαρτάται κυρίως από την ψυχιατρική του κατάσταση, όμως επηρεάζεται και από πολλούς άλλους παράγοντες. Γενικά πάντως δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους δύο μήνες. Η στενή συνεργασία των γιατρών της μονάδας με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής βοηθάει στην κατάργηση των στερεότυπων απόψεων του προσωπικού του νοσοκομείου για την ψυχιατρική και προάγει την ολιστική θεώρηση του ασθενούς.
- Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων (ΜΒΝΕ): βρίσκεται μέσα στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου. Διαφέρει από τη ΜΝΕ ως προς το διάστημα νοσηλείας των ασθενών που είναι πιο περιορισμένο και δεν υπερβαίνει τις δέκα με δεκαπέντε ημέρες. Η χρονική διάρκεια νοσηλείας καθορίζεται από τη φύση της ασθένειας, την ενεργό παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οικογενειακό και κοινωνικό) και από την δυνατότητα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών και από άλλες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων (ΜΟΠΕ): βρίσκεται μέσα στο χώρο του Ψυχιατρικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου και δέχεται κυρίως περιστατικά τα οποία έχουν επείγοντα χαρακτήρα και η ασθένειά τους διέρχεται την οξεία φάση. Δέχεται επίσης επανεισαγωγές παλαιών ασθενών που είναι σε τέτοια φάση οξείας υποτροπής για την οποία χρειάζεται κλειστή νοσηλεία. Οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται στην ΜΟΠΕ κατά τη διάρκεια της εφημερίας του νοσοκομείου και χωρίς συγκεκριμένο ραντεβού. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με οξέα ψυχικά προβλήματα προσέρχεται μάλιστα πρώτα στους εφημερεύοντες ιατρούς των σωματικών ειδικοτήτων

και στη συνέχεια παραπέμπονται στους εφημερεύοντες ψυχιάτρους της Μονάδα Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων μέσω της διασυνδετικής του νοσοκομείου. Στη ΜΟΠΕ γίνεται αξιολόγηση του περιστατικού και εκτίμηση του προβλήματος από τον εφημερεύοντα ψυχίατρο και αποφασίζεται η περαιτέρω αντιμετώπιση του σε συνεργασία με τον ασθενή ή/και τους συγγενείς. Στη ΜΟΠΕ νοσηλεύονται και ασθενείς που προσέρχονται με εισαγγελική εντολή (ακούσια νοσηλεία). Μετά την οξεία φάση οι ασθενείς αυτοί μπορούν να μετακινηθούν στη ΜΝΕ. Για τους ακούσια νοσηλευόμενους εφαρμόζονται ειδικά μέτρα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους.

- Δορυφορικός Ξενώνας Ενηλίκων: βρίσκεται συνήθως μέσα στην κτιριακή υποδομή του Γενικού Νοσοκομείου και είναι περιορισμένης δυναμικότητας. Φιλοξενεί ψυχιατρικούς ασθενείς στην τελευταία φάση της νοσηλείας τους και αφού συνήθως έχουν παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα στο τμήμα νοσηλείας ενηλίκων του Ψυχιατρικού Τομέα του νοσοκομείου. Οι ασθενείς παραμένουν στον Ξενώνα για μικρό χρονικό διάστημα προκειμένου να προετοιμαστούν για την μετάβαση τους σε μονάδες και προγράμματα αποκατάστασης (Ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα κ.λπ.) ή για την επιστροφή τους στην κοινότητα.

Το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας
1. Έχει συγκεκριμένη δυναμικότητα κλινών
1. Εξυπηρετεί τις ανάγκες για εκούσια και ακούσια νοσηλεία
1. Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα
1. Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του ψυχικής υγείας της περιοχής.

Τα ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, ανεξάρτητα από το χρηματοδοτικό πρόγραμμα μέσω του οποίου δημιουργήθηκαν και που λειτουργούν είναι 30. Ωστόσο υπάρχουν επιπλέον 9 νοσοκομεία που επίκειται η λειτουργία τους, σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Πίνακας Ε3 : Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ανά Περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
ΑΤΤΙΚΗ	8
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	3
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	7
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1
ΗΠΕΙΡΟΣ	2
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	2*
ΚΡΗΤΗ	3
ΣΥΝΟΛΟ	**30**

Πηγή: ΥΥΚΑ

*Περιλαμβάνει το Κρατικό Θεραπευτήριο –Κέντρο Υγείας Λέρου

Διάγραμμα Ε1: Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων ανά Περιφέρεια

Πηγή: ΥΥΚΑ

Στην τρίτη κατηγορία υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανήκουν οι Ιδιωτικοί-Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, οι οποίοι διαθέτουν κυρίως υπηρεσίες

αποκατάστασης, όπως στεγαστικές δομές και κέντρα ημέρας, ωστόσο σε ορισμένες λειτουργούν κινητές μονάδες και Κοι.ΣΠΕ. Σύμφωνα με το αρχείο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας έχουν ιδρυθεί 66 Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις με έδρα κυρίως την Αθήνα (43 ΜΚΟ στην περιφέρεια Αττικής). Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται στη πλειοψηφία των ΜΚΟ αφορά τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών που παρέχουν. Σε πολλές περιπτώσεις ΜΚΟ με έδρα την Αθήνα, διατηρούν δομές εκτός περιφέρειας (πχ στην Αλεξανδρούπολη, την Κεφαλονιά, την Κρήτη κτλ).

Ε.2. Κατηγορίες Υπηρεσιών Βασικών Παρόχων

Οι υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν οι τρεις βασικοί παροχή καθορίζονται από τη νομοθεσία και συγκεκριμένα από τον Νόμο 2716/1999. Σύμφωνα με το νόμο αυτό οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούνται από: Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, Κινητές Μονάδες, Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων, Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

Οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποτελούνται από:

I. τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας,

II. τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και

III. τις Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

Ι. Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Κέντρα Ψυχικής Υγείας: ιδρύονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψ.Υ ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Ειδική περίπτωση αποτελεί το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Και Ερευνών, το οποίο ανήκει στο Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής) είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου του Δημοσίου. Το Κέντρο έχει παραρτήματα σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και στη δομή του περιλαμβάνονται διαφορετικού τύπου μονάδες οι οποίες καλύπτουν ευρύ φάσμα αναγκών ψυχικής υγείας για όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Τα πανεπιστημιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία μπορούν να αναπτύσσουν Κ.Ψ.Υ μετά από κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έχουν ως σκοπό την ψυχοκοινωνική μέριμνα, την συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, την πρόληψη, την θεραπεία και την συμβολή στην αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη του ενήλικα με προβλήματα ψυχικής υγείας**.** Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί και αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Βασικές λειτουργίες των ΚΨΥ είναι:

- Πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων των κατ' οίκον επισκέψεων. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιοψυχοκοινωνική

προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών. Ολοκληρωμένη, συνθετική προσέγγιση

- Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και συνεχές της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν σε: βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Το ΚΨΥ μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας.
- Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα που αφορούν την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα τόσο για νομικούς και ειδικές κατηγορίες (εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ.). Στενή συνεργασία με κοινοτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ΠΦΥ.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Έρευνα και περιοδική αξιολόγηση της λειτουργίας του.

Πίνακας Ε4: Κέντρα Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Κέντρα Ψυχικής Υγείας
ΑΤΤΙΚΗ	9
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	5
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	5
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	
ΗΠΕΙΡΟΣ	1
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	1
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	2
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	2
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	
ΚΡΗΤΗ	4
ΣΥΝΟΛΟ	**34**

Πηγή: ΥΥΚΑ

Διάγραμμα Ε2: Κέντρα Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

Πηγή: ΥΥΚΑ

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες αποτελούν μονάδες των νοσοκομείων ή άλλων φορέων και ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ` οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας ή σε απομακρυσμένες περιοχές όπου δεν είναι δυνατή η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, έργο της ΚΜΨΥ αποτελεί:

- η έγκαιρη διάγνωση - παρέμβαση για την πρόληψη της έναρξης της νόσου ή της υποτροπής της
- η κατ' οίκον παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης
- η κατ' οίκον νοσηλεία και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα της εξέλιξης της νόσου και η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας του ασθενούς
- η βοήθεια και η στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση των πρακτικών του αναγκών και προβλημάτων με έμφαση στην εκμάθηση δεξιοτήτων και η προετοιμασία του για τον τελικό στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση
- (η συμβουλευτική - υποστηρικτική παρέμβαση στην οικογένεια του ασθενούς με στόχο την καλύτερη επικοινωνία τους και τη μείωση του άγχους της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς
- η εκπαίδευση εθελοντών
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος μέσω των προγραμμάτων αγωγής κοινότητας

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω στόχων η ΚΜΨΥ χρησιμοποιεί τα εξής μέσα: το διαγνωστικό και κλινικό της έργο, την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, την αγωγή της κοινότητας, την έρευνα αναγκών, την αξιολόγηση των παρεμβάσεων της. Χρησιμοποιεί επίσης ευρείες συνεργασίες με πρόσωπα και θεσμούς της τοπικής κοινότητας στην προσπάθειά της να συγκροτήσει δίκτυα για την επίτευξη των σκοπών της.

Πίνακας Ε5: Κινητές Μονάδες της χώρας ανά Περιφέρεια

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Κινητές Μονάδες
ΑΤΤΙΚΗ	
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	5
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1
ΗΠΕΙΡΟΣ	1
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	4
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	2
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	2
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	2
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	2
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	4
ΚΡΗΤΗ	2
ΣΥΝΟΛΟ	**27**

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

Διάγραμμα Ε3: Κινητές Μονάδες της χώρας ανά Περιφέρεια

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης (δηλαδή **Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους)** με σκοπό τη διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας των ενήλικων ατόμων ή παιδιών και εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα, την αντιμετώπιση των παθολογικών συμπεριφορών και των προβλημάτων της λειτουργικότητάς τους και την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, της κοινωνικής προσαρμογής και ένταξης τους. Παραδείγματα τέτοιων κέντρων που έχουν δημιουργηθεί είναι τα εξής:

Κέντρο Αυτισμού είναι δομή που αποσκοπεί στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών σε παιδιά και έφηβους με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και στις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες που παρέχει μπορεί να είναι εξειδικευμένη εκπαίδευση, ειδική αγωγή, θεραπεία, αποκατάσταση, φιλοξενία, διαμονή, συμβουλευτική.

Οι μονάδες αυτισμού μπορεί να έχουν την ακόλουθη μορφή:

- Κέντρο ημερήσιας δραστηριότητας
- Μονάδα Παρέμβασης στην Κρίση
- Ξενώνας ή Οικοτροφείο φιλοξενίας

Κέντρο Αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer είναι δομή που σκοπό έχει τη παροχή υπηρεσιών σε άτομα που πάσχουν από νόσο Alzheimer ή άλλου τύπου άνοιες, στις οικογένειες ή/και στους φροντιστές τους. Μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας Μονάδας Alzheimer περιλαμβάνονται:

- η παρακολούθηση ασθενών που μένουν με την οικογένειά τους
- η παροχή κατάλληλης περίθαλψης του ασθενή σε μονάδες διαμονής

- η ψυχολογική στήριξη και η εκπαίδευση οικογενειών και φροντιστών
- η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα από την ανάπτυξη μονάδας διαμονής (π.χ. Οικοτροφείο) και ημιδιαμονής (π.χ. Κέντρο Ημέρας), μονάδας κατ' οίκον περίθαλψης καθώς και μονάδας υποστήριξης και εκπαίδευσης των φροντιστών, είτε αυτοί είναι μέλη της οικογένειας, είτε επαγγελματίες.

Το **Κέντρο Ημέρας** είναι μια υπηρεσία που απευθύνεται σε άτομα τα οποία έχουν ανάγκη από συμμετοχή σε προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης και κοινωνικότητας. Λειτουργεί πρωί κι απόγευμα, συμμετέχουν στις δραστηριότητές του επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που συγκροτούν μια διεπιστημονική ομάδα και μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει πολλές από τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην αυτοφροντίδα, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και στην προετοιμασία του ατόμου για συμμετοχή σε εργασιακού χαρακτήρα δραστηριότητες.

Πίνακας Ε6: Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης ανά Περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Κέντρα Ημέρας	Ολοκληρωμένα Κέντρα για άτομα με διαταραχές Αυτιστικού τύπου	Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ*	Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών	Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών
ΑΤΤΙΚΗ	21		3		
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	1				
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	5	1	3		
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ					
ΗΠΕΙΡΟΣ	1				
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2		1		
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	2				
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ					
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	1				
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1				
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1				
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1		1		
ΚΡΗΤΗ	4		1		
ΣΥΝΟΛΟ	40	1	9		

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

*** Πηγή: Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών**

ΙΙ. Προγράμματα / Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι **στεγαστικές δομές** (δηλαδή Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα) με σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Επιπλέον περιλαμβάνονται οι ειδικές **μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης** και οι **Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί**. Πιο αναλυτικά:

Πίνακας Ε7: Μονάδες Αποκατάστασης ανά Περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί-ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.
ΑΤΤΙΚΗ	156	26	7
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	15	2	
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	82	13	2
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2	2	
ΗΠΕΙΡΟΣ	23	5	1
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	26	6	1
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	12	3	2
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	17	7	1
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	21	10	1
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	27	7	
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	2	1	1
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	26	13	1
ΚΡΗΤΗ	24	7	1
ΣΥΝΟΛΟ	433	102	18

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

Ξενώνες: φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για διαβίωση, θεραπεία και υποστήριξη με σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Σ' έναν ξενώνα φιλοξενούνται άτομα που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή άτομα για τα οποία κρίνεται ότι είναι θεραπευτική η προσωρινή απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον της οικογένειάς τους ή που χρειάζονται μια περίοδο προσαρμογής και επανεκπαίδευσης για τη ζωή στην κοινότητα. Η δυναμικότητα ενός ξενώνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 15 άτομα. Οι ξενώνες διαβαθμίζονται, ανάλογα με το χρόνο παραμονής των ενοίκων σε αυτούς σε βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Η υποστήριξη των ξενώνων διαβαθμίζεται ανάλογα με την παρουσία του προσωπικού σε αυτούς σε υψηλού βαθμού (24ωρη παρουσία προσωπικού), μέσου βαθμού (κατώτερη του 24ωρου παρουσία προσωπικού) και χαμηλού βαθμού (περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη των ενοίκων). Η λειτουργία του ξενώνα είναι ανοικτή στην κοινωνία και προσομοιάζει με οικογενειακό περιβάλλον. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται η παρουσία τους σε περιοχές κατοικίας.

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

Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων για εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα. Είναι χώροι στέγασης - σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες - ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση με δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές τα οποία έχουν αυξημένες αλλά όχι πλήρεις ικανότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Σε ένα προστατευόμενο διαμέρισμα δεν μπορούν να διαμένουν περισσότερα από έξι άτομα. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα έχει σκοπό την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής ανεξαρτησίας, αυτονομίας και αποτελεσματικότητάς τους, ώστε να λειτουργήσουν στην κοινότητα με επιτυχία και στόχο την πλήρη αυτόνομη διαβίωση.

Διάγραμμα Ε4: Μονάδες Αποκατάστασης ανά Περιφέρεια

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

Προγράμματα Φιλοξενουσών Οικογενειών για τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ή παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης (δηλαδή Προστατευμένα Εργαστήρια και Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από ειδικευμένο προσωπικό με στόχο τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτηση τους στην ελεύθερη ή

προστατευμένη αγορά εργασία ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) με σκοπό, μέσω του οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα τους, την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα με απώτερο στόχο τη θεραπεία τους και την κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Σύμφωνα με το νόμο, οι Κοι.Σ.Π.Ε. αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης). Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές (σε ποσοστό έως 35%), επαγγελματίες ψυχικής υγείας (σε ποσοστό έως 45%), Δήμοι, κοινότητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (σε ποσοστό όχι υψηλότερο του 20%).

Διάγραμμα Ε5: Κοι.Σ.Π.Ε ανά Περιφέρεια

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

III. Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ` Οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ` οίκον από τα Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους τρεις παραπάνω παρόχους αφορούν:

- την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη
- την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη.

Σημειώνεται ότι τέτοιες υπηρεσίες δεν προβλέφτηκαν στον σχεδιασμό του ΨΥΧΑΡΓΩΣ, αλλά δημιουργήθηκε στη πορεία υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

IV. Μονάδες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους

Οι μονάδες που έχουν δημιουργηθεί αφορούν στο μεγαλύτερο μέρος τους τον ενήλικο πληθυσμό, εκτός των υπηρεσιών όπως Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και κάποια Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων (κυρίως στην επαρχία) που παρέχουν φροντίδα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η κατανομή των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από μεγάλη ανισότητα, με τον νομό Αττικής να διαθέτει τις περισσότερες μονάδες και το μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών. Οι υπόλοιποι νομοί υστερούν σημαντικά τόσο σε αριθμό όσο και σε τύπο υπηρεσιών που παρέχουν. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής: στην Αττική υπάρχουν 7 Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα ενώ ο συνολικός αριθμός τους είναι 10. Οι 3 ξενώνες που λειτουργούν αποκλειστικά για εφήβους καθώς και το μοναδικό παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο βρίσκονται επίσης στην Αττική. Επιπλέον, έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν παιδοψυχιατρικά τμήματα σε 11 γενικά νοσοκομεία, 5 εκ των οποίων βρίσκονται στην Αθήνα, 3 στη Θεσσαλονίκη και από ένα στην Αλεξανδρούπολη, την Πάτρα και το Ηράκλειο. Ωστόσο είχε προβλεφθεί η λειτουργία παιδοψυχιατρικού τμήματος σε επιπλέον 7 γενικά νοσοκομεία (Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής, Παίδων Πεντέλης, Παίδων Αγλαΐα Κυριακού, Ασκληπιείο, και Βόλου).

Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα Εφήβων Γενικού Νοσοκομείου: Το Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου περιλαμβάνει μονάδες αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων, οι οποίες αφορούν σε εφήβους. Συγκεκριμένα το τμήμα εφήβων του ψυχιατρικού τομέα παρέχει διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και νοσηλεία σε έφηβους με ψυχιατρικά προβλήματα και σε ασθενείς εφηβικής ηλικίας όλων των άλλων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου που έχουν ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας, διατροφικές διαταραχές κλπ.). Η ηλικία των εφήβων που προσέρχονται στο τμήμα αυτό είναι από 14-18 ετών. Αυτοί πρέπει πάντα να

συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα από τους δύο γονείς ή από τον κηδεμόνα τους για να γίνουν δεκτοί από το τμήμα. Οποιαδήποτε δε θεραπευτική παρέμβαση ή νοσηλεία του εφήβου απαιτεί την σύμφωνη γνώμη της οικογένειας του καθώς και την συμμετοχή της σε αυτή. Το τμήμα εφήβων περιλαμβάνει : Μονάδα Νοσηλείας Εφήβων, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων, Μονάδα Οξέων Περιστατικών Εφήβων, Δορυφορικό Ξενώνα Εφήβων

Πίνακας Ε8: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για Παιδιά και Εφήβους ανά Περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Ολοκληρωμένα - Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για παιδιά και έφηβους	Μονάδα Αυτισμού για παιδιά	Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
ΑΤΤΙΚΗ	5		2	7
ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	1			
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	3			2
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ				
ΗΠΕΙΡΟΣ				
ΘΕΣΣΑΛΙΑ				
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ				
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1			
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ				
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ				
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ				
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ				
ΚΡΗΤΗ	1			1
ΣΥΝΟΛΟ	11		2	10

Πηγή: ΥΥΚΑ

Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΚ): ιδρύονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψ.Υ ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. παρέχουν υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Περιλαμβάνονται υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας, εξειδικευμένες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες, υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργασιοθεραπείας και ειδική διαπαιδαγώγηση, συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες καθώς και ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η φροντίδα παρέχεται μέσω παρεμβάσεων σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, κατ'

οίκον επισκέψεων, κοινοτικών δράσεων. Σημαντικό είναι το έργο του ΙΚ στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης μέσα από τον συντονισμό και την οργάνωση, σε συνεργασία με άλλους τοπικούς (όπως για παράδειγμα σχολεία, συλλόγους εκπαιδευτικών, κτλ), δράσεις στον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας, της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ιατροπαιδαγωγικά κέντρα τα οποία λειτουργούν στα κέντρα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα που λειτουργούν στη χώρα είναι τα εξής: του Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο» (Κρήτη), του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (4 κέντρα στην Αττική), του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής (2 κέντρα σε Αθήνα και Πειραιά), του Γ.Ν. «Ευαγγελισμός» (Αθήνα), του Γ.Ν «Παπανικολάου» (Θεσσαλονίκη) και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Θεσσαλονίκη). Φαίνεται λοιπόν, ότι 10 από τις 13 περιφέρειες της χώρας δεν διαθέτουν υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους. Ενώ ακόμα και σε περιφέρειες όπως η Κρήτη στις οποίες λειτουργούν Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα δεν επαρκούν για τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν.

Διάγραμμα Ε6: Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα ανά Περιφέρεια

Πηγή: ΥΥΚΑ

Συνοπτικά οι υπηρεσίες και οι δομές ψυχικής υγείας που περιγράφτηκαν προηγουμένως αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας Ε9: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΤΤΙΚΗ	ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	ΚΡΗΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	2		1											3
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά-Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	8	3	7	1	2	2		1			1	2	3	30
Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων	5	1	3					1					1	11
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	9	5	5		1	2	1`	2	2	2	1		4	34
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**	7		2										1	10
Κινητές Μονάδες		5	1	1	1	4	2	2	1	2	2	4	2	27
Κέντρα Ημέρας	21	1	5		1	2	2		1	1	1	1	4	40
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	152	15	83	2	23	26	12	17	21	27	2	26	24	430
Ξενώνες	31	1	10	1	8	5	2	6	3	9	1	2	9	88
Οικοτροφεία	51	6	14	1	4	9	7	2	9	7			6	116
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	70	8	59		11	12	3	9	9	11	1	24	9	226
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	26	2	13	2	5	6	3	7	10	7	1	13	7	102
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	3		3			1						1	1	9
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών														0
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών														0
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί-Κοι.Σ.Π.Ε.	7		2		1	1	2	1	1		1	1	1	18
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά	2													2
Κατ' οίκον Νοσηλεία													1	1

*Περιλαμβάνει τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που βρίσκονται σε πλήρη λειτουργία. Επιπλέον λειτουργεί και το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αιγινήτειο το οποίο δεν διαθέτει τμήμα χρονίων ασθενών

**Πηγή: ΥΥΚΑ

Πηγή: Παράρτημα «Δομές ανά Το.Ψ.Υ»

Ε.3. Δράσεις Ευαισθητοποίησης

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου αποτελούν δυο βασικές κατευθύνσεις τις μεταρρυθμιστικής πολιτικής.

Ως προς την πρώτη θεματική, τις ενέργειες και δράσεις για την ενημέρωση, πρόληψη για τις ψυχικές νόσους και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, δεν υπάρχει εθνικά συντονισμένο πρόγραμμα. Ωστόσο υπάρχουν προγράμματα που υλοποιούνται από μονάδες ψυχικής υγείας και διάφορους άλλους φορείς (Υπουργείο Παιδείας, Ακαδημαϊκά Ινστιτούτα κτλ) χωρίς όμως να υπάρχει κάποιος συντονισμός ή συνέχεια στις δράσεις αυτές (Jané-Llopis & Anderson, 2006). Σύμφωνα με τη ισχύουσα νομοθεσία, μεταξύ των αρμοδιοτήτων σχεδόν όλων των μονάδων ψυχικής υγείας περιλαμβάνονται και οι δράσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας της κοινότητας στην οποία δρουν οι μονάδες αυτές.

Αναφορικά με την καταπολέμηση του στίγματος, κατά τη δεύτερη φάση του Ψυχαργώς η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης εξέδωσε (2004) ένα εγχειρίδιο με τίτλο «Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης & καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο». Το εγχειρίδιο αποτέλεσε τη βάση για τους στόχους, τις ενέργειες και τις μεθόδους υλοποίησης που θα αναλάμβαναν να πραγματοποιήσουν οι φορείς. Επιπλέον πραγματοποιούνται δράσεις με στόχο τη μείωση του στίγματος, όπως η καμπάνια του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας «Αντι-Στίγμα».

Δράσεις ευαισθητοποίησης του κοινού, συμπεριλαμβανομένων διαφόρων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, πραγματοποιούνται σε διάφορες περιοχές της χώρας, όπως για παράδειγμα στις Κυκλάδες, Πελοπόννησο και αλλού.

Πίνακας Ε10: Ενδεικτικές Δράσεις Ευαισθητοποίησης

ΦΟΡΕΑΣ	ΕΙΔΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ	ΕΤΟΣ
Οικοτροφείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	Τρίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		Β' φάση
	Πρόσκληση εγκαινίων		2007
Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Ξενώνας «ΞΑΣΤΕΡΙΑ»)	Δίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		2007
	Αφίσα		2007
	Πρόσκληση εκδήλωσης		2007
Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων	Τρίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		2006
Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Οικοτροφείο «ΕΠΑΝΟΔΟΣ»)	Δίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		2007
	Mouse pad		Β' φάση
	Αφίσα εκδήλωσης		2007
	Έντυπο εκδήλωσης		2007
Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Ξενώνας «ΑΝΑΤΟΛΗ»)	Δίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		2007
Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων (Κέντρο ημέρας για ψυχολογική στήριξη ατόμων με ογκολογικά νοσήματα)	Ενημερωτικό έντυπο	1. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Προσαρμοσμένων Δραστηριοτήτων 2. Ο Αθλητικός Οργανισμός Δήμου Περιστερίου 3. Η Μονάδα Ψυχικής Υγείας	Β' φάση
	Πινακίδα		Β' φάση
	Ημερολόγιο		2008
Ινστιτούτο Έρευνας – Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών "ALZHEIMER"	Τρίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		Β' φάση
Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ΣΥΝΘΕΣΗ	Τρίπτυχο ενημερωτικό φυλλάδιο		Β' φάση
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Αφίσα		2007
Ελληνική Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Αποκατάστασης και Κοινοτικής Μέριμνας	Πρόσκληση ημερίδας		Β' φάση
	Φάκελος πρόσκλησης		Β' φάση
Ανάπτυξη του Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου για την Αντιμετώπιση του Κοινωνικού Αποκλεισμού η «ΚΛΙΜΑΚΑ»	Έντυπο για την παγκόσμια ημέρα ψυχικής υγείας		Β' φάση
Οικοτροφείο «ΑΙΑΝΤΑΣ»	Έντυπο για την παγκόσμια ημέρα ψυχικής υγείας		Β' φάση
Ψυχογηριατρική Εταιρεία ο «ΝΕΣΤΩΡ»	Τριμηνιαίο περιοδικό Τεύχος 8°		Β' φάση
	Τριμηνιαίο περιοδικό Τεύχος 11°		2007
	Τριμηνιαίο περιοδικό Τεύχος 12°		2007
	Τριμηνιαίο περιοδικό Τεύχος 13°		2007
	Τριμηνιαίο περιοδικό Τεύχος 14°		2007
ΚΕΚ Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας	Καμπάνια Ενημέρωσης για το Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων του		2008
	Καμπάνια Ενημέρωσης για τη Ψυχική Υγεία με την Αρωγή του Συνεταιρισμού Ραδιοταξί Λάρισας		2008
	5° Νέο Εξειδικευμένο Πρόγραμμα κατάρτισης από το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας		
Οικοτροφεία Φιντίας & Δάμων	Πρόσκληση - Αφίσα		2008
Ψ.Ν.Α	Γκρεμίζοντας τα τείχη – Χτίζοντας γέφυρες		2009
Οικοτροφείο ΕΡΑΤΩ	Το «ΕΡΑΤΩ» μέσα από τα μάτια των παιδιών		Β΄ φάση
Κέντρο Ημέρας ΙΡΙΣ – Εταιρία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων	Πρόσκληση		2008
Κέντρο Εναλλακτικής Απασχόλησης και Θεραπευτικών Δράσεων «ΔΙΑΔΡΟΜΗ»	Πρόσκληση		Β' φάση
Πανελλήνια Ενωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανένταξη	4η Πολιτιστική Συνάντηση με τίτλο "Ο άλλος δίπλα μου" 21		2008
"Εδρα" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων	ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ - Συμμετοχή "ΕΔΡΑΣ" στις εορταστικές		2008
	2ο Μπαζάρ Φιλανθρωπικής Ενίσχυσης της		2008
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	«Εκπαίδευση Επιστημονικά Υπευθύνων, συντονιστών και στελεχών στην Διοίκηση Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης»		Β' φάση

Το 2008 η κοινοπραξία «ΕΠΙΟΝΗ» πραγματοποίησε μια σειρά δράσεων στο πλαίσιο του έργου «Προσδιορισμός Επικοινωνιακής Στρατηγικής και Εφαρμογή Επικοινωνιακού Σχεδίου Δράσης του Επιχειρησιακού Προγράμματος 'ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2008'». Το έργο συγχρηματοδοτούνταν από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%, στα πλαίσια της Τεχνικής Βοήθειας του ΕΠ Υγεία-Πρόνοια 2000-2008. Μεταξύ των δράσεων που πραγματοποιηθήκαν, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον

Άξονα 2 του Ε.Π λόγω της βαρύτητας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η διάρκεια υλοποίησης των ενεργειών ήταν από 20.07.2007 έως 22.12.2008. Στο διάστημα αυτό, οι δράσεις για τη ψυχική υγεία αφορούσαν, ενδεικτικά:

(α) Επίσκεψη δημοσιογράφων στην Κέρκυρα και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με αποτέλεσμα: 7 δημοσιεύματα σε εφημερίδες πανελλήνιας κυκλοφορίας, 1 πρωτοσέλιδο σε εφημερίδα πανελλήνιας κυκλοφορίας, ραδιοφωνική κάλυψη με 2 αναφορές του θέματος σε εκπομπές και δελτία ειδήσεων, τηλεοπτική κάλυψη με ρεπορτάζ.

(β) δημιουργία Κινητής Μονάδας Ενημέρωσης για τη σημασία της επανένταξης και της αποασυλοποίησης. Η μονάδα ενημέρωσης στήθηκε σε κεντρικά σημεία της Αθήνας και σε 4 ακόμη μεγάλες πόλεις της Ελλάδος (Θεσσαλονίκη, Κατερίνη, Τρίπολη, Ηράκλειο Κρήτης).

(γ) εστάλη στα πανελλαδικά και τοπικά μέσα αναλυτικό δελτίο τύπου

(δ) δημιουργία τηλεοπτικού μηνύματος που αφορά στον άξονα 2, στο οποίο υπογραμμίζονταν το ενδιαφέρον του επιχειρησιακού προγράμματος για την επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

(ε) δημιουργία ραδιοφωνικού spot: Προτάθηκε και υλοποιήθηκε η δημιουργία δύο ραδιοφωνικών σποτ, το ένα για την Υγεία και το άλλο για την Ψυχική Υγεία

Ε.4. Συλλογική εκπροσώπηση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στη διάρκεια του δεκαετούς προγράμματος Ψυχαργώς αυξήθηκε η εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τη δημιουργία σχετικών συλλόγων και σωματείων (ψυχικά ασθενών/ φίλων / οικογενειών ψυχικά ασθενών). Οι στόχοι και οι δράσεις που αναπτύσσουν οι σύλλογοι αυτοί αφορούν στην πλειοψηφία τους την προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Αν και κάθε σωματείο παρουσιάζει διαφορετικό πεδίο δράσεων, ωστόσο υπάρχουν κάποιες κοινές κατευθύνσεις και αρχές, όπως:

1. Η ψυχοκοινωνική στήριξη των μελών του, η ενσωμάτωσή τους και η επαγγελματική τους ένταξη.
2. Η διάδοση, υπεράσπιση και ανάπτυξη των αρχών, που αναγνωρίζουν στους ανθρώπους δικαιώματα και ελευθερίες.
3. Η συμβολή στην πρόληψη και τον περιορισμό των παραβιάσεων, η διασφάλιση του δικαίου, ο προσδιορισμός των δικαιωμάτων και η εκπαίδευση των μελών στην ανάπτυξη επιχειρήματος.

4. Η καταπολέμηση του στίγματος των ψυχικών διαταραχών και του κοινωνικού αποκλεισμού και η διαμόρφωση νέων κοινωνικών αντιλήψεων και στάσεων.
5. Η ενίσχυση των διαδικασιών κοινοτικού προσανατολισμού της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας με έμφαση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την Τομεοποίηση και την δικτύωση των υπηρεσιών.
6. Η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχική νόσο, σε επίπεδο κατοικίας, συνθηκών εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας κ.ά. με επιδίωξη την εξατομίκευση.
7. Η βελτίωση της κοινωνικής ευαισθησίας απέναντι στην ψυχική νόσο καθώς και η καταπολέμηση του στίγματος που ο ίδιος ο ασθενής φέρει για τον εαυτό του.
8. Η παροχή κάθε δυνατής υποστήριξης στα μέλη του και η δραστηριοποίηση στην διεκδίκηση των συμφερόντων τους μέσα στα εργασιακά και γενικότερα κοινωνικά τους πλαίσια.
9. Η συμμετοχή του Σωματείου σε δίκτυα εθελοντισμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
10. Η προώθηση συνεργασιών με παρόμοιους Συλλόγους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και η δυνατότητα παρέμβασης ή επιρροής διαφοροποιείται μεταξύ των σωματείων, ωστόσο η δράση και ο ρόλος τους έχει αναγνωριστεί.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες από τις οργανώσεις χρηστών:

- Σωματείο προάσπισης των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχική νόσο και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας «**Αλκυονίδες**»: δημιουργήθηκε από επαγγελματίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α). Τα μέλη του σωματείου (136) στην πλειοψηφία τους είναι χρήστες ή πρώην χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Σωματείο χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας «**Αυτοεκπροσώπηση**»: είναι ένα σωματείο που αποτελείται αποκλειστικά από λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας λειτουργεί εδώ και ένα χρόνο περίπου και έχει ως σκοπό την ψυχοκοινωνική επανένταξη καθώς και την ισότιμη επαγγελματική αποκατάσταση με όρους κοινωνικής ισότητας. Το σωματείο δεν στηρίζεται σε συγγενικά πρόσωπα ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή επαγγελματίες του χώρου της ψυχ. υγ. αλλά χαρακτηρίζεται από την ανεξάρτητη και αυτόνομη δράση του σε θέματα που αφορούν τα άτομα με ψυχικές δυσκολίες.
- Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η **Αναγέννηση**»: δημιουργήθηκε το 1984 από άτομα με ψυχικές διαταραχές, που ήταν χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ήταν το πρώτο σωματείο ατόμων με ψυχικές διαταραχές που συμμετείχαν στα πιλοτικά

προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Έντονη δράση πραγματοποιούν και σύλλογοι οικογενειών/φίλων των ασθενών, όπως για παράδειγμα:

Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΠΟΣΟΨΥ): είναι η Δευτεροβάθμια Οργάνωση των Συλλόγων Οικογενειών που δραστηριοποιείται για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική ασθένεια και των οικογενειών τους. Ιδρύθηκε το 2002 και αποτελείται από μέλη οργανωμένα σε τοπικές οργανώσεις πανελλαδικά και διοικείται από το εκλεγμένο Γενικό Συμβούλιο και την Εκτελεστική Επιτροπή (http://www.posopsi.org). Σκοποί της ΠΟΣΟΨΥ είναι:

- Προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική ασθένεια και των οικογενειών τους. Βελτίωση της καθημερινής τους ζωής.
- Προαγωγή εξατομικευμένης φροντίδας και αποκατάστασης. Ίση αντιμετώπιση, ίσες ευκαιρίες και κοινωνική αποδοχή των ανθρώπων αυτών και των οικογενειών τους.
- Εξάλειψη των προκαταλήψεων, των διακρίσεων και του στίγματος. Υπεύθυνη και έγκυρη ενημέρωση για την ψυχική διαταραχή και την αντιμετώπισή της.

Σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο οι κατά τόπους οργανώσεις της ΠΟΣΟΨΥ αποτελούν σημείο συνάντησης και αλληλοϋποστήριξης των οικογενειών και δρουν ως ομάδες πίεσης σε τοπικό πολιτικό επίπεδο. Σε Εθνικό επίπεδο η Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ. προσπαθεί να επηρεάσει τα κέντρα λήψης αποφάσεων και να προωθήσει θέματα που αφορούν τα άτομα με ψυχική ασθένεια και τις οικογένειές τους προς τις δημόσιες αρχές, υποβάλλει προτάσεις για νομοθετικές ρυθμίσεις, οργανώνει, συντονίζει συναντήσεις και εκπαιδευτικές δραστηριότητες για όλα της τα μέλη, συμμετέχει ενεργά σε συνέδρια και ημερίδες για την ψυχική υγεία Πανελλαδικά. Συμμετέχει στην ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Σύλλογος Φίλων Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης: Μέσα από εθελοντική προσφορά των μελών του ο σύλλογος Φίλων του Ψυχιατρείου από το 1981 που ιδρύθηκε, στοχεύει κύρια στην προώθηση θεμάτων ψυχικής υγείας στην κοινότητα: συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, στην πρόληψη, υποστηρίζει ηθικά, οικονομικά - σε ειδικές περιπτώσεις - ψυχοκοινωνικά άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειες τους στα βήματα για την κοινωνική τους επανένταξη. Η πρόκληση - πρόσκληση του συλλόγου είναι να αποβάλλει η Κοινότητα την κοινωνική προκατάληψη, την απόρριψη, το στίγμα, να συμπαρασταθεί, να ενημερώσει.

Κίνηση Αδερφών Ατόμων με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας - ΚΙΝ.Α.Ψ.Υ.: Ο Σύλλογος ΚΙΝ.Α.Ψ.Υ. (Κίνηση Αδερφών Ατόμων με προβλήματα Ψυχικής Υγείας) ιδρύθηκε το 2008 και είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Φορέων Ιδιωτικού Τομέα

Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας καθώς και στο Ειδικό Μητρώο Εθελοντικών - Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.

Με την Υπ αριθμ. 7541 Απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών αναγνωρίστηκε το καταστατικό του σωματείου Κίνηση Αδερφών ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που εδρεύει στην Αθήνα, διοικείται από 5μελές Δ.Σ, και αριθμεί 100 μέλη.

Η ΚΙΝ.Α.ΨΥ παρέχει μηνιαία ομαδική ψυχολογική στήριξη στα αδέλφια ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα μέλη της προωθούν την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των αδελφών τους, μέσα από την διασύνδεση με τα Κέντρα Ημέρας και τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς. Διεκδικούν λύσεις από το υπουργείο Υγείας, και καλύτερες συνθήκες περίθαλψης στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Στόχος τους είναι η δημιουργία Κέντρου Ημέρας που θα απευθύνεται στα Αδέρφια Ατόμων με Πρόβλημα Ψυχικής Υγείας.

Ε.5. Εκπαίδευση-Κατάρτιση

Βασικός άξονας της μεταρρύθμισης αποτέλεσε η εκπαίδευση του προσωπικού που θα στελέχωνε τις νέες δομές. Η κατάρτιση σε νέα μοντέλα φροντίδας αλλά και η αλλαγή της κουλτούρας που είχε διαμορφωθεί στα άσυλα υπήρξαν σημαντικοί στόχοι του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» και του Ψυχαργώς.

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 153 προγράμματα κατάρτισης από τα 195 που είχαν ενταχτεί στον προϋπολογισμό του Μέτρου 2.4. Οι ενέργειες εκπαίδευσης υλοποιηθήκαν από τους εξής 22 φορείς:

Πίνακας Ε11: Φορείς Υλοποίησης Δράσεων Κατάρτισης

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ
1	ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
2	Ψ.Ν.Α. - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
3	ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
4	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
5	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ
6	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΑΙΕΥΤ. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"
7	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣ/ΚΗΣ
8	ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ
9	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
10	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
11	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
13	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
14	ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ "Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ"
15	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
16	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"
17	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
18	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΣΩΤΗΡΙΑ»
19	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕΩΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ (ΟΑΕΔ)
20	ΤΖΑΝΕΙΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
21	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ ΘΕΣ/ΚΗΣ
22	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

Το 2003 πραγματοποιήθηκε η ενδιάμεση αξιολόγηση του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006» από τους συμβούλους αξιολόγησης «ΣΥΝΘΕΣΙΣ Α.Ε» και «VFA Ε.Π.Ε». Η έκθεση που προέκυψε από την αξιολόγηση αυτή κατατέθηκε στην Διαχειριστική Αρχή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ως προς την κατάρτιση προσωπικού, οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν 1.047 άτομα σε όλη τη χώρα. Από τα στοιχεία των προγραμμάτων που ολοκληρώθηκαν, μέχρι την 30/6/2003 καταρτίστηκαν 664 άτομα, ενώ έως την 31/8/2003 είχαν καταρτιστεί 714 άτομα.

Πίνακας Ε12: Ποσοστά Καταρτιζόμενων ως το 2005

	Μονάδα μέτρησης	Τιμή Στόχος	Αποτελέσματα έως 30/6/05	% Επίτευξης στόχου έως 30/6/05
Καταρτιζόμενοι εργαζόμενοι του τομέα ψυχικής υγείας	άτομα	3.000	1.781	59,37%

Πηγή: Βάση δεδομένων Συμβούλου Ενημέρωσης Ενδιάμεσης Αξιολόγησης

Η τελευταία αξιολόγηση του «Ψυχαργώς» πραγματοποιήθηκε για την διετία 2006-2008 από την εταιρεία «ΜΕΘΟΔΟΙ Α.Ε». Τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με το Μέτρο 2.4 που αφορούσε στην κατάρτιση, ήταν τα εξής: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 845.200 ανθρωποώρες κατάρτισης σε όλη τη χώρα και αφορούσαν την κατάρτιση προσωπικού, το οποίο στελεχώνει τις δομές αποασυλοποίησης και τις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. Στο σύνολο των επωφελούμενων διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία είναι γυναίκες (75,5%). Ως προς τους δείκτες που αφορούν στους καταρτιζόμενους εργαζόμενους του τομέα ψυχικής υγείας, ο στόχος του 2006 έχει καλυφθεί σε ποσοστό 96,77% και αντιστοιχεί σε 3000 εργαζομένους του τομέα ψυχικής υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι **για την απασχόληση του προσωπικού στις νέες δομές που δημιουργήθηκαν την τελευταία δεκαετία, ήταν απαραίτητη η προηγούμενη παρακολούθηση εξειδικευμένου προγράμματος θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης σε άλλες δομές** που ήδη είχε ήδη ξεκινήσει η λειτουργία τους. Επιπλέον υπήρχε η δυνατότητα συμμετοχής σε εκπαιδευτική επίσκεψη σε δομές του εξωτερικού προκειμένου να αποκτηθεί εμπειρία σε νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας άλλων χωρών.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται συνοπτικά οι υλοποιημένες δράσεις σε σχέση με τα αποτελέσματα του 2006 (Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Ετήσια Έκθεση 2008):

Πίνακας Ε13: Υλοποιημένες Δράσεις Κατάρτισης – Επίτευξης Στόχων 2008

Α	ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ	Μονάδα	ΣΤΟΧΟΣ 2006	ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΤΟΧΟΥ 31/12/08	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΣΤΟΧΟΥ
1	Κατάρτιση προσωπικού ψυχικής υγείας	Άτομα	3.100	3.596	116%
2	Ωφελούμενοι από ενέργειες απόκτησης επαγγελματικής εμπειρίας	Πλήθος	700	900	129%
Β	**ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**				
1	Κατάρτιση του προσωπικού (υπάρχοντος και νεοπροσλαμβανόμενου) των νέων δομών	Ποσοστό	100%	100%	100%
2	Θέσεις εργασίας που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια υλοποίησης του έργου	Ισοδυν. ανθρ/ετη 12μ διάρκειας	250	477	191%

Επιπλέον, εκπαιδευτικό έργο παρέχεται από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, είτε μεμονωμένα είτε μέσω δικτύων, όπως το «ΑΡΓΩΣ». Το δίκτυο αυτό είναι αναγνωρισμένο κατά το Νόμο ως Ένωση Νομικών Προσώπων και έχει ως μέλη 36 Μη Κυβερνητικές και μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεις (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) που αναπτύσσουν με ευθύνη τους και ανάθεση και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 160 μονάδες ψυχικής υγείας, δηλαδή την πλειοψηφία των δομών που έχουν δημιουργηθεί από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις στην Ελλάδα στο πλαίσιο του Ψυχαργώς και του κανονισμού 815/84. Απασχολούν εκπαιδευμένο προσωπικό διάφορων κλάδων και έμπειρο επιστημονικό προσωπικό που αριθμεί περίπου σε 2500 άτομα, φιλοξενούν περίπου 1500 ασθενείς και παρέχουν υπηρεσίες ημερησίως σε 5000 άτομα στην κοινότητα.

Ε.6.Πρότυπα Ποιότητας Λειτουργίας & Διαδικασίες Επίβλεψης Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Οι διαδικασίες έλεγχου, παρακολούθησης και διασφάλισης της ποιότητας λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελούν αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιπλέον, η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην επίβλεψη και αξιολόγηση για το διάστημα (12 ή 18 μήνες) για το οποίο επιχορηγούνται οι μονάδες που έχουν υλοποιηθεί μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια». Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σημαντική δράση πραγματοποιείται από μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως είναι οι Σύλλογοι Χρηστών των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας καθώς επίσης και Ειδικές Επιτροπές.

Ε.6.1. Διαδικασίες στο Υπουργείο Υγείας

Η οργανωτική, διοικητική και οικονομική επίβλεψη του συστήματος ψυχικής υγείας αποτελεί αποκλειστική αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία υποστηρίζεται από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας της περιοχής λειτουργίας της εκάστοτε μονάδας. Πιο αναλυτικά οι δράσεις της Διεύθυνσης διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες που αφορούν την ίδρυση των μονάδων ψυχικής υγείας, τα πρότυπα ποιότητας και λειτουργίας τους και την παρακολούθηση και την αξιολόγηση τους.

Ι. ΙΔΡΥΣΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρώτη κατηγορία αφορά την ίδρυση οποιασδήποτε Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα, η οποία προϋποθέτει την απόφαση σκοπιμότητας και την αδειοδότηση από το Υπουργείο Υγείας, μετά από γνωμοδότηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας της περιοχής στην οποία πρόκειται να λειτουργήσει η Μονάδα. Κριτήρια για την έγκριση σκοπιμότητας αποτελούν (Υ.Α. Υ5β/οικ.1962: ΦΕΚ 1268/19-10-2000):

1. Τα πληθυσμιακά και επιδημιολογικά στοιχεία της περιοχής ίδρυσης της προτεινόμενης μονάδας από τα οποία να προκύπτουν οι ανάγκες της περιοχής σε μονάδες ψυχικής υγείας
2. Η υπάρχουσα υποδομή στην περιοχή
3. Η ένταξη της μονάδας στον γενικότερο σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη υπηρεσιών στη συγκεκριμένη περιοχή

4. Η δυνατότητα λειτουργικής διασύνδεσης της μονάδας με τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Για την λειτουργία της Μονάδας απαιτείται επίσης επιπλέον άδεια από το Υπουργείο Υγείας, η οποία εκδίδεται εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Αναλυτική περιγραφή των στόχων, του προγράμματος και τα μέσα για την υλοποίηση αυτών
- Ορισμός του Επιστημονικού Συμβούλου
- Καθορισμός της σύνθεσης του προσωπικού
- Εξασφάλιση της κτιριακής υποδομής
- Αναλυτική περιγραφή των οικονομικών πόρων και των πηγών χρηματοδότησης της μονάδας

ΙΙ. ΠΡΟΤΥΠΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη δεύτερη κατηγορία εμπίπτει ο καθορισμός των προτύπων ποιότητας και λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι σχετικοί νόμοι καθορίζουν με σαφήνεια το λειτουργικό ρόλο των επιμέρους υπηρεσιών, τον τρόπο λειτουργίας και διασύνδεσης τους, τη σύνθεση του προσωπικού, λαμβάνοντας υπόψη τις διεθνείς κατευθύνσεις και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, όπως:

- Τη Συναινετική Διακήρυξη για τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ΠΟΥ/WAPR 1996
- Το ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνόδου του ΟΗΕ (17/12/1991) σχετικά με τις αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχικές νοσήματα και τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- Την έκδοση του ΠΟΥ για την βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ελληνική έκδοση: ΥΥΚΑ, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, το κανονιστικό πλαίσιο με το οποίο διασφαλίζεται η ποιότητα της λειτουργίας των **μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης** είναι το παρακάτω:

Ν. 2716/99: ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. σύμφωνα με τον οποίο ορίζονται οι σκοποί και οι βασικές αρχές λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας (βλέπε: ενότητα Γ2).

Υ.Α. Α3α/οικ. 876 (ΦΕΚ 661/Β/23.05.2000): Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία,

Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του Ν. 2716/99. Βασικές συνιστώσες της απόφασης αυτής ήταν:

- Λειτουργική διασύνδεση της μονάδας με άλλες υπηρεσίες του Τομέα
- Οι ξενώνες διαχωρίζονται βάσει της διάρκειας παραμονής σε αυτούς σε: βραχείας (8 μήνες), μέσης (20 μήνες) και μακράς (36 μήνες)
- Τα οικοτροφεία διαφοροποιούνται βάσει της ηλικίας των ενοίκων σε: νέων (19-30 ετών), ενηλίκων (31-55 ετών) και ηλικιωμένων (άνω των 56)
- Οι μονάδες αποκατάστασης στοχεύουν στην διαρκή βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας των ενοίκων μέσω αντίστοιχων δραστηριοτήτων
- Η στελέχωση των μονάδων εξαρτάται από την χρονική φάση της λειτουργίας της εκάστοτε μονάδας, το βαθμό υποστήριξης και τη λειτουργικότητα των ενοίκων.
- Η κάθε μονάδα καταρτίζει έναν εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας εντός 6 μηνών από την έναρξη λειτουργίας της, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και εγκρίνεται από τον Υπουργό.

Στην απόφαση αυτή επίσης περιλαμβάνονται:

- Ο αριθμός των ασθενών, ο χρόνος παραμονής τους, ο βαθμός υποστήριξης, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, η σύσταση και αριθμός του προσωπικού, οι ελάχιστες χωροταξικές προδιαγραφές και η υλικοτεχνική υποδομή και τέλος η οικονομική και διοικητική διαχείριση.
- η σύσταση και οι αρμοδιότητες της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, η οποία απαρτίζεται από το σύνολο του προσωπικού της εκάστοτε μονάδας και έχει ως κύριο έργο της τον σχεδιασμό και την υλοποίηση όλων των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

ΔΥ8/Β/οικ 70071/30-6-2004: απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις προδιαγραφές των κτιρίων στα οποία είναι εγκατεστημένες οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Αναφορικά με τη οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εκτός από τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει εκδώσει οδηγούς οργάνωσης της λειτουργίας των ιατροπαιδαγωγικών κέντρων και των κινητών μονάδων. Οι οδηγοί αυτοί συντάχτηκαν από τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης της Β' φάσης Ψυχαργώς (το 2004 για τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και το 2005 για τις κινητές μονάδες).

Σύμφωνα με τον **οδηγό για τις Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας**[7] : Ορίζεται ότι οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας κατ' οίκον σε Το.Ψ.Υ που η γεωγραφική τους έκταση ή οικιστική τους διασπορά δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και σε όμορους Το.Ψ.Υ όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βασικό στόχος των ΚΜΨΥ είναι η πρόληψη των υποτροπών και η μείωση των νοσηλειών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η ΚΜΨΥ απευθύνεται κατ' αρχή σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και/ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται επίσης στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους εκπαιδευτικούς και τις τοπικές αρχές. Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι κινητές μονάδες περιλαμβάνουν:

- συστηματική καταγραφή δεδομένων σχετικά με: υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας (ΕΣΥ, μέσω της Τ.Α., ΝΠΙΔ, ιδιωτικές), δομές πρόνοιας – κοινωνικές υπηρεσίες, ψυχιατρική νοσηρότητα (μέσω επιδημιολογικών ερευνών επικράτησης και ψυχοκοινωνικών συνεπειών των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες πληθυσμών (π.χ. μαθητές, ηλικιωμένοι), νοσηρότητα βασικών σωματικών ασθενειών (όπως ανωτέρω), κοινωνικο – οικονομικά στοιχεία (πληθυσμός, ηλικιακή διαστρωμάτωση, ετήσιο εισόδημα, κύριες επαγγελματικές κατηγορίες, ποσοστά ανεργίας κλπ).
- παροχή κλινικών υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων, ομάδων πληθυσμών με ειδικά αιτήματα ή χαρακτηριστικά σε επίπεδο ατόμου ή/και οικογένειας, βάση των αρχών του Case Management (συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, διαγνωστικές εκτιμήσεις, λογοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις). Επίσης παρέχει και υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων, κατ΄ οίκον νοσηλείες σε συνεργασία και με άλλους φορείς, ενώ προβαίνει και σε δράσεις Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης σε συνεργασία με το τοπικό δίκτυο φορέων υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας.
- διασύνδεση με την Π.Φ.Υ. παρέχοντας συνεχή εκπαίδευση και στήριξη στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τους γενικούς ιατρούς, διασφαλίζοντας μια διαρκή συνεργασία. Οι σχετικές δράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τη δημιουργία οργανωμένου συστήματος παραπομπών (με τη χρήση εντύπων) περιστατικών από τους γενικούς ιατρούς στην Κινητή Μονάδα και αντίστροφα, την εκπαίδευση των γενικών ιατρών σε θέματα αναγνώρισης/διάγνωσης και αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών, την καθιέρωση τακτικών συναντήσεων στις ομάδων επαγγελματιών που

[7] Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/bibliothiki/odigoi-2013-egcheiridia/odigos-organosis-kai-leitoyrgias-kentroy-psychikis-ygeias

εργάζονται στην ΠΦΥ και στις ΚΜΨΥ με στόχο την ενημέρωση και τη διάχυση πληροφοριών.

Σύμφωνα με τον **οδηγό για τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα**[8]: Ορίζεται ότι το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο (ΙΠΚ), ποιους σκοπούς επιδιώκει, με ποιους τρόπους προσπαθεί να επιτύχει τους σκοπούς του, σε ποιους απευθύνεται, τι υπηρεσίες παρέχει, ποιοί εργάζονται σε αυτό, ποιός ο ρόλος των επαγγελματιών στο πλαίσιο της πολυκλαδικής ομάδας, ποιά είναι τα πρώτα βήματα από την έναρξη λειτουργίας, οργάνωση παραπομπών, οργάνωση της πολυκλαδικής ομάδας. Επίσης βήματα για το «άνοιγμα» στην κοινότητα: ενημέρωση για τη λειτουργία του ΙΠΚ και των παρεχόμενων υπηρεσιών, κινητοποίηση κοινοτικών πόρων, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες και φορείς (εκπαίδευσης, πρόνοιας, κλπ). Πιο συγκεκριμένα το ΙΠΚ υποδέχεται το Παιδί και την Οικογένεια στην πρώτη του επαφή με Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και αναλύει το αίτημα, θέτει τις θεραπευτικές ενδείξεις και προσανατολίζει την οικογένεια προς τις πιο εξειδικευμένες δομές που διαθέτει ο Τομέας, σε περίπτωση που απαιτείται παραπομπή. Έρχεται σε επικοινωνία με όλους τους φορείς που έχουν σχέση με την παιδική και εφηβική ηλικία, ενημερώνει και εφαρμόζει πολιτικές για την ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου. Συντονίζει της δράσεις του Το.Ψ.Υ.Π.Ε και οργανώνει διάφορες δραστηριότητες όπως πρόληψης, διαγνωστικές, θεραπευτικές και παρεμβάσεις στο σπίτι. Το ΙΠΚ παρέχει δευτεροβάθμια περίθαλψη σε παιδιά και εφήβους, ηλικίας 0 μέχρι 18 ετών, με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικά προβλήματα και στις οικογένειές τους. Στο ΙΠΚ μπορεί να απευθύνεται κάθε κάτοικος ή φορέας της περιοχής του αντίστοιχου τομέα για οποιοδήποτε θέμα που άπτεται της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου.

ΙΙΙ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η τρίτη κατηγορία αφορά στην παρακολούθηση και αξιολόγηση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, η οποία πραγματοποιείται σε δυο επίπεδα (ΦΕΚ 1268/19-10-2000):

α. Στο πρώτο επίπεδο, υπεύθυνη για την επίβλεψη, την τήρηση των όρων και υποχρεώσεων λειτουργίας της Μονάδας είναι η αρμόδια Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας. Στην αξιολόγηση λαμβάνονται υπόψη: ο βαθμός επίτευξης των στόχων, ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών, η λειτουργική διασύνδεση της μονάδας με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και με κοινοτικούς φορείς, η τήρηση των κανόνων του Π.Ο.Υ (WHO/MNH/MND/96.2) αναφορικά με τη ποιότητα ζωής των ασθενών.

β. Σε δεύτερο επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας συγκροτεί επιτροπή εξωτερικών εμπειρογνωμόνων εξειδικευμένων στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής

[8] Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/bibliothiki/odigoi-2013-egcheiridia/odigos-organosis-kai-leitoyrgias-iatropaidagogikoy-kentroy

υγείας, προκειμένου να αξιολογηθεί συνολικά το έργο των μονάδων σε όλη τη χώρα.

Επιπλέον και σε εναρμόνιση με τις διεθνείς πρακτικές, ο έλεγχος και εποπτεία των μονάδων ψυχικής υγείας πραγματοποιείται και με κριτήριο τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί η **Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές**, η οποία υπάγεται στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (άρθρο 2 παράγραφος 1 Ν. 2716/1999 ΦΕΚ 96 Α'). Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτελείται από 9 μέλη, διαφορετικών ειδικοτήτων (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικούς, εκπροσώπους συλλόγων χρηστών). Τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής. Βασικές αρμοδιότητες της Επιτροπής είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (βλέπε: Γ.1.2.4).

Επιπλέον το 2005 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ανέλαβε τη πρωτοβουλία να ικανοποιήσει την ανάγκη καθιέρωσης διαδικασίας αξιολόγησης και βελτίωσης ποιότητας στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Πραγματοποιήθηκε ευρεία διαδικασία διαβούλευσης και πιλοτική εφαρμογή στην ΥΠΕ Θεσσαλίας και τελικά εκδόθηκε το 2009 το «Εγχειρίδιο διασφάλισης ποιότητας μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης» (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα). Τα βασικά κριτήρια διασφάλισης ποιότητας της λειτουργίας των δομών αυτών, διακρίνονταν σε 4 κατηγορίες και ήταν τα εξής:

Φυσικό περιβάλλον: τοποθεσία δομής (μέσα στην κοινότητα ή όχι), άδεια λειτουργίας δομής, αριθμός ασθενών που φιλοξενούνται σύμφωνα με τον προβλεπόμενο, χωροταξική διαρρύθμιση (επαρκής και λειτουργικός χώρος για τη διαβίωση των ασθενών), ύπαρξη απαιτούμενου ηλεκτρικού, ηλεκτρονικού και εξοπλισμού διακόσμησης, ασφάλεια χώρου, διασφάλιση προσωπικού χώρου για κάθε ένοικο, εργονομική διαρρύθμιση χώρων, καθαριότητα δομής, επάρκεια εξοπλισμού (κλινοσκεπάσματα κτλ), ύπαρξη αναλώσιμου υλικού πρώτων βοηθειών,

Διοικητικές ρυθμίσεις: ύπαρξη γραπτής πολιτικής για τη φιλοσοφία και το μοντέλο φροντίδας που ακολουθεί, ύπαρξη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, λειτουργία Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας, ύπαρξη γραπτών πολιτικών επί των συνθηκών εργασίας του προσωπικού (πρόγραμμα απασχόλησης προσωπικού, ευδιάκριτη μισθολογική πολίτική κτλ), ύπαρξη εξειδικευμένης περιγραφής των επαγγελματικών ρόλων, καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του απασχολούμενου προσωπικού αντιστοιχεί σε όσα προβλέπονται στην έγκριση σκοπιμότητας της μονάδας, το προσωπικό υπόκειται σε ιατρικές εξετάσεις, ύπαρξη γραπτών κανονισμών για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ενοίκων και του προσωπικού, τήρηση με κατάλληλο τρόπο γραπτών αρχείων για όλους τους ενοίκους, ύπαρξη γραπτών κανόνων που ακολουθούνται σε περίπτωση

επεισοδίου βίας, ύπαρξη γραπτού σχεδίου για την αποτελεσματική διαχείριση περίπτωσης έκτακτης ανάγκης, ύπαρξη γραπτών κανόνων για τη διαχείριση παραπόνων εκ μέρους των ενοίκων και όποιου άλλου έχει έννομο συμφέρον, ύπαρξη γραπτών πειθαρχικών κανόνων σε περίπτωση παράβασης καθήκοντος από μέρους του προσωπικού, τήρηση γραπτών αρχείων για όλο το προσωπικό, αποτροπή του ιδρυματισμού (συμμετοχή ενοίκων σε καθημερινές δραστηριότητες, υποστήριξη της προσωπικής ανάπτυξης κτλ), συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού, εκπαίδευση όλου του προσωπικού στην παροχή πρώτων βοηθειών και στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών των ενοίκων, υποστήριξη προσωπικού για την αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία του

Διαδικασία φροντίδας και αποκατάστασης: ύπαρξη σχεδίου προσέγγισης, επικοινωνίας, προετοιμασίας και δημιουργίας σχέσεων με τους υποψήφιους ενοίκους της και ομαλής ένταξης τους σε αυτή, πλήρης εκτίμηση των ατομικών και κοινωνικών αναγκών και ικανοτήτων των ενοίκων κατά την ένταξη τους, ενθάρρυνση ενοίκων να φέρνουν και να διατηρούν τα προσωπικά τους υπάρχοντα στην μονάδα, οι ένοικοι υπόκεινται σε πλήρη ιατρικό έλεγχο σε τακτικά χρονικά διαστήματα και ανάλογα με την ηλικία και τις ανάγκες τους, συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ενοίκους δείχνει σεβασμό, οι κανόνες συμπεριφοράς των ενοίκων είναι σαφείς, διατυπωμένοι με θετικό τρόπο και περιορίζονται στα ουσιώδη (αποφυγή βίας και ασφάλεια), φροντίδα της προσωπικής υγιεινής των ενοίκων, η διατροφή των ενοίκων καλύπτει τις διατροφικές τους ανάγκες και επιθυμίες, σύνταξη για κάθε ένοικο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος με την ενεργή συμμετοχή του ενοίκου, τα θεραπευτικά προγράμματα ακολουθούνται από όλο το προσωπικό, διεξαγωγή ομαδικών συναντήσεων προσωπικού για τα ατομικά θεραπευτικά προγράμματα, υποστήριξη των ενοίκων για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης στην κοινότητα, ύπαρξη γραπτών κατευθύνσεων σε περίπτωση που ένας ένοικος νοσηλευτεί σε ενδονοσοκομειακή μονάδα για ψυχιατρικούς ή παθολογικούς λόγους, ύπαρξη πολιτικής για τη περίπτωση που ένας ένοικος παρακολουθεί προγράμματα ή λαμβάνει υπηρεσίες άλλων μονάδων ψυχικής υγείας, παροχή δραστηριοτήτων ενδυνάμωσης και αυτονομίας των ενοίκων βάσει των ικανοτήτων τους, προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ενοίκων, μηχανική καθήλωση δεν χρησιμοποιείται όπως ούτε και η απομόνωση, ύπαρξη σχεδίου παροχής στήριξης σε περίπτωση θανάτου ενός ενοίκου, προετοιμασία ενοίκων για έξοδο-μετάβαση σε άλλη δομή, ύπαρξη γραπτής πολιτικής για την αναγνώριση, διαχείριση και πρόληψη μη επιθυμητών συμβάντων

Σχέσεις με οικογένεια, λοιπές μονάδες ψυχικής υγείας και κοινότητα: συγγενείς που επισκέπτονται τους ενοίκους έχουν δυνατότητα να συζητήσουν με ένα μέλος του προσωπικού για τη φροντίδα του ενοίκου, τα μέλη των οικογενειών ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στο ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα του ενοίκου, το προσωπικό της μονάδας υποστηρίζει τα μέλη των οικογενειών που έχουν ανάλογη ανάγκη, η μονάδα διασυνδέεται με τις υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας του Το.Ψ.Υ, δημιουργία σχέσεων με την κοινότητα αποτελεί διαρκή στόχο, η μονάδα διοργανώνει τακτικές διατομεακές επαφές με τις υπηρεσίες υγείας,

κοινωνικής φροντίδας, τοπικής αυτοδιοίκησης, απασχόλησης και δικαιοσύνης της κοινότητας.

Τέλος, σχετικά πρόσφατα (2009), το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξέδωσε το «Νέο Σύστημα Διαχείρισης, Παρακολούθησης και Ελέγχου των Δομών Ψυχικής Υγείας ΝΠΙΔ» για την παρακολούθηση του συστήματος και το οποίο αναφέρεται στις επιλέξιμες δαπάνες, δικαιολογητικά υλοποίησης και πρακτικά δαπανών. Οι επιλέξιμες δαπάνες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: λειτουργίας δομών, συμπληρωματικός εξοπλισμός και προβολή και δημοσιότητα του, προσωπικού και διαβίωσης και ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων ασθενών και ελέγχονται και εγκρίνονται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Οι φορείς ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΝΠΙΔ προκειμένου να χρηματοδοτούνται εγκαίρως παρέχουν στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας τα απαραίτητα έγγραφα σε περιοδική βάση: κάθε μήνα, κάθε τρίμηνο και στο τέλος κάθε έτους. Επιπλέον ασκείται έλεγχος των δομών αυτών για την διασφάλιση της ποιότητας του παρεχόμενου έργου και την ορθή οικονομική διαχείριση, σε τρία επίπεδα:

- Πρωτοβάθμιος έλεγχος ο οποίος διενεργείται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
- Δευτεροβάθμιος έλεγχος που διενεργείται από την ΕΔΟΔΕ (Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού - Διαχειριστικού Ελέγχου), η οποία συνίσταται στη Γενική Γραμματεία Πρόνοιας και αποτελεί μόνιμο πενταμελές συλλογικό όργανο για το διοικητικό, οικονομικό - διαχειριστικό έλεγχο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, που ανήκουν σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος άσκησης του διενεργούμενου ελέγχου από την Επιτροπή και οι σχετικές αρμοδιότητες αυτής. Η Επιτροπή στελεχώνεται με αποσπάσεις προσωπικού από το δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα. Με κοινές υπουργικές αποφάσεις καθορίζονται οι όροι των αποσπάσεων αυτών και τα ζητήματα της υπηρεσιακής κατάστασης του αποσπώμενου προσωπικού.
- Έλεγχος που ασκείται από τρίτους και πιο συγκεκριμένα το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ-Τομέας Ελέγχου φορέων πρόνοιας) και την Υπηρεσία Ειδικών Ελέγχων (ΥΠΕΕ).

Ε.6.2. Διαδικασίες για τα συγχρηματοδοτούμενα έργα

Καθώς η ανάπτυξη, στελέχωση και λειτουργία των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, πραγματοποιήθηκε μέσω του «Ψυχαργώς» το οποίο αποτελούσε αντικείμενο ελέγχου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ήταν απαραίτητη η ανάπτυξη ενός συστήματος διαχείρισης και υποστήριξης του (www.ygeia-pronoia.gr/uploads/d.../plires_keimeno_psixiki_ygeia.pdf). Για την αποτελεσματική

διαχείριση, παρακολούθηση και έλεγχο των συγχρηματοδοτούμενων παρεμβάσεων από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΚ) 1260/1999 του Συμβουλίου της 21ης Ιουνίου 1999 "περί γενικών διατάξεων για τα διαρθρωτικά Ταμεία", δημιουργήθηκαν και λειτουργούν τα ακόλουθα όργανα :

- Διαχειριστική Αρχή του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (ΚΠΣ)
- Διαχειριστικές Αρχές των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων
- Επιτροπή Παρακολούθησης του ΚΠΣ
- Επιτροπές Παρακολούθησης των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων
- Αρχή Πληρωμής του ΚΠΣ, των Κοινοτικών Πρωτοβουλιών και του Ταμείου Συνοχής
- Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΕΔΕΛ)

Η Διαχειριστική Αρχή (ή Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης) ορίζεται σε κάθε Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (Ε.Π.) και είναι υπεύθυνη για την αποτελεσματικότητα και κανονικότητα της διαχείρισης και της εφαρμογής του αντίστοιχου Ε.Π. Οι αρμοδιότητες της διαχειριστικής αρχής σε επίπεδο Ε.Π. που προβλέπονται στο άρθρο 34 του Καν. (ΕΚ) 1260/1999 και στις διατάξεις εφαρμογής του ΚΠΣ, ορίζονται στο Νόμο 2860/2000 και είναι μεταξύ άλλων οι ακόλουθες:

1. Παρακολουθεί την πορεία εφαρμογής του Επιχειρησιακού Προγράμματος και συντάσσει προτάσεις για αναθεώρησή του, τις οποίες υποβάλλει στην Επιτροπή Παρακολούθησης του Επιχειρησιακού Προγράμματος.
2. Οργανώνει και παρακολουθεί την ενδιάμεση αξιολόγηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος σε συνεργασία με τη διαχειριστική αρχή του ΚΠΣ και επεξεργάζεται προτάσεις για την κατάλληλη αξιοποίηση των συμπερασμάτων της.
3. Διενεργεί τους ελέγχους που προβλέπονται, προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες με βάση τα πορίσματά τους, ενημερώνει την Επιτροπή, την Αρχή Πληρωμής και την Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών και λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα συμμόρφωσης μετά από σχετικές συστάσεις των ανωτέρω Αρχών.

Η διάρκεια έλεγχου από τη Διαχειριστική Αρχή του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αφορούσε το διάστημα χρηματοδότησης της μονάδας από την Ευρωπαϊκή Ένωση (δηλαδή 12 ή 18 μήνες). Το σύστημα διαχείρισης που αναπτύχθηκε αφορούσε το εκάστοτε έργο στο οποίο εντασσόταν η ανάπτυξη και λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας. Ο έλεγχος αφορούσε όλα τα στάδια υλοποίησης των έργων, από την ένταξη του εκάστοτε έργου στο επιχειρησιακό πρόγραμμα μέχρι και την οικονομική επίβλεψη των μονάδων για το διάστημα της χρηματοδότησης τους.

Ι. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΠΡΑΞΕΩΝ

Η αξιολόγηση των προτεινόμενων πράξεων στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Υγεία - Πρόνοια" του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και η επακόλουθη χρηματοδότηση τους, στηριζόταν σε συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία ήταν εφαρμοσμένα στο κάθε Μέτρο του εκάστοτε Άξονα. Τα κριτήρια ένταξης χωρίζονταν στης εξής κατηγορίες [πηγή: Κριτήρια Επιλογής Πράξεων (Έργων / Ενεργειών) Του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία - Πρόνοια" 2000-2006]:

Α. Επιλεξιμότητα ως προς τη φύση και το είδος της πράξης στο πλαίσιο του Μέτρου

Β. Σκοπιμότητα της πράξης

Γ. Πληρότητα της πράξης

Δ. Ωριμότητα της πράξης

Ε. Συμβατότητα της πράξης με τις εθνικές και κοινοτικές πολιτικές.

Για κάθε Μέτρο τα παραπάνω γενικά κριτήρια συγκεκριμενοποιούνται, ωστόσο τα τρία τελευταία κριτήρια είναι παρόμοια και στα τέσσερα μέτρα του Άξονα. Ενδεικτικά αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Ε14):

Πίνακας Ε14: Κριτήρια Ένταξης Έργων στο ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια» ανά Μέτρο

	Μέτρο 2.1	Μέτρο 2.2	Μέτρο 2.3	Μέτρο 2.4
Επιλεξιμότητα ως προς τη φύση και το είδος της πράξης στο πλαίσιο του Μέτρου	Συμβολή πράξης: • στην προώθηση των ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για εκείνους που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό, • στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα και ή /και στην ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΨΝΑ) και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα ή /και στη συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου και στην ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα Η πράξη αφορά • Στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό υφισταμένων δομών Ψυχικής Υγείας ή δομών που πρόκειται να λειτουργήσουν. • Λειτουργία μηχανισμού για την υποστήριξη των δράσεων αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικοοικονομικής ένταξης των ψυχικά ασθενών. • Λειτουργία δομών αποασυλοποίησης ψυχικά ασθενών Ο τελικός δικαιούχος της πράξης είναι: • ψυχιατρικά νοσοκομεία • γενικά νοσοκομεία που συμμετέχουν στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση • φορείς - ΝΠΙΔ του τομέα ψυχικής υγείας,	Συμβολή πράξης • στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών ψυχικής υγείας στον εκσυγχρονισμό δομών και υποδομών ψυχιατρικών νοσοκομείων • στην προετοιμασία της κατάργησης ορισμένων από ψυχιατρείων και υποκατάστασής τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά Η πρόταση αφορά • Συμπλήρωση υφιστάμενης κτιριακής δομής ή/και εξοπλισμού σε ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου • Δημιουργία νέας ή/και αναβάθμιση υφιστάμενης κτιριακής δομής ή/και προμήθεια και εγκατάσταση εξοπλισμού σε ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου ή/και Κέντρου Υγείας ή/και Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου ή/και λοιπών δομών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα • Δημιουργία υποδομής σε Κέντρα Υγείας για παροχή προληπτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας • Βελτίωση κτιριακής υποδομής και εξοπλισμού υφιστάμενων ψυχιατρικών νοσοκομείων Ο τελικός δικαιούχος της πράξης είναι:	Συμβολή πράξης • στην προώθηση των ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για εκείνους που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό • στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων πρόληψης ή και στη μέριμνα για την πρόληψη της υποτροπής Η πράξη αφορά: • Λειτουργία δομών Β' βαθμίδας και Γ' βαθμίδας φροντίδας ψυχικής υγείας • Λειτουργία Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή /και Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου • Ενέργεια κατάρτισης για ψυχικά ασθενείς • Λειτουργία Κοινωνικού Συνεταιρισμού ή Επιχείρησης • Έργα και ενέργειες υποστήριξης της λειτουργίας Κοινωνικών Συνεταιρισμών και Επιχειρήσεων. Ο τελικός δικαιούχος της πράξης είναι: • ΥΥΚΑ • δημόσια ψυχιατρεία, • γενικά νοσοκομεία, • φορείς-ΝΠΙΔ του τομέα ψυχικής υγείας, • κοινωνικές επιχειρήσεις και συνεταιρισμοί, • ΚΟΙ.ΣΠΕ, • επαγγελματικές και επιστημονικές οργανώσεις, • ΜΚΟ, • εθελοντικές	Συμβολή πράξης • στην προώθηση πολιτικών για την καταπολέμηση και την πρόληψη της ανεργίας, για την αποφυγή της μακροχρόνιας ανεργίας και της διευκόλυνσης επανένταξης των μακροχρόνιων ανέργων ή/και στην προώθηση και βελτίωση της επαγγελματικής κατάρτισης και της παροχής συμβουλών; • στην λειτουργική ανάπτυξη των δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων που προβλέπονται για την εμπέδωση και ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης • στην εξασφάλιση του ποιοτικού και αποτελεσματικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων; Η πράξη αφορά: • Κατάρτιση εκπαιδευτών ή / και στελεχών του τομέα Ψυχικής Υγείας • Διαμόρφωση εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού. • Εκπαιδευτικές επισκέψεις και ανταλλαγές με φορείς για την μεταφορά τεχνογνωσίας και την ανταλλαγή εμπειριών σε θέματα ψυχικής υγείας Ο τελικός δικαιούχος της πράξης είναι: • Ψυχιατρικά Νοσοκομεία , • Εκπαιδευτικοί φορείς, • Δομές με εμπειρία στο σχεδιασμό προγραμμάτων κατάρτισης και

	• ενώσεις Επιστημονικών φορέων, ή φυσικών προσώπων εμπειρογνωμόνων	• ΥΥΚΑ, εποπτευόμενοι από αυτό Οργανισμοί και Υπηρεσίες του ΕΣΥ • ΝΠΙΔ • Υπηρεσίες ΟΤΑ ή/και Οργανισμοί εποπτευόμενοι από ΟΤΑ • Διευθύνσεις Τεχνικών Υπηρεσιών των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων • Διευθύνσεις Ελέγχου Κατασκευής Δημοσίων Έργων των Περιφερειών • Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ, ΔΕΠΟΣ Α.Ε. και άλλες υπηρεσίες του ΥΥΚΑ	οργανώσεις,	στην εκπαίδευση επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. • Πε.Σ.Υ.
Σκοπιμότητα της πράξης	1. συμβολή πράξης στη λειτουργία δομών αποασυλοποίησης ή/και δομών φροντίδας ψυχικής υγείας στην κοινότητα ή και στην εγκατάσταση των ασθενών σε δομές εκτός Ψυχιατρικών νοσοκομείων ή και στην επέκταση της λειτουργίας εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης ψυχικά ασθενών 2. συμβολή πράξης στη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του προσωπικού δομών αποασυλοποίησης ή και δομών φροντίδας ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα; 3. αναβάθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά ασθενών σε υφιστάμενες δομές ή/και ανάπτυξη δομών μέσα στην κοινότητα 4. προσδιορισμός των άμεσα ή/και έμμεσα ωφελούμενων καθώς και ο βαθμός χρησιμοποίησης της απ' αυτούς 5. διατηρησιμότητα των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και των επιπτώσεών 6. καταλληλότητά πράξης σε σχέση με τις καλυπτόμενες ανάγκες; (οικονομικό και φυσικό μέγεθος) 7. οικονομική βιωσιμότητα – αποδοτικότητα και κοινωνικό όφελος της πράξης 8. συνέργεια ή / και συμπληρωματικότητα της πράξης με άλλα έργα που υφίστανται (κυρίως του Β' ΚΠΣ), υλοποιούνται ή προτείνονται για υλοποίηση			
Πληρότητα της πράξης	1. Έχουν επισυναφθεί τα έγγραφα που κρίνονται απαραίτητα για την εξέταση του ΤΔΕ ; 2. Είναι η προτεινόμενη πράξη λειτουργική αυτοτελώς ή σε συνδυασμό με άλλο έργο που υλοποιείται ή έχει ήδη υλοποιηθεί;			
Ωριμότητα της πράξης	1. επάρκεια φορέα υλοποίησης στο να παρακολουθεί, να ελέγχει και να διοικεί απρόσκοπτα την πραγματοποίηση της πράξης από άποψη διάθεσης των κατάλληλων τεχνικών μέσων, τεχνογνωσίας και στελεχών 2. επάρκεια υπηρεσιών επίβλεψης των υποέργων στο να επιβλέπουν, να ελέγχουν και να διοικούν απρόσκοπτα την πραγματοποίηση όλων των υποέργων από άποψη διάθεσης των κατάλληλων τεχνικών μέσων, τεχνογνωσίας και στελεχών; 3. αρτιότητα, ακρίβεια και σαφήνεια πρότασης 4. ύπαρξη άδειών και εγκρίσεων για το σύνολο της πράξης, κατά περίπτωση (π.χ. για τα οικοδομικά έργα: προέγκριση χωροθέτησης, έγκριση περιβαλλοντικών όρων, διαδικασία απόκτησης γης, έγκριση αρχαιολογικού Συμβουλίου, οικοδομική άδεια, άδεια δασικής υπηρεσίας κλπ.); 5. επάρκεια προόδου των διοικητικών ή άλλων ενεργειών που ενδεχομένως πρέπει να γίνουν από τον τελικό δικαιούχο (φορέα υλοποίησης) της πράξης ή από τρίτους 6. επάρκεια προόδου των υποστηρικτικών μελετών της πράξης (όπου απαιτούνται);			
Συμβατότητα της πράξης με τις εθνικές και κοινοτικές πολιτικές	1. δέσμευση εφαρμογής των εθνικών και κοινοτικών κανόνων που αφορούν στον ανταγωνισμό και στις δημόσιες συμβάσεις έργων, προμηθειών και υπηρεσιών καθώς και με τις κατευθύνσεις πολιτικής που αφορούν στην ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών, στον ανταγωνισμό, το περιβάλλον 2. συνέπεια και συνεκτικότητά με την Εθνική και Ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση και για τη Ψυχική Υγεία; 3. συνέπεια με το γενικότερο εθνικό – περιφερειακό προγραμματισμό και τις πολιτικές άλλων τομέων σε εθνικό επίπεδο (βελτίωση ανταγωνιστικότητας, μείωση ανισοτήτων, καινοτομική προσέγγιση κ.α.) καθώς και με τις πολιτικές που αφορούν στα άτομα με ειδικές ανάγκες, εθνικές ή άλλες μειονότητες 4. τήρηση όλων των προαπαιτούμενων από τη σχετική νομοθεσία, μελέτες ή άλλες προϋποθέσεις (π.χ. αποφάσεις συλλογικών οργάνων κλπ) προκειμένου να υλοποιηθεί το έργο;			

ΙΙ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΑΞΕΩΝ

Για την αποτελεσματική υλοποίηση των συγχρηματοδοτούμενων δράσεων απαιτήθηκε η υποστήριξη όλων των εμπλεκόμενων φορέων σε επίπεδο επιστημονικό, οργανωτικό, διαχειριστικό κλπ. Ειδικότερα αυτές οι απαιτήσεις συνίσταντο στα εξής:

- την οργανωτική και επιστημονική υποστήριξη των φορέων υλοποίησης (Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Φορείς Κανονισμού 815 κλπ) καθώς και των φορέων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας,
- την επιστημονική συνδρομή ειδικών σε διαδικασίες αποασυλοποίησης, οι οποίοι θα αξιολογούν επιστημονικά τις υλοποιούμενες διαδικασίες και τέλος
- την οργανωτική και διαχειριστική υποστήριξη της κεντρικής υπηρεσίας του Υπουργείου και ειδικότερα της Δ/νσης Ψυχικής Υγείας με ομάδα έργου.

Σε αυτό το πλαίσιο δημιουργήθηκαν τρεις (3) διακριτοί μεταξύ τους Υποστηρικτικοί Μηχανισμοί, οι οποίοι επιλέχτηκαν με ανοιχτές διαδικασίες.

1. **Μονάδα Υποστήριξης, Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης** η οποία είναι Νομικό Πρόσωπο ή Ένωση Φυσικών Προσώπων με εξειδικευμένο προσωπικό σε ζητήματα ψυχικής Υγείας καθώς και επιστημονικό δυναμικό έμπειρο στη διαχείριση άϋλων ενεργειών που θα αναλαμβάνει εξαρχής, και έπειτα από ανοικτές διαδικασίες, το έργο της υποστήριξης, παρακολούθησης των φορέων υλοποίησης Βασικές αρμοδιότητες της Μονάδας ήταν η ανάμειξη της σε όλα τα επίπεδα παρέμβασης των φορέων, η παροχή υποστήριξης και παρακολούθησης των ενεργειών των φορέων και η συνεργασία με την αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας για την προώθηση και την εμψύχωση του συνολικού έργου της αποασυλοποίησης.

   Το έργο της Μονάδας περιλαμβάνει 4 κατηγορίες υπηρεσιών:

   - Τεχνική Υποστήριξη Φορέων Προγράμματος: Περιλαμβάνει την τεχνική υποστήριξη της Μονάδας απέναντι στους φορείς του προγράμματος.
   - Επιστημονική Υποστήριξη Φορέων και ΥΥΚΑ: Περιλαμβάνει την υποστήριξη των φορέων και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από επιστημονικής άποψης πάνω στο αντικείμενο του υπό υλοποίηση έργου.
   - Ενέργειες Προβολής και Κινητοποίησης: Περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες εκείνες οι οποίες προβάλλουν τα αποτελέσματα του Προγράμματος καθώς και τις ενέργειες κινητοποίησης.
   - Υποστήριξη διαχείρισης Προγράμματος: Περιλαμβάνει τις ενέργειες που απαιτούνται για την υποστήριξη της διαχείρισης του Προγράμματος.

Ειδικό τμήμα της Μονάδας ανέλαβε την παρακίνηση, υποστήριξη του προσωπικού και των ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ) και την προώθηση ειδικότερων δράσεων και ενεργειών που σχετίζονται με αυτό, λόγω των ειδικών συνθηκών αλλά και του ειδικού βάρους του (ΨΝΑ) στο πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Επιπλέον, η Μονάδα ανέλαβε το έργο τής υποστήριξης φορέων που δραστηριοποιούνται στον κοινωνικό τομέα της οικονομίας (κοινωνικές επιχειρήσεις – ΚΟΙ.ΣΠΕ), συμβάλλοντας στη δημιουργία - την οργάνωση - την ανάπτυξη και το συντονισμό τους.

2. **Μονάδα Διαμορφωτικών Παρεμβάσεων** στη διαδικασία αποασυλοποίησης αποτέλεσε Ένωση Φυσικών Προσώπων συγκροτούμενη έπειτα από ανοικτές διαδικασίες που απευθύνονται σε προσωπικότητες και ειδικούς σε θέματα ψυχικής Υγείας. Έργο της ήταν η επιστημονική παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων αποασυλοποίησης , με σκοπό την προώθηση καλών πρακτικών και τη διόρθωση τυχόν εσφαλμένων προσεγγίσεων , με βάση τη διεθνή πρακτική και τεχνογνωσία.
3. **Ομάδα Υποστήριξης της Αρχής Εφαρμογής** συνίσταντο σε ομάδα έργου επιλεγμένη ύστερα από ανοικτές διαδικασίες και η οποία είχε ως έργο την υποστήριξη της Δ/νσης Ψυχικής Υγείας στο έργο της υλοποίησης, παρακολούθησης, συντονισμού του συνολικού προγράμματος.

III. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΑΞΕΩΝ

Η αξιολόγηση των πράξεων εφαρμόζεται τόσο σε λειτουργίας των δομών που έχουν δημιουργηθεί όσο και σε επίπεδο έργων του ΕΠ. Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία, το 2005, το Υπουργείο Υγείας διαπίστωσε την ανάγκη καθιέρωσης της διαδικασίας αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Αρχικά ζητήθηκε από την Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης να συντάξει οδηγούς διασφάλισης ποιότητας για την εκάστοτε κατηγορία δομών και να τους αποστείλει σε διάφορους φορείς προκειμένου να εμπλουτιστούν. Η διαδικασία αξιολόγησης εφαρμόστηκε αρχικά πιλοτικά και οδήγησε στην δημιουργία ενός εγχειριδίου στο οποίο περιλαμβάνονται τα απαιτούμενα για την εφαρμογή της διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας. Σε επίπεδο Επιχειρησιακού Προγράμματος υπάρχει μια σαφής διαδικασία αξιολόγησης των έργων που έχουν υλοποιηθεί και συνίσταται στα παρακάτω:

Εκ των προτέρων αξιολόγηση: αποτελεί ευθύνη των αρμοδίων αρχών για την προετοιμασία των σχεδίων, των παρεμβάσεων και των συμπληρωμάτων προγραμματισμού. Διεξάγεται στο επίπεδο του σχεδίου και των προγραμμάτων συμπεριλαμβανομένου του συμπληρώματος προγραμματισμού. Αφορά:

- την ανάλυση των αποτελεσμάτων των προηγούμενων αξιολογήσεων
- την ανάλυση των ισχυρών σημείων, των αδύνατων σημείων και του δυναμισμού των περιφερειών ή/και των τομέων

- την εκτίμηση του λόγου ύπαρξης και της συνοχής της προτεινόμενης στρατηγικής
- την ποσοτικοποίηση των προτεραιοτήτων και των στόχων
- την ανάλυση των αναμενόμενων επιπτώσεων και την αιτιολόγηση της πολιτικής
- την ποιότητα των μηχανισμών εφαρμογής

Ενδιάμεση αξιολόγηση: πραγματοποιείται στο επίπεδο του ΚΠΣ και του επιχειρησιακού προγράμματος που υλοποιείται στα πλαίσια αυτού. Έχει ουσιαστικά ως στόχο να τροφοδοτήσει το ΚΠΣ και το πρόγραμμα στο μέσο της περιόδου υλοποίησής τους, με τις ενδεχόμενες απαραίτητες προσαρμογές και να προσφέρει στοιχεία για την εκτίμηση της απόδοσης των παρεμβάσεων. Η ενδιάμεση αξιολόγηση διεξάγεται υπό την ευθύνη της διαχειριστικής αρχής του Ε.Π., σε συνεργασία με τη Διαχειριστική Αρχή του ΚΠΣ και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια της εταιρικής σχέσης. Στοχεύει, βάσει των πρώτων αποτελεσμάτων, στην εξέταση της ορθότητας και των προοπτικών υλοποίησης των στόχων. Αξιολογεί επίσης τη χρήση των πιστώσεων καθώς και την εξέλιξη της παρακολούθησης και της υλοποίησης. Η ενδιάμεση αξιολόγηση περιλαμβάνει μια κριτική ανάλυση με βάση τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν στα πλαίσια της παρακολούθησης και άλλων πηγών που χρησιμοποιήθηκαν. Αποφαίνεται επίσης για την ορθότητα και την αιτιολόγηση των ενδεχομένων προσαρμογών σε σχέση με τους αρχικά ποσοτικοποιημένους στόχους.

Η ενδιάμεση αξιολόγηση πραγματοποιείται από ανεξάρτητο αξιολογητή και υποβάλλεται στην Επιτροπή Παρακολούθησης του ΚΠΣ / Ε.Π. πριν διαβιβαστεί στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Οι ανεξάρτητοι αξιολογητές οφείλουν να σεβαστούν, κατά την επεξεργασία, το απόρρητο των δεδομένων παρακολούθησης στα οποία έχουν πρόσβαση. Η δημοσίευση των αποτελεσμάτων της ενδιάμεσης αξιολόγησης απαιτεί την προηγούμενη συμφωνία της Επιτροπής Παρακολούθησης.

Σύμφωνα με το άρθρο 42 παρ. 3 του Καν.(ΕΚ) 1260/99, η Επιτροπή εξετάζει την ορθότητα και την ποιότητα της αξιολόγησης βάσει των κριτηρίων που έχουν εκ των προτέρων συμφωνηθεί με το κράτος μέλος σε εταιρική βάση, εν όψει της αναθεώρησης των παρεμβάσεων και της χορήγησης του αποθεματικού επίδοσης.

Η ενδιάμεση αξιολόγηση επικαιροποιείται υπό την μορφή ενός πρώτου απολογισμού το αργότερο την 31η Δεκεμβρίου 2005. Έγκειται στο κράτος μέλος να αποφασίσει εάν για δικούς του λόγους και ανάγκες, θα προβεί σε αξιολογήσεις πέραν των δύο υποχρεωτικών βάσει του κανονισμού, που αναφέρθηκαν προηγουμένως (ενδιάμεση και πρώτου απολογισμού) .

Εκ των υστέρων αξιολόγηση: αφορά τις παρεμβάσεις και υπάγεται στην ευθύνη της Επιτροπής σε συνεργασία με το κράτος μέλος και την Διαχειριστική Αρχή. Έχει ως στόχο την ανάλυση σχετικά με τη χρήση των πόρων, την

αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των παρεμβάσεων και των επιπτώσεων τους καθώς και τη χρησιμότητα και διάρκεια αυτών. Διεξάγεται βάσει μεθοδολογικών προτάσεων της Επιτροπής, σε συνεννόηση με τα κράτη μέλη, κατά τρόπο συντονισμένο και ομοιογενή, για την άντληση διδαγμάτων τόσο σχετικά με τις παρεμβάσεις όσο και με την πολιτική της οικονομικής και κοινωνικής Συνοχής στο σύνολο της. Διεξάγεται από ανεξάρτητους αξιολογητές και πρέπει να ολοκληρωθεί το αργότερο τρία χρόνια μετά το πέρας της προγραμματικής περιόδου. Σύμφωνα με την τροποποίησης της κοινής υπουργικής απόφασης (υπουργεία: οικονομίας, απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας και υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης) περί του «Συστήματος Διαχείρισης, παρακολούθησης, επιλογής, ελέγχου και διαδικασία εφαρμογής των πράξεων στελέχωσης και λειτουργίας ψυχιατρικών δομών στο πλαίσιο του Άξονα 2, Μέτρα 2.1 και 2.3 του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως -τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 1772- 1/12/04) αποφασίστηκε η εξειδίκευση του οργανωτικού και διαχειριστικού πλαισίου και η εξασφάλιση ποιοτικών όρων λειτουργίας δομών αποασυλοποίησης χρόνιων ψυχικά ασθενών και κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το άρθρο 10 της απόφασης αυτής αφορά στην διαδικασία ελέγχου των προβλεπόμενων πράξεων. Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος διενεργείται σε τρία επίπεδα:

- Πρωτοβάθμιος, από την Διαχειριστική αρχή του κάθε επιχειρησιακού προγράμματος
- Δευτεροβάθμιο, από την Αρχή Πληρωμής του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης
- Εξωτερικός δημοσιονομικός έλεγχος, ο οποίος διενεργείται από την Επιτροπή Δημοσιονομικού Ελέγχου (ΕΔΕΛ).

Ο έλεγχος συνίσταται:

- Στην ποιότητα του παρεχόμενου έργου και στην ορθή οικονομική διαχείριση
- Στην εναρμόνιση της δράσης με τους στόχους του ΚΠΣ και τις διατάξεις των κανονισμών των σχετικών με την αποστολή των διαρθρωτικών ταμείων
- Στην καλή δημοσιονομική διαχείριση, η οποία περιλαμβάνει τη δικαιολόγηση και λογιστική καταγραφή των δαπανών, την τήρηση των φορολογικών νόμων και τη διαχείριση σύμφωνα με τις αρχές της διαφάνειας, της οικονομίας και της χρηστής δημοσιονομικής διαχείρισης.

Ο έλεγχος διενεργείται σε τρία στάδια:

- Προληπτικό: πριν από την έναρξη της υλοποίησης της πράξης κατά το στάδιο της προετοιμασίας εκτέλεσης ελέγχεται η ικανότητα του τελικού δικαιούχου να υλοποιήσει τη πράξη.
- Κατά την εκτέλεση της πράξης: ο έλεγχος γίνεται μέσω του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος («ΕΡΓΟΡΑΜΑ») αλλά και

επιτόπια. Συνίσταται στην νομιμότητα των δαπανών, στην τήρηση των διαδικασιών, στην αξιοπιστία των πληροφοριών και των οικονομικών στοιχείων που δηλώνονται, στην τήρηση των δεσμεύσεων και στην τήρηση των κανόνων δημοσιότητας.

- Μετά την ολοκλήρωση της πράξης: είναι επιτόπιος και αφορά το φυσικό αντικείμενο και το λειτουργικό αποτέλεσμα της πράξης. Ως αποτέλεσμα του ελέγχου συντάσσεται βεβαίωση τήρησης των υποχρεώσεων του τελικού δικαιούχου.

Ε.7. Οικονομικά Στοιχεία

Το κόστος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι δύσκολο να υπολογιστεί καθώς οι πηγές χρηματοδότησης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη φάση υλοποίησης της. Για τη δημιουργία των δομών αποασυλοποίησης η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτέλεσε το κύριο χρηματοδοτικό όργανο. Ωστόσο, η φάση λειτουργίας των δομών διαφοροποιείται με τον εξής τρόπο: οι δαπάνες λειτουργίας των πρώτων 12 ή 18 μηνών καλύπτονται από Ευρωπαϊκά και Κρατικά κονδύλια, ενώ μετά το πέρας του διαστήματος αυτού, οι δαπάνες επιβαρύνουν μόνο τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

Αν και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καλύπτει το κόστος όλων των μονάδων, υπάρχουν διαφορετικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης ανάλογα με τη νομική υπόσταση αυτών. Για τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) όλες οι δαπάνες καλύπτονται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ενώ αντίθετα για τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το κόστος των ψυχιατρικών υπηρεσιών καλύπτεται από τον συνολικό προϋπολογισμό του φορέα.

Τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί και παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες (πίνακες Ε15 και Ε16) αφορούν (Διαχειριστική Αρχή -ως το 2009):

1. κόστος υλοποίησης του Άξονα 2 «Ψυχική Υγεία» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» στα πλαίσια του οποίου εφαρμόστηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση
2. κόστος λειτουργίας των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Πίνακας Ε15: Κόστος Υλοποίησης Άξονα 2 ΕΠ «Υγεία-Πρόνοια»

Μέτρο	Επιλέξιμος Προυπ. Έργου (ΕΥΡΩ)	Άλλο μη Επιλέξιμο Ποσό (εκτός ΦΠΑ)	Σύνολο	Συσχετισμός Επιλέξιμο Ποσό σε (ΕΥΡΩ)	% ΑΠΟΡΟΦ
2.1	**115.999.976,20**	**4.911,91**	**116.004.888,11**	**104.994.909,75**	**90,51%**
2.2	**25.591.929,43**	**15.374.817,96**	**40.966.747,39**	**23.222.720,19**	**90,74%**
2.3	**77.239.762,21**	**-**	**77.239.762,21**	**48.097.264,74**	**62,27%**
2.4	**43.704.679,21**	**0,00**	**43.704.679,21**	**24.176.221,78**	**55,32%**

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των μη-κερδοσκοπικών οργανώσεων είναι 67, ωστόσο τα οικονομικά στοιχεία αφορούν μόνο 37. Δεν έχει γίνει γνωστός ο λόγος αυτής της απόκλισης. Πιθανώς, οι υπόλοιποι φορείς είτε να χρηματοδοτούνται ακόμα από άλλα Ευρωπαϊκά

επιχορηγούμενα προγράμματα, αν δεν έχει ολοκληρωθεί το 12μήνο ή 18μήνο διάστημα για το οποίο υπόκεινται στον κοινοτικό έλεγχο και χρηματοδότηση ή ακόμα και να έχουν κλείσει, αν έχει περάσει η δεκαετία για την οποία ήταν υποχρεωμένοι να λειτουργούν. Οι δαπάνες για τους ιδιωτικούς μη-κερδοσκοπικούς φορείς για το έτος 2009 είναι:

Πίνακας Ε16: Δαπάνες Κρατικού Προϋπολογισμού για Φορείς ΝΠΙΔ (Έτος 2009)

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΞΟΔΑ 2009
1	ΕΚΨΥ	2.917.874,45
2	ΕΨΥΚΑ	4.740.609,72
3	ΘΕΨΥΠΑ	4.993.641,00
4	ΕΨΥΠΕ	2.162.386,00
5	ΕΠΡΟΨΥ	1.648.159,00
6	ΕΕΠΑΑ	743.403,00
7	ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ	2.279.970,00
8	ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ	1.189.227,00
9	ΕΣΠ	509.951,00
10	ΣΥΝΘΕΣΗ	2.184.272,00
11	ΠΕΨΑΕΕ	1.129.720,63
12	ΣΑΑΛ	954.901,00
13	ΠΟΡΕΙΑ	1.363.282,36
14	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ	211.990,00
15	ΑΜΑΛΘΕΙΑ	167.463,00
16	ΙΡΙΣ	3.203.987,00
17	ΔΕΥΨΥ	2.229.644,00
18	ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ	1.362.678,00
19	ΕΨΥΠΕΑ	257.285,00
20	ΜΕΤΑΒΑΣΗ	818.593,00
21	ΑΡΩΓΗ	231.092,00
22	ΗΠΙΟΝΗ	682.631,00
23	ΠΥΞΙΔΑ	465.642,08
24	ΨΥΧΑΣΠΙΣ	675.449,00
25	ALZHEIMER ΑΘΗΝΑΣ	268.713,26
26	ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ	1.144.668,00
27	ΙΑΣΙΣ	856.424,00
28	ALZHEIMER ΧΑΝΙΑ	271.539,00
29	IASIS	714.063,00
30	TACT HELLAS	563.681,00
31	ΕΨΥΜΕ	612.647,00
32	ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ	1.355.007,00
33	ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΓΚΑΛΙΑ	212.690,00
34	ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ	420.451,00
35	ALZHEIMER ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	781.320,97
36	ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ	342.605,01
37	ΑΝΑΣΑ	433.923,70
	ΣΥΝΟΛΟ	**45.101.584,18**

Πηγή: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας - ΥΥΚΑ

Από τον πίνακα Ε16 φαίνεται ότι 15 (40%) ΜΚΟ έχουν ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από 1 εκ Ευρώ, 10 (27%) από 500.000 μέχρι 1 εκ και 12 (33%) μικρότερο από 500.000 δείχνοντας ότι περίπου το 1/3 των ΜΚΟ είναι μικρής δυναμικότητας.

Το 60-70% των δαπανών αυτών αφορούν πληρωμές προσωπικού (μόνιμου ή και εξωτερικών συνεργατών) ανεξαρτήτως δομής και περιοχής.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (2010) οι δαπάνες του Κρατικού Προϋπολογισμού για φορείς ΝΠΙΔ, ανέρχονται συνολικά στα 72.774.377 Ευρώ. Η αύξηση αυτή οφείλεται στο ότι περιλαμβάνονται και οι 67 φορείς ΝΠΙΔ, εν αντιθέσει με τον πίνακα Ε.16 στον οποίο περιλαμβάνονται μόνο οι 37. Η σύγκριση των δαπανών των 37 αυτών φορέων, μεταξύ των δυο διαδοχικών ετών, δείχνει ότι υπήρξε μείωση, της τάξης των 2.102357,18 Ευρώ.

Πίνακας Ε17: Δαπάνες Κρατικού Προϋπολογισμού για Φορείς ΝΠΙΔ (Έτος 2010)

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΞΟΔΑ 2010
1.	Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας (ΕΚΨ&ΨΥ)	5.024.392
2.	Εταιρεία Ψυχικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών (ΕΨΥΚΑ)	5.773.570
3.	Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περίθαλψης – Αποκατάστασης (ΘΕΨΥΠΑ)	4.086.753
4.	Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ)	2.074.726
5.	Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)	4.242.733
6.	Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (ΕΠΡΟΨΥΗ)	1.287.062
7.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΚΛΙΜΑΚΑ	3.117.425
8.	Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων	794.255
9.	Ελληνικό Κέντρο για την Ψυχική Υγεία και Θεραπεία του Παιδιού και της Οικογένειας ΤΟ ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ	2.075.965
10.	"ΑΝΟΔΟΣ" Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία	707.724
11.	Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης (ΕΚΔΨ&Π)	911.436
12.	Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ)	447.800
13.	ΣΥΝΘΕΣΗ – Εταιρεία Έρευνας, Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1.132.775
14.	Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ)	1.097.622
15.	Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ)	377.126
16.	Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας (ΣΑΑΛ)	734.025
17.	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)	1.596.878
18.	ΕΔΡΑ – Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	1.028.383
19.	"ΙΡΙΣ" Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων	3.016.732
20.	Ψυχογηριατρική Εταιρεία Ο ΝΕΣΤΩΡ	1.867.937
21.	"Ξ. ΖΕΥΣ" – Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία	1.754.934
22.	Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΔΕΥΨΥ)	2.098.499
23.	"ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ" - Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία	1.119.820
24.	Ελληνικό Κέντρο Προαγωγής Κοινωνική και Ψυχικής Υγείας "ΠΟΡΕΙΑ"	554.625
25.	Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Κινητικής Αποκατάστασης και Μέριμνας Υγείας (ΕΨΑΜΥ)	1.285.733
26.	Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας (ΕΨΥΠΕΑ)	230.206
27.	Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης (ΕΨΕΠ)	954.380
28.	"ΜΕΤΑΒΑΣΙΣ" Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία	772.529
29.	Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και	497.998

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΞΟΔΑ 2010
	Ενηλίκων "ΠΑΝΑΚΕΙΑ"	
30.	Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού (ΚΜΟΠ)	1.759.318
31.	Ελληνική Εταιρεία Νόσου Αλτσχαϊμερ και Συγγενών Διαταραχών Βόλου	764.380
32.	Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης και Θεραπείας "ΑΘΗΝΑ"	1.144.697
33.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Στήριξης "Η ΑΡΩΓΗ"	154.004
34.	Φθιωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας	693.511
35.	ΑΝΙΜΑ – Εταιρεία Αρωγής Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Στήριξης	573.945
36.	Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	719.482
37.	ΑΘΛΑΙΑ – Αστική Μη ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΉ Εταιρεία Υποστήριξης , Θεραπείας, Αποκατάστασης και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας	1.243.124
38.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "Η ΖΩΗ"	290.355
39.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "ΗΠΙΟΝΗ"	707.620
40.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "ΠΥΞΙΔΑ"	339.609
41.	Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Ν. Έβρου "ΨΥΧΑΣΠΙΣ"	625.192
42.	Εταιρεία Νόσου Αλτσχαϊμερ και Συναφών Διαταραχών Αθηνών	324.302
43.	Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και Κοινοτικής Μέριμνας	1.021.250
44.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "ΙΑΣΙΣ"	842.873
45.	Ινστιτούτο Έρευνας - Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών - Alzheimer	261.812
46.	Εταιρεία Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα IASIS	662.752
47.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΔΙΟΔΟΣ	568.694
48.	TACT HELLAS	633.688
49.	Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών "ΑΝΑΔΥΣΗ"	53.596
50.	Σύλλογος Γονέων Φίλων και Κηδεμόνων Αυτιστικών Ατόμων "ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ"	538.838
51.	ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ μη κερδοσκοπικός Οργανισμός της Εκκλησίας της Ελλάδος	1.331.464
52.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ"	915.550
53.	Φίλοι Κοινωνικής Παιδιατρικής / Ιατρικής "Ανοιχτή Αγκαλιά"	217.255
54.	Αστική Εταιρεία για την Ψυχοκοινωνικής Ένταξη "ΜΕΤΑΒΑΣΗ"	350.959
55.	Ελληνική Εταιρεία Νόσου Αλτσχαϊμερ και Συναφών Διαταραχών (ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)	932.512
56.	Κέντρο Παιδιού και Εφήβου	370.515
57.	Εταιρεία Συστημικής Θεραπείας και Παρέμβασης σε άτομα, οικογένειες και ευρύτερα συστήματα	669.530
58.	ΑΜΚΕ ΑΝΑΣΑ	319.448
59.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Υποστήριξης Ατόμων που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές "ΑΝΑΣΑ"	232.550
60.	Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία "ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ"	176.527
61.	Πανελλήνιος Σύλλογος Προσαρμοσμένων Αθλητικών και Πολιτιστικών Δραστηριοτήτων	192.315
62.	ΑΜΑΛΘΕΙΑ	240.458
63.	Σωματείο Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα "Η ΑΣΠΙΔΑ ΤΟΥ ΔΑΥΙΔ"	661.790
64.	Σύλλογος Γονέων Φίλων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αυτισμό Ν. Μεσσηνίας	158.119
65.	ΑΜΚΕ ΗΡΕΜΙΑ	660.543
66.	Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου	0
67.	Επανένταξη Παιδιών με Ψυχοκινητικά Προβλήματα	278.386
	ΣΥΝΟΛΟ	**72.774.377**

Οι επιχορηγήσεις των δομών, οι οποίες ανήκουν σε Μη-Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς, από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό παρουσιάζουν αυξητική τάση από το 2002 ως το 2008 (πίνακας Ε19). Η αύξηση των επιχορηγήσεων μπορεί να δικαιολογηθεί από την αύξηση στον αριθμό των φορέων που ενέπιπταν

κάθε έτος στον κρατικό προϋπολογισμό. Έτσι, για το έτος 2002 χρηματοδοτήθηκαν 17 φορείς, 22 για το 2003, 24 για το 2004, 27 για το 2005, 31 για το 2006, 50 για το 2007 και 59 για το 2008. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ οι επιχορηγήσεις του 2007 έφταναν τα 55.000.000 ευρώ για 50 φορείς, το 2008 σημειώνεται μείωση της τάξης των 7.200.000 ευρώ, ενώ οι φορείς είχαν φτάσει τους 59.

Πίνακας Ε18: Κρατικές Επιχορηγήσεις των Μη-Κερδοσκοπικών Φορέων 2002-2008

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΩΔΙΚΟΥ 2544 (Φ210) ΕΤΩΝ 2002-2009								
	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**ΣΥΝΟΛΟ**
Προϋπολογισμός	11.151.660	15.246.000	21.584.190	42.415.925	56.434.011	61.138.000	76.848.000	284.817.786
Αρχική Πίστωση Κωδικού 2544	12.619.000	11.700.000	15.500.000	21.000.000	22.000.000	23.000.000	38.000.000	143.819.000
Επιχορηγήσεις	11.151.660	13.600.000	17.849.555	30.865.765	46.299.000	55.000.000	47.800.000	222.565.980
Απολογισμοί					48.336.000	52.258.719		
Το έτος 2002 επιχορηγήθηκαν 17 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2549 Φ 210								
Το έτος 2003 επιχορηγήθηκαν 22 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2549 Φ 210								
Το έτος 2004 επιχορηγήθηκαν 24 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2549 Φ 210								
Το έτος 2005 επιχορηγήθηκαν 27 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2549 Φ 210								
Το έτος 2006 επιχορηγήθηκαν 31 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2549 Φ 210								
Το έτος 2007 επιχορηγήθηκαν 50 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2544 Φ 210								
Το έτος 2008 επιχορηγήθηκαν 59 ΝΠΙΔ από τον κωδικό 2544 Φ 210								

Διάγραμμα Ε7: Κρατικές επιχορηγήσεις των Μη-Κερδοσκοπικών Φορέων 2002-2008

ΣΤ. SWOT ANALYSIS

Στις ενότητες που προηγήθηκαν, επιχειρήθηκε η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης του συστήματος Ψυχικής Υγείας, το οποίο διαμορφώθηκε στο πλαίσιο του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργώς». Στην ενότητα αυτή, με την βοήθεια της μεθόδου SWOT Analysis (Strengths – Weaknesses – Opportunities - Threats), θα συγκεκριμενοποιήσουμε τα κρίσιμα σημεία που είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη στη χάραξη μιας νέας στρατηγικής για τη Ψυχική Υγεία. Στη συνέχεια περιγράφονται:

τα **θετικά** σημεία του συστήματος και της πορείας του προγράμματος, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί προσπάθεια διατήρησής τους.

οι **αδυναμίες** του συστήματος, για τις οποίες θα πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης.

οι **ευκαιρίες** που μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να υπάρξει βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας

οι **κίνδυνοι** που υφίστανται και που μπορεί να οδηγήσουν το σύστημα σε απόκλιση από την αποστολή του αν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για την λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους.

Στο σχήμα που ακολουθεί συνοψίζονται τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του συστήματος και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος.

SWOT ANALYIS

ΘΕΤΙΚΑ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
• Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στη κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης. • Έμφαση στην αποασυλοποιήση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. • Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων. • Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών. • Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης. • Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους. • Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. • Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση. • Ανάπτυξη των Κοι.ΣΠΕ • Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς. • Ύπαρξη καμπάνιας αντί-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος.	• Κατακερματισμένο, μη-συντονισμένο σύστημα που συχνά καταλήγει στην ακατάλληλη παροχή υπηρεσιών • Αδυναμία στην εφαρμογή διαδικασιών • Έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και μελετών που αφορούν τις κατά τόπους ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών. • Άνιση ανάπτυξη υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών περιοχών της χώρας. • Μεγάλος αριθμός ειδικευμένων επαγγελματιών – έλλειψη προσωπικού σε υποστηρικτικούς ρόλους. • Σημαντικά κενά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους και για ηλικιωμένους, σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, νοητική στέρηση, διατροφικές διαταραχές καθώς και σε υπηρεσίες δικαστικής-ψυχιατρικής(forensic psychiatric services). • Απουσία συντονισμού και συνεργασίας τόσο μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όσο και μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου συστήματος. • Ανεπαρκή στοιχεία αποτελεσματικής διατομεακών ομάδων εργασίας σε τοπικό επίπεδο. • Έλλειψη μηχανισμών διασφάλισης της ποιότητας και συστημάτων κλινικής διαχείρισης (clinical governance). • Ανεπάρκεια κλινών κυρίως οξέων περιστατικών • Ασαφή πρωτόκολλα για έκδοση εξιτηρίων. • Μεγάλο ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών • Σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών. • Περιορισμένη εμπλοκή των χρηστών και συνηγορία. • Καθυστερήσεις στην καταβολή των πληρωμών του προσωπικού.
ΚΙΝΔΥΝΟΙ	**ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ**
• Τα υφιστάμενα προβλήματα δομής μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο κατακερματισμό, αποτελώντας απειλή για την βιωσιμότητα του συστήματος. • Η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας θα δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. • Τα ανεπαρκή χρηματοδοτικά συστήματα και οι μη-αποτελεσματικοί μηχανισμοί «κόστους μονάδας» θα οδηγήσουν σε σοβαρές οικονομικές πιέσεις.	• Ενοποίηση των υφιστάμενων υπό-συστημάτων και υπηρεσιών. • Διορθωτικές ενέργειες για τον συντονισμό του συστήματος με σαφείς δομές και αρμοδιότητες. • Σταθερή παρακολούθηση του συστήματος και διαφάνεια στους μηχανισμούς και διαδικασίες χρηματοδότησης. • Ανάπτυξη νέου επιχειρησιακού σχεδίου για το επόμενο στάδιο της μεταρρύθμισης. • Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013. • Αναδιοργάνωση της Περιφερειακής και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. • Ευρωπαϊκές πολιτικές για την Ψυχική Υγεία. • Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από Ε.Ε. και ΠΟΥ.

Σύμφωνα με τον αρχικό επιχειρησιακό προγραμματισμό «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», μέσω του οποίου υλοποιήθηκε τμήμα του Ψυχαργώς και κατά συνέπεια θεωρείται ότι υπάρχει συνάφεια με το πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, παρατηρούνται μεγάλες αλλαγές ως προς τα επιμέρους σημεία της ανάλυσης SWOT. Αν και στον προγραμματικό σχεδιασμό του Ψυχαργώς 2001-2010 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2001) δεν περιλαμβάνεται ανάλυση των δυνατών, αδύνατων σημείων, των ευκαιριών και των κινδύνων του συστήματος ψυχικής υγείας, όπως είχε διαμορφωθεί από τις μέχρι τότε παρεμβάσεις και δράσεις, ωστόσο, το επιχειρησιακό πρόγραμμα παραθέτει τα παρακάτω θετικά και αρνητικά σημεία της τότε κατάστασης:

Θετικά σημεία:

- ολοκλήρωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση έως το 2010. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σημειώνεται συνεχής αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.
- Επίτευξη αξιόλογων αποτελεσμάτων από την υλοποίηση της α΄ φάσης του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» όσον αφορά στην αποασυλοποίηση ενός ικανού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών και στην εγκατάστασή τους σε δομές στην κοινότητα.
- άντληση σημαντικής εμπειρίας και τεχνογνωσίας από τις μέχρι τότε αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας (κυρίως κατά την εφαρμογή της Α ' φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς») δημιουργία μιας σταθερής βάσης για τις δράσεις της νέας προγραμματικής περιόδου.

Αρνητικά σημεία:

- μακρόχρονη λειτουργία του μοντέλου κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης το οποίο είχε δημιουργήσει μια πραγματικότητα που δυσκόλευε την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.
- οι υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε κλειστές ψυχιατρικές δομές.
- Ανεπαρκής αριθμός εξειδικευμένων στελεχών για να ολοκληρώσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

- η πεπαλαιωμένη υποδομή σε ορισμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία (όπως το ΨΝ Αττικής
- αυξημένη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Αυτό οφείλεται αφενός στο σύγχρονο τρόπο ζωής που δημιουργεί αυξητικές τάσεις στην εμφάνιση ψυχικών νόσων και αφετέρου στην αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με ειδικές ομάδες του πληθυσμού (όπως άτομα με αυτισμό, χρήστες τοξικών ουσιών, μετανάστες και ποινικοί παραβάτες με προβλήματα ψυχικής υγείας).

Όπως φαίνεται από τις παραπάνω αναλύσεις, το σύστημα ψυχικής υγείας εμφανίζεται πλέον πιο εκλεπτυσμένο και ανταποκρίνεται σε υψηλότερες απαιτήσεις και ανάγκες. Ωστόσο ορισμένες αδυναμίες εξακολουθούν να παραμένουν, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά, άτομα με αυτισμό και εξαρτήσεις, με διατροφικές διαταραχές κτλ.

Ζ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν είναι προσανατολισμένη προς την εκτίμηση του ευρύτερου συστήματος της ψυχικής υγείας και αναφέρεται στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του. Η ανάγκη για την υιοθέτηση αυτής της προσέγγισης υπήρξε αναγκαία καθώς η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βρίσκεται σε ένα κομβικό σημείο αναθεώρησης και επικαιροποίησης των στόχων της.

Επισημαίνεται ότι το Ψυχαργώς, ως Εθνικό Μεταρρυθμιστικό Πρόγραμμα, χρηματοδοτήθηκε από διαφορετικές πηγές. Κατά συνέπεια για ορισμένες κατηγορίες στοιχείων:

- είτε δεν υπάρχει διαθεσιμότητα (πχ επιδημιολογικές μελέτες, οικονομικά στοιχεία για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου),
- είτε τα στοιχεία που διατέθηκαν αφορούν μόνο δράσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια», του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, το οποίο αποτέλεσε έναν από τους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς του Ψυχαργώς (πχ στοιχεία για την κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στοιχεία για τις δράσεις πρόληψης και ευαισθητοποίησης).

Η ανεπάρκεια των στοιχείων οδήγησε στην τροποποίηση του μοντέλου Matrix, το οποίο απαιτεί λεπτομερή στοιχεία:

(α) Γεωγραφικά που αφορούν την ανάπτυξη και εφαρμογή δράσεων και επιπτώσεων τους σε εθνικό, περιφερειακό, τοπικό και ατομικό επίπεδο και

(β) Διαχρονικά, που αφορούν τις ακολουθίες των γεγονότων που προκύπτουν από τις εισροές σε διαδικασίες για τα αποτελέσματα.

Σε αυτό το πλαίσιο οι θεματικές κατηγορίες που αξιολογούνται είναι: η πολιτική που αναπτύχθηκε για τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, οι δομές και οι υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν, οι επιδράσεις των δράσεων της μεταρρύθμισης στους χρήστες, η επίδραση της μεταρρύθμισης στο προσωπικό, η οικονομική διάσταση της μεταρρύθμισης και τέλος οι μηχανισμοί ελέγχου και παρακολούθησης του συστήματος ψυχικής υγείας.

Ζ.1. Αξιολόγηση των Πολιτικών για την Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές και κατευθύνσεις η ανάπτυξη πολιτικών για την ψυχική υγεία οφείλει αρχικά να βασίζεται στις εξής παραμέτρους:

- επιδημιολογικές έρευνες, οι οποίες έχουν στόχο να καταγράψουν τις ανάγκες του πληθυσμού τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε εθνικό.
- αρχές και αξίες όπως η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ιδιαίτερα των ευαίσθητων ομάδων, η κοινωνική ένταξη, η κοινοτική διάσταση της (ψυχικής) υγείας
- διασύνδεση μεταξύ των διαφορετικών τομέων της υγείας

Επιπλέον στοιχεία που πρέπει να χαρακτηρίζουν μια πολιτική και τον προγραμματικό σχεδιασμό μιας μεταρρύθμισης είναι:

- Η επικαιρότητα των στόχων
- Η συνοχή των στόχων τόσο μεταξύ τους όσο και με τις δράσεις μέσω των οποίων θα επιτευχθούν
- Η πρόβλεψη πιθανών κινδύνων και προβλημάτων στην εφαρμογή της πολιτικής

Το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώθηκε η αρχική πολιτική για την ψυχική υγεία στη χώρα μας, χαρακτηριζόταν από αδυναμίες που συνίσταντο στην ανεπάρκεια των υπαρχόντων υπηρεσιών, σε μια ασυλικού τύπου φροντίδα ψυχικής υγείας εν αντιθέσει των ολοκληρωτικών αλλαγών που είχαν ήδη επέλθει σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Βρετανία, Ιταλία, Γαλλία κτλ) και στις αντιδράσεις που είχε προξενήσει η δημοσιοποίηση της περίπτωσης του ψυχιατρείου της Λέρου.

Η επιτακτική ανάγκη για άμεση μεταρρύθμιση του χώρου της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, επέβαλλε την ανάπτυξη μιας πολιτικής που είχε ως κύρια κατεύθυνση την αποασυλοποίηση των χρονίων ασθενών. Σύμφωνα με το βασικό πλαίσιο που διαμορφώθηκε, κύριοι άξονες ήταν:

- Δημιουργία υπηρεσιών που θα κάλυπταν γεωγραφικά όλη τη χώρα
- Αποασυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη των χρονίων ασθενών
- Ελαχιστοποίηση της συχνότητας και διάρκειας των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέσω της ανάπτυξης κοινοτικών δομών
- Κατάρτιση προσωπικού σε νέα μοντέλα φροντίδας

Οι μετέπειτα στόχοι και πολιτικές που διαμορφώθηκαν παρέμειναν στην ίδια κατεύθυνση, δίνοντας ωστόσο έμφαση στα εξής:

- Την τομεοποίηση των υπηρεσιών
- Την αναγνώριση και εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών
- Την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ασθενών
- Την κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών.

Η πολιτική που χαράχτηκε έθεσε τις βάσεις για την ολοκληρωτική αλλαγή του υπάρχοντος συστήματος ψυχικής υγείας και για την ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου ψυχιατρικής φροντίδας που είχε τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υιοθετούσε τις αρχές και τις αξίες της κοινοτικής ψυχιατρικής
- Προάσπιζε τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών
- Προσανατολιζόταν στην αντιμετώπιση του στίγματος και στην αλλαγή στην κουλτούρα τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου
- Τοποθετούσε τις βάσεις για διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και μεταξύ του υπόλοιπου συστήματος της υγείας
- Αντιμετώπιζε το θέμα της ανισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών
- Βασιζόταν στην εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (παλιών και νέων)

Βασικό σημείο ήταν η σύνδεση της πολιτικής αυτής με αντίστοιχα νομοθετήματα και κανονισμούς. Ο νόμος 2716/1999 θεωρείται η βάση για την αποτελεσματική εφαρμογή της μεταρρυθμιστικής αυτής πολιτικής.

Αν και η γενική κατεύθυνση της πολιτικής που εφαρμόστηκε ήταν σωστή, έχουν εντοπιστεί αρκετές αδυναμίες.

I. Ένα βασικό θέμα αφορά την **επικαιροποίηση των στρατηγικών στόχων** του Ψυχαργώς αλλά και γενικότερα της μεταρρύθμισης. Οι μετέπειτα πολιτικές που αναπτύχθηκαν εξακολουθούσαν να έχουν σαν βασικό προσανατολισμό την αποασυλοποίηση και το κλείσιμο των εναπομεινάντων ψυχιατρείων. Ωστόσο, η μακρόχρονη πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνεπάγεται την ανάγκη για τακτική αναθεώρηση της, σύμφωνα με τους στόχους που έχουν επιτευχθεί και με τις ανάγκες που διαμορφώνονται σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Για παράδειγμα αν και η ανάγκη για αποασυλοποιήση και επανένταξη στην κοινότητα των χρονιών ασθενών αποτελεί ένα βασικό στόχο, ωστόσο στη διάρκεια υλοποίησης του όχι μόνο η ανάγκη αυτή μεταβάλλεται, αλλά προκύπτουν και νέες ανάγκες. Έτσι, ***η έξοδος των πρώτων ασθενών από τα ψυχιατρεία και η ένταξη τους σε δομές περισσότερο αυτόνομες (πχ ξενώνες), διαμόρφωσε, στην πράξη***

τουλάχιστον, τον επόμενο στρατηγικό στόχο, που ήταν η αποασυλοποίηση «δύσκολων» ασθενών και η επακόλουθη δημιουργία δομών στην κοινότητα που θα παρείχαν ένα προστατευμένο πλαίσιο το οποίο θα διαφοροποιούνταν από το παραδοσιακό «άσυλο» (πχ ψυχογηριατρικοί ξενώνες). Ωστόσο, καθώς η αποασυλοποίηση υλοποιούταν, νέες ανάγκες προέκυπταν. Οι ανάγκες αυτές σχετίζονταν κυρίως με την ανακατανομή των πόρων, την εξέλιξη και πορεία των χρονιών ασθενών μέσα στο σύστημα, με απώτερο στόχο την αυτόνομη διαβίωση τους και με την διαχείριση των νέων περιστατικών. ***Αν και η στρατηγική είχε θέσει ξεκάθαρους στόχους ως προς αυτά τα ζητήματα, ωστόσο στην πράξη δεν εφαρμόστηκαν παρά μόνο μεμονωμένα. Τα κενά που διαπιστώθηκαν αφορούσαν τα εξής***:

- Καθυστερήσεις στη μετακίνηση των ασθενών προς πιο αυτόνομες δομές στέγασης, ενώ παράλληλα σημειώνονται καθυστερήσεις και στην κάλυψη των κενών που υφίστανται σε διάφορες στεγαστικές δομές.
- Σε σύνδεση με το παραπάνω, διαπιστώθηκε ότι η λειτουργία των δομών βασίζεται σε μεγάλο αριθμό υψηλά εξειδικευμένου προσωπικού (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, διάφορους θεραπευτές) δημιουργώντας έτσι πλαίσια παρόμοια με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου δηλαδή οι ασθενείς δεν μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις αντίστοιχες υπηρεσίες στην κοινότητα. Επιπλέον, το προσωπικό που δεσμεύεται σε αυτές τις δομές θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άλλες υπηρεσίες και να καλύπτει διαφορετικού τύπου ανάγκες.

Καθώς λοιπόν η πορεία της αποασυλοποίησης είχε εδραιωθεί, ***θα έπρεπε να γίνει μια σταδιακή μετατόπιση της στοχοθεσίας σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης των νέων ασθενών. Η στρατηγική της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αναφέρεται μόνο επιφανειακά και όχι με συντονισμένο τρόπο σε αυτά.*** Πιο συγκεκριμένα,

- ως προς τις ενέργειες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας αποτελούν ζητήματα που άπτεται της διοίκησης των σχετικών υπηρεσιών. Ενδεικτικό παράδειγμα που έγινε εμφανές κατά τις επιτόπιες επισκέψεις, ήταν ότι ορισμένα κέντρα ψυχικής υγείας πραγματοποιούν δράσεις πρόληψης στις περιοχές ευθύνης τους, ενώ άλλα κέντρα ψυχικής υγείας έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς. Επιπλέον, η στρατηγική που αναπτύχθηκε όχι μόνο δεν προέβλεπε τη διασύνδεση ενός τέτοιου στόχου (πρόληψη) με άλλους τομείς, όπως είναι ο εργασιακός και ο εκπαιδευτικός, αλλά και δεν τον αντιμετώπιζε σε εθνικό επίπεδο.
- Όπως αναφέρθηκε και στις δυο ομάδες συζήτησης (focus groups) υπάρχει μεγάλη δυσκαμψία του συστήματος αναφορικά με τους νέους ασθενείς. Η στρατηγική για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση φαίνεται να δίνει έμφαση στην αποασυλοποίηση των χρονίων ασθενών, ενώ δεν προβλέπει ένα μοντέλο που να αντιμετωπίζει τους νέους ασθενείς. Η είσοδος των νέων περιστατικών στο σύστημα ψυχικής υγείας είναι

δύσκολη και άγνωστη στον ευρύτερο πληθυσμό, όπως γνωστοποίησαν στην ομάδα αξιολόγησης οι οικογένειες χρηστών και οι επαγγελματίες. Ανάλογα με τον τομέα, τις κατά τόπους υπηρεσίες, το είδος και σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής, οι ασθενείς μπορεί να επισκεφθούν το ψυχιατρείο (στην περιοχή της Αττικής), τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ψυχικής υγείας ή κάποιον ιδιώτη επαγγελματία. Η διαδρομή που ακολουθείται μετέπειτα είναι αρκετά συγκεχυμένη και δεν υπάρχει μια σταθερή διαδικασία.

Η επικαιροποίηση των στρατηγικών στόχων θα πρέπει να αξιολογηθεί και ως προς την υιοθέτηση προτύπων και μοντέλων που εφαρμόζονται διεθνώς. Ως προς αυτό το στοιχείο, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η ***στρατηγική που ακολούθησε η Ελλάδα βρισκόταν στην σωστή κατεύθυνση.*** Οι αρχικοί στρατηγικοί στόχοι, δηλαδή η αποασυλοποίηση και η εφαρμογή των αρχών και πρακτικών της κοινοτικής ψυχιατρικής, η τομεοποίηση, η έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και επανένταξη και στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών αποτελούν ένδειξη προσπάθειας συντονισμού της χώρας με τις επιταγές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και με τις πρακτικές χωρών όπως η Βρετανία, η Ιταλία, οι χώρες της Σκανδιναβίας και άλλες.

Πιο πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Ένωση εξέδωσε το «Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία» (European Pact for Mental Health and Well-Being, 2008) σύμφωνα με το οποίο βασικές προτεραιότητες αποτελούν:

- Η πρόληψη της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των νέων μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος και η πρόληψη φαινόμενων που παρατηρούνται στο σχολικό πλαίσιο και επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία, όπως η βία.
- Η ψυχική υγεία στο εργασιακό πλαίσιο
- Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων
- Η αντιμετώπιση του στίγματος

Ορισμένα από τα θέματα αυτά εμφανίζονται, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, αποτελούν στρατηγικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, και συγκεκριμένα, η πρόληψη των ψυχικών νόσων, η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών για ασθενείς με Alzheimer και η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου.

Ωστόσο, αναφορικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες που θέτει το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο, η στρατηγική που ακολουθήθηκε για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν έχει επικαιροποιηθεί και δεν τις συμπεριλαμβάνει ως κύριους στόχους.

II. <u>Το δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό αφορά την **εσωτερική συνοχή του προγραμματικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.**</u> Οι στόχοι που τέθηκαν ήταν προσανατολισμένοι προς την διαμόρφωση ενός συστήματος ψυχικής υγείας βασισμένο στις κοινοτικές υπηρεσίες, το οποίο θα κάλυπτε τις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Ο δεύτερος κύριος στόχος αφορούσε στην αποασυλοποίηση των ασθενών και στην δημιουργία δομών που θα υποστήριζαν την επανένταξη τους στην κοινότητα. Οι στόχοι αυτοί συγκεκριμενοποιήθηκαν ως προς:

1. Τη δημιουργία επαρκών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κάθε τομέα
2. Την αποασυλοποίηση των ασθενών
3. Τη μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας στα ψυχιατρικά τμήματα
4. Τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών
5. Την ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών και τη συμμετοχή τους σε εθελοντικές δράσεις
6. Την εξασφάλιση εργασίας των ασθενών
7. Την ανακούφιση των αναγκών των ασθενών με αυτισμό και των οικογενειών τους
8. Την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής στήριξης των χρηστών ναρκωτικών και αλκοόλ

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων οι δράσεις που είχαν προγραμματιστεί διαφοροποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Κλείσιμο ψυχιατρικών νοσοκομείων
2. Δημιουργία δομών/υπηρεσιών που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα φροντίδας της ψυχικής υγείας
3. Δημιουργία θέσεων εργασίας για επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, για τη στελέχωση των νέων κοινοτικών υπηρεσιών
4. Κατάρτιση επαγγελματιών που θα στελέχωναν τις νέες δομές

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι ο προγραμματικός σχεδιασμός βασίστηκε σε στόχους που συνδέονταν επαρκώς.

III. <u>Η πρόβλεψη πιθανών **προβλημάτων και ο καθορισμός των ενεργειών για την αποτροπή ή την έγκαιρη αντιμετώπιση** τους αποτελούν στοιχεία που καθορίζουν την πορεία υλοποίησης της μεταρρύθμισης και της επίτευξης των στόχων που θέτει.</u> Σε επίπεδο εφαρμογής της μεταρρύθμισης, η **κυριότερη δυσκολία εντοπίζεται στην εξάρτηση της από ένα ιδιαίτερα βραδυκίνητο γραφειοκρατικό σύστημα οργάνωσης και λειτουργίας του ευρύτερου δημοσίου τομέα**. Όπως διαπιστώθηκε για την υλοποίηση των προγραμμάτων απαιτούνται διαδικασίες, στις οποίες εμπλέκονται πολλαπλοί

φορείς και οι οποίοι θέτουν δικά τους κριτήρια εφαρμογής, με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στην υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών δράσεων.

Ορισμένα *ενδεικτικά παραδείγματα της γραφειοκρατίας* που διέπει το σύστημα ψυχικής υγείας (και επηρεάζει αρνητικά την υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης) αποτελούν

- Η μη-λειτουργία δομών λόγω καθυστερήσεων στην πρόσληψη προσωπικού
- Οι καθυστερήσεις στην κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Πολλά από τα οποία εξακολουθούν να υφίστανται ως οργανισμοί με άγνωστες ωστόσο αρμοδιότητες και ρόλο.
- Οι καθυστερήσεις στην καταβολή μισθών των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντικό ποσοστό αποχωρήσεων, ενώ το υπάρχον προσωπικό εμφανίζει σημάδια του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).
- Καθυστερήσεις στις γενικές επιχορηγήσεις, με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις να υπάρχει σημαντική δυσκολία στη κάλυψη των βασικών αναγκών των ασθενών.

Σημαντικές **δυσκολίες εντοπίστηκαν και αναφορικά με τις αντιδράσεις τόσο των άμεσα εμπλεκομένων όσο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου ως προς την υλοποίηση συγκεκριμένων μεταρρυθμιστικών δράσεων.** Πιο συγκεκριμένα:

1. Η δημιουργία κοινοτικών δομών προκάλεσε *αρνητικές αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών,* ως αποτέλεσμα του στίγματος που ακολουθεί τη ψυχική νόσο. Φαίνεται ότι η ανάπτυξη δομών δεν συνοδεύτηκε από καμπάνιες για την ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού προκειμένου να αποδεχτούν τις νέες δομές (Karastergiou, Mastrogianni, Georgiadou, Kotrotsios & Mauratziotou, 2005). Τα αποτέλεσμα αυτών των αντιδράσεων ήταν τρία: καθυστερήσεις στην δημιουργία των δομών αυτών, με συνέπεια καθυστέρηση στην αποασυλοποίηση των ασθενών, επαναπροσδιορισμός των κριτηρίων βάσει των οποίων τοποθετούνταν οι δομές (κυρίως στεγαστικές) σε συγκεκριμένες περιοχές. Έτσι, για παράδειγμα, αντί να λειτουργεί ως κριτήριο η διευκόλυνση της διαβίωσης των ασθενών στη κοινότητα ή η εγγύτητα προς άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (πχ κέντρο ψυχικής υγείας, γενικό νοσοκομείο), το βασικό κριτήριο ανάπτυξης των δομών αυτών ήταν η εύρεση κτιρίων. Σε συνάρτηση με το δεύτερο σημείο, η οικονομική επιβάρυνση που επέφερε η δυσκολία εύρεσης κτιριακής υποδομής (καθώς μπορεί να νοικιάζονταν κτίρια που ήταν ακριβά αλλά διαθέσιμα) επέφερε γενικότερες δυσκολίες στην μελλοντική χρηματοδότηση των δομών αυτών.
2. *Η λειτουργία των Ψυχιατρικών Τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων φαίνεται γενικά ανεπαρκής* καθώς το ενδιαφέρον τους για ψυχιατρικές υπηρεσίες ήταν (και είναι) διαφοροποιημένο, ενώ υπήρξαν περιπτώσεις

διάθεσης πόρων σε άλλες ιατρικές υπηρεσίες λόγω δικών τους προτεραιοτήτων και συμφερόντων διαφορετικών αυτών της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα έγιναν αναφορές ότι προσωπικό που έχει προσληφθεί για το ψυχιατρικό τμήμα, καλύπτει τις ανάγκες άλλων τμημάτων.

IV. Ένα τέταρτο στοιχείο αφορά την **έλλειψη επιδημιολογικών μελετών και δεδομένων** που αφορούν τις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών, βάσει των οποίων να αναπτυχθεί το σύστημα ψυχικής υγείας. Έτσι ενώ η αρχική πολιτική αναπτύχθηκε βάσει της ανάγκης για άμεση μεταρρύθμιση, στην πορεία οι μεταρρυθμιστικοί στόχοι δεν εξελίχθηκαν.

V. Μια άλλη αδυναμία της πολιτικής αφορά την **μικρή έμφαση που έδινε σε ειδικές ομάδες πληθυσμού**, όπως παιδιά και εφήβους, ηλικιωμένους, άτομα που εμπίπτουν στο ευρύτερο φάσμα του αυτισμού, άτομα διατροφικές διαταραχές, νοητική στέρηση.

VI. Σημαντική αδυναμία εντοπίζεται επίσης και στην **διασύνδεση του συστήματος ψυχικής υγείας με άλλους τομείς** όπως ο τομέας της υγείας και ειδικότερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της εκπαίδευσης και της δικαιοσύνης.

VII. Ο κύριος προσανατολισμός της πολιτικής για την ανάπτυξη ενός συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών που θα παρείχε ολοκληρωμένη φροντίδα στους ψυχικά ασθενείς αποτέλεσε αδιαμφισβήτητη πρόοδο. Ωστόσο, ένας από τους παράγοντες που δεν διασφαλίστηκε σε κανένα επίπεδο αποτελεί **η άτυπη μορφή φροντίδας**. Η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα που η οικογένεια διαδραματίζει καίριο ρόλο όχι μόνο στη φροντίδα της υγείας των ασθενών αλλά και στην οικονομική στήριξη τους (Ploumbidis et.al 2001). Όπως αναφέρθηκε και στη ομάδα συζήτησης με τους χρήστες, πολλοί ασθενείς διαμένουν με τις οικογένειες τους στηριζόμενοι εξ ολοκλήρου σε αυτές. Ο τακτικός θεραπευτικός έλεγχος αυτών των ασθενών είναι αμφίβολος καθώς οι οικονομικοί πόροι των οικογενειών είναι μικροί (Ploumbidis et.al 2001). Σε αντίθετες περιπτώσεις, όπως αναφέρει και η έκθεση των Πλουμπίδη, Οικονόμου, Γκαράνη-Παπαδάτου, Ντάλλα-Βοργιά και Στεφανή (2001), οι οικογένειες αρνούνται να δεχτούν τον ασθενή μετά την παραμονή του σε κάποια ενδιάμεση δομή αποκατάστασης, παρόλο που ο ίδιος είναι σε θέση να επιστρέψει στο οικείο κοινωνικό του περιβάλλον, καθώς η κοινωνική, οικονομική και τεχνική υποστήριξη είναι ανεπαρκής ή και ανύπαρκτη (Ploumbidis et.al 2001).

VIII. Ο καταμερισμός των υπηρεσιών με βάση τη δημιουργία Τομέων Ψυχικής Υγείας και Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, αποτέλεσε ένα από τα σημαντικά διαβήματα της πολιτικής. Ωστόσο, οι **Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων** δημιουργούνται μόνο για τους νομούς Αττικής (12 Το.Ψ.ΥΠΕ) και Θεσσαλονίκης (3 Το.Ψ.ΥΠΕ). Οι τομείς που θεσπίζονται για τα παιδιά και τους εφήβους έχουν μεγάλο πληθυσμό (από 168.374 - 6ος Αττικής - μέχρι 462.793 - 9ος Αττικής - σύμφωνα με τα στοιχεία του Αττικού μετρό του 1996 και του ΥΠΕΧΩΔΕ). Καλύπτουν συνολικά τον πληθυσμό του νομού

Αττικής (4.058.640 κάτοικοι) και το νομό Θεσσαλονίκης (1.050.000 κάτοικοι). Με τον όρο «Τομέας Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων» (Το.Ψ.ΥΠΕ) εννοούμε μια γεωγραφική περιοχή με τον πληθυσμό της, την οποία καλύπτει ένα δίκτυο υπηρεσιών που είναι προορισμένο να καλύπτει τις ανάγκες ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων που κατοικούν στην περιοχή. Οι προδιαγραφές του Π.Ο.Υ. θεωρούν ότι οι τομείς πρέπει να είναι της τάξεως των 100.000 κατοίκων ενώ τα κρεβάτια νοσηλείας για παιδιά και εφήβους υπολογίζονται σε 6-8 ανά 1.000.000 πληθυσμού. Το αρχικό μέγεθος των 15 τομέων που σχεδιάστηκαν στη χώρα μας σύμφωνα με κριτήρια γεωγραφικά και συγκοινωνιακά και με βάση τις υπάρχουσες υπηρεσίες για το μισό πληθυσμό της χώρας (δηλαδή της περιοχές της Αττικής και της Θεσσαλονίκης) ήταν μεγάλο ενώ δεν προβλέφτηκαν Το.Ψ.ΥΠΕ στις υπόλοιπες περιφέρειες.

IX. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το ζήτημα της **διαχείρισης του συστήματος**. Η πολιτική που αναπτύχθηκε δεν προέβλεπε ότι ένα σύστημα κοινοτικών αποκεντρωμένων υπηρεσιών χρήζει αναπροσαρμογής του τρόπου οργάνωσης, παρακολούθησης και διαχείρισης. Αν και η δημιουργία των Τομεακών Επιτροπών ως όργανα επίβλεψης και σχεδιασμού, αποτέλεσε σημαντική παρέμβαση, ωστόσο δεν συνοδεύτηκε από την υιοθέτηση ενός αυστηρότερου πλαισίου στο οποίο οι επιτροπές αυτές θα είχαν την δυνατότητα λήψης αποφάσεων, κατανομής πόρων και επιβολής κυρώσεων και δεν θα περιορίζονταν σε ένα συμβουλευτικό ρόλο. Η μη λειτουργία της Τομεοποίησης και των Τομεακών Επιτροπών οδήγησε στη διατήρηση ενός συγκεντρωτικού συστήματος ψυχικής υγείας, στο οποίο η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελεί το κύριο όργανο όχι μόνο για την ανάπτυξη πολιτικής αλλά και για την διαχείριση του συστήματος, για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των υπηρεσιών.

X. Απουσία ανάπτυξης **χρηματοδοτικής πολιτικής** που θα εξασφάλιζε τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Ζ.2. Αξιολόγηση της οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος Ψυχικής Υγείας και της πορείας υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πραγματοποιείται σε δυο διαστάσεις: τη ποσοτική, η οποία αντανακλά το γεγονός ότι σε μεγάλο βαθμό οι δομές και υπηρεσίες που υφίστανται στη χώρα είναι αποτέλεσμα ενός μακρόχρονου μεταρρυθμιστικού προγράμματος και την ποιοτική, η οποία αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις επιπτώσεις που έχουν στον πληθυσμό.

Ως προς την ποσοτική διάσταση, οι δομές αξιολογούνται σε σχέση με:

- <u>την πραγματοποίηση των στόχων</u> που είχαν τεθεί κατά τη πρώτη αναθεώρηση του προγράμματος Ψυχαργώς
- <u>την αριθμητική επάρκεια των δομών</u> είτε σε σχέση με τις κατηγορίες υπηρεσιών που παρέχουν (αν δηλαδή καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών κοινοτικής ψυχιατρικής) είτε σε σχέση με τις ανάγκες συγκεκριμένων περιοχών.

Στον πίνακας Ζ1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στόχοι που είχαν τεθεί για το τέλος του προγράμματος Ψυχαργώς (2010) ανά κατηγορία δομής, με βάση τις υπηρεσίες που υπήρχαν κατά τη λήξη της πρώτης φάσης της προγράμματος (2001). Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνονται: οι δομές που υπήρχαν το 2001, οι δομές που έπρεπε να υπάρχουν το 2010, ο αριθμός των δομών που έπρεπε να αναπτυχθούν μέσα στη δεκαετία και τέλος ο αριθμός των δομών που τελικά υλοποιήθηκαν. Με βάση τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται στο ο βαθμός επίτευξης του αρχικού στόχου για το έτος 2010.

Πίνακας Ζ1: Δομές Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2001 (τιμή βάσης)	υλοποίηση 10ετίας (στόχος)	2010 (στόχος)	υλοποίηση 10ετίας (επίτευξη)	2010 (επίτευξη)	Επίτευξη στόχου 2001-2010	
						αριθμός	%
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	9	-5	4	-6	3	-1	**125%**
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά και Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		75	75	41	41	-34	**54,67%**
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων				30	30		
Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων**				11	11		
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	28	52	80	6	34	-46	**42,5%%**
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα***	22	51	73		10		
Κινητές Μονάδες	6	34	40	21	27	-13	**67,50%**
Κέντρα Ημέρας	18	24	42	22	40	-2	**95,24%**
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	196	211	407	234	430	23	**105,65%**
Ξενώνες	95		170		88	-82	**51,76%**
Οικοτροφεία	16		130		116	-14	**89,23%**
Προστατευόμενα Διαμερίσματα	85		107		226	121	**211,21%**
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	102	46	148	0	102	-46	**68,92%**
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ		5	5	9	9	4	**180%**
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		35	35	0	0	-35	**0,00%**
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		15	15	0	0	-15	**0,00%**
Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί-ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.		55	55	18	18	-37	**32,73%**
Μονάδα κατ' οίκον Νοσηλείας			√		1	1	
Μονάδα Αυτισμού για παιδιά			√		2	2	

*Περιλαμβάνει τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που βρίσκονται σε πλήρη λειτουργία. Επιπλέον λειτουργεί και το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αιγινήτειο το οποίο δεν διαθέτει τμήμα χρονίων ασθενών

** Δεν αναφέρεται στην πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς (ΥΥΚΑ 2001) ούτε η τιμή βάσης κατά το 2001, ούτε και ο αριθμός- στόχος για τη δημιουργία Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία. Δεν είναι λοιπόν δυνατός ο υπολογισμός του ποσοστού επίτευξης.

***Σύμφωνα με την πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς (ΥΥΚΑ, 2001) τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα της χώρας το 2001 ήταν 22. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ο αριθμός τους το 2010 ανέρχεται στα 10 (δεν έχουν συμπεριληφθεί τα κέντρα ψυχικής υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους). Δεν είναι λοιπόν δυνατός ο υπολογισμός του ποσοστού επίτευξης.

√ Σε αυτές τις περιπτώσεις οι δομές που δημιουργήθηκαν δεν προβλέπονταν στον αρχικό σχεδιασμό και ως εκ τούτου δεν υπολογίζεται ο βαθμός επίτευξης τους όπως στις άλλες περιπτώσεις

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα Ζ1, τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται για τις μονάδες αποκατάστασης: ξενώνες (51,76%), οικοτροφεία (89,23%) και προστατευμένα διαμερίσματα (213%) και για τα κέντρα ημέρας (95,24%) ενώ οι στόχοι που τέθηκαν για τις υπόλοιπες υπηρεσίες, όπως κινητές μονάδες, φαίνεται να έχουν υλοποιηθεί πάνω από το μισό (67,50%) και σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως τα κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Alzheimer, το ποσοστό επίτευξης έφτασε το 180%. Αντίθετα το ποσοστό επίτευξης των στόχων που τέθηκαν για το 2010 είναι σε ορισμένες περιπτώσεις μηδενικό (κέντρα αντιμετώπισης εξάρτησης από ουσίες, αλκοόλ, κέντρα παρέμβασης στη κρίση, μονάδες επανένταξης και κέντρα εκπαίδευσης και έρευνας). Τα ποσοστά επίτευξης είναι αρκετά μικρά και για τις ακόλουθες υπηρεσίες/δομές: κέντρα ψυχικής υγείας (42,5%), ολοκληρωμένα κέντρα για αυτισμό (5,56%), κέντρα ημέρας αυτισμού (47,83%), ξενώνες για άτομα με αυτισμό (5,88%), ξενώνες βραχείας παραμονής (14,55%) και κοινωνικούς συνεταιρισμούς (32,73 %).

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνονται τα εξής:

- Υπάρχει <u>σημαντική έλλειψη σε δομές και υπηρεσίες που αφορούν ειδικές κατηγορίες ασθενών:</u> άτομα στο ευρύτερο φάσμα του αυτισμού, άτομα με διπλές διαγνώσεις, διατροφικές διαταραχές, νοητική υστέρηση κλπ.
- Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία αναφορικά με τις υπηρεσίες και δομές που αναπτύχθηκαν για παιδιά και εφήβους. Διακρίνεται ωστόσο ότι <u>υπάρχει έλλειψη στεγαστικών δομών για παιδιά και εφήβους, αν και προβλεπόταν η δημιουργία τους</u> και έχει γίνει ειδική αναφορά στην αντίστοιχη νομοθεσία.
- Τα κέντρα ψυχικής υγείας αν και είχαν θεωρηθεί οι «πυρήνες» του νέου συστήματος, φαίνεται ότι η αντίληψη αυτή δεν ακολουθήθηκε στη πράξη, δεδομένου ότι ο στόχος επιτεύχθηκε μερικώς.
- <u>Σημαντική έλλειψη στις μονάδες επαγγελματικής επανένταξης των ασθενών και στους Κοι.ΣΠΕ</u>, κάτι που πιθανώς αναγάγει την αποασυλοποίηση σε «μεταφορά» των χρονίων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία στην κοινότητα, χωρίς να συνεπάγεται την κοινωνική επανένταξη τους.

Στον πίνακα Ζ2 αναλύεται ο αντίστοιχος βαθμός επίτευξης του στόχου που είχε τεθεί για την κάθε περιφέρεια για κάθε κατηγορία δομής/υπηρεσιών

Πίνακας Ζ2: Δομές Ψυχικής Υγείας ανά Περιφέρεια

ΕΠΙΤΕΥΞΗ 2010

ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ																																									
	ΑΤΤΙΚΗ			ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ-ΘΡΑΚΗ			ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ			ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ			ΗΠΕΙΡΟΣ			ΘΕΣΣΑΛΙΑ			ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ			ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ			ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ			ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ			ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ			ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ			ΚΡΗΤΗ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%)	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ	ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ	ΒΑΘΜΟΣ (%) ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία*	2	2	100%	0	0	-	1	1	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	100%	0	0	-	1	0	100%	0	0	100%	4	3	125,00%
Ολοκληρωμενα Ψυχιατρικά-Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων**	26	13	50%	5	4	80%	13	10	77%	1	1	100%	3	2	67%	4	2	50%	1	0	0%	3	2	67%	5	0	0%	5	0	0%	3	1	33%	1	2	200%	5	4	80%	75	41	54,67%
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	34	9	26%	7	5	71%	7	5	71%	3	0	0%	3	1	33%	4	2	50%	2	1	50%	3	2	67%	4	2	50%	2	2	100%	3	1	33%	4	0	0%	4	4	100%	80	34	42,50%
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα***	43	7	16%	4	0	0%	3	2	67%	0	0	-	2	0	0%	3	0	0%	2	0	0%	4	0	0%	4	0	0%	0	0	-	3	0	0%	3	0	0%	2	1	50%	73	10	13,70%
Κινητές Μονάδες	2	0	0%	4	5	125%	4	1	25%	3	1	33%	2	1	50%	2	4	200%	3	2	67%	4	2	50%	1	1	100%	4	2	50%	0	2	√	6	4	67%	5	2	40%	40	27	67,50%
Κέντρα Ημέρας	13	21	162%	6	1	17%	10	5	50%	1	0	0%	3	1	33%	2	2	100%	0	2	√	2	0	0%	1	1	100%	2	1	50%	0	1	√	0	1	√	2	4	200%	42	40	95,24%
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	161	152	94%	13	15	115%	63	83	132%	2	2	100%	21	23	110%	19	26	137%	13	12	92%	11	17	155%	11	21	191%	20	27	135%	3	2	67%	47	26	55%	23	24	104%	407	430	105,65%
Κέντρα/ Μονάδες Κοινωνικής-Επαγγελματικής Επανένταξης	42	26	62%	6	2	33%	22	13	59%	2	2	100%	7	5	71%	13	6	46%	4	3	75%	8	7	88%	12	10	83%	8	7	88%	3	1	33%	13	13	100%	8	7	88%	148	102	68,92%
Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	0	3	√	0	0	-	1	3	300%	0	0	-	1	0	0%	1	1	100%	0	0	-	1	0	0%	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	1	-	1	1	100%	5	9	180,00%
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών	8	0	0%	2	0	0%	5	0	0%	1	0	0%	2	0	0%	1	0	0%	0	0	-	3	0	0%	2	0	0%	3	0	0%	0	0	-	4	0	0%	2	0	0%	33	0	0,00%
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών	8	0	0%	0	0	-	1	0	0%	0	0	-	1	0	0%	1	0	0%	0	0	-	1	0	0%	1	0	0%	0	0	-	0	0	-	1	0	0%	1	0	0%	15	0	0,00%
Κοινωνικοι Συνεταιρισμοί-ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.	9	7	78%	5	0	0%	10	2	20%	3	0	0%	2	1	50%	4	1	25%	2	2	100%	3	1	33%	3	1	33%	5	0	0%	3	1	33%	2	1	50%	4	1	25%	55	18	32,73%

*Περιλαμβάνει τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που βρίσκονται σε πλήρη λειτουργία. Επιπλέον λειτουργεί και το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αιγινήτειο το οποίο δεν διαθέτει τμήμα χρονίων

** 30 είναι ψυχιατρικά τμήματα ενηλίκων και 11 παιδιών και εφήβων

***Σύμφωνα με την πρώτη αναθεώρηση του Ψυχαργώς (ΥΥΚΑ, 2001) τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα της χώρας το 2001 ήταν 22. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ο αριθμός τους το 2010 ανέρχεται στα 10 (δεν έχουν συμπεριληφθεί τα κέντρα ψυχικής υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους). Δεν είναι λοιπόν δυνατός ο υπολογισμός του ποσοστού επίτευξης.

√ Σε αυτές τις περιπτώσεις οι δομές που δημιουργήθηκαν δεν προβλέπονταν στον αρχικό σχεδιασμό και ως εκ τούτου δεν υπολογίζεται ο βαθμός επίτευξής τους όπως στις άλλες περιπτώσεις

Όσο αφορά τη κάλυψη των περιφερειών, δυστυχώς δεν υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα που να αφορούν τις ανάγκες συγκεκριμένων περιοχών. Ωστόσο, σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα Ζ2, παρατηρούνται τα εξής:

- Τα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων αποτελούσαν έναν από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ο οποίος επιτεύχθηκε στο 100% στις περιφέρειες Δυτικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου (το ποσοστό επίτευξης εδώ φτάνει το 200%, καθώς έχει συμπεριληφθεί και το Κρατικό Θεραπευτήριο –Κέντρο Υγείας Λέρου), σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό στις περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας (80%), Κρήτης (80%), Κεντρικής Μακεδονίας (77%), Ηπείρου (67%), Δυτικής Ελλάδας (67%), ενώ για τις περιφέρειες Αττικής και Θεσσαλίας το ποσοστό επίτευξης ήταν 50%. και Κρήτης (80%). Για τις περιφέρειες Βορείου Αιγαίου, Ιονίων Νήσων, Στερεάς Ελλάδας και Πελοποννήσου, τα ποσοστά επίτευξης είναι 33%, 0%, 0% και 0% αντίστοιχα.
- Οι μονάδες αποκατάστασης είναι όπως φαίνεται η μοναδική υπηρεσία που αναπτύχθηκε σε όλες τις περιφέρειες και μάλιστα με βαθμό επίτευξης, σε σχέση με τον αρχικό στόχο, που ξεπερνάει στις περισσότερες περιφέρειες το 100% (Ανατολικής Μακεδονίας 115%, Κεντρικής Μακεδονίας 132%, Ηπείρου 110%, Θεσσαλίας 137%, Πελοποννήσου 135%, Δυτικής Ελλάδας 155%, Στερεάς Ελλάδας 191% και Κρήτης 104%).
- Οι στόχοι αναφορικά με την δημιουργία Κοι.ΣΠΕ δεν επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό. Με εξαίρεση τις περιφέρειες Αττικής (78%) και Ιονίων Νήσων (100%), τα ποσοστά επίτευξης είναι αρκετά χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα: Κεντρική Μακεδονία 20%, Ήπειρος 50%, Θεσσαλία 25%, Δυτική και Στερεά Ελλάδα 33%, Νότιο Αιγαίο 50%, Κρήτη 25% ενώ στις περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, Δυτικής Μακεδονίας και Πελοποννήσου δεν έχει δημιουργηθεί κανένας.
- Σημαντικός στόχος αποτέλεσε η ανάπτυξη κέντρων ψυχικής υγείας σε όλες τις περιφέρειες. Τα αποτελέσματα ως προς την επίτευξη αυτού του στόχου είναι μεικτά, καθώς σε ορισμένες περιφέρειες (Πελοποννήσου και Κρήτης) ο στόχος υλοποιήθηκε σε ποσοστό 100%, στις περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας και Δυτικής Ελλάδας τα ποσοστά επίτευξης ήταν 71%, 71% και 67% αντίστοιχα, ενώ σε άλλες επιτεύχθηκε μόνο κατά το ήμισυ (Στερεά Ελλάδα, Ιόνια Νησιά και Θεσσαλία). Οι υπόλοιπες περιφέρειες παρουσιάζουν πολύ φτωχά αποτελέσματα που κυμαίνονται από 0% έως 33%.
- Ενδεικτικό είναι επίσης το γεγονός ότι σύμφωνα με συγκριτικά στοιχεία μεταξύ 1996-2005 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (βλέπε πίνακα Ζ3, σελ. 171) για τους εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, οι μεγαλύτερες αυξήσεις παρατηρούνται για τις περιφέρειες στις οποίες υπάρχει ελλιπής αριθμός υπηρεσιών (Ανατολική Μακεδονία & Θράκη- 28,71%, Βορείου και Νοτίου Αιγαίου- 25,77% και Δυτικής Ελλάδας και

Πελοποννήσου 23,30%). Σημειώνεται ότι το στοιχείο αυτό είναι ενδεικτικό και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη συσχέτισης.

Η ποιοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οργανώνεται γύρω από δυο βασικές θεματικές:

- Την οργάνωση τους, ως μέρος ενός ευρύτερου συστήματος
- Την μεμονωμένη λειτουργία τους σύμφωνα με ένα αποδεκτό κανονιστικό πλαίσιο.

Ως προς την οργάνωση, ένας σημαντικός παράγοντας αφορά τον καθορισμό του ακριβούς μείγματος των διαφόρων τύπων υπηρεσιών καθώς και το επίπεδο εξασφάλισης των καναλιών παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών (ΠΟΥ, 2003). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι αρχές που καθορίζουν την οργάνωση των υπηρεσιών είναι οι εξής:

- Προσβασιμότητα
- Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση
- Συντονισμένη και συνεχής φροντίδα
- Αποτελεσματικότητα
- Ισότιμη αντιμετώπιση
- Σεβασμός ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Αντίστοιχα ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2004) περιγράφει 12 δείκτες ποιότητας λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι είναι οι παρακάτω:

Α. Συνεχές φροντίδας που συνίσταται σε:

- Έγκαιρη παρακολούθηση μετά τη νοσηλεία
- Συνέχεια των επισκέψεων μετά από νοσηλεία και για διπλές διαγνώσεις (ψυχιατρικές και κατάχρησης ουσιών)
- Φυλετικές / εθνικές ανισότητες στα ποσοστά παρακολούθησης
- Συνέχεια των επισκέψεων μετά από νοσηλεία

Β. Συντονισμός της φροντίδας: Διαχείριση περιπτώσεων (case management) για βαριές ψυχιατρικές διαταραχές

Γ. Θεραπεία

- Επισκέψεις κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης θεραπείας της κατάθλιψης
- Επανεισαγωγές σε νοσοκομείο ψυχιατρικών ασθενών
- Διάρκεια θεραπείας διαταραχών κατάχρησης ουσιών

- Χρήση αντι-χολινεργικών αντί-καταθλιπτικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους ασθενείς
- Συνεχής φαρμακευτική αγωγή σε οξεία φάση
- Συνεχής φαρμακευτική αγωγή αντί-καταθλιπτικό στη φάση διατήρησης

Δ. Αποτελέσματα: Θνησιμότητα ατόμων με βαριές ψυχιατρικές διαταραχές

Οργάνωση Συστήματος

Με βάση τις προαναφερθέντες αρχές και δείκτες η οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας παρουσιάζει τα εξής:

1. Δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη και λειτουργία στεγαστικών δομών (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα) προκειμένου να πραγματοποιηθεί η αποασυλοποίηση των χρονίων ασθενών και να συρρικνωθούν ή να κλείσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Βασικό κριτήριο δημιουργίας των δομών αυτών ήταν η εύρεση κτιρίων, καθώς υπήρχαν δυσκολίες ως προς την αποδοχή των δομών αυτών από τις τοπικές κοινωνίες, κάτι που καταδεικνύει την έλλειψη προπαρασκευαστικών δράσεων ενημέρωσης της κοινότητας, αλλά και το μέγεθος του στίγματος.
3. Εμφανής αδυναμία προσδιορισμού μιας υπηρεσίας που να λειτουργεί ως σημείο αναφοράς του τοπικού δικτύου υπηρεσιών. Υπάρχουν τοπικές διαφορές ως προς το ποια υπηρεσία αναλαμβάνει έναν υποτυπώδη ρόλο συντονισμού των υπηρεσιών και η οποία λειτουργεί ως σημείο «εισόδου» των ασθενών στο σύστημα. Για παράδειγμα παρατηρήθηκε ότι η υπηρεσία αναφοράς στην Κατερίνη είναι (άτυπα) το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ενώ στο νομό Λασιθίου τέτοιο ρόλο έχει αναλάβει (άτυπα) η Κινητή Μονάδα του Μη-Κερδοσκοπικού Οργανισμού «ΑΡΩΓΗ».
4. Σχετικό ζήτημα με το παραπάνω, αποτελεί η ελλιπής κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος από τους χρήστες. Όπως αναφέρθηκε στην ομάδα συζήτησης υπάρχει άγνοια σχετικά με το που μπορούν να ζητήσουν πληροφόρηση και βοήθεια. Η δυσκολία ένταξης/εισαγωγής των ατόμων με ψυχικά προβλήματα στο σύστημα είναι ιδιαίτερα μεγάλη (και ειδικότερα για τις στεγαστικές δομές) με αποτέλεσμα πολλοί να απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα.
5. Η διασύνδεση των υπηρεσιών με την κοινότητα, τις τοπικές αρχές και θεσμούς δεν είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων διαδικασιών, αλλά εξαρτάται από την δραστηριοποίηση ή την «καλή θέληση» του προσωπικού.
6. Η αδυναμία δικτύωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ τους αλλά και με άλλα συστήματα έχει αρνητικές επιπτώσεις στο συνεχές της φροντίδας. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών δημιουργώντας σημαντικά κενά στο συνεχές της φροντίδας που είναι

απαραίτητη για άτομα με ψυχικές διαταραχές λόγω κυρίως της χρονιότητας της καταστάσεως τους. Επίσης περιορίζει την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Λειτουργία Συστήματος

Αναφορικά με τη λειτουργία των στεγαστικών δομών, σε γενικές γραμμές γίνεται προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργικότητας των ασθενών, ωστόσο παρατηρήθηκαν τα εξής:

1. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός εξειδικευμένου προσωπικού, πλήρους ή/και μερικής απασχόλησης, ακόμα και μετά από την αρχική φάση λειτουργίας των στεγαστικών δομών. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται ότι η λειτουργία της δομής και η φροντίδα των ενοίκων συνεχίζει να εξαρτάται από τους επαγγελματίες χωρίς να περνάει προοδευτικά στους ίδιους τους ενοίκους. Η συνέχιση αυτού του μοντέλου συγκρούεται όχι μόνο με τον ρόλο των στεγαστικών δομών (ιδιαίτερα ξενώνων και διαμερισμάτων), αλλά και με την ουσιαστική επανένταξη και αποκατάσταση των ενοίκων. Για παράδειγμα, σε ελάχιστες μόνο δομές σημειώθηκε η χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας ή ψυχικής υγείας από τους ενοίκους για συνταγογράφηση ή για άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η συνέχιση αυτού του τρόπου λειτουργίας αυξάνει την πιθανότητα να καταλήξουν οι δομές αυτές σε μικρά άσυλα. Όπως διατυπώθηκε και από τους ίδιους τους χρήστες κατά τη διάρκεια της ομάδας συζήτησης «οι ξενώνες/οικοτροφεία αποτελούν απλώς χώρους μεταστέγασης δίχως τη ριζική αναθεώρηση και αναίρεση του ασυλικού προτύπου».
2. Σε αρκετές περιπτώσεις φάνηκε ότι οι στεγαστικές δομές δεν πληρούν βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν στον διαχωρισμό τους αναφορικά με τη διάρκεια παραμονής, την ηλικία και τη διάγνωση των ενοίκων. Ο διαχωρισμός των ξενώνων σε βραχείας-ενδιάμεσης-μακράς (36 μήνες) παραμονής δεν ακολουθείται, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις της μακράς παραμονής, καθώς υπάρχει δυσκολία στη μετάβαση των ασθενών σε πιο αυτόνομες δομές στέγασης (προστατευόμενα, ημι-αυτόνομα και αυτόνομα διαμερίσματα). Όσο αφορά τη διάκριση των στεγαστικών δομών βάσει της ηλικιακής ομάδας των ασθενών, αν και γενικά τηρείται η νομοθεσία, υπάρχουν ωστόσο στεγαστικές υπηρεσίες στις οποίες διαμένουν άτομα αρκετά νεαρής ηλικίας με άτομα άνω των 50 ετών. Τέλος, παρατηρήθηκε η τάση στα οικοτροφεία να υπάρχει ένα μείγμα διαγνωστικών κατηγοριών που περιλαμβάνουν ψυχικές και νοητικές διαταραχές.
3. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις στεγαστικές δομές είναι γενικά καλή, ωστόσο στην ομάδα συζήτησης των χρηστών έγινε αναφορά ότι σε ορισμένες από αυτές η ποιότητα έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό. Εκφράστηκαν επίσης φόβοι ότι με τις μεγάλες καθυστερήσεις της

χρηματοδότησης που παρατηρούνται κατά καιρούς θα υπάρξουν περαιτέρω προβλήματα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσο αφορά την ποιότητα λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ημέρας) διαπιστώθηκαν τα εξής:

1. Ορισμένα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία δεν λειτουργούν, ενώ έχουν αναπτυχθεί οι μονάδες και έχει προσληφθεί το προσωπικό.
2. Έγιναν πολλές αναφορές σχετικά με την έλλειψη κλινών σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Σε πολλά από αυτά παρατηρήθηκε (ή έγιναν αναφορές) το φαινόμενο των «ράντζων» στους διαδρόμους προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες. Ο περιορισμένος αριθμός κλινών αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα για τα περιστατικά εκούσιας νοσηλείας. Όπως σημειώθηκε, σε πολλές περιπτώσεις, είναι αναγκαία η εισαγγελική εντολή, καθώς είναι ο μοναδικός τρόπος να υποχρεωθεί η κλινική στην εισαγωγή του ασθενούς. Αυτό έχει οδηγήσει σε μια πλασματική αύξηση των ακούσιων νοσηλειών, το ποσοστό των οποίων μπορεί να φτάνει σε ορισμένες περιοχές και το 65% του συνόλου των εισαγωγών. Στην έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ψυχικά Ασθενών αναφέρεται το εξής: «*Υπό τις παρούσες συνθήκες, ο αριθμός των κλινών στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων της Αττικής (140) δεν επαρκεί, με αποτέλεσμα την επιστράτευση ράντζων. Θα πρέπει να λειτουργήσουν άμεσα κλίνες σε γενικά νοσοκομεία που ήδη διαθέτουν ψυχιατρικό τμήμα (Ασκληπιείο Βούλας κα). Το ίδιο ισχύει και για κλίνες παιδιών και εφήβων (Σισμανόγλειο, Α & Π Κυριακού κα)*»
3. Υπάρχει έλλειψη σε μονάδες οξέων, ενώ οι υπάρχουσες δεν είναι κατάλληλες και δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες, δημιουργώντας έτσι αυξανόμενη πίεση στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων ή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
4. Σε συνδυασμό με το παραπάνω, παρατηρείται έλλειψη και σε εναλλακτικές υπηρεσίες για οξέα περιστατικά, όπως μονάδες παρέμβασης στην κρίση ή δομές αντιμετώπισης κρίσης.
5. Η διάρκεια νοσηλείας στα τμήματα αυτά φαίνεται να είναι αρκετά υψηλή, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα κλινών και τις καθυστερήσεις στη ροή των ασθενών. Όπως αναφέρεται και στην έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ψυχικά Ασθενών (Πεπραγμένα Έτους: Οκτώβριος 2008-Σεπτέμβριος 2009, Μάρτιος 2010), ο μέσος χρόνος νοσηλείας κατά το 2008 σε ψυχιατρικό τμήμα ενός γενικού νοσοκομείου της Αττικής ήταν 25 μέρες, ενώ ο μέγιστος έφτασε και τους 3 μήνες.
6. Ορισμένα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων (όπως στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων) δεν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές ενός τμήματος για ψυχιατρικούς ασθενείς.

7. Ένα βασικό πρόβλημα στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων αφορά τη τοποθέτηση του προσωπικού σε άλλα ιατρικά τμήματα. Έτσι ενώ το προσωπικό έχει προσληφθεί για το ψυχιατρικό τμήμα, καλύπτει τις ανάγκες άλλων τμημάτων.
8. Η λειτουργία πολλών κοινοτικών υπηρεσιών δεν συνάδει με τον αρχικό σχεδιασμό ούτε και με τον ρόλο που τους δίνουν οι διεθνείς πρακτικές. Επιπλέον προβληματικό σημείο αφορά ότι τέτοιου είδους διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και μεταξύ της ίδιας κατηγορίας υπηρεσιών. Το ουσιαστικότερο πρόβλημα παρουσιάζεται στη λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Κύριος ρόλος των ΚΨΥ είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και ο συντονισμός των λοιπών υπηρεσιών, ωστόσο, πολλά από αυτά τα κέντρα δεν λειτουργούν προς αυτή την κατεύθυνση αλλά αντίθετα, έχουν μετατραπεί κυρίως σε ψυχοθεραπευτικά κέντρα (Karastergiou, Mastrogianni, Georgiadou, Kotrotsios, Mauratziotou, 2005).

Συμπερασματικά το σύστημα ψυχικής υγείας που διαμορφώθηκε με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει να επιδείξει σημαντικά επιτεύγματα και αδυναμίες.

Το κλείσιμο των ψυχιατρείων και η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν δυο από τις κυριότερες αλλαγές. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα που αφορούν δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Βασικά δομικά προβλήματα αποτελούν η ανεπάρκεια υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιφέρειες της χώρας και σε συγκεκριμένες κατηγορίες υπηρεσιών (πχ για παιδιά και εφήβους) και η έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών με αποτέλεσμα οι χρήστες να μην κατανοούν τις υπηρεσίες και τον τρόπο εισαγωγής τους αλλά και διαδρομής τους μέσα στο σύστημα. Η λειτουργία των υπηρεσιών παρουσιάζει πολλές ιδιομορφίες και παρατυπίες όσο αφορά τα δικαιώματα των ασθενών και τον ρόλο των εκάστοτε δομών. Εν κατακλείδι, φαίνεται ότι κατά την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα έπρεπε να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε διαδικασίες που θα διασφάλιζαν την ολοκληρωμένη, συντονισμένη και επαρκή παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ζ.3. Αξιολόγηση των επιπτώσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Οι επιπτώσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αναλύονται και αξιολογούνται ως προς του χρήστες/επωφελούμενους, τους φορείς-ανθρώπινο δυναμικό και την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας που διαμορφώθηκε μέσω των παρεμβάσεων που υλοποιήθηκαν. Ωστόσο, στο παρόν κεφάλαιο δεν παρουσιάζεται η αξιολόγηση των επιπτώσεων στο σύστημα-φορείς καθώς αυτό έχει καλυφθεί στην παραπάνω ενότητα.

Θα πρέπει να σημειωθεί **ότι η έλλειψη στοιχείων αναφορικά με:**

- τα θεραπευτικά αποτελέσματα των υπηρεσιών στους χρήστες
- τα ποσοστά επανεισαγωγών
- τα αποτελέσματα της κατάρτισης των επαγγελματιών σε σχέση με τις πρακτικές που ακολουθούν και τη στάση τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς

καθιστά αδύνατη την αξιολόγηση των επιπτώσεων των παρεμβάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την περιορίζει μόνο στα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν:

<u>Χρήστες/ Επωφελούμενοι</u>

- εξελθόντες ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές ανά τόπο μόνιμης κατοικίας
- θάνατοι με αίτιο ψυχιατρικές διαταραχές
- λειτουργικότητα ασθενών
- επαγγελματική επανένταξη ασθενών
- προστασία των δικαιωμάτων ασθενών
- εμπλοκή χρηστών
- πρόληψη ψυχικών διαταραχών –καταπολέμηση στίγματος

<u>Ανθρώπινο Δυναμικό:</u> κατανομή

Ζ.3.1. Αξιολόγηση των επιπτώσεων στους χρήστες/επωφελούμενους

Καθοριστικός παράγοντας για την αξιολόγηση ενός μεταρρυθμιστικού προγράμματος για την ψυχική υγεία αποτελεί το αποτέλεσμα των υλοποιημένων δράσεων τόσο στους χρήστες των υπηρεσιών όσο και στον ευρύτερο πληθυσμό.

Ένα γενικό συμπέρασμα των επιτόπιων επισκέψεων και των συνεντεύξεων με χρήστες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αφορά στο ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση βελτίωσε σε μεγάλο βαθμό τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών τόσο στις κοινοτικές στεγαστικές δομές όσο και στα εναπομείναντα ψυχιατρεία αλλά και στα γενικά νοσοκομεία. Επιπλέον, παρατηρήθηκε βελτίωση στην αντιμετώπιση των ασθενών από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (περισσότερος σεβασμός κτλ), χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν παρατηρηθεί παρατυπίες.

Θεραπευτικά Αποτελέσματα

Κύρια σημεία της αξιολόγησης, σύμφωνα με τον OECD, είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα και το επίπεδο θνησιμότητας των ψυχικά πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα, τα θεραπευτικά αποτελέσματα αντανακλώνται μέσω των εξής παραγόντων:

- Ποσοστά επανεισαγωγών
- Θνησιμότητα ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- Επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας ασθενών
- Επαγγελματική επανένταξη

Μία προσεγγιστική μέθοδος για τη μέτρηση της νοσηρότητας αποτελεί η παρατήρηση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών από τα νοσοκομεία της χώρας ανά κατηγορία νόσου. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, γενικά, οι χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν αυξομειώσεις στον αριθμό των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά την τετραετία 2002-2008 (διάγραμμα Ζ1). Τα σχετικά δεδομένα αφορούν όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, εκτός της Ελλάδας και βασίζονται στην κωδικοποίηση των ψυχικών διαταραχών βάσει του ICD-10 (International Classification of Diseases -10).

Διάγραμμα Z1: Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες μέλη τα Ε.Ε. 2002-2008

Πηγή: EUROSTAT

Για την Ελλάδα τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία αυτά βασίζονται στο ICD-9 και κατά συνέπεια δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Συγκεκριμένα ο πίνακας Z3 αφορά τον αριθμό εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορία ψυχικής νόσου στο διάστημα 1996-2006. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού εξελθόντων ασθενών μεταξύ 1996 και 2006, της τάξης του 6,4%.

Πίνακας Ζ3: Εξελθόντες ασθενείς ανά κατηγορία ψυχικής νόσου και ανά έτος

Κατηγορίες νόσων	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ψυχικές διαταραχές	**35.606**	**36.139**	**36.466**	**38.160**	**35.789**	**35.278**	**36.484**	**38.054**	**39.106**	**39.931**	**37.888**
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.556	1.578	1.888	1.974	1.778	1.833	2.331	2.364	2.715	2.906	2.524
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.905	1.944	2.032	1.958	1.796	1.511	1.731	1.730	1.580	1.773	1.605
Συναισθηματικές ψυχώσεις	5.727	5.697	4.737	5.856	6.338	6.120	7.432	7.080	7.361	8.137	8.046
Άλλες ψυχώσεις	12.870	13.686	13.508	14.874	14.143	14.664	14.527	16.285	16.417	16.734	15.640
Νευρώσεις και διαταραχές της προσωπικότητας	4.393	3.989	3.930	3.482	2.680	2.414	2.537	2.538	3.604	2.981	2.510
Σύνδρομο αλκοολικής εξαρτήσεως	1.814	1.699	1.688	1.707	1.509	1.789	2.066	1.748	2.061	1.852	2.003
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.686	1.613	1.757	2.080	1.716	1.487	1.331	1.778	1.680	1.704	1.573
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	103	87	134	103	155	114	104	169	66	123	88
Πνευματική καθυστέρηση	598	762	556	569	645	676	555	600	360	390	401
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	4.954	5.084	6.236	5.557	5.029	4.670	3.870	3.762	3.262	3.331	3.498

Πηγή: ΕΣΥΕ

Με βάση τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα υπολογίζονται στο διάγραμμα Ζ2 οι εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ανά 100.000 κατοίκους, από το οποίο διαπιστώνεται ότι ο δείκτης αυξάνεται σταθερά από το 2001 ως το 2005, ενώ μειώνονται κατά τη περίοδο 2005-2006.

Διάγραμμα Ζ.2: Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα

Πηγή: ΕΣΥΕ

Ο πίνακας Ζ4 αφορά τον αριθμό εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές και τόπο διαμονής, για τα έτη 1996 και 2005.

Πίνακας Ζ4: Εξελθόντες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές ανά περιφέρεια

Περιφέρεια	Εξελθόντες ασθενείς 2005	Διαφορά % (1996-2005)
Αττικής	11.677	1,52%
Αν. Μακεδονίας-Θράκης	2.532	28.71%
Κεντρικής & Δυτικής Μακεδονίας	8.157	11,57%
Θεσσαλίας	5.137	
Στερεάς Ελλάδας	1.568	
Ηπείρου	1.089	12.21%
Δυτικής Ελλάδας & Πελοποννήσου	3.777	23,30%
Βορείου & Νοτίου Αιγαίου	1498	25.77%
Κρήτης	2.191	9.58%
Ιονίων Νήσων	539	5.94%

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές, η οποία σε ορισμένες περιφέρειες φτάνει σχεδόν το 30%.

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία οι θάνατοι στην Ελλάδα που είχαν ως αίτιο τις ψυχικές διαταραχές, παρουσιάζονται διαχρονικά στον παρακάτω πίνακα (πίνακας Ζ5):

Πίνακας Ζ5: Θάνατοι με αίτιο Ψυχικές Διαταραχές 2000-2008

Έτος	Θάνατοι με αίτιο «Ψυχικές Διαταραχές»
2000	84
2001	132
2002	143
2003	166
2004	154
2005	139
2006	99
2007	128
2008	119

Διάγραμμα Ζ.3: Αριθμός θανάτων με αίτιο ψυχικές ασθένειες στην Ελλάδα2000-2008

Πηγή: ΕΣΥΕ

Η γενική τάση που διακρίνεται, σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα είναι πτωτική. Ωστόσο, φαίνεται ότι κατά την έναρξη του προγράμματος Ψυχαργώς (2000) και μέχρι το 2003 (Β' φάση), παρατηρήθηκε αύξηση των

θανάτων με αίτιο τις ψυχικές διαταραχές. Από το 2004 σταδιακά οι αριθμοί μειώθηκαν, ενώ το 2007 διαπιστώθηκε μεγάλη αύξηση.

Αναφορικά με το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών μετά την αποασυλοποίηση τους, δεν υπάρχουν συγκεντρωτικά δεδομένα ή μελέτες. Αξιοσημείωτη, ωστόσο είναι η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, σχετικά με την επίπτωση της αποασυλοποίησης χρονίων ασθενών στη λειτουργικότητα τους. Η μελέτη διήρκεσε 1 έτος μετά την μεταφορά 58 χρονίων ασθενών σε κοινοτική δομή. Κεντρικό αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες και η κοινωνική δράση των ασθενών βελτιώθηκαν σημαντικά, η ικανότητα αυτό-φροντίδας σημείωσε μια μικρή αλλά όχι σημαντική αλλαγή, ενώ οι διαταραχές ομιλίας παρέμειναν σχεδόν στα ίδια επίπεδα (Giaglis, Michailidou & Aggelidis, 2009). Παρόμοια μελέτη πραγματοποιήθηκε για την εκτίμηση και συσχέτιση της πορείας ψυχοπαθολογίας και λειτουργικότητας 35 ασθενών με σχιζοφρένεια κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης του προγράμματος ενός κέντρου ημέρας (Γκαϊνταρτζή, Πολυχρονιάδης, Αλβανού, Καραμητόπουλος 2009). Η ψυχοπαθολογία των ασθενών αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας PANSS (PositiveandNegativeSyndromeScale). Για την εκτίμηση της λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο κείμενο από το Community Placement Questionnaire (Clifford, 1986). Πραγματοποιήθηκαν τρεις αξιολογήσεις (αρχική-ενδιάμεση-τελική) και τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση του επιπέδου λειτουργικότητας, καθώς και σημαντική βελτίωση της αρνητικής συμπτωματολογίας και της γενικής ψυχοπαθολογίας των ασθενών με σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος του Κέντρου Ημέρας. Η λειτουργικότητα σχετίζεται με την αρνητική συμπτωματολογία, όχι όμως με τη γενική ψυχοπαθολογία των ασθενών[9].

Όσο αφορά στην επαγγελματική επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών, τα στοιχεία που υπάρχουν δεν είναι επαρκή. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις επιτόπιες επισκέψεις και τα ερωτηματολόγια, καταδεικνύουν ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ψυχικά ασθενών εργάζεται.

Αν και η θεσμοθέτηση και λειτουργία των Κοι.ΣΠΕ συνέβαλλε σημαντικά στην επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων, ωστόσο όπως ανέφερε η ομάδα των χρηστών, σημειώνονται τα εξής:

- Η συμμετοχή των ψυχικά ασθενών στα διοικητικά συμβούλια των Κοι.ΣΠΕ τείνει να είναι μικρή και να αποθαρρύνεται.
- Οι ψυχικά ασθενείς τείνουν να αποτελούν για τους Κοι.ΣΠΕ «φτηνά εργατικά χέρια».

[9]Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/bibliothiki/arthra/etos-2009/ektimisi-kai-syschetisi-poreias-psychopathologias-kai-leitoyrgikotitas-asthenon-me-schizofreneia

Δικαιώματα ασθενών

Το ζήτημα των δικαιωμάτων των ασθενών περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους. Από τις βασικότερες αποτελούν η **ακούσια, νοσηλεία** και η **συγκατάθεση στη θεραπεία**.

Ως προς το θέμα της **ακούσιας νοσηλείας**, υπάρχουν αναφορές τόσο από τον «Συνήγορο του Πολίτη» όσο και από την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, ότι υπάρχει καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών αναφορικά με το πλαίσιο νοσηλείας τους (αναγκαστική νοσηλεία). Στην Ειδική Έκθεση (Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5. Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών) αναφέρονται προβλήματα της εφαρμογής των διατάξεων του Ν. 2071/92 που αφορούν τον ακούσιο εγκλεισμό ψυχικά ασθενών και έχουν ως αποτέλεσμα την αναποτελεσματική προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Τα προβλήματα αυτά αφορούν:

- **Τις ιατρικές γνωματεύσεις**: Από το κείμενο των γνωματεύσεων δεν προκύπτει εξατομικευμένη εκτίμηση για το αν ο ασθενής είναι ικανός να κρίνει για την κατάσταση της υγείας του και για το αν η έλλειψη νοσηλείας μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή του. Αντίθετα, χρησιμοποιείται έντυπο με τη γενική προτυπωμένη διατύπωση ότι «τηρούνται οι προϋποθέσεις του Ν. 2071/92». Συνεπώς, δεν καλύπτεται ούτε η απαίτηση του νόμου για «αιτιολογημένες γνωματεύσεις» ούτε η δεοντολογία που επιτάσσει την πλήρη επιστημονική θεμελίωση της κρίσης που εκφέρεται για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και που θα έχει ενδεχομένως ως αποτέλεσμα τον ακούσιο εγκλεισμό του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.
- Τη **μεταφορά ασθενών:** Σε ποσοστό 97% η μεταφορά έγινε από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως «δυνάμει επικίνδυνων προσώπων» και όχι ως ασθενών.
- Την **ενημέρωση ασθενών:** Δεν προκύπτει με βεβαιότητα ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς *«για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο»*.

Επιπλέον, όπως προκύπτει από τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν, στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και στα ψυχιατρεία, οι ασθενείς/χρήστες στους οποίους έχει εφαρμοστεί η ακούσια νοσηλεία δεν είναι πάντα ή πλήρως ενημερωμένοι για τα δικαιώματα τους (πχ το δικαίωμα ένστασης κατά της κράτησης).

Η **συγκατάθεση ή συμφωνία στην θεραπευτική προσέγγιση** αποτελεί ένα ζήτημα για τα οποίο τα μόνα δεδομένα προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους φορείς παροχής υπηρεσιών. Όσο αφορά τις στεγαστικές δομές οι ασθενείς ενημερώνονται και συζητούν ζητήματα της

θεραπείας τους με το πρόσωπο αναφοράς που τους έχει δοθεί. Ωστόσο στις νοσοκομειακές υπηρεσίες η διαδικασία αυτή περιγράφεται αρκετά αδρά.

Επιπλέον σύμφωνα με την έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές σε πολλές δομές **παρατηρήθηκε το φαινόμενο της καθήλωσης των ασθενών**. Σύμφωνα με την επιτροπή η καθήλωση:

- έχει ως μοναδικό λόγο την αποφυγή σοβαρής σωματικής βλάβης του ασθενούς ή τρίτων.
- αποφασίζεται μόνο από τον ψυχίατρο και όχι από άλλο προσωπικό
- διαρκεί όσο το δυνατόν λιγότερο και εποπτεύεται από νοσηλευτές και από τον ψυχίατρο ή τον επιστημονικά υπεύθυνο των ιδιωτικών δομών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Ωστόσο, στην έρευνα που διεξήγαγε η Ειδική Επιτροπή σημειώθηκαν παρατυπίες που αφορούσαν στην διάρκεια και την εποπτεία των καθηλώσεων, ενώ δεν τηρούνταν το σχετικό βιβλίο. Το ζήτημα των καθηλώσεων επιβεβαιώθηκε και από την ομάδα συζήτησης των χρηστών, η οποία πρόσθεσε ότι σε ορισμένα νοσοκομεία, οι ασθενείς διαβιώνουν σε ακατάλληλες συνθήκες και επιπλέον αντιμετωπίζουν έλλειψη σεβασμού από το προσωπικό.

Εμπλοκή Χρηστών και Συνηγορία

Η εμπλοκή των χρηστών και η συνηγορία παραμένουν υπαναπτυγμένες, παρόλο που έχει σημειωθεί πρόοδος και υφίστανται κάποιοι οργανισμοί και σύλλογοι. Όπως αναφέρθηκε και στην ομάδα συζήτησης των χρηστών έχει σημειωθεί βελτίωση στη γενική κατάσταση, (όπως ειπώθηκε χαρακτηριστικά «οι φωνές μας ακούγονται») ωστόσο απαιτούνται ακόμα πολλά βήματα. Σε προηγούμενη ενότητα αναφέρονται ορισμένοι από τους συλλόγους ασθενών και η δράση τους, ωστόσο δεν είναι γνωστές οι επιπτώσεις τους στο σύστημα.

Πρόληψη/Ευαισθητοποίηση

Η πολιτική που αναπτύχθηκε έδινε την αρμόζουσα έμφαση σε δράσεις που αφορούσαν τόσο τον αποστιγματισμό των ψυχικά ασθενών όσο και την πρόληψη των ψυχικών νόσων. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί (και ορισμένες συνεχίζουν να πραγματοποιούνται) διάφορες καμπάνιες για το στίγμα και την πρόληψη (πχ η ενεργή καμπάνια «Αντι-Στίγμα» που πραγματοποιείται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) για τις οποίες υπάρχουν ενδείξεις αποτελεσματικότητας, ωστόσο οι δράσεις αυτές (όπως αναφέρεται και στη παράγραφο «Δράσεις ευαισθητοποίησης») δεν ήταν κεντρικά συντονισμένες ή οργανωμένες. Τα κέντρα ψυχικής υγείας (ανάλογα με τον προσανατολισμό τους) και οι Μη-Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί ανέλαβαν το διπλό αυτό ρόλο. Επιπλέον δεν

υπάρχουν δεδομένα που να αφορούν είτε στις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τη ψυχική νόσο (και τους ψυχικά ασθενείς) είτε στο επίπεδο της ψυχικής υγείας του συνόλου του πληθυσμού που να συνδέουν τις παραμέτρους αυτές με συγκεκριμένες δράσεις ευαισθητοποίησης και πρόληψης.

Ένα δείγμα για την μη επαρκή δράση στο επίπεδο του αποστιγματισμού, αφορά στις αρνητικές αντιδράσεις που δημιουργούνταν στην ανάπτυξη δομών σε συγκεκριμένες κοινότητες, ως αποτέλεσμα του στίγματος που ακολουθεί τη ψυχική νόσο. Φαίνεται ότι η ανάπτυξη δομών δεν συνοδεύτηκε από συντονισμένες καμπάνιες για την ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού προκειμένου να αποδεχτούν τις νέες δομές, παρόλο ότι υπήρξαν αξιοσημείωτες πρωτοβουλίες.

Η έλλειψη δράσεων για την μείωση του στίγματος δεν αφορά μόνο τον γενικό πληθυσμό, αλλά και ειδικές κατηγορίες επαγγελματιών που εμπλέκονται με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πρόσφατη έρευνα (Psarra, Sestrini, Santa, Petsas, Gerontas, Garnetas & Kontis, 2008) σχετικά με τις στάσεις των αστυνομικών προς τους ψυχικά ασθενείς, κατέδειξε ότι οι αστυνομικοί κατέχουν διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις και αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια μεταφοράς ασθενών, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σε ανεπαρκή γνώση σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες και στην έλλειψη κατάρτισης.

Ζ.3.2. Αξιολόγηση των επιπτώσεων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στο ανθρώπινο δυναμικό

Ένα από τα καίρια ζητήματα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η κατανομή των επαγγελματιών στις κατά τόπους υπηρεσίες. Τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία αναφορικά με την κατανομή του προσωπικού σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αφορούν μόνο τους ψυχιάτρους και νευρολόγους και διατίθενται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των ψυχιάτρων ανά περιφέρεια και Νομό για τα έτη 1999-2008. Η καταμέτρηση βασίστηκε σε στοιχεία των Νομαρχιών και στους Ιατρικούς Συλλόγους Αθηνών και Πειραιώς.

Πίνακας Ζ6: Κατανομή Ψυχιάτρων ανά Περιφέρεια για τα έτη 1999-2008

Ιατροί κατά ειδικότητα και κατά Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομό											
	2008		2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομός	Ιατροί σύνολο	Νευρολόγοι -Ψυχίατροι									
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**67.474**	**2.422**	**2350**	**2255**	**2159**	**2078**	**2057**	**1985**		**1900**	**1870**
ΑΤΤΙΚΗ	**33.882**	**1.223**	**1187**	**1138**	**1097**	**1072**	**1054**	**1022**		**958**	**963**
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	**1.857**	**39**	**30**	**29**	**31**	**32**	**26**	**31**		**64**	**31**
Βοιωτίας	**266**	4	4	4	4	3	5	4			
Εύβοιας	**681**	16	11	11	11	13	7	13			
Ευρυτανίας	**88**	2	1	1	1	1	1	1			
Φθιώτιδας	**726**	13	13	12	13	12	10	11			
Φωκίδας	**96**	4	1	1	2	3	3	2			
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	**3.321**	**96**	**91**	**87**	**82**	**84**	**74**	**73**			
Αιτωλίας και Ακαρνανίας	**714**	20	15	15	15	18	12	14			
Αχαΐας	**2.105**	69	67	63	59	58	54	50			
Ηλείας	**502**	7	9	9	8	8	8	9			
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	**2.112**	**57**	**58**	**52**	**49**	**47**	**45**	**47**		**101**	**97**
Αργολίδας	**382**	8	9	7	5	5	5	5			
Αρκαδίας	**384**	20	20	17	16	14	14	15			
Κορινθίας	**486**	9	9	9	9	9	8	8			
Λακωνίας	**289**	3	3	3	3	2	2	2			
Μεσσηνίας	**571**	17	17	16	16	17	16	17			
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	**3.388**	**111**	**101**	**93**	**84**	**82**	**81**	**76**		**69**	**67**
Καρδίτσας	**343**	13	10	10	9	8	7	5			
Λάρισας	**1.657**	51	45	42	37	35	34	31			
Μαγνησίας	**865**	29	27	26	25	26	28	28			
Τρικάλων	**523**	18	19	15	13	13	12	12			

ΗΠΕΙΡΟΣ	**2.100**	**72**	**74**	**68**	**59**	**47**	**63**	**52**		**51**	**51**
Άρτας	**300**	11	12	10	6	7	7	7			
Θεσπρωτίας	**166**	3	3	4	3	3	3	2			
Ιωαννίνων	**1.417**	53	54	49	45	33	48	39			
Πρέβεζας	**217**	5	5	5	5	4	5	4			
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	**2.790**	**98**	**95**	**94**	**90**	**76**	**79**	**81**			
Δράμας	**380**	12	13	12	11	11	9	10			
Καβάλας	**601**	19	18	19	18	17	17	18			
Έβρου	**1.019**	43	44	45	43	30	37	37			
Ξάνθης	**360**	12	8	9	9	9	7	7			
Ροδόπης	**430**	12	12	9	9	9	9	9			
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	**10.607**	**517**	**497**	**488**	**474**	**451**	**442**	**434**			
Ημαθίας	**531**	7	10	11	7	7	7	6			
Θεσσαλονίκης	**8.166**	448	425	417	411	391	382	373		**526**	**516**
Κιλκίς	**277**	7	7	7	6	8	6	5			
Πέλλας	**301**	8	8	8	9	8	10	10			
Πιερίας	**358**	22	22	22	22	19	18	19			
Σερρών	**592**	17	17	15	16	15	16	16			
Χαλκιδικής	**382**	8	8	8	3	3	3	5			
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	**948**	**26**	**24**	**23**	**26**	**24**	**27**	**28**			
Γρεβενών	**120**	1	2	1	1	1	1	1			
Καστοριάς	**159**	4	4	4	4	4	4	7			
Κοζάνης	**559**	19	17	17	20	17	19	17			
Φλωρίνης	**110**	2	1	1	1	2	3	3			
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	**900**	**28**	**27**	**28**	**29**	**30**	**30**	**22**		**26**	**20**
Ζακύνθου	**143**	3	3	3	3	4	5	4			
Κέρκυρας	**515**	20	20	20	20	20	20	14			
Κεφαλληνίας	**144**	2	2	2	3	3	3	2			
Λευκάδας	**98**	3	2	3	3	3	2	2			
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	**745**	**26**	**25**	**25**	**20**	**17**	**17**	**17**			
Λέσβου	**343**	15	15	15	12	11	11	11			
Σάμου	**176**	5	4	4	3	2	2	2			
Χίου	**226**	6	6	6	5	4	4	4		**29**	**23**
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	**998**	**28**	31	31	26	28	30	21			
Δωδεκανήσου	**691**	25	25	25	24	26	26	19			
Κυκλάδων	**307**	3	6	6	2	2	4	2			
ΚΡΗΤΗ	**3.826**	**101**	**110**	**99**	**92**	**88**	**89**	**81**		**76**	**72**
Ηρακλείου	**2.484**	53	50	51	46	43	43	43			
Λασιθίου	**271**	4	4	4	5	6	6	4			
Ρεθύμνης	**308**	10	7	7	5	5	5	5			
Χανίων	**763**	34	49	37	36	34	35	29			
Πηγή: Δ/νσεις και Τμήματα Υγιεινής των Νομαρχιών, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, Ιατρικός Σύλλογος Πειραιώς											

Όπως φαίνεται και στον πίνακα, υπήρχε σταδιακή, αν και μικρή, αύξηση του αριθμού των ψυχιάτρων ανά περιφέρεια. Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι σε επίπεδο Νομού, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο αριθμός αυτός παρέμεινε ίδιος ή αυξήθηκε σε ελάχιστο ποσοστό.

Εξίσου σημαντική είναι αναλογία των επαγγελματιών υγείας- πληθυσμού. Τα μόνα στοιχεία προέρχονται από μια μελέτη (Jacob, Sharan, Mirza, Garrifo-Cumbrera, Seedat, Mari, Sreenivas & Saxena, 2007) για τα συστήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, στην Ελλάδα, αντιστοιχούν 15 ψυχίατροι και 3 μόνο ψυχιατρικοί νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους όπως αποτυπώνεται στα διαγράμματα που ακολουθούν. :

Διάγραμμα Ζ.4: Αριθμός ψυχιάτρων ανά 100.000

Διάγραμμα Ζ.5: Αριθμός ψυχιατρικών νοσηλευτών ανά 100.000

Η επιτυχία της αποασυλοποίησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό στον ανθρώπινο παράγοντα και ειδικότερα στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται την έννοια της αποασυλοποίησης αλλά και τη συνδεόμενες με αυτή έννοιες της αυτονομίας και της επανένταξης (Ploumbidis et.al 2001). Η ανάγκη για εκπαίδευση και κατάρτιση σε αυτά τα θέματα, τόσο του προσωπικού που στελέχωνε τα άσυλα όσο και των νέων επαγγελματιών που θα εισάγονταν στο σύστημα, ήταν εμφανής και κατά συνέπεια προβλέφθηκαν οι ανάλογες δράσεις.

Ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με τα ποιοτικά αποτελέσματα των δράσεων κατάρτισης. Έτσι, ενώ διαθέτουμε ποσοτικά δεδομένα αναφορικά με: τον αριθμό των επαγγελματιών που καταρτίστηκαν, τον αριθμό των προγραμμάτων που πραγματοποιήθηκαν και με τα θέματα κατάρτισης που καλύφθηκαν, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τα εξής:

- Τον βαθμό που έχει επηρεάσει τη ποιότητα της ζωής των επαγγελματιών του τομέα. Σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν (ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, ομάδες συζήτησης) υπάρχουν σημάδια του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μεγάλη μερίδα του προσωπικού.
- Τον βαθμό βελτίωσης του επιπέδου των γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού των δομών αποασυλοποίησης και των δομών φροντίδας μέσα στην κοινότητα.

Επιπρόσθετα, οι δράσεις κατάρτισης που πραγματοποιήθηκαν μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος Υγεία-Πρόνοια, δεν αφορούν κατάρτιση σε θέματα οργάνωσης και διαχείρισης των κοινοτικών δομών, κάτι που σύμφωνα με την έκθεση για το Δίκτυο Στοιχείων Υγείας, του ΠΟΥ (Thornicroft & Tansella, 2003 και 2004) αποτελεί βασικό παράγοντα για την επιτυχή μεταρρύθμιση προς το κοινοτικό μοντέλο ψυχικής υγείας και για τον επιτυχή συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται από διαφορετικούς τομείς.

Ζ.4. Χρηματοδότηση συστήματος

Υπάρχουν διάφοροι τύποι οικονομικής αξιολόγησης ενός συστήματος ψυχικής υγείας ανάλογα με τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα. Πιο συγκεκριμένα:

- Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost-minimization analysis): είναι κατάλληλη όταν υπάρχουν ίδια αποτελέσματα και αναζητείται η πιο οικονομική μέθοδος επίτευξη τους.
- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis): συγκρίνεται το κόστος δυο ή περισσότερων παρεμβάσεων ως προς ένα επιλεγμένο κριτήριο ή αποτέλεσμα, όπως για παράδειγμα το κόστος για τη μείωση της συμπτωματολογίας
- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis): μετράται το κόστος μιας παρέμβασης σε σχέση τις επιπτώσεις της παρέμβασης στη θνησιμότητα και στην ποιότητα ζωής ή στην αναπηρία (όπως για παράδειγμα το QALY: Quality-Adjusted Life Year και το DALY: Disability-Adjusted Life Year)
- Ανάλυση κόστους-πλεονεκτήματος (cost-benefit analysis): απόδοση οικονομικής αξίας στα αποτελέσματα μιας στρατηγικής, έτσι ώστε να αξιολογηθεί αν μια παρέμβαση αξίζει.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν δεν είναι επαρκή για την οικονομική αξιολόγηση του συστήματος, καθώς **δεν είναι γνωστά τα εξής βασικά στοιχεία**:

- Ανάγκες πληθυσμού που εξυπηρετεί μια συγκεκριμένη δομή και οι υπηρεσίες που παρέχει. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, οι υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται από ίδιας κατηγορίας κοινοτικές δομές, διαφοροποιούνται, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα κέντρα ψυχικής υγείας και τα κέντρα ημέρας. Όπως διαπιστώθηκε από τις επιτόπιες επισκέψεις, οι υπηρεσίες που παρέχει το κέντρο ψυχικής υγείας Κατερίνης διαφοροποιούνται από αυτές που παρέχονται στο κέντρο ψυχικής υγείας Ηρακλείου. Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία.
- Ο αριθμός χρηστών της εκάστοτε κοινοτικής δομής.

Τα μόνα στοιχεία που υπάρχουν αφορούν το κόστος λειτουργίας των μη-κερδοσκοπικών οργανισμών, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν δεδομένα της αποτελεσματικότητα τους ή του κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων οργανισμών του δημοσίου, ούτως ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις. Εντούτοις σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε (*Jacob, Sharan, Mirza, Garrido-Cumbrera, Seedat, Mari, Sreenivas & Saxena, 2007*) αναφορικά με τους πόρους που

διατίθενται για την υγεία, το «βάρος» από τις νευροψυχιατρικές διαταραχές και τους δείκτες για την ψυχική υγεία, για το 2007, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό DALYs στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Διάγραμμα Ζ.6: DALYs για νευροψυχιατρικές διαταραχές ανά 100.000 κατοίκους

Όσον αφορά το πρόγραμμα Ψυχαργώς μπορεί να αξιολογηθεί μόνο σε ότι αφορά τις δράσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006. Σημειώνεται ότι τα παρακάτω στοιχεία δεν είναι τα οριστικά καθώς δεν διαθέτει τα οριστικά απολογιστικά στοιχεία του Επιχειρησιακού Προγράμματος. Όπως φαίνεται και στον πίνακα Ζ7, το συνολικό ποσοστό απορρόφησης για τον Άξονα «Ψυχική Υγεία» είναι 73,30%, κυρίως λόγω της έμφασης που δόθηκε στα μέτρα 2.1 και 2.4. Οι επιχορηγήσεις για τα μέτρα 2.2 και 2.3 απορροφήθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ (47,13% και 46,35% αντίστοιχα) κυρίως λόγω των μεγάλων καθυστερήσεων και των χρονοβόρων διαδικασιών πρόσληψης προσωπικού.

Πίνακας Ζ7: Ποσοστά απορρόφησης επιχορηγήσεων ανά μέτρο

ΜΕΤΡΟ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ			ΔΑΠΑΝΕΣ		
	Αρχικό Ε.Π (2001)	Τελευταία Αναθεώρηση Ε.Π (2008)	Ποσοστό τροποποίησης προϋπολογισμού	Ετήσια έκθεση 2007	Ετήσια συνάντηση 2009	Ποσοστό (%) Απορρόφησης
2.1	172,56	100,739	-41,62%	89,315	100,8	100,06%
2.2	13,33	23,75	78,17%	17,287	11,194	47,13%
2.3	17,86	60,59	239,25%	16,842	28,085	46,35%
2.4	14,88	31,141	109,28%	14,445	18,415	59,13%
Σύνολο ΑΞΟΝΑ 2	**218,63**	**216,22**	**-1,10%**	**137,889**	**158,494**	**73,30%**

Ενδεικτικά αναφέρεται η τάση μετατόπισης του προϋπολογισμού μεταξύ 2001 και 2008 από την αποασυλοποίηση (μέτρο 2.1) προς την πρόληψη και επαγγελματική επανένταξη των ασθενών (μέτρο 2.3) και την κατάρτιση προσωπικού (μέτρο 2.4). Αν και η ανάπτυξη δομών για την αποιδρυματοποίηση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών καθ' όλα τα έτη, ωστόσο έγινε αντιληπτή η ανάγκη για εξασφάλιση πόρων για δράσεις που θα στήριζαν ουσιαστικά την ανάπτυξη ενός κοινοτικού μοντέλου ψυχικής υγείας (σχήμα Ζ7).

Σχήμα Ζ.7: Κατανομή Δαπανών ανά Μέτρο του Άξονα «Ψυχική Υγεία»

Η ανισότητα στην κατανομή των πόρων του ΕΠ «Υγεία- Πρόνοια» δεν εμφανίζεται μόνο μεταξύ των τεσσάρων μέτρων του άξονα, αλλά και μεταξύ των κατηγοριών υπηρεσιών που επιλέχθηκαν ή προτάθηκαν για υλοποίηση. Ενδεικτικό ίσως παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι ενώ η ανάπτυξη στεγαστικών δομών και ο εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων δομών (πχ ψυχιατρικών νοσοκομείων) φαίνεται να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης, δεν ισχύει το ίδιο για υπηρεσίες όπως ιατροπαιδαγωγικά κέντρα (8 περιφέρειες δεν εξυπηρετούνται καθόλου σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν περιγραφεί σε προηγούμενη ενότητα). Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες είχε προϋπολογιστεί το κόστος για τη δημιουργία υπηρεσιών, όπως κέντρα ψυχικής υγείας, σε περιοχές που εξυπηρετούνταν ήδη από ήδη υφιστάμενες δομές που βρίσκονταν σε κοντινή απόσταση (πχ υπήρχε πρόβλεψη για δημιουργία κέντρου ψυχικής υγείας στη Θήβα, ενώ υπήρχε κέντρο στη Χαλκίδα), ενώ νομοί όπως Ηλείας, Λακωνίας, Χίος, Κυκλάδων, Ρεθύμνου, Χαλκιδικής, Κιλκίς, Πέλλας, Ημαθίας, Καστοριάς, Κοζάνης-Γρεβενών δεν εξυπηρετούνται καθόλου.

Όσον αφορά την αξιολόγηση του συστήματος, ένα από τα αποτελέσματα των ομάδων συζήτησης (επαγγελματιών και χρηστών) και των επιτόπιων επισκέψεων, αφορά στη βιωσιμότητα των δομών (ιδιαίτερα των ΝΠΙΔ), καθώς αναφέρθηκαν:

- καθυστερήσεις στην καταβολή μισθών των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντικό ποσοστό αποχωρήσεων, ενώ το υπάρχον προσωπικό εμφανίζει σημάδια του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).
- Καθυστερήσεις στις γενικές επιχορηγήσεις, με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις να υπάρχει σημαντική δυσκολία στη κάλυψη των βασικών αναγκών των ασθενών.

Επιπλέον σημαντικά αρνητικά στοιχεία που έγιναν αντιληπτά από τις επιτόπιες επισκέψεις και τις συνεντεύξεις αφορούν:

1. το υπερβολικά μεγάλο κόστος υλοποίησης και συντήρησης ορισμένων δομών που δεν είναι ανάλογο με τις υπηρεσίες που παρέχουν.
2. το υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό που εργάζεται σε στεγαστικές δομές, των οποίων η λειτουργία θα μπορούσε να βασίζεται όχι μόνο σε μικρότερο αριθμό εργαζομένων αλλά και με λιγότερα προσόντα (βοηθητικό προσωπικό).
3. η χρηματοδότηση δομών/φορέων πολύ μικρής δυναμικότητας που δεν παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες. Υπάρχουν ΝΠΙΔ τα όποια λειτουργούν μόνο ένα οικοτροφείο για χρόνιους ασθενείς (το οποίο οφείλει, σύμφωνα με το νόμο, να απασχολεί ένα ελάχιστο αριθμό επαγγελματιών), ενώ με το ίδιο κόστος θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια μονάδα αντιμετώπισης Alzheimer, χρήσης αλκοόλ κτλ.
4. την ανεπαρκή χρηματοδότηση για την δημιουργία δομών/υπηρεσιών για παιδιά.
5. ενώ έχουν διατεθεί πόροι (χρηματοδότηση, ανθρώπινο δυναμικό) για την δημιουργία και λειτουργία ορισμένων ψυχιατρικών τμημάτων γενικών νοσοκομείων, ωστόσο τα τμήματα αυτά δεν είναι ακόμα σε λειτουργία (πχ Παιδο-Ψυχιατρικό τμήμα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου).

Τέλος στο ζήτημα της διαχείρισης των προσωπικών εσόδων των ενοίκων-ασθενών (συντάξεις, επιδόματα, τυχόν πρόσοδοι από περιουσιακά στοιχεία κα) υφίσταται νομικό κενό. Η Ειδική Επιτροπή έχει διαπιστώσει ότι οι στεγαστικές δομές χειρίζονται το ζήτημα με διαφορετικούς τρόπους. Σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση η οποία θα προβλέπει την επανένταξη όλων των πληρεξουσίων τα οποία χρησιμοποιούν οι συγγενείς ενοίκων-ασθενών, τον τρόπο διάθεσης των εσόδων των ενοίκων σύμφωνα με την επιθυμία και το συμφέρον τους, κλπ.

Ζ.5. Μηχανισμοί Ελέγχου & Παρακολούθησης του συστήματος Ψυχικής Υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση ενός μεταρρυθμιστικού προγράμματος απαιτεί τον εκ των προτέρων καθορισμό των επιθυμητών αποτελεσμάτων και συγκεκριμένων, μετρήσιμων δεικτών, βάσει των οποίων θα προσδιορίζεται η επιτυχία ή όχι της μεταρρύθμισης. Αυτό συνεπάγεται ότι το ίδιο το σύστημα ή ο φορέας που ευθύνεται για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της μεταρρύθμισης, οφείλει να έχει θεσπίσει τα **κριτήρια** και τους **μηχανισμούς** μέσω των οποίων θα αξιολογεί όλη τη διαδικασία της μεταρρύθμισης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η καταλληλότητα και εγκυρότητα αυτών των κριτηρίων ή μηχανισμών παρακολούθησης, είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς η ανεπάρκεια τους μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να αξιολογηθούν:

α. τα κριτήρια επίδοσης που διέπουν τη στρατηγική για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δηλαδή χρησιμοποιήθηκαν οι κατάλληλοι δείκτες και κριτήρια για την αξιολόγηση της μεταρρυθμιστικής πορείας του συστήματος ψυχικής υγείας;

β. οι μηχανισμοί παρακολούθησης, διαχείρισης και ελέγχου των υπηρεσιών και του συστήματος ψυχικής υγείας που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ως προς το πρώτο σκέλος, δεν διαπιστώθηκε ότι έχουν θεσπιστεί κάποια κριτήρια ή μηχανισμοί βάσει των οποίων θα μπορούσε να αξιολογηθεί η πορεία υλοποίησης του προγράμματος Ψυχαργώς. Επιπρόσθετα δεν διαπιστώθηκε η χρήση κριτηρίων (εκτός αυτών που όφειλαν να καλύπτουν οι νέες μονάδες προκειμένου να λάβουν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας) αποτελεσματικότητας, διαχείρισης και χρηματοδότησης. Δεν είναι γνωστά για παράδειγμα:

- Τα κριτήρια που ορίζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος Ψυχαργώς (Πιθανά κριτήρια θα μπορούσαν να είναι: ο αριθμός των δομών που δημιουργήθηκαν σε σχέση με τους στόχους, ο αριθμός των επωφελουμένων σε σχέση με μια αρχική τιμή βάσης, ο αριθμός των επαγγελματιών που καταρτίστηκαν, η έγκαιρη εφαρμογή των παρεμβάσεων, κτλ.).
- Τα κριτήρια που ορίζουν την ποιότητα του συστήματος παρακολούθησης, ελέγχου και επιλογής δράσεων του προγράμματος. Επιπλέον δεν είναι γνωστό αν υπήρχαν οι αντίστοιχοι μηχανισμοί. Για παράδειγμα, δεν είναι διαθέσιμα τα κριτήρια για τον τρόπο με τον οποίο επιλέχθηκαν συγκεκριμένες δράσεις, πέρα από αυτά που αναφέρει η νομοθεσία σχετικά

με την αιτιολόγηση της ανάπτυξης κάποιας δομής/υπηρεσίας και αυτών που εγκρίθηκαν τα συγχρηματοδοτούμενα από το Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006. Επιπρόσθετα, αν και ο ρόλος των Τομεακών Επιτροπών, εμπεριέχει την γνωμοδότηση προς το Υπουργείο για την υλοποίηση κάποιων δράσεων, ουσιαστικά δεν είναι γνωστά τα κριτήρια βάσει των οποίων επιλέγονται και παρακολουθούνται αυτές οι δράσεις.

Ως προς το δεύτερο σκέλος, θα πρέπει να σημειωθεί αρχικά, ότι για τις παρεμβάσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που συγχρηματοδοτούνταν από την Ευρωπαϊκή Ένωση, είχε διαμορφωθεί ένας μηχανισμός που περιελάμβανε συγκεκριμένα κριτήρια και διαδικασίες αξιολόγησης των παρεμβάσεων (βλέπε κεφάλαιο Ε.6.2-κριτήρια ένταξης έργων, πορεία υλοποίησης, απορρόφηση πόρων κτλ). Αυτά τα κριτήρια είναι αναλυτικά και πλήρη, ωστόσο δεν είναι γνωστό αν και από ποιον φορέα εφαρμόστηκαν και μετά την λήξη της συγχρηματοδότησης ή για έργα που χρηματοδοτήθηκαν από άλλους πόρους.

Επιπρόσθετα για την αξιολόγηση των **μηχανισμών παρακολούθησης, ελέγχου και διαχείρισης** των παρεμβάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και κατά συνέπεια του ευρύτερου συστήματος ψυχικής υγείας, θα έπρεπε να είναι γνωστά: τρία βασικά στοιχεία:

- Ο τρόπος που θα παρακολουθούνται οι δομές και οι υπηρεσίες που λειτουργούν ως αποτέλεσμα της μεταρρύθμισης (π.χ. τι θα παρακολουθείται, κάθε πότε κτλ).
- Ο τρόπος διαχείρισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή τι στόχους θέτουν, πως οργανώνονται και πως διαθέτουν τους πόρους τους (ανθρώπινο δυναμικό, οικονομικοί πόροι) για την εκπλήρωση αυτών των στόχων.
- Φορείς και επίπεδο αρμοδιότητας τους για την διοίκηση και έλεγχο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. ποιος είναι αρμόδιος για την διάθεση πόρων στις εκάστοτε υπηρεσίες, βάσει ποιας διαδικασίας και με ποια κριτήρια διατίθενται οι πόροι κτλ.).

Ωστόσο διαπιστώθηκαν *σημαντικές αδυναμίες σε σχέση με τα παραπάνω σημεία όπως η* απουσία μιας επικαιροποιημένης βάσης για την παρακολούθηση και αξιολόγηση των φορέων και των δομών Ψ.Υ.. Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας φαίνεται ότι έχει αναλάβει έναν ελεγκτικό ρόλο, κυρίως για τις υπηρεσίες που παρέχονται από Μη-Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς κυρίως επειδή εγκρίνει τη χρηματοδότηση τους από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Έλεγχο επίσης ασκεί και η Ειδική Επιτροπή για τη Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές χωρίς ωστόσο να είναι γνωστή η διαδικασία που ακολουθείται, όπως επίσης η συχνότητα και η συστηματικότητα με την οποία η Επιτροπή παρακολουθεί και ελέγχει τις υπηρεσίες.

Επίσης αν και σε επίπεδο μεμονωμένων υπηρεσιών και δομών διαπιστώθηκε ότι υπάρχει θεσμικό πλαίσιο, συγκεκριμένοι οδηγοί οργάνωσης και λειτουργίας για συγκεκριμένες δομές (κυρίως μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και

κινητές μονάδες), εντούτοις, δεν είναι γνωστό αν παρακολουθείται η τήρηση των προτεινόμενων οδηγιών και διαδικασιών.

Συμπερασματικά, έχουν διαμορφωθεί (κυρίως στις τελευταίες φάσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης) πρότυπα και εργαλεία οργάνωσης και λειτουργίας δομών, συχνά πολύ λεπτομερή. Εντούτοις διαπιστώνεται η απουσία ενός συντονισμένου και ομοιόμορφου συστήματος παρακολούθησης, διαχείρισης και ελέγχου το οποίο θα χρησιμοποιεί κοινά κριτήρια, σαφείς διαδικασίες και συγκεκριμένους μηχανισμούς. Ειδικότερα διαπιστώνονται τα παρακάτω:

- Η απουσία κριτηρίων επίδοσης του προγραμματικού σχεδιασμού για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και της παρακολούθησης του ευρύτερου συστήματος Ψυχικής Υγείας.
- Η έλλειψη διαδικασιών παρακολούθησης, διαχείρισης και ελέγχου.
- Η ανεπάρκεια των μηχανισμών παρακολούθησης, διαχείρισης και ελέγχου των παρεμβάσεων της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και του ευρύτερου συστήματος Ψυχικής Υγείας.
- Ενός φορέα που θα ασκεί με οργανωμένο και συστηματικό τρόπο το έργο της παρακολούθησης, της διαχείρισης και του ελέγχου του συστήματος ψυχικής υγείας

Η. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συνέχιση και η επίτευξη των στόχων που έθεσε το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα εξαρτώνται από δομικές αλλαγές του συστήματος προκειμένου να δημιουργηθούν βιώσιμες, κοινοτικά-προσανατολισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα βρίσκεται σε εξαιρετικά κρίσιμο σημείο, στο οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή στον τρόπο με τον οποίο οι υπάρχουσες υπηρεσίες θα συνδυαστούν για να δημιουργήσουν αποτελεσματικά δίκτυα.

Το παρόν σύστημα αφορά τουλάχιστον 4 χωριστά/ανεξάρτητα μεταξύ τους υπό-συστήματα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα οποία είναι: τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, οι Μη-Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί και ο Ιδιωτικός Τομέας. Επιπλέον, ξεχωριστά υπό-συστήματα αποτελούν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από τις ένοπλες δυνάμεις (ψυχιατρικά τμήματα στρατιωτικών νοσοκομείων), τα ασφαλιστικά ταμεία, τις κατά τόπους οργανώσεις και αρχές και από την Εκκλησία. Ο ιδιωτικός τομέας έχει ισχυρή παρουσία στην χώρα, με ιδιώτες ιατρούς (κυρίως ψυχιάτρους) και αρκετά ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει αυξητική τάση στη δράση του ιδιωτικού τομέα, τόσο αριθμητικά όσο και στο ρόλο που διαδραματίζει στο ευρύτερο σύστημα της ψυχικής υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα αξιολόγηση δεν αφορά τα υπόλοιπα υπό-συστήματα, ωστόσο θα πρέπει μελλοντικά να διερευνηθεί ο ρόλος τους.

Η ύπαρξη αυτών των χωριστών υπό-συστημάτων ψυχικής υγείας αποτελεί κύρια αιτία για τον κατακερματισμό και την έλλειψη συντονισμού που παρατηρείται μεταξύ των υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει συγχώνευση/ενσωμάτωση ούτε μεταξύ των υπό-συστημάτων, ούτε μεταξύ των υπηρεσιών του ίδιου υπό-συστήματος. Υπάρχουν, ωστόσο, σημαντικές εξαιρέσεις, όπως π.χ. το Κέντρο Ψυχικής Υγείας των Αγ. Αναργύρων Αττικής και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης.

Με βάση τις παραπάνω γενικές παρατηρήσεις, η Ομάδα Αξιολόγησης κατέληξε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα και προτάσεις, που παρουσιάζονται παρακάτω σε επίπεδο α). κατευθύνσεων στο πλαίσιο ενός νέου επικαιροποιημένου στρατηγικού σχεδιασμού αλλά και β). σε επίπεδο ειδικών θεμάτων/δράσεων στα οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή.

Α. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό σε μια στρατηγική που αναπτύχθηκε την προηγούμενη δεκαετία. Οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί συνολικά στο σύστημα ψυχικής υγείας και στις ανάγκες του

πληθυσμού, οι επιταγές διεθνών οργανισμών, όπως ο ΠΟΥ, αναφορικά με τις προτεραιότητες που πρέπει να τεθούν και τέλος οι σύγχρονες τάσεις στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που επιβάλλουν την ανάπτυξη μιας νέας στρατηγικής για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Πιο αναλυτικά, με βάση τις παραλείψεις της ισχύουσας πολιτικής και τις διεθνείς τάσεις, οι νέοι στόχοι που θα ήταν χρήσιμο να τεθούν αφορούν τις παρακάτω κατηγορίες:

Αναθεώρηση και εμπλουτισμός των εννοιών ψυχική νόσος-ψυχική υγεία: Το γενικότερο πνεύμα της ισχύουσας στρατηγικής διακατέχεται από την αντίληψη ότι η ψυχική νόσος αφορά συγκεκριμένο πληθυσμό (χρόνιους ασθενείς) που πάσχει από σοβαρές διαταραχές. Είναι ενδεικτικό ότι η κωδική ονομασία που δόθηκε στην

ψυχιατρική μεταρρύθμιση ήταν «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», η επιστροφή δηλαδή των χρονίων ιδρυματοποιημένων ασθενών στην κοινότητα. Ωστόσο, όπως αναφέρεται και στο Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία, συναισθηματικού τύπου διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος, ευθύνονται για φαινόμενα όπως αυτοκτονίες, μειωμένη αποδοτικότητα στην εργασία κτλ. και αφορούν όλα τα άτομα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ξεκάθαρα ότι η ψυχική υγεία δεν συνεπάγεται την απουσία ψυχικών νόσων αλλά αφορά την ευρύτερη λειτουργικότητα των ατόμων και το επίπεδο της ψυχικής τους ευεξίας (well-being) κατά συνέπεια οι όροι θα πρέπει να αντανακλώνται στην επόμενη φάση της μεταρρύθμισης.

Πρόληψη των ψυχικών νόσων: Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών θα πρέπει να αποτελεί μια διαρκή διαδικασία και όχι να διενεργείται αποσπασματικά είτε ως ειδικό πρόγραμμα συγκεκριμένης διάρκειας είτε ως δράση μεμονωμένων υπηρεσιών και φορέων. Αντίθετα οι δράσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας θα πρέπει να προσανατολιστούν προς την κατεύθυνση του τρόπου με τον οποίο παρέχονται παρά να είναι κάτι το επιπλέον. Αν, δηλαδή, οι υπηρεσίες παρέχονται ικανοποιητικά και δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση με την κοινότητα, αυτό θα έχει άμεσο αντίκτυπο στις τοπικές κοινωνίες και θα ελάττωνε το στίγμα με ένα τρόπο άμεσο και πρακτικό. Πιθανώς θα ήταν πιο αποτελεσματικό να υπάρχει μια κεντρική γραμμή για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, η οποία θα αφομοίωνε στοιχεία από παρόμοιες δράσεις σε άλλες χώρες. Συνεπώς οι δράσεις πρόληψης δεν θα πρέπει να είναι αποσπασματικές αλλά να έχουν διάρκεια και συνέπεια, να είναι εθνικά συντονισμένες και να εμπλέκουν διαφορετικούς φορείς. Κύριο σημείο αποτελεί επίσης το ότι η ουσιαστική πρόληψη διενεργείται σε μικρές ηλικίες, όταν δηλαδή η προσωπικότητα είναι εύπλαστη και υπάρχει δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Σε αυτό το πλαίσιο, θα ήταν χρήσιμο να αναπτυχθεί η κατάλληλη βάση για μια συστηματική συνεργασία με το εκπαιδευτικό σύστημα, με στόχο την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Αναβάθμιση των υπηρεσιών και του ευρύτερου συστήματος ψυχικής υγείας: Ο ανεπαρκής συντονισμός των υπηρεσιών και ο κατακερματισμός του συστήματος έχει οδηγήσει σε προβλήματα που σχετίζονται με τη συνέχεια της φροντίδας, την πρόσβαση και την διαδρομή που ακολουθούν οι ασθενείς μέσα στο σύστημα. Τα προβλήματα αυτά επιβαρύνουν όχι μόνο τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, όπως οι ίδιοι αποκάλυψαν στις συνεντεύξεις, αλλά και το ίδιο το σύστημα. Απαιτείται λοιπόν η αναβάθμιση των υπηρεσιών βάσει των αρχών της ισότητας στην πρόσβαση και του συνεχούς της φροντίδας, με έμφαση στην δημιουργία και εφαρμογή σαφών διαδικασιών διαχείρισης και παρακολούθησης και συγκεκριμένων χρηματοδοτικών κριτηρίων και θα καλύπτει τις ανάγκες όλου του πληθυσμού

Ψυχική υγεία ευπαθών ομάδων του πληθυσμού: Οι υπηρεσίες που αντιστοιχούν στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού φαίνεται να είναι ανεπαρκείς σε σχέση με τις ανάγκες, ιδιαίτερα για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους, όπως αποκάλυψαν οι ομάδες συζήτησης. Επιπλέον σε μια κοινωνία η οποία

μεταβάλλεται συνεχώς λόγω της εισόδου μεταναστών στη χώρα και της ανάπτυξης (εθνικών και θρησκευτικών) μειονοτήτων, θα πρέπει να υπάρχουν οι μηχανισμοί κάλυψης των αναγκών τους.

Προσανατολισμός στην έρευνα και την συστηματική καταγραφή των αναγκών, της ψυχικής υγείας του πληθυσμού: Η απουσία μελετών αναφορικά με τους χρήστες/επωφελούμενους αλλά και με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αποτελεί βασικό μειονέκτημα του υπάρχοντος συστήματος. Η συστηματική έρευνα αποτελεί μια βασική παράμετρο πάνω στην οποία οφείλει να βασίζεται οποιαδήποτε πολιτική, προκειμένου οι προτάσεις και οι στόχοι της να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες ανάγκες.

Β. ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΥ

Για την επιτυχή πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, απαραίτητη είναι ανάπτυξη ενός πλαισίου δράσεων το οποίο θα πρέπει να έχει ως απώτερο στόχο την βελτίωση της ψυχικής υγείας ολόκληρου του πληθυσμού και την δημιουργία ενός αξιόπιστου και αποδοτικού συστήματος ψυχικής υγείας, αξιοποιώντας τις υπάρχουσες υπηρεσίες, εμπλέκοντας σε μεγαλύτερο βαθμό τους χρήστες και τέλος λαμβάνοντας υπόψη τους οικονομικούς περιορισμούς που υφίσταται η χώρα.

Τα πορίσματα της αξιολόγησης αποσαφηνίζουν τις κατηγορίες δράσεων στις οποίες πρέπει να δοθεί προτεραιότητα και οι οποίες διαρθρώνονται ως εξής, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ						
I. ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	**II. ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**	**III. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ**	**IV. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ**	**V. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**	**VI. ΕΜΠΛΟΚΗ STAKEHOLDERS**	**VII. ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ**
I.1. Συντονισμός και διασύνδεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας	**II.1.** Ανάπτυξη διαδικασιών και εργαλείων παρακολούθησης του συστήματος υπηρεσιών	**III.1.** Ανακατανομή του ανθρώπινου δυναμικού	**IV.1.** Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	**V.1.** ΚΟΙ.ΣΠΕ	**VI.1.** Χρήστες	
I.2. Δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας	**II.2.** Ανάπτυξη διαδικασιών διαχείρισης και διασφάλισης ποιότητας	**III.2.** Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών ψυχικής υγείας	**IV.2.** Υπουργείο Απασχόλησης και φορείς που σχετίζονται με την εργασία	**V.2.** Εναλλακτικές μορφές εργασίας	**VI.2.** Πανεπιστήμια/ Ερευνητικά κέντρα	
I.3. Καθιέρωση Κέντρων Ψυχικής Υγείας ως κορμούς των τοπικών υπηρεσιών	**II.3.** Ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων και σαφών διαδικασιών κλινικής πράξης	**III.3.** Συστηματική μελέτη των αντιλήψεων και στάσεων του προσωπικού απέναντι στο σύστημα	**IV.3.** Δικαστικός Τομέας			
I.4. Έμφαση και οργάνωση του συστήματος γύρω από τις κοινοτικές υπηρεσίες	**II.4.** Ανάπτυξη διαδικασίας για την παρακολούθηση και έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών					
I.5. Κάλυψη των υφιστάμενων κενών σε υπηρεσίες	**II.5.** Ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου διαχείρισης					

Πιο αναλυτικά:

Ι. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ένα από τα βασικά αρνητικά σημεία οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος, όπως αναφέρθηκε στις ομάδες συζήτησης, αφορά τον συντονισμό και την διασύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (βλέπε κεφάλαια Ε και Ζ). Το σύστημα ψυχικής υγείας είναι κατακερματισμένο και χωρίς συντονισμό. Υπάρχουν διαφορετικά υπό-συστήματα τα οποία παρέχουν διάφορες υπηρεσίες, οι οποίες δεν εμφανίζουν ούτε οριζόντια ούτε κάθετη διασύνδεση. Βασικές προτεραιότητες είναι:

1. υλοποίηση της τομεοποίησης και η εφαρμογή του 'τομέα' που θα αναλάβει την ευθύνη και το συντονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Υπάρχει ανάγκη να παρθούν πρακτικά μέτρα για την διασύνδεση των τοπικών δικτύων φροντίδας ώστε να διαμορφωθούν σαφείς δίοδοι πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
2. ενοποίηση του συστήματος μέσω:
   - συντονισμός των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο: συντονισμό των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στον κάθε τομέα (διαφορετικά θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο της αναδιάρθρωσης τους βάσει, πιθανώς του Καλλικράτη). Υπάρχει ανάγκη να παρθούν πρακτικά μέτρα για την διασύνδεση των τοπικών δικτύων φροντίδας ώστε να διαμορφωθούν σαφείς δίοδοι πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
   - διασύνδεση υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο: με στόχο την δημιουργία πλαισίου το οποίο θα καθορίζει με λεπτομέρεια και ακρίβεια το επίπεδο ευθύνης και λογοδοσίας (accountability framework) του κάθε εμπλεκόμενου φορέα στο σύστημα. Το πλαίσιο αυτό θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον η διασύνδεση αυτή σχετίζεται και με την διευκόλυνση της κατανομής των πόρων.
3. Δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας με σκοπό να συνδέσει οργανωτικά, διοικητικά και λειτουργικά τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τις Ψυχιατρικές Μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία και τους Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς. Παρόμοια προβλήματα συντονισμού, έχουν προκύψει και σε άλλες χώρες συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα τελευταία 15 χρόνια ο Φορέας Ψυχικής Υγείας αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από άλλους Φορείς Υγείας και έγινε γνωστός ως "Mental Health Trusts", έχοντας την αποκλειστική δική του χρηματοδότηση και τις δικές του οργανωτικές δομές. Ακόμα και τα ψυχιατρικά τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία υπάγονται στα κατά τόπους "Mental Health Trusts". Ο προτεινόμενος Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας θα μπορούσε ενδεχομένως να εφαρμοσθεί και πιλοτικά σε κατάλληλες περιοχές που έχουν ήδη

αναπτύξει προχωρημένο βαθμό μεταρρυθμίσεων και υπηρεσιών π.χ. Κρήτη, Κέρκυρα, Κατερίνη. Μερικές από τις υπάρχουσες επιλογές είναι:

- Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στο σύστημα των ήδη υπαρχόντων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής είναι ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία έχουν την απαραίτητη τεχνογνωσία ώστε να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς επίσης έχουν και μερικές σημαντικές εκτάσεις με φυσικές και κτιριακές εγκαταστάσεις. Τα μειονεκτήματα είναι ότι τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία σαν μοντέλο και φιλοσοφία είναι παρωχημένα και αυτοί που εμπλέκονται μπορεί να είναι πιο εξοικειωμένοι με παλιές πρακτικές και επομένως να αντιστέκονται περισσότερο σε αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Επίσης υπάρχει κίνδυνος οι ψυχιατρικές υπηρεσίες να παραγκωνιστούν από το υπόλοιπο του συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και να στερηθούν της υποστήριξης των.
- Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στα Γενικά Νοσοκομεία μέσω των Ψυχιατρικών Τμημάτων. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής θα ήταν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παραμένουν εντός της ημερήσιας διάταξης του γενικού συστήματος υγείας. Τα μειονεκτήματα είναι ότι τα Γενικά Νοσοκομεία δεν έχουν την τεχνογνωσία παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το ενδιαφέρον τους για ψυχιατρικές υπηρεσίες ποικίλει και υπάρχει κίνδυνος να διοχετεύσουν τους οικονομικούς πόρους σε άλλες ιατρικές υπηρεσίες λόγω δικών τους προτεραιοτήτων και συμφερόντων διαφορετικών αυτών της ψυχικής υγείας.
- Ό Ενιαίος Φορέας Ψυχικής Υγείας να υπάγεται στις νέες δημιουργούμενες περιφερειακές και τοπικές διοικητικές δομές των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα αλλά διατηρώντας την αυτονομία τους για τον σχεδιασμού τις προτεραιότητες τους και την χρηματοδότηση τους. Η τεχνογνωσία των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων μπορεί επίσης να αξιοποιηθεί. Μερικές από τις παρούσες εγκαταστάσεις μπορούν να αναβαθμιστούν και να ανακαινιστούν και ένα μέρος τους να χρησιμοποιούνται από το ευρύτερο κοινό π.χ. για ψυχαγωγικές δραστηριότητες όπως πάρκα ή αθλητικές εγκαταστάσεις. Τα πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής είναι η ανάπτυξη ενός ισχυρού ενοποιημένου μοντέρνου συστήματος ψυχικής υγείας που θα παρείχε ένα ανανεωμένο ξεκίνημα χρησιμοποιώντας όλα τα υπάρχοντα συστήματα συμπεριλαμβανομένων των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των υπηρεσιών της κοινότητας. Τα μειονεκτήματα είναι ότι αυτή η προσέγγιση απαιτεί την ανάπτυξη μιας εύρωστης υποδομής και αυτό μπορεί να αποδειχθεί μια ριζοσπαστική εισήγηση που μπορεί να συνεπάγεται σημαντική οργανωτική προσπάθεια και οικονομικό κόστος.

- Μια εναλλακτική ευέλικτη επιλογή για Ενιαίο Φορέα Ψυχικής Υγείας θα μπορούσε να είναι η εστίαση στη λειτουργικότητα των υπηρεσιών παρά στη οργανωτική και διοικητική μορφή τους, ώστε να επιτρέπει τοπικές παραλλαγές βασισμένες σε ηγετικές πρωτοβουλίες των άμεσα ενδιαφερομένων.

4. Καθιέρωση Κέντρων Ψυχικής Υγείας ως κορμούς των τοπικών υπηρεσιών: Ο τοπικός φορέας ψυχικής υγείας "τομέας "θα πρέπει να εστιάσει και να αναπτύξει τα ΚΨΥ σαν τον κορμό των υπηρεσιών και να τα διασυνδέσει πλήρως με όλες τι υπάρχουσες υπηρεσίες. Παράλληλα θα πρέπει απαραιτήτως τα ΚΨΥ να παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη ψυχικής υγείας και να αναπτύξουν μεθόδους παρέμβασης στο σπίτι χρησιμοποιώντας θεραπείες αποδεδειγμένης τεκμηρίωσης.

5. Έμφαση και οργάνωση του συστήματος γύρω από τις κοινοτικές υπηρεσίες: Θα πρέπει να ενισχυθεί το σύστημα υπηρεσιών κοινότητας έχοντας ως υποστήριξη τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Θα ήταν επίσης χρήσιμο να επανεξεταστούν κλινικές πρακτικές που θεωρούνται πλέον παρωχημένες. Για παράδειγμα, το σύστημα εφημεριών για εισαγωγές οξέων περιστατικών και η υπερβολική εξάρτηση από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία αντί για παρεμβατικές κοινοτικές μονάδες.

6. Κάλυψη των υφιστάμενων κενών σε υπηρεσίες:

   - Σοβαρά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη σαν προτεραιότητα τα υπάρχοντα μεγάλα κενά στις υπηρεσίες ψυχικής υγεία παιδιού και εφήβου. Καθώς επίσης και στις υπηρεσίες για μεγαλύτερους ενήλικες, που αποτελεί κατεξοχήν προτεραιότητα σε άλλες χώρες. Επίσης χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με αυτιστικές διαταραχές, νοητική υστέρηση, διατροφικές διαταραχές και με διπλή διάγνωση εθισμού και ψυχικής ασθένειας.

   - Απαραίτητη είναι επίσης η παροχή κάποιων υπηρεσιών μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας όπου είναι απολύτως αναγκαία. Επίσης είναι αναγκαίο να ξεκαθαρίσει η νοσηλεία των οξέων περιστατικών όταν χρειάζονται εντατική νοσηλεία. Η πιθανότητα ανάπτυξης μερικών εξειδικευμένων τριτογενών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο μπορεί να ληφθεί υπόψη.

   - Λειτουργία δομών που έχουν υλοποιηθεί αλλά δεν λειτουργούν λόγω καθυστερήσεων στην πρόσληψη προσωπικού.

II. ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αν και παρουσιάζει σημαντική βελτίωση σε σχέση με πρακτικές του παρελθόντος, εμφανίζει αρκετά προβλήματα που χρήζουν προσοχής.

Μια προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη διαδικασιών και εργαλείων παρακολούθησης του συστήματος υπηρεσιών.

1. Όπως διαπιστώθηκε από τις επιτόπιες επισκέψεις και τις συνεντεύξεις, ορισμένες δομές δεν καλύπτουν τον αριθμό ασθενών που θα έπρεπε να φιλοξενούν, ενώ επιπλέον πολλές από τις υφιστάμενες υπηρεσίες δεν είναι γνωστές στους χρήστες. Απαραίτητη λοιπόν είναι η εφαρμογή μιας διαδικασίας αποτύπωσης/καταγραφής και επαναπροσδιορισμού του ρόλου των εκάστοτε υπηρεσιών/ δομών. Η διαδικασία αυτή θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνει:
    - Επικαιροποίηση του χάρτη ψυχικής υγείας με καταγραφή των υφιστάμενων δομών και των υπηρεσιών που παρέχουν
    - Ανάπτυξη ενιαίου πληροφοριακού συστήματος όπου θα καταχωρούνται οι ασθενείς έτσι ώστε να υπάρχει ένας κοινός «φάκελος» του κάθε ασθενή και να επιτευχθεί το συνεχές της φροντίδας
    - Χρειάζεται απογραφή όσο αφορά τις παρούσες κενές θέσεις στις στεγαστικές δομές στη κοινότητα ώστε να συμπληρωθούν με την πρώτη ευκαιρία
2. Σε συνδυασμό με το παραπάνω, παρατηρήθηκε ότι η μεταφορά των ασθενών μεταξύ των στεγαστικών δομών δεν εφαρμόζεται ούτε έγκαιρα, ούτε βάσει συγκεκριμένων κριτήριων. Επιπλέον επειδή η διαδρομή των ασθενών μέσα στο σύστημα είναι πολύπλοκη, υπάρχει πιθανότητα εφαρμογής διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων και θεραπευτικών πρακτικών μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:
    - Η ροή των ασθενών από στεγαστικές δομές υψηλής προστασίας/υποστήριξης σε δομές χαμηλής προστασίας, θα πρέπει να εξετάζεται βάσει κριτηρίων όπως σαφείς προδιαγραφές των υπηρεσιών, λογοδοσίας (accountability) και διαχείρισης μέσω κριτηρίων αποδοτικότητας (performance management).
    - Επικαιροποίηση του συστήματος καταγραφής ψυχικών νόσων με βάση διεθνώς εφαρμοσμένα διαγνωστικά κριτήρια (ICD-10)

Ένα δεύτερο επίπεδο δράσης αφορά την ανάπτυξη διαδικασιών διαχείρισης και διασφάλισης ποιότητας, οι οποίες θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνουν:

1. Αναθεώρηση του ρόλου και της λειτουργίας των υπηρεσιών με βάση κοινά κανονιστικά πλαίσια για τη κάθε κατηγορία δομών συμπεριλαμβανομένου του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα καθώς και των μη-κυβερνητικών οργανώσεων.
2. Σαφείς διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας και διαχείρισης, πχ ένα πλαίσιο κανονισμών και συνεργίας όλων των υπηρεσιών, οι οποίες θα διαρθρώνονται σε τέσσερα επίπεδα:
    - ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τους επαγγελματίες (πχ αριθμός περιστατικών, είδος και αποτελέσματα παρέμβασης, τήρηση πρωτοκόλλων κτλ)
    - ποιότητα υλικοτεχνικής υποδομής
    - εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων κλινικής πρακτικής
    - ικανοποίηση χρηστών και των οικογενειών τους
3. Ανάπτυξη διαδικασίας παραπομπών, εισαγωγών και έκδοσης εξιτηρίων (όπου αρμόζει)

    Θα ήταν χρήσιμο να αναπτυχθεί μια διαδικασία και τα αντίστοιχα εργαλεία που θα μπορούν να υποστηρίξουν την αναδιοργάνωση του συστήματος. Για παράδειγμα μια εκδοχή θα μπορούσε να είναι η αποτίμηση των υπηρεσιών και των οικονομικών τους, η οποία θα ακολουθείται από μια διαδικασία ελέγχου προόδου σε σχέση με κάποια βασικά κριτήρια και συμπεριλαμβάνοντας τους κύριους εμπλεκόμενους. Αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας θα μπορούσαν να είναι: καλή πληροφόρηση για τις κατά τόπους δομές (που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως κατάλογος υπηρεσιών), ευκαιρία για benchmarking ανά τομείς/ περιφέρειες και χώρα και τέλος η αναγνώριση των προτεραιοτήτων για επόμενα σχέδια ανάπτυξης και αναδιοργάνωσης. Σε όλα αυτά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη σχέσεων και στην ενθάρρυνση των ασθενών και των οικογενειών τους στο να συμμετέχουν ενεργά στο σύστημα.
4. Η «πιστοποίηση» των υπηρεσιών θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, ενώ θα πρέπει να συζητηθεί το θέμα του τρόπου με τον οποίο θα εφαρμοστεί ώστε να είναι επαρκώς ανεξάρτητη από τους φορείς/οργανισμούς που παρέχουν τις υπηρεσίες
5. Οι προδιαγραφές των υπηρεσιών θα πρέπει να επιθεωρούνται συστηματικά ώστε να επιβεβαιώνεται ότι αντανακλούν τις σύγχρονες μεθόδους κλινικής πρακτικής και είναι βιώσιμες οικονομικά

Επιπλέον, όπως έγινε γνωστό μέσω συνεντεύξεων με χρήστες και εκθέσεων Αρχών, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, έχουν παρατηρηθεί παρατυπίες όσο αφορά κυρίως τις ακούσιες νοσηλείες. Η ανάπτυξη μιας συστηματικής και οργανωμένης διαδικασίας για την παρακολούθηση και

έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, καθώς επίσης και η ενίσχυση του ρόλου των προαναφερθέντων αρχών αλλά και των συλλόγων των χρηστών και των οικογενειών τους, κρίνονται απαραίτητες.

Η ανάπτυξη ενός οικονομικού μοντέλου διαχείρισης του συστήματος αποτελεί μια ακόμη βασική προτεραιότητα, δεδομένων μάλιστα των συνθηκών στις οποίες βρίσκεται η χώρα. Ένα από τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθηκε, ήταν η αδυναμία προσδιορισμού του κόστους λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας. Σε συνδυασμό με την έλλειψη στοιχείων, όπως αριθμός χρηστών, αριθμός και είδος υπηρεσιών που παρέχονται και άλλα, η οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη και οι δαπάνες δεν ελέγχονται και κατά συνέπεια δεν μπορούν να περιοριστούν (όταν αυτό κρίνεται σκόπιμο). Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί ένα μοντέλο μέσω του οποίου:

- θα υπάρχει σαφής σύνδεση μεταξύ οικονομικών πόρων και δράσεων (πλαίσιο διαχείρισης μέσω αποδοτικότητας).
- η διάθεση των οικονομικών πόρων θα ανταποκρίνεται στις επιμέρους ανάγκες και προτεραιότητες ψυχικής υγείας κάθε περιοχής.
- θα μπορεί να υπολογιστεί το κόστος ανά μονάδα, επιτρέποντας έτσι τη σύγκριση μεταξύ ομοειδών υπηρεσιών. Το κόστος αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τις δαπάνες για τις υποδομές όσο και τις άμεσες δαπάνες λειτουργίας και το οποίο θα είναι βασισμένο σε ένα κοινό τύπο.

Επιπλέον, θα πρέπει να διεξαχθεί ένας οικονομικός έλεγχος των υπηρεσιών με σκοπό την ανακατανομή των πόρων και την κάλυψη των αναγκών καθώς:

- Το κόστος των υποδομών φαίνεται να είναι αρκετά υψηλό (πχ υψηλού επιπέδου κτιριακή υποδομή με συγκριτικά μέτρια επίπεδα δραστηριοτήτων, μεγάλος αριθμός μέσων μεταφοράς αποκλειστικής χρήσης κα).
- Οι καθυστερήσεις στην καταβολή των μισθών του προσωπικού αποτελεί μείζον πρόβλημα, στο οποίο θα πρέπει να δοθεί υψηλή προτεραιότητα. Έντονη ανησυχία προκαλούν επίσης οι αναφορές για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού
- Σε ορισμένες χώρες, όπως η Αγγλία, υπάρχει η δυνατότητα της μερικής κάλυψης του κόστους διαμονής σε κοινοτικές δομές από τα επιδόματα πρόνοιας που λαμβάνουν οι χρήστες. Κάτι τέτοιο ενδεχομένως θα μπορούσε να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα από τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.

III. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Ένα από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, είναι ότι το σύστημα ψυχικής υγείας παρουσιάζει αδυναμίες όσο αφορά το ανθρώπινο δυναμικό και οι οποίες σχετίζονται με τρεις βασικές συνιστώσες:

1. Την κατανομή των επαγγελματιών στις επιμέρους δομές και υπηρεσίες. Θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί λεπτομερώς η λειτουργία των κοινοτικών δομών και οι ανάγκες τους σε προσωπικό (επαγγελματική ειδικότητα και αριθμός). Κατά αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να αποφευχθεί πιθανή υπεράριθμη στελέχωση τους, η οποία μπορεί να έχει εξίσου αρνητικά αποτελέσματα με την ελλιπή στελέχωση. Ιδίας σημασίας αποτελεί και η σύνθεση του προσωπικού, ειδικότερα για στεγαστικές δομές που απευθύνονται σε χρόνιους χρήστες οι οποίοι έχουν εμφανίσει ενός βαθμού προσαρμογή και οι ανάγκες τους είναι περισσότερο κοινωνικής φροντίδας παρά θεραπείας. Επίσης τα προσόντα που θα πρέπει να διαθέτει το προσωπικό χρειάζονται μελέτη ώστε να υπάρχει ισορροπία μεταξύ φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, που είναι ζωτικής σημασίας
2. Την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση: Η κατάρτιση του προσωπικού αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας. Οι δράσεις κατάρτισης υλοποιήθηκαν στα πλαίσια στελέχωσης των νέων κοινοτικών δομών, ενώ δεν είναι γνωστό αν έχουν πραγματοποιηθεί περαιτέρω επιμορφωτικά σεμινάρια. Σημαντική παράλειψη επίσης αποτελεί το γεγονός ότι η κατάρτιση δεν αφορούσε στην διαχείριση των κοινοτικών μονάδων παρά μόνο στο θεραπευτικό μοντέλο που αντιπροσωπεύουν. Είναι απαραίτητο να υπάρξει ένα συντονισμένο πρόγραμμα το οποίο θα θέτει με σαφήνεια τις εκπαιδευτικές ανάγκες, θα έχει ξεκάθαρο προσανατολισμό και εκπαιδευτικούς στόχους. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να δώσουν έμφαση στα εξής:
    - στην λύση-προβλημάτων μέσω πρακτικής άσκησης
    - στην πρακτική που βασίζεται σε αποδεδειγμένα στοιχεία και τεκμηρίωση (evidence-based practice)
    - στη διαχείριση (management) των κοινοτικών δομών

    Κάτι τέτοιο θα καθιστούσε ικανό το προσωπικό να εφαρμόζει θεραπευτικά πρωτόκολλα. Απαραίτητη είναι επίσης η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών δράσεων.
3. Τις αντιλήψεις και στάσεις του προσωπικού απέναντι στο σύστημα. Από τις συνεντεύξεις και τις επιτόπιες επισκέψεις διαπιστώθηκαν σημάδια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως το ότι το προσωπικό έχει χάσει την εμπιστοσύνη του στο σύστημα, κυριαρχεί η αντίληψη της ελλιπούς υποστήριξης η οποία επιβαρύνει τόσο τους επαγγελματίες όσο και τους

ασθενείς, ενώ η έλλειψη σε ορισμένες κατηγορίες προσωπικού (πχ νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό) επιβαρύνει συναισθηματικά και σωματικά, το ήδη υπάρχον. Είναι λοιπόν απαραίτητη η συστηματική μελέτη του βαθμού ικανοποίησης του προσωπικού και του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης.

IV. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Η απουσία διασύνδεσης και συντονισμού φαίνεται να χαρακτηρίζει όχι μόνο τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και τη λειτουργία ολόκληρου του συστήματος σε σχέση με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Ωστόσο, η αποτελεσματική πρόληψη, αντιμετώπιση και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας, δεν αφορά μόνο ένα κλειστό πλαίσιο επαγγελματιών και ασθενών, αλλά και υπηρεσίες διαφορετικών τομέων.

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Αν και η διεθνής βιβλιογραφία κάνει λόγο για άμεση συσχέτιση της υγείας με την ψυχική υγεία, η μέχρι τώρα στρατηγική και πορεία της μεταρρύθμισης φαίνεται να αφορά, στο μεγαλύτερο ποσοστό, τους χρόνιους ασθενείς ή βαριές ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, έχει αποδειχτεί ερευνητικά η συσχέτιση μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων και άγχους, ορισμένων μορφών καρκίνου και κατάθλιψης κτλ. Ωστόσο, το σύστημα ψυχικής υγείας, όπως έχει διαμορφωθεί, φαίνεται να είναι αποκομμένο ή εντελώς ξεχωριστό από άλλες αρχές και φορείς που εμπλέκονται (ή θα έπρεπε να εμπλέκονται) σε αυτό. Είναι βασικό να αναπτυχθεί συστηματική διασύνδεση μεταξύ διαφορετικών τομέων και υπηρεσιών υγείας (κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία) με τον τομέα της ψυχικής υγείας καθώς και οι μηχανισμοί που θα την υποστηρίξουν (όπως η κατάρτιση επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων).
2. Υπουργείο Απασχόλησης και φορείς που σχετίζονται με την εργασία: τα αποτελέσματα των ομάδων συζήτησης και των επιτόπιων επισκέψεων κατέδειξαν ότι η πλειοψηφία των ψυχικά ασθενών (χρόνιοι) δεν έχουν αποκατασταθεί επαγγελματικά. Αν και οι λόγοι για αυτό το φαινόμενο ποικίλουν, ωστόσο παρατηρήθηκε αδυναμία του συστήματος ψυχικής υγείας να αναπτύξει τις κατάλληλες συνεργασίες και διαδικασίες με εμπλεκόμενους φορείς και να παρέχει όχι μόνο κίνητρα σε επιχειρήσεις προκείμενου να προσλάβουν ψυχικά ασθενείς αλλά και την απαραίτητη υποστήριξη στους ίδιους τους εργαζόμενους-ασθενείς.
3. Δικαστικός Τομέας: Υπάρχει μεγάλη ανάγκη, όπως διαπιστώθηκε από τις εκθέσεις της Ειδικής Επιτροπής Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, για τη προάσπιση των συμφερόντων τους καθώς παρατηρούνται παρατυπίες που αφορούν στον ακούσιο εγκλεισμό ασθενών, την διαχείριση των επιδομάτων και των άλλων οικονομικών πόρων από τις οικογένειες τους χωρίς να εξασφαλίζονται τα συμφέροντα τους κτλ.

V. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι συνεντεύξεις με χρήστες και επαγγελματίες αποκάλυψαν ότι η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών δεν έχει επιτύχει, παρά μόνο σε μεμονωμένες περιπτώσεις. Υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης της δράσης των Κοι.ΣΠΕ αλλά και εύρεσης νέων εργασιακών πλαισίων ή εναλλακτικών μορφών εργασίας.

1. Κοι.ΣΠΕ: Οι Κοι.ΣΠΕ έχουν ήδη πραγματοποιήσει κάποια δράση αλλά με περιορισμένη έκθεση στην αγορά και με ελάχιστες πρακτικές εμπορικής διαχείρισης. Επιπλέον, η άποψη των χρηστών των υπηρεσιών είναι ότι τείνουν να περιθωριοποιούνται στα συμβούλια των Κοι.ΣΠΕ και να αποτελούν απλώς «φτηνό» εργατικό δυναμικό. Αυτό που φαίνεται να ισχύει από τη διεθνή εμπειρία είναι ότι οι συνεταιρισμοί αυτοί δεν είναι βιώσιμοι χωρίς την κρατική υποστήριξη. Είναι αναγκαίο προκειμένου οι Κοι.ΣΠΕ να καταστούν εμπορικά βιώσιμοι, να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις των σύγχρονων τρόπων διαχείρισης.
2. Εναλλακτικές μορφές εργασίας: Θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν άλλοι τύποι εργασίας καθώς επίσης και διαφορετικά μοντέλα υποστηριζόμενης απασχόλησης. Με βάση αυτή τη προσέγγιση οι χρήστες μπορούν να αναζητούν εργασία στην ευρύτερη αγορά και να υποστηρίζονται στη σύνταξη βιογραφικού και στην εκτέλεση των καθηκόντων τους εφόσον έχουν εξασφαλίσει κάποια θέση εργασίας. Κάτι τέτοιο ενδείκνυται σε αντίθεση με την προσέγγιση της προ-επαγγελματικής κατάρτισης ή με το μοντέλο της προστατευμένης εργασίας. Έρευνα στην Νότια Αμερική, στην Αυστραλία και σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες έχει δείξει ότι τέτοιες προσεγγίσεις είναι εφαρμόσιμες, αποδεκτές από τους χρήστες και έχουν μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης χωρίς να δρουν αρνητικά στην κλινική εικόνα. Παρόμοια προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν και στην Ελλάδα, μέσω του ΟΑΕΔ, χωρίς ωστόσο να αποκλείονται άλλες εναλλακτικές, όπως η εθελοντική εργασία, καθώς καμία προσέγγιση δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες.

VI. ΕΜΠΛΟΚΗ STAKEHOLDERS

1. Χρήστες: Οι προτάσεις των χρηστών των υπηρεσιών περιελάμβαναν το να δοθεί έμφαση στο ρόλο της κοινότητας και στην συγχώνευση υγείας και πρόνοιας, στην ανεξάρτητη έρευνα και αξιολόγηση, στην αποκατάσταση και επαγγελματική υποστήριξη, στην δημιουργία ξεχωριστών υπηρεσιών για παιδιά και ενήλικες, στην ανάπτυξη υπηρεσιών αντιμετώπισης της κρίσης και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας και τέλος στην υποστήριξη των δομών από τα γενικά νοσοκομεία.
2. Πανεπιστήμια/ Ερευνητικά κέντρα: Η έλλειψη έρευνας και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αντιμετωπιστεί, με την εμπλοκή ακαδημαϊκών

τμημάτων, τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη καινοτομίας, στην κατάρτιση και στην διευκόλυνση της περαιτέρω ανάπτυξης των υπηρεσιών. Και εδώ απαραίτητη είναι η συστηματική εσωτερική και ανεξάρτητη αξιολόγηση.

VII. ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Το σύστημα ψυχικής υγείας διέπεται από δυο βασικά νομοθετήματα (Ν. 2071/92 και 2716/99). Είναι απαραίτητη η επικαιροποίηση της νομοθεσίας ώστε να αντανακλά την υφιστάμενη κατάσταση, να ανταποκρίνεται στις παρούσες ανάγκες και να αντιμετωπίζει τα σύγχρονα προβλήματα.

Εν κατακλείδι υπάρχουν πολλά και αξιόλογα επιτεύγματα να ειπωθούν από τις μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Θα πρέπει όμως να δοθεί έμφαση στην επικαιροποίηση της πολιτικής με την εκπόνηση ενδεχομένως ενός νέου επιχειρησιακού σχεδίου (Ψυχαργώς Γ) το οποίο θα θέτει τις προοπτικές, και θα προσδιορίζει τις μελλοντικές κατευθύνσεις του Ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Ένα τέτοιο επιχειρησιακό σχέδιο, θα μπορούσε να δράσει καταλυτικά στο υφιστάμενο καθεστώς του κατακερματισμού και έλλειψης διασύνδεσης των υπηρεσιών. Παράλληλα θα μπορούσε να συνεισφέρει στη δημιουργία μιας νέας δυναμικής η οποία θα προωθήσει περαιτέρω τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις, την αποτελεσματική οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών και εν τέλει την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών τους.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ασημόπουλος, Χ. (2009): Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο. Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης. Εκδόσεις Καστανιώτη

Βαρουχάκης, Χ., Θεοδωροπούλου, Στ., Κάραβατος, Θ., Πλουμπίδης, Δ., Τομαράς, Βλ. Και Τσιπάς, Β. (???) Έκθεση Επιτροπής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 2006 – 2008. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. http\\www.psych.gr

Γκαϊνταρτζή, Πολυχρονιάδης, Αλβανού, Καραμητόπουλος 2009

Christodoulou,G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N. and Anagnostopoulos D. (2010): Mental Health Profile of Greece. International Psychiatry, 7, 64 – 67

ΥΥΚΑ (2009). Εγχειρίδιο Διασφάλισης- Βελτίωσης Ποιότητας στις Μονάδες Ψυχο-κοινωνικής Αποκατάστασης. Αθήνα

Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2010). Πεπραγμένα έτους Οκτώβριος 2008-Σεπτέμβριος 2009.

Harangozò J, Kristòf R (2000). Where is Hungarian mental health reform? Mental Health Reforms, 2:14–18

Haug H-J, Rossler W (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249:115-122

Gabriel P, Liimatainen MR (2000). Mental health in the workplace. Geneva, International Labour Organization

Giaglis G, Michailidou B & Aggelidis G (2009). Deinstitutionalization's impact on chronic psychiatric patients' social functioning: A study using hall and baker's rehab rating scale. European Psychiatry, 24 (supp. 1): S1164
17th EPA Congress - Lisbon, Portugal

Gilbody S et al. (2004). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA,289(23):3145–3151

Grove B, Henderson J and Marturini S (2002). Τελική Έκθεση Αξιολόγησης Α' Φάσης Ψυχαργώς.

Ίδρυμα Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, Διαδικασία Α.Ε «Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β' Φάση» (2009). Τελική Έκθεση Υλοποίησης Έργου (26/02/09 – 30/11/09)

Jacob, Sharan, Mirza, Garrido-Cumbrera, Seedat, Mari, Sreenivas & Saxena (2007). Global Mental Health 4 «Mental health systems in countries: where are we now?»

Jané-Llopis, E. & Anderson, P.(Eds). (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities.

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

Knapp M et al. (2004). Mental health in low and middle income countries: economic barriers to policy and practice [working paper]. London, London School of Economics

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E and Thornicroft G. (2007) Mental Health Policy and Practice Across Europe. Open University Press.

Κυριόπουλος Ι. (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

McDaid, D and Thornicroft G (2005): Mental health I Key issues in the development of policy and practice across Europe. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. www.observatory.uk

McDaid, D and Thornicroft G (2005): Mental health II Balancing institutional and community-based care. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. www.observatory.uk

McDaid, D., Knapp, M, and Curran, C (2005): Mental health III Funding mental health in Europe. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. www.observatory.uk

Madianos, M. G. and Economou, M. (1999): The Impact of a Community Mental Health Centre on Psychiatric Hospitalizations in Two Athens Areas. Community Mental Health Journal, 35, 313 – 323

Madianos, M. G., Zacharakis, C., Tsitsa, C and Stefanis, C. (1999): The Mental Health Care Delivery System in Greece: Regional Variation and Socioeconomic Correlates. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 2, 169 – 176

Madianos, M. G., Zacharakis, C., Tsitsa, C and Stefanis, C. (1999): Geographical variation in mental health discharges in Greece and socioeconomic correlates: a nationwide study (1978 – 1993). Social Psychiatry Epidemiology, 34, 477 - 483.

Madianos, M. G., Tsiantis, J. and Zacharakis, C. (1999): Changing patterns of mental health in Greece (1984 – 1996). European Psychiatry, 14, 462 – 467

Μαδιανός, Μ. (2000): Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγεία. Εκδόσεις Καστανιώτη

Μαδιανός, Μ. (2000): Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη

Madianos, M. G., Zacharakis, C., Tsitsa, C and Stefanis, C. (2000): Factors Influencing Length of Mental Hospital Stay in Greece Nationwide (1984 – 1993). The European Journal of Psychiatry, 14, 111 – 118.

Madianos, M. G. (2002): Deinstitutionalization and the Closure of Public Mental Hospitals. International Journal of Mental Health, 31, 66 – 75

Μαδιανός, Μ. (2003): Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Ψυχικής Υγείας ως βασικός άξονας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Τι έγινε΄Ποιό είναι το μέλλον Τετράδια Ψυχιατρικής, 84, 94 – 100

Μαδιανός, Μ. (2005): Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, Εκδόσεις Καστανιώτη

Madianos, M. G. and Christodoulou,G. (2007): Reform of the mental health system in Greece, 1984 -2006. International Psychiatry, 4, 16 – 19

Madianos, M., Zartaloudi, A., Kallergis, G and Alevizopoulos G. (2008): Duration of untreated mental disorders and help-seeking in a sectorised Athens area. Primary Care and Community Psychiatry, 13, 148 – 154

Marshall M et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. Health Technology Assessment, 5:1–75

Μέθοδοι Α.Ε (2008). Μελέτη απολογισμού των αποτελεσμάτων των αξόνων προτεραιότητας 1 και 2 του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» με έμφαση στην περίοδο 2006-2008. Αθήνα

Mossialos E, Murthy A, McDaid D (2003). European Union enlargement. Will mental health be forgotten again? European Journal of Public Health, 13(1):2–3.

Πλουμπίδης Δ. (Οκτ., Νοεμβ., Δεκ., 2009). Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Σύναψις, 15: 22-27

Ploumpidis D., Garani-Papadatou T., Economou M. (2008): Deinstitutionalisation in Greece: Ethical problems. Psychiatriki,19 (4): 320-329

Ploumbidis D, Economou M., Garanis-Papadatos T., Dalla-Vorgia P., Stafanis N. (2001). Ethical issues of deinstitutionalisation in Greece. Lecture presented at the European Conference on Mental Health, Rotterdam

Priebe, S, et al (2008): Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. Psychiatric Services, 59, 570-573

Psarra V, Sestrini M, Santa Z, Petsas D, Gerontas A, Garnetas C & Kontis K (January-February 2008). Greek police officers' attitudes towards the mentally ill. International Journal of Law and Psychiatry, 31 (1): 77-85

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

Salganik M.J. & Heckathorn D.D. (2004). Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. Sociological Methodology, 34: 193–239

Samyshkin Y et al. (2004). Moving forward the process of reform in the Russian Federation: an economic, financial and health systems analysis of the interface between health and social protection structures. London, Imperial College, Business School

Στυλιανίδης Σ., Γκιωνάκης Ν. & Χονδρός Π. (2009). Η Ελληνική ψυχιατρική Μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας. Σύναψις, 15 (5): 28-44.

Συνήγορος του Πολίτη (2007). Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας. Ειδική Έκθεση Αυτεπάγγελτη έρευνα για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών

Σύνθεσις ΕΠΕ (2005). Έκθεση πρώτου απολογισμού του ΕΠ "Υγεία – Πρόνοια" 2000 – 2006

Thomas, D and Morris, S. (2003): Cost of depression among adults in England in 2000. Br. J. Psychiatry, 183, 514 - 519

Thornicroft G, Tansella M (2003). What are the arguments for community- based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network

Thornicroft G, Tansella M (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. British Journal of Psychiatry, 185:283–290

Thornicroft G et al. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. Schizophrenia Research, 69:125–132

Thornicroft, G and Tansella M (2009) Better Mental Health Care. Cambridge University Press. Ελληνική Μετάφραση με πρόλογο Στέλιου Στυλιανίδη

Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R., A., et al (2010): WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry, 9, 67-78

Tomov T et al. Mental health policy in former Eastern bloc countries. In: Knapp M et al., eds. Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham, Open University Press, 2005

World Health Organization (2001a). Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/whr/2001/en

World Health Organization (2001b). Project Atlas. Mental Health Resources Around the World. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

World Health Organization (2003).Mental Health Policy and Service Guidance Package- Organization of services for Mental Health.

World Health Organization (2004a). The World Health Report 2004. Changing History. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/whr/2004/en

World Health Organization (2004b) in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization (2004c) in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2004d). Suicide prevention web sites. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/to-programma-psychargos/to-ethniko-programma-psychargos-1

http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programmapsychargos/bibliothiki/periodika/teychos-1-dekembrios-2003/view

http://www.yyka.gov.gr/health/domes-kai-draseis-gia-tin-ygeia/programma-psychargos/bibliothiki/odigoi-2013-egcheiridia/odigos-organosis-kai-leitoyrgias-iatropaidagogikoy-kentroy

http://www.yyka.gov.gr/health/epopteyomenoi-foreis/epopteyomena-nomika-prosopa/view

http://www.psycrete.gr/pages.fds?pagecode=14.02&langID=2

Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών Για την Ψυχική Υγεία http://www.posopsi.org

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2004). OECD Health Technical Papers No. 17, Selecting Indicators For The Quality Of Mental Health Care At The Health Systems Level In OECD Countries

http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=grc&indicators=nha#

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Και Ερευνών- http://www.hcmhr.gr/
Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού - http://www.ich.gr/
Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - http://www.kethea.gr/
Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών- http://www.okana.gr/
Δίκτυο Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχικής Υγείας «ΑΡΓΩΣ» http://diktyoargos.blogspot.com/
Σύλλογος Φίλων Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
Κίνηση Αδερφών Ατόμων με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας - ΚΙΝ.Α.Ψ.Υ. http://www.athenssiblings.com/
Σωματείο προάσπισης των δικαιωμάτων ατόμων με ψυχική νόσο και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας «Αλκυονίδες» - http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=155&langid=1
Σωματείο χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας «Αυτοεκπροσώπηση»
Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές «Η Αναγέννηση» - http://www.simetexo.gr/index.php?option=com_content&view=article&catid=35:2008-03-28-22-08-31&id=141:--------q-q&Itemid=63

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΟΥ

1. Βασικές Μεθοδολογικές Έννοιες

Η μεθοδολογική προσέγγιση που εφαρμόστηκε για την εκ των υστέρων αξιολόγηση του «Ψυχαργώς» ήταν άμεσα συνυφασμένη με τη φύση και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του έργου.

Η έννοια της αξιολόγησης αφορά την διατύπωση κρίσης για τον καθορισμό της ποιότητας μιας δράσης (Stake & Schwandt, 2006). Το πρόβλημα στον ορισμό της «αξιολόγησης» αφορά τον τρόπο προσδιορισμού του τι συνιστά «ποιοτικό» ή «σημαντικό», καθώς διαφορετικοί εμπλεκόμενοι μπορεί να προσδιορίζουν την ποιότητα με διαφορετικούς τρόπους (Reeve & Peerbhoy, 2007, p. 122).

Για την λύση του προβλήματος αυτού, ο Potter (2006) έχει διατυπώσει δυο θεωρητικά παραδείγματα: στο πρώτο, η αξιολόγηση αφορά τις αντικειμενικές και μετρήσιμες πτυχές ενός έργου/δράσης/προγράμματος και για την οποία απαιτούνται ποσοτικά δεδομένα. Στο δεύτερο, στόχος του αξιολογητή είναι να κατανοήσει τις απόψεις, ανάγκες, εμπειρίες και προσδοκίες των εμπλεκομένων, έτσι ώστε να καταλήξει στην αξία του υπό αξιολόγηση έργου. Οι συνήθεις μέθοδοι για τη συλλογή αυτών των δεδομένων είναι η παρατήρηση, οι συνεντεύξεις και οι ομάδες συζήτησης.

Η θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση του συγκεκριμένου έργου περιλαμβάνει τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό όλων των φάσεων του προγράμματος, όπως για παράδειγμα: δείκτες υλοποίησης των δράσεων του προγράμματος (το ποσοστό ολοκληρωμένων έργων, ο αριθμός από-ιδρυματοποιημένων ασθενών, το ποσοστό του προσωπικού που καταρτίστηκε σε προγράμματα σχετικά με την αποασυλοποίηση κτλ.) καθώς επίσης και ποιοτικούς δείκτες, όπως η συνάφεια σχεδιασμού/ στόχων/ πολιτικών με τις ανάγκες της χώρας ή/και με τα διεθνή πρότυπα, η ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών κτλ.

Για την συλλογή αξιόπιστων και έγκυρων ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, η εφαρμογή της αρχής της «τριγωνοποίησης» είναι απαραίτητη, καθώς έτσι επιτυγχάνεται η διασταύρωση (cross-checking) των στοιχείων μέσω της χρήσης πολλαπλών μεθόδων (Denzin 1978, Denzin, N. (2006). Sociological Methods: A Sourcebook. Aldine Transaction, 5th edition).

Βάσει των παραπάνω, η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε περιελάμβανε πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές δεδομένων.

Πρωτογενείς πηγές

- Ερωτηματολόγια
- Επιτόπιες επισκέψεις
- Συνεντεύξεις
- Ομαδικές συζητήσεις (focus groups)

Δευτερογενείς πηγές

- Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
- Εκθέσεις
- Επίσημα έγγραφα

2. Τεχνικές Συλλογής Δεδομένων

2.1. Εναρκτήρια Συνάντηση

Στη διάρκεια του προπαρασκευαστικού σταδίου της έρευνας, μέλη της ομάδας αξιολόγησης πραγματοποίησαν μια εναρκτήρια συνάντηση με τους βασικούς εμπλεκόμενους του έργου, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και της Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Μονάδα Δ – Οργάνωσης και Υποστήριξης).

Βασικός στόχος της συνάντησης ήταν η εκτίμηση και κατανόηση των απαιτήσεων του έργου της αξιολόγησης, ο καθορισμός της γενικής στρατηγικής και της μεθοδολογικής προσέγγισης του έργου.

Ένα από τα βασικά συμπεράσματα της συνάντησης ήταν ότι η αξιολόγηση δεν θα πρέπει να περιοριστεί στο πρόγραμμα Ψυχαργώς αλλά να επεκταθεί και να αφορά το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η προσέγγιση αυτή θεωρήθηκε ως η πλέον κατάλληλη καθώς σε μεγάλο βαθμό οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του δεκαετούς αυτού προγράμματος διαμόρφωσαν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στη χώρα.

Διευκρινιστήκαν επίσης θέματα όπως: τα βασικά δεδομένα που θα χρειαστούν και οι μέθοδοι για την συλλογή τους, η συμβολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Διαχειριστικής Αρχής στη συλλογή των δεδομένων και τέλος αναφέρθηκαν πρόσωπα και οργανισμοί που θα ήταν χρήσιμο να εμπλακούν σε αυτό.

2.2. Προσδιορισμός Μεθόδων

Στο προπαρασκευαστικό αυτό στάδιο, η ομάδα αξιολόγησης συγκεκριμενοποίησε τις μεθόδους και τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων καθώς και τους αποδέκτες αυτών.

Η επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων είναι άμεσα εξαρτώμενη από το είδος των απαιτούμενων πληροφοριών και των ιδιαιτεροτήτων του έργου.

Η μακρά διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργώς», τα πολλαπλά επίπεδα παρεμβάσεων, η εμπλοκή ενός μεγάλου αριθμού φορέων που με διαφορετικά αντικείμενα και δράσεις, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που καθιστούν το παρόν έργο πολύπλοκο. Επιπλέον, η περιορισμένη οικειότητα και γνώση της ομάδας αξιολόγησης με το ελληνικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθιστά αναγκαία τη χρήση μιας ευέλικτης μεθόδου συλλογής δεδομένων.

Με βάση τα παραπάνω, η ομάδα αξιολόγησης κατέληξε στη μέθοδο των συνεντεύξεων, καθώς παρέχουν μεγαλύτερη ευελιξία και δίνουν τη δυνατότητα να διευκρινιστούν απορίες άμεσα, να συγκεντρωθούν πολλές πληροφορίες σε μικρό σχετικά χρόνο και να ανακύψουν ζητήματα που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να γίνουν αντιληπτά.

Η μέθοδος των συνεντεύξεων αποτελεί μια «ομπρέλα» που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τεχνικών σε σχέση με τον αριθμό των συμμετεχόντων (ατομική ή ομαδική συνέντευξη) και τη δομή της (αυστηρή ή ευέλικτη).

Η ομάδα αξιολόγησης κατέληξε στην επιλογή τόσο ομαδικών συνεντεύξεων, υπό τη μορφή **focus groups** (ομάδα συζήτησης), όσο και ατομικών (**εις βάθος συνέντευξη**). Ως προς τη δομή των συνεντεύξεων, επιλέχτηκε ο «ημι-δομημένος» τύπος, κατά τον οποίο αν και προ-αποφασίζεται ένας αριθμός θεμάτων προς διερεύνηση, ο ερευνητής/συνεντευκτής αφήνει τη δυνατότητα να προκύψουν και άλλα θέματα.

Στόχος των ομαδικών συνεντεύξεων, στο παρόν έργο, ήταν η συλλογή πληροφοριών που αφορούν τη γενικότερη οργάνωση, λειτουργία, διαχείριση και αποτελεσματικότητα του συστήματος ψυχικής υγείας. Η ομαδική συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε προκειμένου η ομάδα αξιολόγησης να καταγράψει τις γενικότερες απόψεις/προβλήματα/θετικά σημεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να ανακαλύψει πιθανά καίρια ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνηση.

Αντίθετα στόχος των ατομικών συνεντεύξεων είναι η πιο λεπτομερής καταγραφή πληροφοριών που αφορούν τη λειτουργία των επιμέρους δομών που διαμορφώθηκαν με το πρόγραμμα «Ψυχαργώς».

Η δεύτερη μέθοδος που επιλέχθηκε αφορά την «**παρατήρηση**», η οποία χρησιμοποιείται κυρίως σε ποιοτικές μελέτες και έχει ως βασικό στόχο την κατανόηση της κουλτούρας, των διαδικασιών και του νοήματος που δίνεται σε γεγονότα που συμβαίνουν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο (Bryman 2004). Καθώς το αντικείμενο του συγκεκριμένου έργου αφορά την αξιολόγηση των υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν με το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» και δεδομένου του

περιορισμένου χρόνου, η παρατήρηση χρησιμοποιήθηκε ως μια τεχνική συλλογής και διασταύρωσης δεδομένων. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρατήρηση πραγματοποιήθηκε με τη μορφή επιτόπιων επισκέψεων της ομάδας αξιολόγησης σε διάφορες υπηρεσίες/δομές ψυχικής υγείας.

Στο συγκεκριμένο έργο η παρατήρηση εξυπηρέτησε δυο στόχους: ο πρώτος αφορά στο να διαμορφώσει η ομάδα αξιολόγησης προσωπική άποψη αναφορικά με τις δομές που δημιουργήθηκαν και κατά συνέπεια να αξιολογήσει την ποιότητα τους σε τεχνικό επίπεδο (υλικοτεχνική υποδομή) αλλά και σε επίπεδο γενικής λειτουργίας. Ο δεύτερος στόχος αφορούσε ένα πρακτικό ζήτημα, αυτό της διεξαγωγής συνεντεύξεων και της συλλογής έγγραφου υλικού από τις δομές (όπου αυτό είναι διαθέσιμο). Η ομάδα αξιολόγησης χρησιμοποίησε τις επιτόπιες επισκέψεις για να πραγματοποιήσει συνεντεύξεις με το προσωπικό των δομών. Με αυτό τον τρόπο επιτεύχθηκε η αντιπροσωπευτικότητα των συμμετεχόντων στην μελέτη, καθώς έλαβαν μέρος άτομα που κατέχουν θέσεις σε όλη την ιεραρχία του συστήματος ψυχικής υγείας (επικεφαλείς / διευθυντές κλινικών υπηρεσιών, με διευθυντές / μάνατζερ υπηρεσιών κλειδιών, επικεφαλείς / διευθυντές υπηρεσιών διοίκησης και διαχείρισης, επικεφαλείς έργων, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τελικοί χρήστες κλπ.).

Ως τρίτη μέθοδος συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε η χορήγηση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια αποτελούν μια σχετικά οικονομική μέθοδος που επιτρέπει την συλλογή δεδομένων από ένα μεγάλο αριθμό ερωτώμενων και την ομοιόμορφη καταγραφή στοιχείων. Η χορήγηση ερωτηματολογίων αποφασίστηκε προκειμένου για την επιβεβαίωση των στοιχείων που επρόκειτο να συλλεχθούν με άλλες μεθόδους (βιβλιογραφική έρευνα, συνεντεύξεις) καθώς επίσης και για την συλλογή πληροφοριών από ένα ευρύτερο δείγμα από αυτό που συμμετείχε στις συνεντεύξεις και στις επιτόπιες επισκέψεις.

2.3. Εργαλεία

Η ομάδα αξιολόγησης δημιούργησε δυο εργαλεία προκειμένου για την αντικειμενική και ομοιόμορφη καταγραφή των δεδομένων. Πρόκειται για τα εξής:

i. <u>μια σειρά ερωτηματολογίων</u> που αφορούν στη λειτουργία των υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του Ψυχαργώς (βλ. παράρτημα). Δημιουργήθηκαν 8 ερωτηματολόγια τα οποία αφορούν: φορέα (ψυχιατρεία ή ΜΚΟ), στεγαστικές δομές (ξενώνες και οικοτροφεία), κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας, ΚΟΙ.ΣΠΕ, ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και κέντρα ψυχικής υγείας.

Για τη δημιουργία των ερωτηματολογίων, η Ομάδα Αξιολόγησης έλαβε υπόψη της: τη σχετική νομοθεσία που αφορά στην οργάνωση των υπηρεσιών (Ν. 2716/99), τους οδηγούς οργάνωσης και λειτουργίας μονάδων ψυχικής υγείας

που έχουν εκδοθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς επίσης και σχετικά έντυπα του ΠΟΥ.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στόχος των ερωτηματολογίων δεν είναι η αξιολόγηση των επιμέρους μονάδων αλλά μια συνολική αποτύπωση και εκτίμηση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι θεματικές ενότητες που περιλαμβάνουν τα ερωτηματολόγια είναι ενδεικτικά οι εξής: στατιστικά στοιχεία αναφορικά με τη λειτουργία της δομής, συνθήκες φροντίδας του περιβάλλοντος (care environment), ικανότητες, δεξιότητες και πρακτικές του προσωπικού (staff skills competencies and practice), εφαρμοζόμενες θεραπείες και θεραπευτικά αποτελέσματα (treatments/therapies and outcomes), σεβασμό ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών κτλ.

ii. <u>ένας οδηγό συνέντευξης</u> που αφορά βασικές ερωτήσεις που πρόκειται να τεθούν κατά τη διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων (βλ. παράρτημα). Ενδεικτικά θέματα που περιλαμβάνει ο οδηγός είναι τα εξής: αποτελέσματα των στόχων του ψυχαργώς, βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διασύνδεση και συντονισμός υπηρεσιών, κατάρτιση προσωπικού, θετικά και αρνητικά σημεία του συστήματος ψυχικής υγείας, προτάσεις για μελλοντικές δράσεις κτλ.

2.4. Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία αφορά την επιλογή ενός τυχαίου τμήματος του γενικού πληθυσμού που έχει οριστεί ως πηγή συλλογής πληροφοριών. Η μελέτη ενός πληθυσμού - στόχου μπορεί να γίνει έγκυρα με τη διερεύνηση ενός δείγματος του, δηλαδή ενός μόνο τμήματος του, που το χρησιμοποιούμε για την εξαγωγή πληροφοριών για όλο τον πληθυσμό. Ένα καλό δείγμα περιλαμβάνει υποκείμενα πραγματικά αντιπροσωπευτικά του συνολικού πληθυσμού.

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας διακρίνονται σε: <u>κατά πιθανότητα</u> (probability sampling) και <u>κατά 'κρίση'</u> (nonprobability sampling). Στην πρώτη περίπτωση, κάθε μονάδα του υπό μελέτη πληθυσμού έχει ίδιες πιθανότητες να επιλεγεί στο δείγμα. Αντίθετα, στη δεύτερη μέθοδο δειγματοληψίας, το δείγμα επιλέγεται βάσει υποθέσεων για τα χαρακτηριστικά του και κατά συνέπεια κάποιες μονάδες δεν έχουν καμία πιθανότητα επιλογής.

Το μέγεθος του δείγματος που απαιτείται για μια μελέτη εξαρτάται από την απαιτούμενη ακρίβεια των εκτιμήσεων. Υπάρχουν ειδικοί τρόποι υπολογισμού του, αλλά ως γενικός κανόνας ισχύει ότι ένα μεγαλύτερο δείγμα αυξάνει την ακρίβεια των εκτιμήσεων όπως και την ανάλυση ισχύος (power analysis).

Ωστόσο η αυστηρή τήρηση των αρχών αυτών είναι αναγκαία μόνο σε μελέτες που έχουν σαν στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να γενικευτούν. Όπως έχει ήδη αναφερθεί στόχος του συγκεκριμένου έργου είναι η κατανόηση των

αναγκών, των προσδοκιών των εμπλεκομένων στο πρόγραμμα «Ψυχαργώς» καθώς και η καταγραφή του συνόλου των δράσεων που πραγματοποιήθηκαν και ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν τρεις μέθοδοι (ομαδικές και ατομικές συνεντεύξεις, παρατήρηση και ερωτηματολόγια) με διαφορετικά δειγματοληπτικά κριτήρια η καθεμία.

Ως προς την πρώτη μέθοδο (ομαδικές και ατομικές συνεντεύξεις), το δείγμα περιελάμβανε δυο διακριτές ομάδες-στόχους:

1. Τις μονάδες/ φορείς που έχουν εμπλακεί ή δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»
2. Τους χρήστες των υπηρεσιών

Και για τις δυο ομάδες-στόχους, η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά την εναρκτήρια συνάντηση καθώς και στην προσωπική επικοινωνία που αναπτύχθηκε μεταξύ μελών της ομάδας αξιολόγησης και ορισμένων επαγγελματιών και ακαδημαϊκών από τον χώρο της ψυχικής υγείας. Η μέθοδος αυτή αναφέρεται και ως «χιονοστιβάδα» καθώς ο κάθε συμμετέχοντας μπορεί να οδηγήσει στους υπόλοιπους, με αποτέλεσμα το αρχικό δείγμα να μεγαλώνει σαν «χιονοστιβάδα». Η επιλογή αυτής της μεθόδου κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη όταν είναι σημαντικό να βρεθούν οι «ειδικοί» ενός τομέα, στη συγκεκριμένη περίπτωση του τομέα της ψυχικής υγείας (Salganik, M.J. & D.D. Heckathorn (2004). "Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling". Sociological Methodology 34: 193–239).

Ωστόσο, κριτήρια για την τελική επιλογή των συμμετεχόντων αποτέλεσαν:

- ο βαθμός εμπλοκής των ατόμων στον προγραμματισμό, υλοποίηση και αξιολόγηση του προγράμματος «Ψυχαργώς»
- η πρακτική γνώση αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «Ψυχαργώς»
- η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος όσο αφορά τη νομική υπόσταση της υπηρεσίας (Δημόσιος φορέας - Μη κερδοσκοπική οργάνωση – Άλλου τύπου σύλλογοι και οργανώσεις) αλλά και τον τύπο υπηρεσιών (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία – Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων – Στεγαστικές δομές κτλ)
- η γνώση που αποκτήθηκε ως αποτέλεσμα της χρήσης των υπηρεσιών και των δράσεων του προγράμματος

Ως προς το μέγεθος του δείγματος υπήρχε διαφοροποίηση μεταξύ των δυο ομάδων, με την ομάδα των χρηστών να είναι αρκετά μικρότερη. Η διαφορά αυτή υπήρξε για δυο βασικούς λόγους:

1. Η επιλογή μεγαλύτερου δείγματος χρηστών πιθανώς να διαστρέβλωνε τον στόχο της αξιολόγησης που ήταν η συνολική εκτίμηση της οργάνωσης και του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όχι η ικανοποίηση των χρηστών από αυτό.

2. Το χρονοδιάγραμμα του έργου δεν επέτρεπε την ανεύρεση μεγαλύτερου αριθμού χρηστών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ωστόσο, ότι κατά τη διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων, η Ομάδα Αξιολόγησης είχε την ευκαιρία να πραγματοποιήσει σύντομες συνεντεύξεις με τους χρήστες των υπηρεσιών (κυρίως στεγαστικών δομών), με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα να είναι αρκετά μεγαλύτερο.

Αναφορικά με την τρίτη μέθοδο, τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε δομές του «Ψυχαργώς», συμμετείχαν φορείς που:

1. οι εκπρόσωποι τους είχαν παραστεί στην ομάδα συζήτησης
2. η ομάδα αξιολόγησης είχε επισκεφθεί κατά την επίσκεψη της στην Ελλάδα
3. επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από τη βάση δεδομένων που δόθηκε στην ομάδα αξιολόγησης από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων-Φάσεις Έρευνας

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων ξεκίνησε άμεσα από την ανάθεση του έργου και διήρκεσε σχεδόν δυο μήνες. Στο αρχικό στάδιο της διαδικασίας, η αξιολογητική ομάδα πραγματοποίησε κάποιες διερευνητικές συνεντεύξεις με ανθρώπους-κλειδιά του χώρου, προκειμένου να αποκτηθεί μια βασική γνώση για το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ακολούθησε η φάση των επιτόπιων επισκέψεων και του κύριου όγκου των συνεντεύξεων. Στην τελική φάση της διαδικασίας πραγματοποιήθηκε η χορήγηση των ερωτηματολογίων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκέντρωση βιβλιογραφίας και επίσημων εγγράφων πραγματοποιήθηκε σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.

3.1. Προσδιορισμός δεδομένων, ανασκόπηση βιβλιογραφίας και πηγών άντλησης τους

Σύμφωνα με τους Rossi κ.α. (2004), η αξιολόγηση ενός προγράμματος μπορεί να διακριθεί σε 5 τύπους, οι οποίοι είναι: η εκτίμηση των αναγκών, η θεωρητική βάση του προγράμματος, η ανάλυση της διαδικασίας που ακολουθήθηκε, η ανάλυση των επιπτώσεων και η οικονομική ανάλυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος. Η επιλογή του είδους της αξιολόγησης καθορίζει και το είδος των στοιχείων που χρειάζονται.

Καθώς το συγκεκριμένο έργο αφορά την εκ των υστέρων αξιολόγηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργώς» και σύμφωνα με τις αποφάσεις της εναρκτήριας συνάντησης, αναφορικά με την συνολική εκτίμηση του συστήματος

ψυχικής υγείας που έχει διαμορφωθεί μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος, στη παρούσα αξιολόγηση συμπεριλήφθηκαν όλοι οι παραπάνω τύποι.

Κατά συνέπεια τα στοιχεία που χρειάστηκαν για κάθε τύπο/κατηγορία της αξιολόγησης, αφορούν:

- ανάλυση των αναγκών: πρόκειται για ανάλυση του προβλήματος που επιχειρεί να καλύψει το πρόγραμμα. Η αξιολόγηση αφορά το μέγεθος του προβλήματος, τις επιδράσεις του και τον πληθυσμό που επιβαρύνεται από αυτό. Στο συγκεκριμένο έργο, η ανάλυση αναγκών περιλαμβάνει την περιγραφή του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης καθώς και στοιχεία που καταδείκνυαν τη μη αποτελεσματικότητα ή τα προβλήματα του πριν την έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργώς», δηλαδή πριν το 2000.
- θεωρητική βάση του προγράμματος: πρόκειται για την περιγραφή του σχεδιασμού και οργάνωσης, των επιμέρους στοιχείων και στόχων καθώς και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων του προγράμματος. Αναφορικά με το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» εξετάστηκαν οι πολιτικές, οι στόχοι και οι προβλεπόμενες δράσεις στο πλαίσιο αυτού.
- ανάλυση διαδικασίας: αφορά την εφαρμογή του προγράμματος. Τα ζητούμενα για αυτή την ανάλυση αφορούν το αν πραγματοποιήθηκαν τα προγραμματισμένα έργα και ποιο το ποσοστό επιτυχίας τους. Επιπλέον στοιχεία αφορούν το νομοθετικό πλαίσιο που θεσπίστηκε προκειμένου να εφαρμοστεί το πρόγραμμα.
- ανάλυση επιπτώσεων: αφορά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Σχετικά δεδομένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων του «Ψυχαργώς» σχετίστηκαν με τις δράσεις που αναπτύχθηκαν. Για παράδειγμα οι δράσεις που αφορούν στην καταπολέμηση του στίγματος μπορεί να εκτιμηθούν με βάση τη στάση του πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες.
- οικονομική ανάλυση σε σχέση με τα αποτελέσματα: πρόκειται για τη σύγκριση μεταξύ κόστους του προγράμματος και των αποτελεσμάτων του. Για το συγκεκριμένο έργο χρειάστηκαν οικονομικά στοιχεία ανάπτυξης και λειτουργίας των δομών και υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν με το «Ψυχαργώς». Επιπλέον είναι απαραίτητα επιδημιολογικά στοιχεία που να καταδεικνύουν το επίπεδο ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού πριν το 2000 (έναρξη προγράμματος) και το 2009 (λήξη προγράμματος), καθώς επίσης και στοιχεία που να αφορούν την ψυχική υγεία του πληθυσμού που αποασυλοποιήθηκε (πχ δείκτες εισαγωγών σε νοσοκομεία, μέση διάρκεια παραμονής ασθενών σε δομές, ποσοστό υποτροπών κτλ).

Όπως αναφέρθηκε η διαδικασία συλλογής δεδομένων αναπροσαρμοζόταν μέχρι την παράδοση της πρώτης έκθεσης της ομάδας αξιολόγησης, καθώς:

- Τα διαθέσιμα στοιχεία ήταν σε ορισμένες περιπτώσεις ανεπαρκή σε σχέση με τις απαιτήσεις του έργου

- Το αρχικό υλικό που είχε συλλεχθεί αποτέλεσε τη βάση για την ανεύρεση νέων πηγών δεδομένων
- Η ομάδα αξιολόγησης βρισκόταν σε συνεχή επικοινωνία με τους εμπλεκόμενους (Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Ειδική Μονάδα, συμμετέχοντες στις ομάδες συζήτησης) για να συλλέξει δεδομένα που πιθανώς να χρησιμοποιηθούν στην αξιολόγηση

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η εξής: η ομάδα αξιολόγησης δημιούργησε ένα κατάλογο με τα αρχικά δεδομένα που απαιτούνται (βλ. παράρτημα) και στη συνέχεια απέστειλε αίτημα για την απόκτηση τους στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και στην Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Μονάδα Δ – Οργάνωσης και Υποστήριξης).

Άλλες πηγές δεδομένων αποτέλεσαν και οι Μονάδες Υποστήριξης και Παρακολούθησης (ΕΠΙΨΥ, Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου), διεθνείς οργανισμοί (Π.Ο.Υ, Ευρωπαϊκή Ένωση) με συγκεκριμένες αναφορές στην Ελλάδα. Επιπλέον έγινε αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας στο διαδίκτυο (από ακαδημαϊκές πηγές, όπως περιοδικά, βιβλία) ενώ συλλέχθηκαν λοιπά έγγραφα, όπως εκθέσεις, αρχεία κατά τη διάρκεια των επιτόπιων επισκέψεων.

Δημιουργήθηκε ένα ηλεκτρονικό αρχείο στο οποίο περιλαμβάνονταν τέσσερις κατηγορίες υλικού:

- Η πρώτη κατηγορία αφορά υλικό για τις δράσεις που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του «Ψυχαργώς»
- Η δεύτερη κατηγορία αφορά παλαιότερες εκθέσεις που πραγματοποιήθηκαν από τις Μονάδες Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος
- Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται άρθρα, εκθέσεις και έρευνες που αφορούν τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση και συλλέχθηκαν τόσο από ακαδημαϊκούς του χώρου όσο και από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Π.Ο.Υ
- Η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει έγγραφα που σχετίζονται με το νομοθετικό και στρατηγικό πλαίσιο του «Ψυχαργώς».

3.2. Επιτόπιες Επισκέψεις

Για την οργάνωση των επισκέψεων το Υπουργείο Υγείας έστειλε ενημερωτικό έγγραφο στους συμμετέχοντες, ενώ παράλληλα μέλη της ομάδας αξιολόγησης επικοινώνησαν προσωπικά με τους αρμόδιους των δομών προκειμένου να οριστικοποιηθεί το πρόγραμμα και να οργανωθεί η όλη διαδικασία, δεδομένου ότι οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν σε περίοδο που ξεκινούν οι καλοκαιρινές άδειες.

Οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν σε δομές που καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (στεγαστικές δομές, κέντρα ψυχικής υγείας, Κοι.ΣΠΕ,

ψυχιατρικά τμήματα, ψυχιατρεία) και ήταν επιλεγμένες με τυχαίο τρόπο. Πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε 5 πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κατερίνη, Χανιά και Ηράκλειο. Επίσης σύντομη επίσκεψη στη Αλεξανδρούπολη). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρξαν δύο φορείς που ενώ είχαν συμφωνήσει στην επίσκεψη της Ομάδας Αξιολόγησης, τελικά αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα η ομάδα αξιολόγησης επισκέφθηκε τις παρακάτω κατηγορίες δομών.

Πίνακας 3.1: Επιτόπιες Επισκέψεις- Τύπος και Αριθμός Δομών

ΤΥΠΟΣ ΔΟΜΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	1
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	4
Οικοτροφείο	4
Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου	4
Κέντρο Ημέρας	3
Μονάδα Αποκατάστασης	2
Ξενώνα	5
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	2
Προστατευμένα Διαμερίσματα	4

Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων η ομάδα είχε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει συνεντεύξεις με τους υπεύθυνους των δομών και με άλλους επαγγελματίες, με τους χρήστες, καθώς επίσης και να περιηγηθεί στους χώρους των υπηρεσιών.

3.3. Ομάδες Συζήτησης (Focus Groups)

Οι ομάδες συζήτησης αποτελούν μια μορφή ομαδικής συνέντευξης στην οποία δίνεται έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ συμμετεχόντων προκειμένου να αντληθούν τα δεδομένα. Η τεχνική αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την διερεύνηση της γνώσης και των εμπειριών των συμμετεχόντων.

Η σύνθεση της ομάδας συζήτησης χρήζει προσοχής καθώς το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό, χωρίς όμως να είναι εντελώς ανομοιογενές, γιατί κάτι τέτοιο θα δυσχέραινε την κατανόηση και τη ροή της συζήτησης (Jenny Kitzinger, BMJ 1995;311:299-302).

Για την οργάνωση των ομάδων συζήτησης, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας έστειλε ενημερωτικό έγγραφο προς τους προτεινόμενους συμμετέχοντες, ενώ παράλληλα

μέλη της ομάδας αξιολόγησης επικοινώνησαν τηλεφωνικά μαζί τους προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία τους στις συζητήσεις και σε αντίθετη περίπτωση να γίνει η έγκαιρη αντικατάσταση τους. Για την διευκόλυνση της επικοινωνίας υπήρχε διερμηνεία καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης, ενώ σημειώσεις κρατούσαν εκτός από την Ομάδα Αξιολόγησης και δυο συνεργάτες.

Η ομάδα αξιολόγησης επέλεξε να πραγματοποιηθούν δυο ξεχωριστές ομάδες συζήτησης: στην πρώτη συμμετείχαν περίπου 30 άτομα, εκπρόσωποι φορέων και παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και οι οποίοι κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (δημόσιες υπηρεσίες, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, πανεπιστημιακές κλινικές, επιστημονικούς συλλόγους, ειδικές επιτροπές κτλ). Το πρώτο focus group διήρκεσε περίπου 5 ώρες, με την έντονη συμμετοχή όλων των παρευρισκόμενων. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης η ομάδα αξιολόγησης ανέθεσε στους συμμετέχοντες να απαντήσουν γραπτώς σε ορισμένες ερωτήσεις, προκείμενου να μπορέσουν να εκθέσουν τις απόψεις τους εκτενέστερα. Οι απαντήσεις που δόθηκαν χρησιμοποιήθηκαν σαν επιπρόσθετο αρχείο στα πρακτικά της συνάντησης.

Η δεύτερη ομάδα αξιολόγησης ήταν μικρότερη, περίπου 15 άτομα και αποτελούνταν από χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και συλλόγους οικογενειών. Το δεύτερο focus group ήταν μικρότερης διάρκειας (περίπου 2 ώρες). Και αυτή η ομάδα κλήθηκε να απαντήσει γραπτώς στις ίδιες ερωτήσεις που είχαν τεθεί και στη ομάδα των επαγγελματιών, ωστόσο λόγω του περιορισμένου χρόνου, οι απαντήσεις στάλθηκαν ταχυδρομικώς μετά το πέρας της συνάντησης. Κατά συνέπεια το ποσοστό συμμετοχής σε αυτή τη δράση, ήταν αρκετά μικρότερο (μόνο 4 συμμετέχοντες έστειλαν τις απαντήσεις τους).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι και για τις δυο ομάδες συζήτησης δόθηκε προσοχή ώστε οι συμμετέχοντες να προέρχονται από όλη τη χώρα. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό.

3.4. Συνεντεύξεις

Οι ατομικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 3 μηνών (Ιούνιος, Ιούλιος, Αύγουστος). Μέλη στις ομάδας αξιολόγησης συναντήθηκαν περίπου με 150 επαγγελματίες του χώρου στις ψυχικής υγείας. Η διάρκεια των συνεντεύξεων ποικίλε από μια (η μικρότερη) έως και τρεις ώρες. Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος υπήρξε ιδιαίτερα υψηλή καθώς οι συνεντευξιαζόμενοι προέρχονταν από όλο το φάσμα του συστήματος. Το δείγμα θα μπορούσε να κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερα επίπεδα:

1. Επιτελικά όργανα στις Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: δόθηκε η δυνατότητα να εξεταστούν θέματα

που σχετίζονταν με στις πολιτικές και στις στόχους που αναπτύχθηκαν σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

2. Ακαδημαϊκούς και επαγγελματίες που συμμετείχαν στον σχεδιασμό και την εκτέλεση του «Ψυχαργώς»
3. Υπεύθυνους δομών και επαγγελματίες του δημοσίου τομέα
4. Υπεύθυνους δομών και επαγγελματίες του ιδιωτικού-μη κερδοσκοπικού τομέα

Επιπλέον, προκειμένου η Ομάδα Αξιολόγησης να αποκτήσει μια πλήρη εικόνα του συστήματος ψυχικής υγείας στις χώρας, πραγματοποιήθηκε και στις μικρός αριθμός συνεντεύξεων με επαγγελματίες που προέρχονταν από τον ιδιωτικό-κερδοσκοπικό τομέα.

Οι συνεντεύξεις με στις χρήστες ήταν ομαδικές και στη πλειοψηφία στις μικρής διάρκειας. Η μικρή σχετικά συμμετοχή των χρηστών μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι συνεντεύξεις αυτές πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο των επιτόπιων επισκέψεων στις δομές (κυρίως στεγαστικές) και κρίθηκε καταλληλότερο από την Ομάδα Αξιολόγησης να μην διαταραχτούν οι ασθενείς από την παρουσία αγνώστων.

3.5. Ερωτηματολόγια

Η χορήγηση και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας των Ομάδων Συζήτησης και καθ΄ όλη τη διάρκεια του Αυγούστου. Η απόφαση να μην χορηγηθούν τα ερωτηματολόγια νωρίτερα βασίστηκε σε δυο λόγους:

Ο πρώτος αφορά το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων. Κρίθηκε απαραίτητο για την εγκυρότητα των εργαλείων, οι ερωτήσεις που είχαν αρχικά περιληφθεί να επιβεβαιωθούν από τη γνώση που είχε ήδη συγκεντρωθεί μέσα από τις συνεντεύξεις. Για παράδειγμα, ενώ είχε κατασκευαστεί ερωτηματολόγιο που αφορούσε στην λειτουργία των ΤΟ.Ψ.Υ και ΤΕΨΥ, φάνηκε ότι η χορήγηση τους θα ήταν περιττή, καθώς όπως αποκαλύφθηκε δεν λειτούργησαν ουσιαστικά. Ωστόσο, στα υπόλοιπα ερωτηματολόγια δεν έγιναν παρά μικρές αλλαγές.

Ο δεύτερος λόγος σχετιζόταν με την δέσμευση των συμμετεχόντων στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η ομάδα αξιολόγησης θεώρησε σκόπιμο, να πραγματοποιηθούν κάποιες αρχικές επαφές με επαγγελματίες του χώρου, έτσι ώστε να γίνει γνωστό το έργο της αξιολόγησης και κατά συνέπεια να αυξηθούν οι πιθανότητες εμπλοκής των ερωτώμενων σε αυτό.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε ηλεκτρονικά, προκειμένου να επισπευτεί η διαδικασία. Όπως έχει αναφερθεί στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε δομές που καλύπτουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του δημόσιου και μη-κερδοσκοπικού τομέα. Σε κάθε φορέα στέλνονταν ερωτηματολόγια που

αντιστοιχούσαν στις δομές που λειτουργούσε ο συγκεκριμένος φορέας. Ειδικότερα για τις στεγαστικές δομές οι αρμόδιοι θα έπρεπε να συμπληρώσουν το αντίστοιχο εργαλείο για κάθε μια μονάδα χωριστά. Συνολικά στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 40 δομές. Το ποσοστό απαντήσεων ήταν υψηλό μόνο για τις δομές εκείνες των οποίων οι υπεύθυνοι είχαν συμμετάσχει στην προηγούμενη φάση των συνεντεύξεων και των επιτόπιων επισκέψεων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό απαντήσεων εξαρτήθηκε σε μεγάλο βαθμό από τη χρονική περίοδο που έγινε η αποστολή των ερωτηματολογίων, καθώς ο Αύγουστος είναι μήνας κατά τον οποίο πολλοί εργαζόμενοι βρίσκονται σε άδεια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ

Α. ΟΜΑΔΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια των ομάδων συζήτησης, η ομάδα αξιολόγησης έθεσε στους συμμετέχοντες τέσσερα βασικά ερωτήματα και τους ζήτησε να εκθέσουν τις απόψεις τους γραπτώς.

Τα τέσσερα ερωτήματα που τέθηκαν αφορούσαν στον προσδιορισμό των απαραίτητων μελλοντικών δράσεων στο χώρο της ψυχικής υγείας, τους αρμόδιους φορείς που θα αναλάβουν την πραγματοποίηση των δράσεων και στόχων αυτών, τα κίνητρα που θα πρέπει να δοθούν καθώς και τις δυσκολίες του παρόντος συστήματος ψυχικής υγείας.

Κύριο χαρακτηριστικό των απαντήσεων που δόθηκαν ήταν ο υψηλός βαθμός συναίνεσης και στις τέσσερις ερωτήσεις. Αν και η ομοιομορφία αυτή ήταν, ως ένα βαθμό, αναμενόμενη καθώς οι συμμετέχοντες είχαν στην πλειοψηφία τους παρόμοιο εκπαιδευτικό και επαγγελματικό υπόβαθρο, κάτι τέτοιο πιθανώς καταδεικνύει ότι το σύστημα της ψυχικής υγείας αποτελεί μια πραγματικότητα με εμφανείς δυσλειτουργίες και ξεκάθαρες ανάγκες και απαιτήσεις.

Ως προς τις δράσεις που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

Η πρώτη κατηγορία αφορά την οργάνωση του συστήματος. Βασικός άξονας, τον οποίο αναφέρουν όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες είναι η ουσιαστική λειτουργία της τομεοποίησης και η αναπροσαρμογή του ρόλου του Υπουργείου Υγείας σαν ένα όργανο άσκησης πολιτικής με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος. Σημαντικό στοιχείο για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η διασύνδεση. Η ανάγκη για ανάπτυξη συνεργασίας αναλύεται σε πολλαπλά επίπεδα, κεντρικό, περιφερειακό-τοπικό και υπηρεσιών. Σε κεντρικό επίπεδο αναφέρεται η ανάγκη για διασύνδεση του συστήματος ψυχικής υγείας με άλλα συστήματα, όπως το δικαστικό, το εκπαιδευτικό, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε περιφερειακό επίπεδο, η δικτύωση αφορά την τοπική αυτοδιοίκηση και τις κοινωνικές υπηρεσίες που λειτουργούν σε συγκεκριμένα γεωγραφικά πλαίσια. Για την αποτελεσματική εφαρμογή αυτού του οργανωσιακού μοντέλου, είναι ο επαναπροσδιορισμός των τομέων στα όρια των Δήμων και Περιφερειών που θα δημιουργηθούν με τις επερχόμενες αλλαγές του νόμου «Καλλικράτης». Με βάση αυτό το μοντέλο επιτυγχάνεται όχι μόνο η αποκέντρωση του συστήματος, καθώς κάθε περιφέρει-τομέας θα έχει τη δυνατότητα να λύνει το πρόβλημα του ασθενούς εντός γεωγραφικών ορίων, αλλά και εφαρμόζεται στην ουσία της η έννοια της κοινοτικής ψυχιατρικής. Ένα από τα θέματα που πρόεκυψαν αναφορικά με την

δικτύωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αφορά στον προσδιορισμό της μονάδας/δομής που θα αποτελέσει τα σημεία αναφοράς του δικτύου. Ωστόσο στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στα κέντρα ψυχικής υγείας, με προϋπόθεση την αναβάθμιση του ρόλου τους. Για την διασύνδεση των υπηρεσιών απαραίτητη είναι, όπως σημειώθηκε, η ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού συστήματος καταχώρησης ασθενών, ούτος ώστε να υπάρχει ένα συνεχές της παρεχομένης φροντίδας.

Δημιουργία συστήματος παρακολούθησης, το οποίο αφορά τόσο στην καταγραφή των αναγκών συγκεκριμένων πληθυσμών (ανάγκη για επιδημιολογικά δεδομένα), όσο και στην ανάπτυξη μηχανισμών που θα συντονίζουν και θα αξιολογούν τις δράσεις των επιμέρους δομών (πχ επαναλειτουργία της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης, δημιουργία ενός Κεντρικού Συμβουλευτικού Οργάνου).

Β. ΟΜΑΔΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη δεύτερη ομάδα συζήτησης συμμετείχαν σύλλογοι χρηστών και οικογενειών ασθενών. Η ομάδα αξιολόγησης συλλέξε και από τη δεύτερη αυτή ομάδα απαντήσεις αναφορικά με τρία ερωτήματα: τα πλεονεκτήματα του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», τα μειονεκτήματα του και τέλος τις προτάσεις για μελλοντικές δράσεις.

Ως προς το πρώτο ερώτημα όλοι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ως θετικά:

- τη συρρίκνωση των κλινών μεγάλων ψυχιατρείων (ασύλων) και τη ανάπτυξη των στεγαστικών αποκαταστασιακών δομών στην κοινότητα (ως μεταβατικές δομές).
- Την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών τόσο μέσα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όσο και στις εξωνοσοκομειακές δομές.
- Την δυνατότητα έκφρασης που δόθηκε στους ασθενείς, την διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους και την αντιπροσώπευση τους σε «όργανα και θεσμούς που σχετίζονται με την ψυχική υγεία»
- την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων με την θεσμοθέτηση των Κοι.ΣΠΕ, και κατ' επέκταση θεσπίζοντας την αξία της αμειβόμενης εργασίας.

Ήταν ιδιαίτερα σημαντικές οι απαντήσεις που δόθηκαν αναφορικά με τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας τόσο ως προς διοικητικά και οργανωτικά θέματα, όσο και ως προς τη λειτουργία τους.

Όπως αναφέρουν οι χρήστες τα βασικά προβλήματα του χώρου σχετίζονται με:

- Οι Ευρωπαϊκές επιχορηγήσεις δεν χρησιμοποιήθηκαν γόνιμα, με αποτέλεσμα να «δαπανηθούν χρήματα αλόγιστα».

- Την μη εξασφάλιση της χρηματοδότησης και των πόρων για την συνέχιση της λειτουργίας των στεγαστικών και άλλων δομών.
- Η λειτουργία των δομών στέγασης δεν ανταποκρίνεται πλήρως στους στόχους και στις αρχές βάσει των οποίων δημιουργήθηκαν. Έτσι, για πολλούς χρήστες οι ξενώνες/οικοτροφεία αποτελούν απλώς «χώρους μεταστέγασης δίχως τη ριζική αναθεώρηση και αναίρεση του ασυλιακού προτύπου».
- Την απουσία ελέγχων και αξιολογήσεων για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Το μικρό ποσοστό ασθενών που αποασυλοποιήθηκαν, αφήνοντας ένα μεγάλο αριθμό ψυχικά πασχόντων είτε να ζουν με τις οικογένειες τους, είτε να είναι άστεγοι και στα όρια της φτώχειας, είτε τέλος να καταλήγουν σε ιδιωτικές κλινικές, η ποιότητα λειτουργίας των οποίων είναι αμφίβολη.
- Την απουσία «οράματος» και σχεδίου σχετικά με το μέλλον της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Οι χρήστες είχαν ξεκάθαρες προτάσεις

- Να επαναπροσδιοριστεί το σχέδιο Ψυχαργώς με συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων (πολιτεία, οικογένεια, χρήστες ψυχιατρικών υπηρεσιών, επαγγελματίες).
- Να αναβαθμισθεί ο ρόλος των χρηστών/οικογενειών και η σημαντική συμβολή τους
- Να αναπτυχθούν νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών για την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών.
- Να ενισχυθεί ο ρόλος των κέντρων ψυχικής υγείας και να λειτουργήσουν άμεσα οι μονάδες παρέμβασης στην κρίση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Μελέτες Περίπτωσης

Οι επιτόπιες επισκέψεις της ομάδας αξιολόγησης πραγματοποιηθήκαν σε διάφορες Μονάδες Ψυχικής Υγείας και είχαν ως στόχο την κατανόηση της οργάνωσης του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τελικά την εκτίμηση της λειτουργίας του.

Αθήνα

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί): το νοσοκομείο λειτουργεί από το 1912, καλύπτει μια μεγάλη έκταση στη δυτική πλευρά της Αττικής και είναι εύκολα προσβάσιμο με μέσα μαζικής μεταφοράς. Ανήκει στον 4^{ο} Τομέα Ψυχικής Υγείας και λειτουργεί εκτός από τα ενδονοσοκομειακά του τμήματα και άλλες μονάδες και υπηρεσίες. Συγκεκριμένα: 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Αγ. Αναργύρους), 1 Κέντρο Ημέρας, 51 μονάδες αποκατάστασης (7 ξενώνες, 13 οικοτροφεία, 31 προστατευόμενα διαμερίσματα). Αναφέρθηκε ότι οι μονάδες που λειτουργεί το Ψ.Ν.Α είναι διάσπαρτες σε διάφορους Το.ΨΥ (σε 8 Το.ΨΥ: 1,3,4,6,7,9,12,13) λόγω του τρόπου που αναζητήθηκαν τα κτίρια για τις στεγαστικές δομές τα προηγούμενα 10 χρόνια, καθώς «δεν υπήρχε, ούτε υπάρχει, Τομεοποίηση των υπηρεσιών και έτσι αυτή η παράμετρος δεν λειτούργησε όταν αναζητούνταν κτίρια για την στέγαση των ασθενών». Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν το 2009 στις 35 περίπου μέρες, ενώ το 70% των εισαγωγών είναι από περιοχές που ανήκουν στους τομείς ευθύνης του νοσοκομείου. Όπως αναφέρθηκε το 30% των εισαγωγών του ΨΝΑ ανήκουν σε τομείς εκτός ευθύνης του. Οι αναγκαστικές νοσηλείες σύμφωνα με στοιχεία του 2009 είναι περισσότερες από τις εκούσιες (1120 και 989 αντίστοιχα). Από τα 4720 περίπου περιστατικά που εξετάστηκαν τα μισά περίπου (2109) εισήχθησαν. Ως προβλήματα αναφέρθηκαν τα εξής: στοιχειώδης επαφή με τους Το.ΨΥ, κυρίως λόγω της έλλειψης «κουλτούρας του δικτύου υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα», η υποτυπώδης λειτουργία της τομεοποίησης, λόγω ελλείψεων σε μη ολοκλήρωση της ανάπτυξης από τα γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικών τμημάτων και δομών που τους αναλογούν, η έλλειψη Κέντρων Ψυχικής Υγείας, μονάδων παρέμβασης στην κρίση, ο γενικότερος τρόπος εφημερίας για τα νέα περιστατικά αλλά και η έλλειψη ηλεκτρονικής διασύνδεσης μεταξύ των μονάδων ψυχικής υγείας.

Τμήμα Μέσης Νοσηλείας (ΤΜΝ) & Προπαρασκευαστικό Πρόγραμμα Αυτόνομης Διαμονής (ΠΠΑΔ): το τμήμα βρίσκεται μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου και αποτελείται από μικρά προκατασκευασμένα σπίτια (2-3 δωματίων), ενώ υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένοι χώροι για την απασχόληση των ασθενών (κυρίως κηπουρική). Το ΤΜΝ διαθέτει 30 κλίνες, εκ των οποίων οι 19 μόνο καλύπτονται από ασθενείς, ενώ το ΠΠΑΔ διαθέτει 8 κλίνες, οι οποίες είναι καλυμμένες. Σε μεγάλο ποσοστό (80% κ 70% αντίστοιχα) οι ασθενείς και στα δυο τμήματα είναι άντρες, ηλικίας 18-65 ετών. Η πλειοψηφία των διαγνώσεων αφορούν ψυχικές διαταραχές και δεν υπάρχουν ασθενείς με νοητική στέρηση,

ανοιακά σύνδρομα κτλ. Η μέση διάρκεια παραμονής στο ΤΜΝ είναι 6 μήνες, ενώ για το ΠΠΑΔ είναι 3 μήνες. Υπάρχει ένα πλούσιο μείγμα ειδικοτήτων το οποίο έχει ως εξής: στο ΤΜΝ απασχολούνται ψυχίατρος (κ 2 αναπληρωτές αυτού), νοσηλευτές (13 διαφορετικής εκπαίδευσης), ψυχολόγος (1), κοινωνικοί λειτουργός (1), εργασιοθεραπευτής (1). Στο ΠΠΑΔ απασχολούνται ψυχίατρος (κ 2 αναπληρωτές αυτού), νοσηλευτές (10 διαφορετικής εκπαίδευσης), ψυχολόγος (1), κοινωνικοί λειτουργός (1), εργασιοθεραπευτής (1). Το περιβάλλον, αν και φτωχικό, ωστόσο είναι καθαρό και τακτοποιημένο, ενώ οι ασθενείς συμμετέχουν στις καθημερινές εργασίες (στο ΠΠΑΔ).

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Αναργύρων (Ψ.Ν.Α): το κέντρο στεγάζεται σε ένα μοντέρνο κτίριο σε κοντινή σχετικά απόσταση από το Ψ.Ν.Α. Στον 4ο ΤΟΨΥ με πληθυσμό 600.000 περίπου κατοίκων, που εκτείνεται σε μια μεγάλη γεωγραφικά περιοχή, πράγμα που δημιουργεί δυσκολίες στην πρόσβαση (αλλά και δυσκολίες στην εξυπηρέτηση ενός τόσο μεγάλου πληθυσμού). Το Κ.Ψ.Υ λειτουργεί πέντε ημέρες την εβδομάδα, Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 8 πμ έως 8 μμ. Ωστόσο, στόχος είναι η λειτουργία 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Το ΚΨΥ διασυνδέεται με το 9οΨΤ του ΨΝΑ. Όσοι εισέρχονται για νοσηλεία στο ΨΝΑ και είναι κάτοικοι του 4ουΤΟΨΥ, νοσηλεύονται στο 9ο ΨΤ και εν συνεχεία παρακολουθούνται και στηρίζονται από το ΚΨΥ. Επίσης, υπάρχει συνεργασία και διασύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες 4 κοντινών Δήμων. Στα πλαίσια του ΚΨΥ λειτουργεί Κέντρο Ημέρας και Κοινωνική Λέσχη. Επίσης, Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα για άτομα έως 18 ετών. Το Κ.Ψ.Υ δέχεται όλους όσους εισέρχονται για νοσηλεία στο ΨΝΑ (9οΨΤ) από όλο τον 4ο ΤΟΨΥ, δέχεται το πλήρες φάσμα των αιτημάτων, που έρχονται απευθείας από την κοινότητα, μόνο από τους 4 (εκ των 9) Δήμων του 4ου ΤΟΨΥ, οι οποίοι έχουν συνολικό πληθυσμό περίπου 120.000 κατοίκων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ψυχοεκπαίδευση οικογένειας, υπηρεσίες κατ' οίκον, δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας και συντονισμό των αρμόδιων υπηρεσιών. Υπολογίζεται ότι 50% των δραστηριοτήτων είναι εντός και 50% εκτός (κατ΄ οίκον, ή εν γένει στην κοινότητα). Περίπου 130 άτομα παρακολουθούνται κατ΄ οίκον, με επισκέψεις που γίνονται με άλλοτε άλλη συχνότητα ανάλογα με τις ανάγκες. Το 2009 έγιναν 1200 επισκέψεις. Το πρώτο εξάμηνο του 2010 περίπου 700. Πραγματοποιούνται δράσεις στην κοινότητα, όπως συναντήσεις της Θεραπευτικής Ομάδας του ΚΨΥ με τις επιμέρους ομάδες των κοινωνικών υπηρεσιών των 4 Δήμων, Επίσης, πραγματοποιήθηκαν σε χώρους της κοινότητας εκδηλώσεις, όπως το 6ήμερο για το Hearing Voices Network και διημερίδα των χρηστών.

Το Ιατροπαιδαγωγικό τμήμα παρέχει: διάγνωση, επαναξιολόγηση, ψυχοεκπαίδευση οικογένειας και παιδιού, συμβουλευτική γονέων, ψυχοθεραπεία παιδιού, εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, παρέμβαση στο σχολείο, φαρμακοθεραπεία, συμβουλευτική εκπαιδευτικών, εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, πρώιμη παρέμβαση (ψυχο-παιδαγωγικό), λογοθεραπεία, εργασιοθεραπεία. Επιπλέον πραγματοποιεί προγράμματα ευαισθητοποίησης/ενημέρωσης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση της περιοχής Αγίων Αναργύρων, (νηπιαγωγεία, δημοτικά).

Τους τελευταίους 12 μήνες (1/8/2009 έως 31/7/2010) εξυπηρετήθηκαν 895 άτομα. Επίσης, από το Ιατροπαιδαιγωγικό τμήμα, 62 νέοι χρήστες κάτω των 18 ετών, τους τελευταίους 6 μήνες. Από 1/8/2009 έως 31/7/2010 έγιναν 2.265 επισκέψεις γυναικών και 1.810 επισκέψεις ανδρών.

Στο ΚΨΥ (ενηλίκων) εργάζονται 18 άτομα πλήρους απασχόλησης και 15 μερικής απασχόλησης (σύνολο 33 άτομα). Το «μερικής» σημαίνει ότι ψυχίατροι (3), κοινωνικοί λειτουργοί (4), ψυχολόγοι (4), εργασιοθεραπεύτρια (1) νοσηλεύτρια (1), γυμνάστρια (1), ως μέλη της ευρύτερης θεραπευτικής ομάδας του 9ουΨΤ του ΨΝΑ, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στηρίζουν, επίσης, την λειτουργία του τμήματος εισαγωγών (και την δομική/λειτουργική του σχέση με το ΚΨΥ), καθώς και των στεγαστικών δομών του 9ουΨΤ, μερικές ημέρες την εβδομάδα. Επίσης, εργάζονται 3 ψυχολόγοι σε μακροπρόθεσμη εθελοντική βάση.

Στο Ιατροπαιδαγωγικό τμήμα εργάζονται 7 άτομα, 5 πλήρους απασχόλησης και 2 άτομα «μερικής» (ως άνω): 1 παιδοψυχίατρος (επικουρική),1 ψυχολόγος, 1 λογοθεραπεύτρια, 2 ειδικοί παιδαγωγοί, 1 κοινωνική λειτουργός (μερικής απασχόλησης), 1 εργασιοθεραπεύτρια (μερικής απασχόλησης).

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν αφορούν: την καθυστέρηση μεταφοράς του Κ.Ψ.Υ σε νέο κτίριο, καθώς το παρόν κτίριο είναι πολύ μικρό και θέτει πολλά εμπόδια στην καθημερινή δουλειά. Το μέγεθος του Τομέα Ευθύνης που είναι τεράστιο και οδηγεί στη μη αποτελεσματική λειτουργία του Κέντρου. Προτάθηκε η σμίκρυνση του Τομέα Ευθύνης στις 100.000 κατοίκους και η παράλληλη εφαρμογή της Τομεοποίησης στο λεκανοπέδιο Αττικής και σ΄ όλη τη χώρα, για καλύτερα αποτελέσματα. Τη μη χρήση των μέσων μεταφοράς που ανήκουν στο Κ.Ψ.Υ από όλο το προσωπικό, κάτι που δυσκολεύει τις επισκέψεις κατ΄ οίκον. Τέλος αναφέρθηκε το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού (κυρίως νοσηλευτών).

Οικοτροφείο (Ψ.Ν.Α): το οικοτροφείο στεγάζεται σε κεντρική και εύκολα προσβάσιμη περιοχή, σε σχετικά κοντινή απόσταση από το νοσοκομείο. Η διαθεσιμότητα του είναι 11 κλίνες, οι οποίες καλύπτονται πλήρως από άντρες ασθενείς. Δεν υπάρχει μέση διάρκεια νοσηλείας στο οικοτροφείο. Το προσωπικό που απασχολείται είναι αρκετά μεγάλο: 1 ειδικευόμενος ψυχίατρος, 9 νοσηλευτές (διαφορετικής εκπαίδευσης), 1 κοινωνική λειτουργός, 1 εργασιοθεραπεύτρια, 1 τραπεζοκόμος. Οι χώροι είναι σχετικά κατάλληλοι, ωστόσο δεν υπάρχουν ασανσέρ, ούτε και ράμπες, κάνοντας έτσι δύσκολη τη μετακίνηση των ενοίκων, οι οποίοι είναι μεγάλης ηλικίας (4>65 και 7 μεταξύ 40-65 ετών). Η ένταξη των ενοίκων στη κοινότητα φαίνεται περιορισμένη. Αναφορικά με τη λειτουργικότητα των ενοίκων, γίνονται προσπάθειες βελτίωσης της με προγράμματα εκμάθησης δεξιοτήτων (ομάδες πυλού ,μουσικής, μαγειρικής) και καθημερινή προσπάθεια για διατήρηση-βελτίωση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτήσει. Ωστόσο οι ομάδες αυτές τείνουν να είναι επαναλαμβανόμενες.

Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου «Σωτηρία»: το τμήμα στεγάζεται σε ένα παλιό κτίριο, δυναμικότητας 20 κλινών ενώ στους διαδρόμους του υπάρχουν αρκετά επιπλέον κρεβάτια. Υπάρχει ένα πλούσιο μείγμα ειδικοτήτων, ωστόσο πολλοί από αυτούς τους επαγγελματίες απασχολούνται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Κατά την επίσκεψη μόνο δυο νοσηλευτές ήταν στον τμήμα. Το τμήμα δέχτηκε 341 εισαγωγές την περσινή χρονιά, από τις οποίες το 53%

αφορούσαν αναγκαστικές νοσηλείες. Οι υπηρεσίες και δομές που λειτουργεί το τμήμα είναι οι εξής: την υπηρεσία διασύνδεσης του νοσοκομείου (1500 περιστατικά την προηγούμενη χρονιά) και έναν ξενώνα βραχείας παραμονής, δυναμικότητας 15 ατόμων, ο οποίος στεγάζει μόνο 10 ασθενείς λόγω έλλειψης προσωπικού. Τα προβλήματα που σημειώθηκαν αφορούν στα εξής: στο σύστημα των εφημεριών στο σύνολο των νοσοκομείων, στην έλλειψη κρεβατιών για την κάλυψη των αναγκών, στην έλλειψη συντονισμού με το ΚΨΥ, στην ανάγκη για περισσότερο ιατρικό προσωπικό (αν και στο τμήμα εργάζονται 7 ιατροί και 8 ειδικευόμενοι), στη περιθωριοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία, στην ανάγκη για αναδιοργάνωση του συστήματος, βάσει ελέγχου και κριτηρίων επίδοσης.

Οικοτροφείο (ΜΚΟ): λειτουργεί εδώ και 4 χρόνια. Το περιβάλλον, στο οποίο φιλοξενούνται 15 άτομα ΜΗ & LD, είναι μάλλον ιδρυματικό. Το προσωπικό ανήκει σε ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, καταλληλότερο για φροντίδα υγείας και όχι για υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Όπως σημειώθηκε από τον υπεύθυνο της δομής, οι ασθενείς που φιλοξενούνται είναι βαριά περιστατικά και δεν υπάρχει περίπτωση αποκατάστασης τους (πχ μετάβαση τους σε προστατευόμενα διαμερίσματα). Ως προβλήματα αναφέρθηκαν: η έλλειψη υποστήριξης από την κοινότητα, οι καθυστερήσεις στις πληρωμές του προσωπικού- λόγω καθυστέρησης είσπραξης των χρημάτων από το Υπουργείο. Το προσωπικό φάνηκε να είχε αναπτύξει καλή σχέση που με τους ενοίκους.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας:

Υψηλής ποιότητας κτηριακές εγκαταστάσεις και λειτουργική δομή με εκτεταμένες δράσεις που περιγράφονται κατωτέρω. Ενδεχομένως δεν έχει εύκολη συγκοινωνιακή προσπέλαση λόγω τοποθεσίας

Νοσοκομείο Ημέρας: λειτουργεί από το 1999, βάσει του μοντέλου της θεραπευτικής κοινότητας, με έμφαση στην ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και την έρευνα. Το προσωπικό φτάνει σε αριθμό τα 48 άτομα (θεωρητικά) και περιλαμβάνει μια πληθώρα ειδικοτήτων. Οι παραπομπές γίνονται από διάφορες πήγες (30% από το ΚΨΥ, 40% από το νοσοκομείο) ενώ ένα 10% των χρηστών πηγαίνουν από μόνοι τους, ενώ η μέγιστη διάρκεια των παρεμβάσεων είναι 12 μήνες. Το κύριο πρόβλημα αφορά τη συνταγογράφηση για την οποία το νοσοκομείο δεν έχει δικαίωμα, καθώς υπάρχουν άλλες διαδικασίες που αφορούν το ασφαλιστικό σύστημα.

Κέντρο Ψυχικής Υγείας: δημιουργήθηκε το 1999 και παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικες και εφήβους άνω των 15 ετών. Έχει αναπτύξει πολλές δράσεις με την κοινότητα ως μέρος της προσπάθειας προώθησης του προγράμματος αντι-στίγμα (χωρίς χρηματοδότηση), ενώ παράλληλα λειτουργεί μια γραμμή-βοήθειας για την κατάθλιψη. Λειτουργούν δύο βάρδιες ενώ σχεδιάζετε η παράταση του ωραρίου λειτουργίας μέχρι το απόγευμα (έχει καθιερωθεί ήδη παρατεταμένο ωράριο κάθε Τετάρτη). Πραγματοποιείται προσπάθεια παροχής υπηρεσιών διάγνωσης και διαχείρισης περιστατικών (case management) (300 περιστατικά κατά το πρώτο έτος λειτουργίας) καθώς και ανεύρεσης μεθόδων πρόωρης διάγνωσης της

ψύχωσης. Τα τρέχοντα περιστατικά αφορούν κυρίως ήπια ψυχοπαθολογία με πιο συχνή διάγνωση την κατάθλιψη.

Μονάδα Ψυχοκοινωνικής & Επαγγελματικής Αποκατάστασης: ιδρύθηκε πριν την α' φάση Ψυχαργώς, με στόχο την επαγγελματική κατάρτιση και ψυχοθεραπεία των χρόνιων ασθενών. Το πρόγραμμα αποτελείται από τρία στάδια: προεπαγγελματικής (3-6 μήνες), την επαγγελματική με βάση την παραγωγή αγαθών προς πώληση (12 μήνες) και στη συνέχεια αναζητείται η μετάβαση σε μια κοινωνική επιχείρηση (που συνδέονται με την "Kosmos Horizon). Συμμετέχουν περίπου 60 άτομα, τα οποία παραπέμπονται από στεγαστικές δομές (20%) και άλλες πηγές, π.χ. το ΚΨΥ, το νοσοκομείο ημέρας και ιδιώτες γιατρούς (80%).

Κρήτη

Ρέθυμνο (συνάντηση με προσωπικό γενικού νοσοκομείου). Ένα από τα βασικά αποτελέσματα της συζήτησης ήταν ότι η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών βασίζεται στην «καλή θέληση» των ατόμων και όχι σε οργανωμένες διαδικασίες.

Σημειώθηκε ότι οι πολιτικές και διαδικασίες του νοσοκομείου που επικρατούν δυσχεραίνουν την λειτουργία, π.χ. ανησυχίες για θέματα υγιεινής και ασφάλειας, όπως για παράδειγμα: μεταφορά χρηστών με ιδιωτικά αυτοκίνητα του προσωπικού. Η μονάδα παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά 2 φορές το μήνα, το ΚΨΥ λειτουργεί βάσει ραντεβού ως εξωτερικό ιατρείο. Έγινε η επισήμανση ότι οι χρήστες προτιμούν να επισκεφθούν το νοσοκομείο από το ΚΨΥ. Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν αφορούσαν: ανεπαρκής προγραμματισμός και έλλειψη συντονισμού, έλλειψη προσωπικού (π.χ. ενώ στα χαρτιά έχουν τρεις γιατρούς, μόνο ένας είναι διορισμένος), οι κοινοτικές υπηρεσίες έχουν αναπτυχθεί ανεπαρκώς με αποτέλεσμα το βάρος να πέφτει στο προσωπικό του νοσοκομείου, ανάγκη για διαχείριση, ενώ άλλες ανησυχίες αφορούν το μέλλον των χρονίων ασθενών.

Χανιά- Τμήμα Οξέων του Γενικού Νοσοκομείου: φτωχό περιβάλλον, το οποίο αποτελούνταν από ένα μεγάλο χώρο σχεδιασμένο ως πτέρυγα ασθενών με HIV. Η δυναμικότητα του τμήματος ήταν 25 κρεβάτια, ενώ υπήρχαν επιπρόσθετα στους διαδρόμους όταν αυτό ήταν απαραίτητο. Το τμήμα λειτουργεί με ένα πλούσιο μείγμα ειδικοτήτων: 6 ψυχιάτρους, 3 ειδικευμένους νοσηλευτές, 6 ειδικευόμενους γιατρούς, 3 ψυχολόγους, 1 εργασιοθεραπευτή, 2 κοινωνικούς λειτουργούς και 14 νοσηλευτές. Ωστόσο μόνο 2 νοσηλεύτριες ήταν σε βάρδια την ημέρα της επίσκεψης κάτι που δημιουργεί ανησυχία για θέματα ασφάλειας, δεδομένου μάλιστα ότι το τμήμα δεν έχει σχεδιαστεί για ψυχιατρικούς ασθενείς (υπήρχαν κλειδαριές στις πόρτες και ένας φρουρός). Οι συνεντευξιαζόμενοι αναγνώρισαν την ύπαρξη ικανοποιητικού αριθμού γιατρών και την έλλειψη νοσηλευτών. Περίπου το 25% των ασθενών αποτελούν αναγκαστικές νοσηλείες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 1 μήνας αλλά υπάρχουν ανησυχίες για το υψηλό ποσοστό επανεισαγωγών, το οποίο υποθέτουν ότι οφείλεται σε κοινωνικές αιτίες.

Τα προβλήματα αφορούν: τη συνεργασία με άλλες υπηρεσίες η οποία γίνεται ανεπίσημα (different lines of accountability) ενώ δεν υπάρχει επίσημη διασύνδεση με το ΚΨΥ, τη δυσκολία των ασθενών στην πρόσβαση στις στεγαστικές δομές (λίγες δομές με αυστηρά κριτήρια), τη «φτωχή» σχέση με το γενικό νοσοκομείο (αναφέρθηκε ότι θεωρείται ότι το ψυχιατρικό τμήμα καταλαμβάνει χώρο που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για άλλες υπηρεσίες). Οι προτάσεις των ερωτηθέντων αφορούν στην ανάγκη δημιουργίας ενός δικτύου υπηρεσιών.

Χανιά-Κοινοτικές Υπηρεσίες (υπό τη διοίκηση του παλιού ψυχιατρείου): Εξαιρετικά υψηλής ποιότητας και ευρύχωρο κτίριο (από το 2005). Ελαφρώς συγκεχυμένες οι υπηρεσίες που παρέχονται στο κτίριο, αλλά συμπεριλαμβάνονται ΚΨΥ, κινητή μονάδα, η κοινωνική επιχείρηση, καθώς υπηρεσίες για παιδιά (λειτουργεί κλινική μία φορά την εβδομάδα). Δεν ήταν ξεκάθαρες οι ειδικότητες του προσωπικού που απασχολούνταν στις υπηρεσίες, ωστόσο φαίνεται να υπάρχει ένα πλούσιο μείγμα επαγγελματιών (υπήρχαν 12 άτομα για ένα πληθυσμό 150κ). Το κέντρο λειτουργεί μέχρι το απόγευμα, ωστόσο υπάρχει ψυχίατρος και ψυχολόγος που βρίσκονται σε ετοιμότητα όλο το απόγευμα σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών. Επιπλέον παρέχονται υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και υποστήριξη σε στεγαστικές δομές. Ο ρόλος της κινητής μονάδας που λειτουργεί στην πόλη δεν είναι ξεκάθαρος καθώς συγχέεται με την λειτουργία της κατ΄ οίκον μονάδας που εξυπηρετεί τα γύρω χωριά (πιθανόν να είναι κάποια μορφή κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής που μπορεί να αναφερθεί και ως «υπηρεσία επισκεπτών υγείας»). Βασική λειτουργία της υπηρεσίας αυτής είναι η σύνδεση του πληθυσμού, κυρίως αγροτικών περιοχών, με τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, ενώ παράλληλα λειτουργεί και πρόγραμμα αυτοβοήθειας. Το προσωπικό ανέφερε ότι έχουν περίπου 5 με 6 νέες περιστατικά κάθε μήνα, ενώ περίπου 21 παρακολουθούνται ήδη (έχουν 240 περιστατικά σε 4 χρόνια). Ο βασικός πληθυσμός που εξυπηρετούν είναι περίπου 50κ ενώ οι κινητές μονάδες παρέχουν υπηρεσίες σε πληθυσμό 100k. Το 80% των περιπτώσεων είναι χρόνιοι ψυχωτικοί στους οποίους δίνεται προτεραιότητα έναντι στις παραπομπές από το γενικά νοσοκομεία. Έχουν σημειωθεί μόνο 10 επανεισαγωγές (κάτι που αντικρούει τα στοιχεία που δόθηκαν από το προσωπικό του τμήματος οξέων). Οι υπηρεσίες για παιδιά φαίνεται ότι αφορούν τη συμβουλευτική, με έμφαση στις αναπτυξιακές διαταραχές. Ένα βασικό πρόβλημα που αναφέρθηκε αφορά την έλλειψη κλινών για παιδιά, το οποίο ισχύει για όλη τη περιφέρεια και όχι μόνο για τον συγκεκριμένο νομό. Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν αφορούν: την ανάγκη για ανάπτυξη κινητών μονάδων και για περισσότερο προσωπικό, την καθυστέρηση στην καταβολή των μισθών στο προσωπικό.

Χανιά- Στεγαστικές δομές-Οικοτροφείο (υπό τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου): - ελκυστικό κτήριο στην όμορφη περιοχή, αλλά περισσότερο κατάλληλο για μια διαφορετική ομάδα-στόχο. Η δομή δημιουργήθηκε το 2003 για χρόνιους ηλικιωμένους ασθενείς (αν και στεγάζονται ορισμένοι ασθενείς με νοητική στέρηση) και είναι δυναμικότητας 15 κλινών. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν μεταφερθεί από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, ωστόσο υπήρχαν και κάποια νέα περιστατικά (για να εισαχθεί κάποιος νέος ασθενής πρέπει να έχει νοσηλευτεί

στο νοσοκομείο για 1 έτος). Ένα από τα βασικά προβλήματα σχετίζεται με την προσέλκυση νέου προσωπικού στη συγκεκριμένη δομή, με αποτέλεσμα να υπάρχουν μόνο 2 άτομα σε κάθε βάρδια, κάτι που είναι δύσκολο για την συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών (η λειτουργία του οικοτροφείου στηρίζεται στο ότι το προσωπικό ασκεί περισσότερα καθήκοντα από ό, τι πρέπει). Το προσωπικό αποτελείται από: 1 ψυχίατρο, 1 ψυχολόγο, 1 φυσιοθεραπευτή και 1 εργασιοθεραπευτή, οι οποίοι επισκέπτονται το οικοτροφείο περίπου μία φορά την εβδομάδα. Υπάρχει επίσης και 1 κοινωνικός λειτουργός (ο οποίος είναι επίσης «Επιστημονική Συντονιστής») ο οποίος επισκέπτεται τη δομή 3 φορές την εβδομάδα. Το οικοτροφείο έχει αναπτύξει πολύ καλές σχέσεις με την τοπική κοινότητα κάτι που βοήθησε ιδιαίτερα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ενοίκων. Συμπερασματικά, το προσωπικό φάνηκε πολύ αφοσιωμένο.

Ηράκλειο- Κοινοτικές Υπηρεσίες (υπό τη διοίκηση του νοσοκομείου): Η υπηρεσία δημιουργήθηκε το 2005, στεγάζεται σε ένα εξαιρετικά υψηλής ποιότητας και ευρύχωρο κτίριο και αποτελείται από ένα ΚΨΥ και ένα κέντρο για παιδιά. Στο προσωπικό του ΚΨΥ περιλαμβάνονται διάφορες ειδικότητες: 3 ψυχίατροι, 3 ψυχολόγοι, 2 κοινωνικοί λειτουργοί, 2 "επισκέπτες υγείας" καθώς επίσης και διοικητικό προσωπικό. Κύριες δραστηριότητες του ΚΨΥ είναι η ψυχολογική υποστήριξη σε ήπια ψυχικά προβλήματα (κύρια διάγνωση είναι νεύρωση, ωστόσο γίνεται προσπάθεια να επικέντρωσης και στις ψυχώσεις, κυρίως κατά το πρώτο επεισόδιο της νόσου). Οι δράσεις του κέντρου περιλαμβάνουν: ομάδες στήριξης, ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική, ψυχοκοινωνική εκπαίδευση, παρεμβάσεις στην οικογένεια (έχουν καταγραφεί 479 χρήστες από την έναρξη λειτουργίας του). Αναφέρθηκε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κρίση επισκέπτονται το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα το ΚΨΥ να δέχεται άτομα κατόπιν ραντεβού ή ορισμένες περιπτώσεις που οι χρήστες επισκέπτονται το κέντρο ενημερωτικά (το ΚΨΥ διαφημίζεται στον τοπικό τύπο). Η λειτουργία του ΚΨΥ είναι 8.00-14.00. Η διασύνδεση του ΚΨΥ με άλλες υπηρεσίες (πχ στεγαστικές δομές) είναι ανεπίσημη και όχι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη. Ως προβλήματα αναφέρθηκαν τα εξής: η μη λειτουργία της Τομεακής Επιτροπής και η ανάγκη για ενίσχυση της κινητής μονάδας. Το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο φαίνεται να παρέχει πολύ καλές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες (με 10 υπαλλήλους), ωστόσο δεν λάβαμε περισσότερες πληροφορίες καθώς το ιατρικό προσωπικό δεν ήταν παρών. Ωστόσο, στη συνέντευξη με το διοικητικό προσωπικό έγινε αναφορά στην έλλειψη κλινών για παιδιά στη Κρήτη.

Ηράκλειο-Τμήμα Οξέων (γενικό Πανεπιστημιακό νοσοκομείο): Το τμήμα δημιουργήθηκε το 2005, στεγάζεται σε ένα ακατάλληλο κτίριο που δεν είχε σχεδιαστεί για ψυχιατρικές υπηρεσίες και που δεν είναι αρκετά ασφαλές. Υπάρχει πιθανότητα να επεκτείνουν τη μονάδα οξέων με 15 κλίνες σε ένα νέο κτίριο (με χρήματα που συγκεντρώθηκαν από φιλανθρωπικές δωρεές). Το τμήμα υποστηρίζει τη λειτουργία μιας ενδιάμεσης μονάδας με 7 κλίνες για ασθενείς που έχουν ξεπεράσει τη κρίση αλλά δεν είναι έτοιμοι για να φύγουν από το νοσοκομείο. Ενδιαφέρουσες γραπτές οδηγίες υπο μορφή ΄΄πρωτοκόλων΄΄ για την αντιμετώπιση διαφόρων κλινικών καταστάσεων, καθώς και αρχικά σχέδια για ερευνητικά

προγράμματα. Ένα βασικό πρόβλημα αφορά την έλλειψη κλινών (χρησιμοποιούνται επιπλέον κρεβάτια στο διάδρομο), καθώς και τη μέση διάρκεια κατάληψης τους από ασθενείς, η οποία είναι μεγάλη λόγω ανεπάρκειας δομών που μπορούν να μεταστεγαστούν οι ασθενείς, δυναμικότητας της κινητής μονάδας και ανεπάρκειας σε υπηρεσίες παρέμβαση στη κρίση. Άλλα προβλήματα αφορούν την ανάγκη δικαστικών υπηρεσιών, την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με νοητικά προβλήματα, το ποσοστό περιορισμού ασθενών (70/80%), το επίπεδο της κατάχρησης ουσιών (50% των ασθενών) καθώς και την έλλειψη προσωπικού (2 νοσηλευτές 2 ανά βάρδια για κάθε μονάδα). Αν και ο πληθυσμός στον οποίο παρέχει υπηρεσίες φτάνει τους 400.000 κατοίκους, το τμήμα έχει λιγότερους πόρους σε σχέση με τα Χανιά που έχουν τα 2/3 του πληθυσμού. Έγινε επίσης αναφορά στο ότι υπάρχει προσωπικό χρεωμένο στο τμήμα το οποίο όμως απασχολείται σε άλλες μη ψυχιατρικές δομές, ενώ το υπάρχον προσωπικό παρουσιάζει χαμηλό ηθικό, σωματική και ψυχολογική κόπωση. Προβλήματα σε σχέση με τη διασύνδεση των υπηρεσιών αφορούν κυρίως τη λειτουργία και το ρόλο του ΚΨΥ το οποίο παρέχει υπηρεσίες σε μια διαφορετική ομάδα-στόχο από αυτήν που εξυπηρετεί το τμήμα. Ως προς τα προβλήματα του συστήματος αναφέρθηκαν τα εξής: δεν υπάρχει ξεκάθαρη δομή ως προς την απόδοση διοικητικής/ διαχειριστικής/οικονομικής αρμοδιοτήτων, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες δημιουργούν σημαντικές καθυστερήσεις στην εξέλιξη του συστήματος (π.χ. θέσεις που δεν καλύπτονται, άδειες πτέρυγες παιδοψυχιατρικής κλινικής) και υπερβολική εξάρτηση από την προσωπική δέσμευση του προσωπικού (παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει).

Λασίθι (συνάντηση με το προσωπικό της ΜΚΟ «Αρωγή»): Η κινητή μονάδα αποτελεί τη μοναδική υπηρεσία που παρέχει η ΜΚΟ από το 2006. Η μονάδα καλύπτει τις ανάγκες 76.000 κατοίκων και αποτελεί την «ορατή» λύση έναντι των ιδιωτών ψυχιάτρων, καθώς στην ευρύτερη περιοχή λειτουργεί μόνο ένα κέντρο ημέρας. Η μονάδα στελεχώνεται από: 3 νοσηλευτές, 2 ψυχολόγους μερικής απασχόλησης, 1κοινωνικό λειτουργό, 1 ψυχίατρο, 1 παιδοψυχίατρο και 1 λογοθεραπευτή μερικής απασχόλησης. Κύρια λειτουργία της μονάδας είναι η παρέμβαση στην κρίση, ενώ σε αριθμούς η δράση αυτή αντανακλάται σε: 44 επείγοντα περιστατικά το 2009 και 150 μέσα στους πρώτους 6 μήνες του 2010. Η λειτουργία της μονάδας είναι ικανοποιητική καθώς υπήρξαν μόνο 11 εισαγωγές τους τελευταίους 6 μήνες. Η μονάδα συνδέεται πολύ καλά με ευρύ φάσμα κοινοτικών υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων: κέντρων υγείας και στεγαστικές δομές, καθώς επίσης διατηρεί καλές σχέσεις με τους δήμους, την αστυνομία, την εκκλησία κλπ. Έχουν επιτυχώς υποστηρίξει βραχείες εισαγωγές (αποτοξίνωση από αλκοόλ, ήπια ψύχωση) που γίνονται σε γενικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Η μονάδα έχει θεσπίσει ένα σύστημα αυτό-αξιολόγησης, μέσω ερευνών για την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες που τους παρέχει. Ωστόσο αναφέρεται ότι δεν υπάρχει εξωτερικός έλεγχος.

Θεσσαλονίκη

Κέντρο Ημέρας (ΜΚΟ «Σύνθεση» η οποία λειτουργεί 2 οικοτροφεία και 2 κέντρα ημέρας): Θεωρητικά το κέντρο εξυπηρετεί τη Κεντρική & Ανατολική Θεσσαλονίκη, αλλά στην πράξη εξυπηρετεί μια ευρύτερη περιοχή. Το προσωπικό αποτελείται από: 1 ψυχίατρο, 1 ψυχολόγο, 1 εργασιοθεραπευτή μερικής απασχόλησης, 3 νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Υπάρχει στενή συνεργασία με το ψυχιατρικό νοσοκομείο, χωρίς ωστόσο να είναι βασισμένη σε τυπικές διαδικασίες, αλλά στις προσωπικές σχέσεις. Βασικό πρόβλημα αποτελεί η χρηματοδότηση των ΜΚΟ.

Ξενώνας (υπό τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου): Δημιουργήθηκε το 2004, είναι βραχείας παραμονής και δεν περιλαμβάνει νυχτερινές βάρδιες. Η δυναμικότητα του είναι 15 κλίνες (υπάρχουν 13 ένοικοι επί του παρόντος, όλοι προερχόμενοι από το ψυχιατρικό νοσοκομείο). Η δυναμικότητα θα μπορούσε ωστόσο να είναι μεγαλύτερη και να φτάνει τις 25 κλίνες. Η σύνθεση του προσωπικού είναι η εξής: 9 νοσηλευτές, ενώ ο ψυχίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγο και ο εργασιοθεραπευτής πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις. Δεν υπάρχει συνεργασία με τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Προστατευόμενα διαμερίσματα (υπό τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου): Η υπηρεσία δημιουργήθηκε το 2007 και βρίσκεται σε ένα ελκυστικό κτήριο με 6 διαμερίσματα με μονόκλινα δωμάτια. Η δυναμικότητα της είναι 15 κλίνες και είναι μακράς παραμονής. Η πρώτη ομάδα ενοίκων προερχόταν από ψυχιατρικό νοσοκομείο (μέσω της μονάδας αποκατάστασης), ενώ 5 από τους ενοίκους εργάζονται (2 εκ των οποίων στο ψυχιατρικό νοσοκομείο). Τα διαμερίσματα υποστηρίζονται από εθελοντές της τοπικής κοινότητας. Υπάρχει εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων για κάθε ένοικο. Η δομή συνδέεται με το τη κοινωνική επιχείρηση από την οποία λαμβάνουν την τροφοδοσία. Στη δομή υπάρχουν 2 άτομα στη βάρδια, ενώ ο ψυχίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος, ο εργασιοθεραπευτής πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις στη δομή. Ως προβλήματα αναφέρθηκαν η έλλειψη συνεργασίας με το ΚΨΥ, η μη λειτουργία της τομεοποίησης και η ανάγκη για περαιτέρω ανάπτυξη των κινητών μονάδων για την πρόληψη της επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.

Προστατευόμενα διαμερίσματα (ανήκουν στη ΜΚΟ «ΕΨΥΚΑ»): Τα διαμερίσματα στελεχώνονται από 4 νοσηλευτές (συν έναν γενικών καθηκόντων), ενώ ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο γενικός γιατρός και ο γυμναστής επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η μέση διάρκεια παραμονής στο διαμέρισμα ποικίλει καθώς η μεταφορά των ενοίκων σε αυτόνομη κατοικία απαιτεί να έχουν προσωπικό εισόδημα το οποίο δεν υπάρχει στη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αφορούν: τη διαφορετική μεταχείριση των ΜΚΟ σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, τις καθυστερήσεις στη χρηματοδότηση που έχει ως αποτέλεσμα το προσωπικό να μην πληρωθεί για 8 μήνες, τη διάκριση στη μισθοδοσία μεταξύ

προσωπικού του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα (ανέφερε διαφορά της τάξης του 40%) και την έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών.

Κατερίνη

Κοινοτικές υπηρεσίες (υπό τη διοίκηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου): Οι υπηρεσίες στεγάζονται σε ένα πολύ ελκυστικό κτίριο και περιλαμβάνουν: εξωτερικά ιατρεία, ΚΨΥ και Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο. Επιπλέον υπάρχει μια μικρή μονάδα οξέων, ενώ πρόσφατα στο διπλανό κτίριο δημιουργήθηκε μια υπηρεσία για χρήστες ουσιών. Η δράση του ΚΨΥ περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές και παρεμβάσεις στην οικογένεια, ενώ παρέχει και υπηρεσίες τύπου νοσηλευτών – επισκεπτών. Υπάρχει επίσης ένα μεγάλο εύρος στεγαστικών υπηρεσιών. Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν περιλαμβάνουν: τη μη σωστή λειτουργία των ΤΕΨΥ καθώς αποτελούνται από άτομα που ήδη έχουν άλλους ρόλους και αρμοδιότητες με συνέπεια ο ρόλος τους να είναι μόνο συμβουλευτικός. Ένα από τα βασικά προβλήματα αποτελεί η πολυπλοκότητα του ταξιδιού των ασθενών στο σύστημα, κάτι που ενισχύεται από την ανάμειξη του ιδιωτικού-κερδοσκοπικού τομέα.

Κέντρο Ημέρας «Τέσσερις Εποχές» (υπό διοίκηση ΜΚΟ): Το κέντρο δημιουργήθηκε το 2007, στεγάζεται σε ένα εντυπωσιακό κτίριο και διαθέτει ένα κατάστημα χειροτεχνημάτων. Από την ίδρυση του μέχρι την επίσκεψη της ομάδας έχει υποστηρίξει 474 άτομα. Ο μέσος όρος συμμετεχόντων στις δράσεις του κέντρου είναι περίπου 25 ασθενείς την ημέρα. Παρέχει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων: επαγγελματική κατάρτιση (χειροτεχνία, πληροφορική), κοινωνική δέσμευση (μουσικό συγκρότημα), μείωση του στρες (π.χ. αίθουσα χαλάρωσης). Δεν παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες αλλά υπάρχει διασύνδεση με το ΚΨΥ. Όλες οι δραστηριότητες παρακολουθούνται και πραγματοποιούνται εβδομαδιαίες συσκέψεις για τη πορεία των δράσεων. Τα προβλήματα αφορούν τη γραφειοκρατία που απαιτείται προκειμένου να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση κάτι που επιτρέπει καινοτόμες παρεμβάσεις.

Οικοτροφείο (υπό διοίκηση ψυχιατρικού νοσοκομείου): Το οικοτροφείο δημιουργήθηκε το 2008, έχει δυναμικότητα 15 κλίνες και απευθύνεται σε «δύσκολους ασθενείς». Οι ένοικοι μεταφέρθηκαν στο οικοτροφείο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο, ενώ οι κύριες διαγνώσεις είναι: ψύχωση (70 %) και νοητική στέρηση (30%). Πολύ μικρός αριθμός ασθενών αναμένεται να προχωρήσει σε πιο αυτόνομη δομή. Όλο το προσωπικό είναι εκπαιδευμένο στην κοινοτική ψυχιατρική και έχει εργαστεί με δύσκολα περιστατικά στο παρελθόν.

Προστατευμένα διαμερίσματα (υπό διοίκηση ψυχιατρικού νοσοκομείου): Στο πρώτο διαμέρισμα διαμένουν 4 ένοικοι και στο δεύτερο 6, όλοι διαφόρων ηλικιών και με ιστορικό νοσηλείας. Οι ένοικοι επισκέπτονται κανονικά (με ραντεβού) τα εξωτερικά ιατρεία και άλλες υπηρεσίες υγείας. Δίνεται έμφαση στην εμπλοκή των ενοίκων με την κοινότητα (συμμετοχή σε δραστηριότητες θεάτρου, μουσικής). Το προσωπικό υποστηρίζει την προσπάθεια επανασύνδεσης των ενοίκων με τις

οικογένειές τους. Οι ίδιοι οι ένοικοι φάνηκαν πολύ ενθουσιασμένοι για τις δραστηριότητες τους (αρκετά μεγάλος βαθμός αυτονομίας).

Ξενώνας βραχείας παραμονής (υπό διοίκηση ψυχιατρικού νοσοκομείου): Η δυναμικότητα του ξενώνα είναι 13 κλίνες βραχείας παραμονής, ενώ κατά την επίσκεψη υπήρχαν 9 ένοικοι. Οι παραπομπές γίνονται από το τμήμα οξέων, ενώ στα δυο χρόνια λειτουργίας του ξενώνα έχουν φιλοξενηθεί περίπου 60 άτομα. Κύρια λειτουργία του είναι να υπάρχει συνεχής ροή στη μεταφορά των ασθενών από τη νοσηλεία στον ξενώνα και από τον ξενώνα στην μετέπειτα κατάλληλη δομή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας, ανήλθε σε 10.964.020 άτομα, εμφανίζοντας αύξηση 6,9% σε σχέση με το 1991. Ωστόσο, η φαινομενική αυτή αυξητική τάση του πληθυσμού, οφείλεται αποκλειστικά στην εισροή των οικονομικών μεταναστών και όχι στην αύξηση των γεννήσεων του εγχώριου πληθυσμού. Χαρακτηριστικό επίσης ως προς τις δημογραφικές εξελίξεις, είναι η πληθυσμιακή γήρανση, η οποία συνίσταται στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο σύνολο του πληθυσμού, σε βάρος του ποσοστού των νεώτερων ηλικιών.

Η Ελλάδα διαιρείται γεωγραφικά και διοικητικά σε 13 Περιφέρειες (άρθρο 61 του Ν. 1622/86, Προεδρικό Διάταγμα 51/1987). Η Περιφέρεια αποτελεί μία αυτοτελή ενιαία Διοικητική Μονάδα με αρμοδιότητες σχεδιασμού, προγραμματισμού, συντονισμού και εφαρμογής των πολιτικών για την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη της γεωγραφικής της περιοχής. Οι 13 Περιφέρειες της χώρας και ο πληθυσμός σε καθεμία από αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1):

Πίνακας 1: Κατανομή Πληθυσμού ανά Περιφέρεια

No	Περιφέρεια	Έκταση (km²)	Πληθυσμός (κάτοικοι)	Πυκνότητα πληθυσμού (κάτοικοι/km²)
1	Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	14.157	611.067	43,2
2	Αττική	3.808	3.761.810	987,9
3	Βόρειο Αιγαίο	3.836	206.121	53,7
4	Δυτική Ελλάδα	11.350	740.506	65,2
5	Δυτική Μακεδονία	9.451	301.522	31,9
6	Ήπειρος	9.203	353.820	38,4
7	Θεσσαλία	14.037	753.888	53,7
8	Ιόνια νησιά	2.307	212.984	92,3
9	Κεντρική Μακεδονία	18.811	1.871.952	99,5
10	Κρήτη	8.336	601.131	72,1
11	Νότιο Αιγαίο	5.286	302.686	57,3
12	Πελοπόννησος	15.490	638.942	41,2
13	Στερεά Ελλάδα	15.549	605.329	38,9

Στη συνέχεια παρατίθεται συνοπτική περιγραφή της κάθε περιφέρειας καθώς και αναφορά στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που διαθέτει.

1 Περιφέρεια Αττικής

Η *Περιφέρεια Αττικής* βρίσκεται στο κεντρικό τμήμα της χώρας και ειδικότερα καταλαμβάνει το νοτιοανατολικό τμήμα της Στερεάς Ελλάδας. Έχει έκταση 3.808 χμ², καλύπτει το 2,9% της συνολικής έκτασης της χώρας και συγκεντρώνει το 34,3% του συνολικού πληθυσμού. Έχει έδρα την Αθήνα η οποία αποτελεί και την Πρωτεύουσα της χώρας.

Γεωγραφικά χωρίζεται σε δύο μεγάλες περιφέρειες, την Περιφέρεια Πρωτευούσης και το υπόλοιπο Αττικής. Η Περιφέρεια Πρωτευούσης περιλαμβάνει το πολεοδομικό συγκρότημα της Αθήνας και η έκταση της είναι 427 χμ² και καλύπτει το 11,2% της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας Αττικής.

Το υπόλοιπο Αττικής καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της έκτασης της Περιφέρειας Αττικής. Ειδικότερα, έχει έκταση 3.381 χμ² και καλύπτει το 88,8% της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας. Χωρίζεται στη δυτική, βόρεια και ανατολική Αττική και τη Νομαρχία Πειραιά. Το υπόλοιπο της Αττικής περιλαμβάνει ουσιαστικά την περαστική ζώνη του Λεκανοπεδίου της Αθήνας και ένα πλέγμα μικρότερων πόλεων και οικισμών πολύ στενά συνδεδεμένο με τη «βασική ζώνη» και την περαστική της περιοχή.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η Νομαρχία Πειραιά αν και ανήκει γεωγραφικά στην Περιφέρεια Αττικής, οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στον πληθυσμό της δεν άπτονται της αρμοδιότητας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, αλλά της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και νήσων Αιγαίου.

Η 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής φέρει σήμερα την ευθύνη για τον συντονισμό και εξειδίκευση της πολιτικής Υγείας στην περιοχή αναφοράς της και ταυτόχρονα ασκεί την εποπτεία, τον συντονισμό και τον έλεγχο της λειτουργίας είκοσι πέντε (25) Νοσοκομείων, δέκα (10) Κέντρων Υγείας και είκοσι πέντε (25) Περιφερειακών Ιατρείων. Παράλληλα στην 1η ΥΠΕ εντάσσονται επτά (7) μονάδες κοινωνικής φροντίδας και έντεκα (11) ψυχιατρικές δομές.

Παρά την περιορισμένη έκτασή της, η 1η Υγειονομική Περιφέρεια, έχει την ευθύνη για το 29% του πληθυσμού της χώρας και περιλαμβάνει το 20% των νοσοκομείων, το 4,9%των Κέντρων Υγείας και το 1,8% των Περιφερειακών Ιατρείων της ελληνικής επικράτειας.

Στην περιφέρεια Αττικής λειτουργούν 29 Γενικά Νοσοκομεία, 17 Κέντρα Υγείας, 26 Περιφερειακά Ιατρεία και 12 Πολυδύναμα Ιατρεία.

Πίνακας 1.1: Γενικά Νοσοκομεία Αττικής

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Άγιος Σάββας	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών η Ελπίς	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ο Ευαγγελισμός	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Αλεξάνδρα	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένειο Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Παίδων Π & Α. Κυριακού	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Πολυκλινική	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Σωτηρία	Ν. Αθηνών
Γενικό νοσοκομείο Θείας Πρόνοιας η Παμμακάριστος	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο παίδων η Αγία Σοφία	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο η Αγία Ελένη	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Α. Σισμανόγλειο	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ	Ν. Αθηνών
Γενικό Ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς οι Άγιοι Ανάργυροι	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Μελισσιών Α. Φλέμινγκ	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Ιώνιας Αγ. Όλγα	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής Η Αγία Βαρβάρα	Ν. Αθηνών
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν	Ν. Αθηνών
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο	Ν. Δυτικής Αττικής
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κυθήρων Τριφύλλειο	Ν. Πειραιώς
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Αγ. Παντελεήμων	Ν. Πειραιώς
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο	Ν. Πειραιώς
Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας	Ν. Πειραιώς

Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/, **www.1ypatt.gr**,

Σημ: Στον παραπάνω πίνακα δεν περιλαμβάνονται τα Παν/μιακά νοσοκομεία Αιγινήτειο & Αρεταίειο, καθώς και τα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην περιφέρεια Αττικής παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Αττικής

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ		3	3
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		8	8
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		4	4
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		9	9
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ	4		4
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ		6	6
ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	4	5	9
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	14		14
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	4	2	6
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	2		2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ-ΕΦΗΒΟΥΣ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	1		1
ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	2		2
ΜΟΝΑΔΑ Alzheimer	3		3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	4		4
ΞΕΝΩΝΑΣ	31		31
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ	51		51
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	70		70
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	7		7

2 Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας αποτελείται από επτά νομούς: την Ημαθία, τη Θεσσαλονίκη, το Κιλκίς, την Πέλλα, την Πιερία, τις Σέρρες και τη Χαλκιδική. Συνορεύει με την Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας από τα Δυτικά, Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης από τα Ανατολικά, Θεσσαλίας από τα Νότια και με τα κράτη της Π.Γ.Δ.Μ. και της Βουλγαρίας από τα Βόρεια. Πρωτεύουσα της Κεντρικής Μακεδονίας είναι η πόλη της Θεσσαλονίκης. Είναι η πρώτη σε έκταση με 14,5% του συνόλου της χώρας και η δεύτερη σε πληθυσμό Περιφέρεια της χώρας με 17,1% του συνόλου (1.871.952 κάτοικοι). Από αυτόν τον πληθυσμό, το 40% διαμένει στη Θεσσαλονίκη (740.000 κάτοικοι).

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το 2005 ο πληθυσμός της Κεντρικής Μακεδονίας ανέρχεται σε 1.911.508 κατοίκους, συγκεντρώνοντας το 17,25% του συνολικού πληθυσμού.

Η Κεντρική Μακεδονία μοιράζεται στη 3η και στην 4η ΥΠΕ. Στην περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας λειτουργούν 18 Γενικά Νοσοκομεία, 30 Κέντρα Υγείας και 190 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 2.1: Γενικά Νοσοκομεία Κεντρικής Μακεδονίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας	Ν. Ημαθίας
Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας	Ν. Ημαθίας
Γενικό Νοσοκομείο Αχέπα	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Άγιος Παύλος	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς Θες/Νίκης	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ο Άγιος Δημήτριος	Ν. Θεσσαλονίκης
Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου	Ν. Θεσσαλονίκης
Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών	Ν. Πέλλας
Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας	Ν. Πέλλας
Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης	Ν. Πιερίας
Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας	Ν. Κιλκίς
Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς	Ν. Κιλκίς
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών Γρηγορίου	Ν. Σερρών
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής Πολύγυρος	Ν. Χαλκιδικής

Πηγή:, www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας της Περιφέρειας της Κεντρικής Μακεδονίας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.2):

Πίνακας 2.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κεντρικής Μακεδονίας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		1	1
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		7	7
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		3	3
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		5	5
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ	1		1
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ		3	3
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	1	3	4
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	3	2	5
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ		1	1
ΜΟΝΑΔΑ ΕΦΗΒΩΝ		1	1
ΜΟΝΑΔΑ Alzheimer	3		3
ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ		1	1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		2	2
ΞΕΝΩΝΑΣ	10		10
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	14		14
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	59		59
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	2		2

3 Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης

Η *Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης* καταλαμβάνει το βορειοανατολικό ακραίο τμήμα της χώρας, συνορεύει ανατολικά με την Τουρκία, βόρεια με την Βουλγαρία και δυτικά με την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και ειδικότερα με το Νομό Σερρών. Επίσης νοτιοδυτικά βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος και νοτιοανατολικά από το Θρακικό Πέλαγος. Ειδικότερα τα σύνορα του διαμερίσματος αυτού είναι: Νότια το Αιγαίο Πέλαγος, από τις εκβολές του ποταμού Νέστου, στη δυτική πλευρά της Θράκης, έως τη παραλία Αιγάνης, κοντά στο Πλαταμώνα, στη βόρεια πλευρά της Θεσσαλίας.

Η Περιφέρεια αποτελείται από τους εξής πέντε νομούς: Καβάλας, Δράμας, Ξάνθης, Ροδόπης και Έβρου. Είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος της ορεινή. Το σύνολο της έκτασής της κατανέμεται ως εξής: το 34,7% πεδινό, το 25,9% ημιορεινό και το 39,4% ορεινό.

Έχει συνολική έκταση 14.157 χιλ. στρέμματα και καλύπτει το 10,7% της συνολικής έκτασης της χώρας. Η Περιφέρεια διασχίζεται από τους μεγάλους ποταμούς Νέστο, Στρυμόνα και Έβρο. Ο Νέστος αποτελεί το όριο ανάμεσα στην Ανατολική Μακεδονία και τη Θράκη.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το ποσοστό του πληθυσμού της Αν. Μακεδονίας –Θράκης σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό της χώρας για την περίοδο 2001-2005 παραμένει σταθερό. Το 2005 ο πληθυσμός της Αν. Μακεδονίας-Θράκης ανέρχεται σε 607.847 κατοίκους, συγκεντρώνοντας το 6,45% του συνολικού πληθυσμού.

Η Αν. Μακεδονία-Θράκη ανήκει στην 4^{η} ΥΠΕ. Στην Αν. Μακεδονία-Θράκη λειτουργούν 6 Γενικά Νοσοκομεία, 15 Κέντρα Υγείας και 115 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 3.1: Γενικά Νοσοκομεία Ανατολικής Μακεδονίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Δράμας	Ν. Δράμας
Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης	Ν. Έβρου
Γενικό Νοσοκομείο Διδυμότειχου	Ν. Έβρου
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας	Ν. Καβάλας
Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης	Ν. Ξάνθης
Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής Σισμανόγλειο	Ν. Ροδόπης

Πηγή:, www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		3	3
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		5	5
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2	3	5
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		1	1
ΞΕΝΩΝΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	6		6
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	8		8

4 Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

Η Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας βρίσκεται στο Βορειοδυτικό τμήμα της Ελλάδας και συνορεύει με τις Περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας (Ανατολή), Θεσσαλία (Νότια), Ηπείρου (Δυτικά), καθώς και με τις περιοχές της Bitola (Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας) και Κορυτσάς (Αλβανία), προς τα Βόρεια.

Αν και καλύπτει συνολική επιφάνεια 9.451 χμ² (7,2% του συνόλου της χώρας), έχει συνολικό πληθυσμό 302.892 κατοίκους (2,9% του συνόλου της χώρας), έτσι είναι μια χαμηλής πυκνότητας πληθυσμό περιφέρεια (32 κάτοικοι ανά χμ ², σε σύγκριση με 79,7 της χώρας). Αυτό οφείλεται κυρίως στο ανάγλυφο περιοχής, καθώς το 82% της συνολικής επιφάνειας είναι ορεινές και ημιορεινές περιοχές. Αυτό αντικατοπτρίζεται και στην κατανομή του πληθυσμού, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (56%) ζει σε αγροτικές περιοχές. Πρωτεύουσα της περιφέρειας είναι η Κοζάνη με 47.451 κατοίκους. Άλλες κύριες πόλεις είναι η Πτολεμαΐδα (32.775 κάτοικοι.), τα Γρεβενά (16.704 κάτοικοι), η Φλώρινα (14.318 κάτοικοι.) και η Καστοριά (13.959 κάτοικοι.). Η συνολική έκταση κατανέμεται κατά χρήση γης σε δάση 33,4%, βοσκοτόπους 39,1%, γεωργικές καλλιέργειες 23,3%, οικισμούς 0,9%, νερά 2,4%, λοιπές εκτάσεις 0,9%.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το 2005 ο πληθυσμός της Κεντρικής Μακεδονίας ανέρχεται σε 294.508 κατοίκους, συγκεντρώνοντας το 2.66% του συνολικού πληθυσμού.

Η Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας ανήκει στην 3η ΥΠΕ. Στη Δυτική Μακεδονία λειτουργούν 5 Γενικά Νοσοκομεία, 7 Κέντρα Υγείας και 82 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 4.1: Γενικά Νοσοκομεία Δυτικής Μακεδονίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών	Ν. Γρεβενών
Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς	Ν. Καστοριάς
Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης Μαμάτσειο	Ν. Κοζάνης
Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας Μποδοσάκειο	Ν. Κοζάνης
Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας Ελένη Θ. Δημητρίου	Ν. Φλωρίνης

Πηγή:, www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 4.2):

Πίνακας 4.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Δυτικής Μακεδονίας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		1	1

5 Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

Η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος βρίσκεται στο κέντρο της χώρας, συνορεύει προς Βορρά με Θεσσαλία, προς δυσμάς με τη Δυτική Ελλάδα και προς νότο με την Αττική. Βρέχεται ανατολικά από το Αιγαίο Πέλαγος και τον Ευβοϊκό Κόλπο και νότια από τον Κορινθιακό Κόλπο. Αποτελείται από τους νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας και Φωκίδας. Καταλαμβάνει συνολική έκταση 15.549 τ.χμ. (ποσοστό 11,8% της συνολικής έκτασης της χώρας). Έχει έδρα τη Λαμία, πρωτεύουσα του νομού Φθιώτιδας.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το 2005 ο πληθυσμός της Κεντρικής Μακεδονίας ανέρχεται σε 558.503 κατοίκους, συγκεντρώνοντας το 5% του συνολικού πληθυσμού.

Η Περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας ανήκει στην 5η ΥΠΕ. Στη Στερεά Ελλάδα λειτουργούν 8 Γενικά Νοσοκομεία, 15 Κέντρα Υγείας και 136 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 5.1: Γενικά Νοσοκομεία Στερεάς Ελλάδας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Θήβας	Ν. Βοιωτίας
Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς	Ν. Βοιωτίας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καρύστου "Διόκλειο"	Ν. Ευβοίας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κύμης "Γ. Παπανικολάου"	Ν. Ευβοίας
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας	Ν. Ευβοίας
Γενικό Νοσοκομείο Καρπενησίου	Ν. Ευρυτανίας
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας	Ν. Φθιώτιδος
Γενικό Νοσοκομείο Άμφισσας	Ν. Φωκίδος

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5.2):

Πίνακας 5.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Στερεάς Ελλάδας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ			0
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	3		3
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	9		9
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	9		9
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

6 Περιφέρεια Θεσσαλίας

Η Θεσσαλία, περιλαμβάνει τους νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Η συνολική της έκταση είναι 14.036 χμ2, που αντιπροσωπεύει περίπου το 11% της συνολικής έκτασης της ελληνικής επικράτειας. Συνορεύει βόρεια με τις περιφέρειες της Δυτικής και Κεντρικής Μακεδονίας, νότια με την περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος, δυτικά με την περιφέρεια Ηπείρου, ενώ Ανατολικά βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το 2005 ο πληθυσμός της Κεντρικής Μακεδονίας ανέρχεται σε 737.583 κατοίκους, συγκεντρώνοντας το 6.65% του συνολικού πληθυσμού.

Η Περιφέρεια της Θεσσαλίας ανήκει στην 5η ΥΠΕ. Στη Θεσσαλία λειτουργούν 5 Γενικά Νοσοκομεία, 18 Κέντρα Υγείας και 140 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 6.1: Γενικά Νοσοκομεία Θεσσαλίας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	Ν. Καρδίτσας
Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	Ν. Λαρίσης
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας	Ν. Λαρίσης
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου Αχιλλοπούλειο	Ν. Μαγνησίας
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων	Ν. Τρικάλων

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Θεσσαλίας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 6.2):

Πίνακας 6.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	2	1	3
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	2		2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		1	1
ΜΟΝΑΔΑ Alzhiemer	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	5		5
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	9		9
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	12		12
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

7 Περιφέρεια Ηπείρου

Η Περιφέρεια Ηπείρου καταλαμβάνει το βορειοδυτικό τμήμα της χώρας. Δυτικά βρέχεται από το Ιόνιο πέλαγος, ενώ ανατολικά συνορεύει με την Μακεδονία και τη Θεσσαλία. Νότια εκτείνεται μέχρι τον Αμβρακικό κόλπο και το Νομό Αιτωλοακαρνανίας, ενώ βόρεια συνορεύει με την Αλβανία. Η Περιφέρεια αποτελείται από το Νομό Άρτας με έδρα την Άρτα, το Νομό Θεσπρωτίας με έδρα την Ηγουμενίτσα, το Νομό Ιωαννίνων με έδρα τα Ιωάννινα και το Νομό Πρέβεζας με έδρα την Πρέβεζα. Έχει συνολική έκταση 9,203χμ², καλύπτοντας το 6,7% της συνολικής έκτασης της χώρας.

Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Ηπείρου ανέρχεται σε 353.820 κατοίκους και αντιστοιχεί στο 3,23% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (ΕΣΥΕ, 2001). Η πληθυσμιακή πυκνότητα είναι 38,4 κάτοικοι ανά τ. χμ., γεγονός που τη καθιστά μία από τις πιο αραιοκατοικημένες Περιφέρειες της Ελλάδας (πληθυσμιακή πυκνότητα χώρας 80 κάτοικοι ανά τ. χμ.). Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat το 2005 ο πληθυσμός της Περιφέρειας της Ηπείρου καταγράφεται σε 341.851 κατοίκους, παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με τα στοιχεία του 2001 της τάξεως του 3,40%.

Η Περιφέρεια της Ηπείρου ανήκει στην 6η ΥΠΕ. Στην Ήπειρο λειτουργούν 5 Γενικά Νοσοκομεία, 16 Κέντρα Υγείας και 103 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 7.1: Γενικά Νοσοκομεία Ηπείρου

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Άρτας	Ν. Άρτας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Φιλιατών	Ν. Θεσπρωτίας
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Χατζηκώστα	Ν. Ιωαννίνων
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Ν. Ιωαννίνων
Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας	Ν. Πρεβέζης

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας της Περιφέρειας Ηπείρου παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 7.2):

Πίνακας 7.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ηπείρου

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1		1
ΜΟΝΑΔΑ ΟΞΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	8		8
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	4		4
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	11		11
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

8 Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας καταλαμβάνει το βορειοδυτικό τμήμα της Πελοποννήσου και το Δυτικό άκρο της Στερεάς Ελλάδας. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Η συνολική της έκταση είναι 11.350 χμ² και καλύπτει το 8,6% της συνολικής έκτασης της χώρας.

Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας ανέρχεται σε 740.506 άτομα. Είναι η τέταρτη σε πληθυσμό περιφέρεια της Ελλάδας, συγκεντρώνοντας το 6,75% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (ΕΣΥΕ, 2001).

Η Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας ανήκει στην 6η ΥΠΕ. Στην Δυτική Ελλάδα λειτουργούν 11 Γενικά Νοσοκομεία, 19 Κέντρα Υγείας και 137 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 8.1: Γενικά Νοσοκομεία Δυτικής Ελλάδας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογγίου	Ν. Αιτωλοακαρνανίας
Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου	Ν. Αιτωλοακαρνανίας
Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου	Ν. Αχαΐας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων	Ν. Αχαΐας
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πατρών Καραμανδάνειο	Ν. Αχαΐας
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Άγιος Ανδρέας	Ν. Αχαΐας
Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Ν. Ελλάδος	Ν. Αχαΐας
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών	Ν. Αχαΐας
Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδος	Ν. Ηλείας
Γενικό Νοσοκομείο Πύργου "Ανδρέας Παπανδρέου"	Ν. Ηλείας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κρεστενών	Ν. Ηλείας

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 8.2):

Πίνακας 8.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Δυτικής Ελλάδας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		2	2
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ	1		1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		2	2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	6		6
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	2		2
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	9		9
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

9 Περιφέρεια Πελοποννήσου

Η Περιφέρεια Πελοποννήσου καταλαμβάνει το νότιο τμήμα της ηπειρωτικής Ελλάδας. Βρέχεται δυτικά από το Ιόνιο Πέλαγος και συνορεύει με την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, βορειοανατολικά με την Περιφέρεια Αττικής, ενώ ανατολικά βρέχεται από το Μυρτώο Πέλαγος. Έχει συνολική έκταση 15.490 χμ² και καλύπτει το 11,7% της συνολικής έκτασης της χώρας. Η Περιφέρεια Πελοποννήσου περιλαμβάνει τους Νομούς Κορινθίας, Αργολίδος, Αρκαδίας, Μεσσηνίας και Λακωνίας και έχει έδρα την Τρίπολη, πρωτεύουσα του νομού Αρκαδίας. Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Πελοποννήσου ανέρχεται σε 638.942 άτομα, αντιπροσωπεύοντας το 5,18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (ΕΣΥΕ, 2001).

Η Περιφέρεια της Πελοποννήσου ανήκει στην 6η ΥΠΕ. Στην Πελοπόννησο λειτουργούν 8 Γενικά Νοσοκομεία, 26 Κέντρα Υγείας και 164 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 9.1: Γενικά Νοσοκομεία Πελοποννήσου

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Άργους	Ν. Αργολίδος
Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου	Ν. Αργολίδος
Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης Παναρκαδικό	Ν. Αρκαδίας
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου	Ν. Κορινθίας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Μολάων	Ν. Λακωνίας
Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης Ιώ.& Αικ. Γρηγορίου	Ν. Λακωνίας
Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας	Ν. Μεσσηνίας
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κυπαρισσίας	Ν. Μεσσηνίας

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Πελοποννήσου παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 9.2):

Πίνακας 9.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΜΟΝΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ)		0	0
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1	2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	1		1
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ		1	1
ΞΕΝΩΝΑΣ	9		9
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	7		7
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	11		11

10 Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

Η Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου αποτελείται από εννέα (9) κατοικημένα νησιά σε τρεις Νομούς (Λέσβου, Χίου και Σάμου). Η συνολική έκτασή της φθάνει τα 3.836 χμ². Πέντε από τα νησιά της είναι μεγάλα σε έκταση (Λέσβος, Χίος, Σάμος, Λήμνος, Ικαρία) για την κλίμακα των νησιών του Αιγαίου και τέσσερα μικρότερα (Άγιος Ευστράτιος, Οινούσσες, Ψαρά, Φούρνοι), με τη Λέσβο και τη Χίο να συγκαταλέγονται στα σημαντικά νησιά του ευρωπαϊκού χώρου. Επίσης, στην Περιφέρεια περιλαμβάνονται πολλά μικρότερα ακατοίκητα νησιά και μεγάλος αριθμός βραχονησίδων. Συνολικά, οι ορεινές εκτάσεις καλύπτουν το 33% περίπου της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας. Ο πληθυσμός της Περιφέρειας ανέρχεται σε 202.402 κατοίκους αποτελώντας περίπου το 1,83% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Η Περιφέρεια του Βόρειου Αιγαίου ανήκει στην 7η ΥΠΕ. Στα νησιά του Βόρειου Αιγαίου λειτουργούν 5 Γενικά Νοσοκομεία, 8 Κέντρα Υγείας , 70 Περιφερειακά Ιατρεία και 3 Πολυδύναμα Ιατρεία.

Πίνακας 10.1: Γενικά Νοσοκομεία Βορείου Αιγαίου

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου	Ν. Λέσβου
Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης Βοστάνειο	Ν. Λέσβου
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ικαρίας	Ν. Σάμου
Γενικό Νοσοκομείο Σάμου Ο Άγιος Παντελεήμων	Ν. Σάμου
Γενικό Νοσοκομείο Χίου Σκυλίτσειο	Ν. Χίου

Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/,

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 10.2):

Πίνακας 10.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Βορείου Αιγαίου

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1	2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	1		1
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	1		1
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

11 Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

Η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου αποτελείται από τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου και εκτείνεται σε μια μεγάλη θαλάσσια ζώνη από τις ακτές της Αττικής και της Εύβοιας, όπου βρίσκονται η Μακρόνησος και η Άνδρος, μέχρι και τα νότια παράλια της Τουρκίας, όπου περίπου μεταξύ Ρόδου και Κύπρου βρίσκεται το Καστελόριζο ή Μεγίστη. Περιλαμβάνει 79 νησιά, εκ των οποίων 48 κατοικημένα, και πλήθος νησίδων και βραχονησίδων. Η συνολική επιφάνειά της ανέρχεται σε 5.286 τετρ. χμ. και αποτελεί το 4% της συνολικής επιφάνειας της χώρας, ενώ το 28% της εκτάσεώς της είναι ορεινό, το 43% ημιορεινό και το 29% πεδινό. Ο πληθυσμός της Περιφέρειας ανέρχεται σε 303.114 κατοίκους αποτελώντας περίπου το 2,74% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Η Περιφέρεια του Νότιου Αιγαίου ανήκει στην 2η ΥΠΕ. Στα νησιά του Νότιου Αιγαίου λειτουργούν 6 Γενικά Νοσοκομεία, 13 Κέντρα Υγείας , 64 Περιφερειακά Ιατρεία και 30 Πολυδύναμα Ιατρεία.

Πίνακας 11.1: Γενικά Νοσοκομεία Νοτίου Αιγαίου

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καλύμνου Βουβάλειο	Ν. Δωδεκανήσου
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κω	Ν. Δωδεκανήσου
Κρατικό Θεραπευτήριο - Κέντρο Υγείας Λέρου	Ν. Δωδεκανήσου
Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου Α. Παπανδρέου	Ν. Δωδεκανήσου
Γενικό Νοσοκομείο Σύρου Βαρδάκειο Και Πρωϊο	Ν. Κυκλάδων
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Νάξου	Ν. Κυκλάδων

Πηγή: http://www.yyka.gov.gr/

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 11.2):

Πίνακας 11.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Νοτίου Αιγαίου

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	3	1	4
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1		1
ΞΕΝΩΝΑΣ	2		2
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	24		24
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

12 Περιφέρεια Κρήτης

Η Κρήτη είναι το μεγαλύτερο νησί στην Ελλάδα και το δεύτερο μεγαλύτερο (μετά την Κύπρο) της ανατολικής Μεσογείου. Βρίσκεται στο νότιο άκρο του Αιγαίου πελάγους και η συνολική έκταση της Περιφέρειας Κρήτης είναι 8.336 χμ². (6,3% της χώρας) με πληθυσμό 601.159 κατοίκους (5,5% του συνολικού πληθυσμού της χώρας). Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Κρήτης ανέρχεται σε 601.159 κατοίκους σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΣΥΕ) για το 2001, που αντιστοιχεί στο 5,5% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Με βάση τα στοιχεία των απογραφών του 1991 και του 2001 προκύπτει αύξηση του πληθυσμού της Κρήτης της τάξης του 11,3% μέσα σε μια δεκαετία, ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001 ο Νομός Ηρακλείου έχει πληθυσμό 292.489 κατοίκους. Εκτός από το Ηράκλειο, στην Περιφέρεια Κρήτης υπάρχουν και άλλα σημαντικά αστικά κέντρα, όπως τα Χανιά, πρωτεύουσα του Νομού Χανίων, ο οποίος έχει πληθυσμό 150.387, το Ρέθυμνο, πρωτεύουσα του Νομού Ρεθύμνης, ο οποίος έχει πληθυσμό 81.936, η Ιεράπετρα, και ο Άγιος Νικόλαος (πρωτεύουσα) και η Σητεία που ανήκουν στο νομό Λασιθίου, ο οποίος έχει πληθυσμό 76.319 κατοίκους.

Η Περιφέρεια της Κρήτης ανήκει στην 7η ΥΠΕ. Στην Κρήτη λειτουργούν 8 Γενικά Νοσοκομεία, 14 Κέντρα Υγείας και 111 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 12.1: Γενικά Νοσοκομεία Κρήτης

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	Ν. Ηρακλείου
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	Ν. Ηρακλείου
Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου	Ν. Λασιθίου
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ιεράπετρας	Ν. Λασιθίου
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Νεάπολης Διαλυνάκειο	Ν. Λασιθίου
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Σητείας	Ν. Λασιθίου
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου	Ν. Ρεθύμνης
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων	Ν. Χανίων

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Κρήτης παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 12.2):

Πίνακας 12.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κρήτης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		2	2
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		4	4
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ	1		1
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1	2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	2		2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ		1	1
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Alzheimer	1		1
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ		1	1
ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		1	1
ΞΕΝΩΝΑΣ	9		9
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	6		6
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	9		9
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	1		1

13 Περιφέρεια Ιονίων Νήσων

Η Περιφέρεια Ιόνιων Νησιών αποτελεί μια νησιωτική περιφέρεια, η οποία συγκροτήθηκε με βάση κυρίως το κοινό ιστορικό και πολιτισμικό παρελθόν της και τους κοινούς αναπτυξιακούς στόχους. Τα νησιά που την απαρτίζουν εκτείνονται κατά μήκος των δυτικών παραλίων της Ελλάδας, γειτνιάζοντας προς βορρά με τη νότιο-δυτική Βαλκανική και προς δυσμάς με το Mezzogiorno της Ιταλίας.

Η Περιφέρεια έχει συνολική έκταση 2.318 χμ², καλύπτει δε το 1,8% της συνολικής έκτασης της χώρας. Αποτελείται από τους Νομούς Κερκύρας, Λευκάδας, Κεφαλληνίας & Ιθάκης και Ζακύνθου. Ο μεγαλύτερος σε έκταση Νομός είναι της Κεφαλληνίας, ο οποίος καταλαμβάνει περίπου το 40% της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας, και έπονται οι Νομοί Κέρκυρας (28%), Ζακύνθου (17%) και Λευκάδας (15%). Η έδρα της Περιφέρειας βρίσκεται στην πόλη της Κέρκυρας. Συνολικά, η Περιφέρεια αριθμεί 32 νησιά (μικρά και μεγάλα) εκ των οποίων κατοικούνται μόνο τα 14.

Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Ιόνιων Νησιών ανέρχεται σε 212.984 κατοίκους και αντιστοιχεί στο 2,0% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Η πυκνότητα του πληθυσμού των Ιόνιων Νησιών από 84 κάτοικοι ανά τετρ. χμ., (έναντι 78 κάτοικοι για τη χώρα) το 1991, αυξήθηκε σε 92 το 2001 (έναντι 83 για τη χώρα).

Η Περιφέρεια Ιονίων Νήσων ανήκει στην 6η ΥΠΕ. Στα Ιόνια Νησιά λειτουργούν 5 Γενικά Νοσοκομεία, 8 Κέντρα Υγείας και 43 Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 13.1: Γενικά Νοσοκομεία Ιονίων Νήσων

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΝΟΜΟΣ
Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου Άγιος Διονύσιος	Ν. Ζακύνθου
Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	Ν. Κέρκυρας
Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας	Ν. Κεφαλληνίας
Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου Μαντζαβινάτειο	Ν. Κεφαλληνίας
Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας	Ν. Λευκάδος

Πηγή: www.ygeianet.gov.gr

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Περιφέρεια Ιονίων Νήσων παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 13.2):

Πίνακας 13.2: Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ιονίων Νήσων

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ			
ΔΟΜΕΣ	**ΝΠΙΔ**	**ΝΠΔΔ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ			0
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ		1	1
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	1	2
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ	1	1	2
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ		1	1
ΞΕΝΩΝΑΣ	2		2
ΞΕΝΩΝΑΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	7		7
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	3		3
ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	2		2

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ Το.Ψ.Υ